

Razlike adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma

Reicher, Ema

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:520619>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-22**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Emma Reicher

**Razlike adaptivnog i maladaptivnog
perfekcionizma**



DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2023./2024.

Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu

APS-R – Revidirana skala težnje savršenstvu (*Almost Perfect Scale-Revised*)

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edition*)

MPS-F – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Frost (*Multidimensional perfectionism scale-Frost*)

MPS-H – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Hewitt (*Multidimensional perfectionism scale-Hewitt*)

OOP – drugima-usmjeren perfekcionizam (*Other-Oriented perfectionism*)

OKP – opsesivno-kompulzivni poremećaj

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SOP – sebi-usmjeren perfekcionizam (*Self-Oriented perfectionism*)

SPP – društveno propisan perfekcionizam (*Socially prescribed perfectionism*)

Sadržaj

Sažetak

Summary

1.	<u>UVOD</u>	1
2.	<u>PERFEKCIONIZAM</u>	2
2.1.	<u>Perfekcionizam kroz povijest</u>	2
2.2.	<u>Koncept perfekcionizma</u>	5
2.3.	<u>Adaptivni perfekcionizam</u>	9
2.4.	<u>Maladaptivni perfekcionizam</u>	11
2.	<u>POREMEĆAJI HRANJENJA</u>	13
2.1.	<u>Epidemiologija</u>	13
2.2.	<u>Etiologija</u>	13
2.3.	<u>Klasifikacija poremećaja hranjenja</u>	14
2.4.	<u>Anoreksija nervoza</u>	15
2.5.	<u>Bulimija nervoza</u>	16
2.6.	<u>Poremećaji hranjenja i perfekcionizam</u>	18
2.7.	<u>Terapijski pristup</u>	21
3.	<u>POREMEĆAJI LIČNOSTI</u>	24
3.1.	<u>Epidemiologija</u>	24
3.2.	<u>Etiologija</u>	25
3.3.	<u>Klasifikacija poremećaja ličnosti</u>	25
3.4.	<u>Narcistički poremećaj</u>	26
3.5.	<u>Patološki narcizam i perfekcionizam</u>	28
3.6.	<u>Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti</u>	29
3.7.	<u>Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti i perfekcionizam</u>	30
3.8.	<u>Terapijski pristup</u>	30
4.	<u>PERFEKCIONIZAM U SPORTU</u>	32
5.	<u>ZAKLJUČAK</u>	34
6.	<u>ZAHVALE</u>	35
7.	<u>LITERATURA</u>	36
8.	<u>ŽIVOTOPIS</u>	43

Sažetak

Razlike adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma

Ema Reicher

Perfekcionizam se opisuje kao težnja savršenstvu, ali i potreba da se osoba okolini prikaže savršenom. Postoje različiti koncepti perfekcionizma koji ga dijele na jednu ili više dimenzija, ali glavna podjela perfekcionizma je podjela na adaptivni i maladaptivni perfekcionizam. Adaptivni perfekcionisti teže uspjehu, ali svjesni su svojih ograničenja i mogućnosti. Takve osobe zbog težnje savršenstvu postižu dobre rezultate u akademskoj i natjecateljskoj sferi. Za razliku od njih, maladaptivni perfekcionisti usredotočeni su više na strah od neuspjeha što je podloga za mogući razvoj depresije i anksioznosti. Rigidni stavovi o savršenstvu i postavljanje nerealnih standarda pronalazi se u poremećajima hranjenja i poremećajima ličnosti. Kod poremećaja hranjenja perfekcionizam ne predstavlja samo predispoziciju za razvoj bolesti već i problem pri liječenju. Narcistički poremećaj ličnosti isprepleten je s perfekcionizmom gdje osobe same sebe smatraju savršenom i iznimno važnom, a kod opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti rigidni perfekcionizam je jedna od sastavnica potrebna za dijagnozu poremećaja. Zaključno se maladaptivni perfekcionizam povezuje sa psihopatologijom.

Ključne riječi: perfekcionizam, adaptivni perfekcionizam, maladaptivni perfekcionizam, poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti

Summary

Differences between adaptive and maladaptive perfectionism

Perfectionism is described as the pursuit of perfection, but also the need to portray yourself as perfect to others. Different concepts of perfectionism divide it into one or more dimensions, but the main division of perfectionism is adaptive and maladaptive perfectionism. Adaptive perfectionists strive for success but are aware of their limitations and possibilities. Such people achieve good results in the academic and competitive sphere due to their perfectionistic strivings. Unlike them, maladaptive perfectionists are more focused on the fear of failure, which is the basis for the possible development of depression and anxiety. Rigid attitudes about perfection and setting unrealistic standards are found in eating disorders and personality disorders. In eating disorders, perfectionism is not only a predisposition to the development of the disorder but also a problem in treatment. Narcissistic personality disorder is intertwined with perfectionism, where people consider themselves perfect and extremely important, and in obsessive-compulsive personality disorder, rigid perfectionism is one of the components necessary for the diagnosis of the disorder. In conclusion, maladaptive perfectionism is associated with psychopathology.

Keywords: perfectionism, adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism, eating disorders, personality disorders

1. UVOD

Iako i dalje nije usuglašena jedinstvena definicija perfekcionizma, pod tim pojmom označava se težnja za savršenstvom. U današnjem svijetu perfekcionizam se smatra poželjnom osobinom, a ponekad i potrebnom. Ali što se događa kada se zadana visoka očekivanja ne mogu ispuniti? Kod dijela pojedinaca javit će se realnost i shvaćanje vlastitih mogućnosti, ali neke osobe će reagirati negativno, razvit će osjećaj bezvrijednosti i nesigurnosti. To čini glavnu razliku između adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma.

Na samom početku proučavanja, perfekcionizam se smatrao kao jednodimenzionalna maladaptivna osobina povezana sa psihopatologijom. Kasnije se koncept perfekcionizma mijenja u višedimenzionalan, a dimenzije se grubo mogu svrstati u dvije skupine: adaptivni i maladaptivni perfekcionizam. Adaptivni perfekcionizam se opisuje kao težnja za osobnim rastom i razvojem, a osobama donosi uspjeh i zadovoljstvo. Osobe s maladaptivnim perfekcionizmom su nezadovoljne zbog nemogućnosti postizanja nametnutih nerealnih standarda. Kod takvih osoba javlja se briga zbog pogreške koja nadvlada sve pozitivne karakteristike perfekcionizma. Ta osobina znatno utječe na različite aspekte psihičkoga zdravlja i psihosocijalne prilagodbe pojedinca, a utječe i na ishod liječenja različitih psihičkih poremećaja (1).

2. PERFEKCIONIZAM

Prema definiciji iz rječnika (*Merriam-Webster's Third New International Dictionary*, 1986) perfekcionizam je osobina ličnosti kojom se smatra da sve osim čistog savršenstva je neprihvatljivo. Opširnija definicija opisuje perfekcionizam kao osobinu ličnosti karakteriziranu težnjom za bespriekornošću i postavljanjem pretjerano visokih standarda za izvedbu popraćenih tendencijama za pretjerano kritiziranje vlastitog ponašanja (2).

Prvi koncept perfekcionizma je bio jednodimenzionalan, a perfekcionizam se opisivao kao maladaptivan. Za razliku od te definicije znanstvenici danas perfekcionizam opisuju kao složeni multidimenzionalni koncept s dimenzijama koje su maladaptivne, ali i dimenzije koje su poželjne, odnosno adaptivne. Kroz povijest različiti znanstvenici su adaptivan i maladaptivan perfekcionizam drugačije nazivali, tako Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer (1993) nazivaju pozitivne težnje i maladaptivne brige o kritikama, Terry-Short, Owens, Slade i Dewey (1995) pozitivni i negativni perfekcionizam, Adkins i Parker (1996) aktivni i pasivni perfekcionizam, Rice, Ashby i Slaney (1998) adaptivni i maladaptivni perfekcionizam, Rheaume i Freeston (2000) funkcionalni i disfunkcionalni perfekcionizam, Stumpf i Parker (2000) zdravi i nezdravi perfekcionizam, Blankstein i Dunkley (2002) osobni standardi i briga zbog kritike (2).

2.1. Perfekcionizam kroz povijest

Povijest proučavanja perfekcionizma obilježila su proturječna stajališta o osnovnim karakteristikama ovog složenog konstrukta. Iako je perfekcionizam osobina koja znatno utječe na različite aspekte psihičkoga zdravlja i psihosocijalne prilagodbe pojedinca, do danas nije postignut dogovor oko jedinstvene definicije perfekcionizma. Pregledom literature

dolazi se do zaključka da je jedino konstantno obilježje u proučavanju pojma perfekcionizma neprestana promjena u njegovoj konceptualizaciji (1).

Težnju za savršenim među prvima spominje Freud i karakterizira perfekcionizam kao jedan od simptoma opsesivnih neuroza kod kojih *superego* nameće zahtjeve za superiornim postignućima i ponašanjem. Horney (1951) pod utjecajem Freudove definicije opisuje perfekcionizam kao „tiraniju moranja“ obilježenu nastojanjem pojedinca da postane zamišljena idealizirana verzija sebe. Branfman i Bergler nekoliko godina kasnije navode da je perfekcionizam oblik opsesivno-kompulzivnog ponašanja. Ellis (1962) opisuje perfekcionističke težnje kao iracionalna vjerovanja prema kojima osoba mora biti u potpunosti kompetentna i uspješna u svim mogućim pogledima, a da je neuspjeh u bilo kojem području pokazatelj bezvrijednosti. Također opisuje da je uspjeh smisao života kod perfekcionizma, naglašava pretjeranu usmjerenost pojedinca na vlastite pogreške, izrazitu samokritičnost koja je u osnovi brojnih emocionalnih poremećaja (1).

Hamachek (1978) je opisao perfekcionizam kao pozitivan čimbenik prilagodbe, ali povezao je perfekcionizam i s negativnim čimbenicima: osjećaj neuspjeha, krivnja, neodlučnost, odugovlačenje, sram i nisko samopouzdanje. Razlikovao je dvije skupine perfekcionista, normalne i neurotične perfekcionista. Normalne perfekcionista opisao je kao osobe koje si zadaju visoke standarde, ali bez obveze postizanja savršenstva. Za razliku od njih neurotične perfekcionista opisao je kao osobe koje si zadaju visoke standarde, ali ne priznaju ništa osim savršenstva tako da se javlja osjećaj nezadovoljstva učinjenim (4, 7).

Nakon njegove podjele perfekcionizma, 1980-ih je dominantno stajalište o perfekcionizmu bilo negativno. Perfekcionizam su opisivali kao neurotičan, disfunkcionalan i uvijek je ukazivao na psihopatologiju. Istraživanja provedena u to vrijeme podupiru tu teoriju, perfekcionizam se češće nalazio u osoba s depresijom, opsesivno-kompulzivnim

poremećajem i kod osoba s poremećajima prehrane. Sva ta istraživanja temeljena su na pretpostavki da je perfekcionizam jednodimenzionalan što je dovelo do zaključka da je perfekcionizam patološki (2, 12, 13).

Gledište da je perfekcionizam jednodimenzionalan promijenilo se krajem prošloga stoljeća kada se javljaju dva neovisna koncepta perfekcionizma predloženih od strane Frosta i suradnika (1990) te Hewitta i Fletta (1991). Frost i suradnici razvili su Frost višedimenzionalnu skalu perfekcionizma (*Multidimensional perfectionism scale-Frost, MPS-F*) za procjenu šest dimenzija perfekcionizma. Podijelili su dimenzije u dvije grupe, osobni aspekti perfekcionizma (osobni standardi, zabrinutost zbog pogrešaka, preispitivanje vlastitih postupaka, organiziranost) i obiteljski aspekti perfekcionizma (roditeljska očekivanja i roditeljska kritika). Došli su do zaključka da osobni aspekti perfekcionizma imaju negativne učinke u smislu povećanog rizika za razvoj depresije i socijalne anksioznosti. Za to vrijeme, Hewitt i Flett su konstruirali svoje dimenzije perfekcionizma i tako objavili rad koji nazivamo Hewitt i Flett višedimenzionalna skala perfekcionizma (*Multidimensional perfectionism scale-Hewitt, MPS-H*). MPS-H se sastoji od 45 pitanja koja dodiruje tri dimenzije osobina: orijentiran na sebe, orijentiran na druge i društveno propisani perfekcionizam. Hewitt i Flett su zaključili da je društveno propisani perfekcionizam najštetnija komponenta osobine jer je to dimenzija koja je povezana s neprilagođenošću (5).

Početak 2000-ih vraća se koncept koji opisuje perfekcionizam kao jednodimenzionalan i maladaptivan. Shafran, Cooper i Fairburn (2002) ponudili su novu definiciju perfekcionizma prema kojoj perfekcionista svoju osobnu vrijednost temelje na uspjehu u određenom zadatku. Kako svoju osobnu vrijednost pripisuju ostvarenju cilja, javlja se težnja za ostvarenje zadanog bez obzira na posljedice. To vjerovanje utječe na život pojedinca, ali i otežava terapijski rad s pacijentima koji su perfekcionista. S tim konceptom se nisi složili svi znanstvenici te već

iduće godine Hewitt, Flett, Besser, Sherry i McGee (2003) objavljuju rad u kojem navode da je perfekcionizam višedimenzionalan (1, 62).

Zadnjih godina interes za perfekcionizam raste te se provode razne studije koje povezuju perfekcionizam sa psihopatologijom. Istraživanja povezuju perfekcionizam sa suicidalnim idejama, ali i sa somatskim bolestima. Također nedavna istraživanja pokazala su povezanost perfekcionizma i poremećaja ličnosti što je navelo znanstvenike na izradu nove skale perfekcionizma. U toj skali jedna od dimenzija perfekcionizma je narcisoidni perfekcionizam što potvrđuje pretpostavku da je perfekcionizam povezan sa psihopatologijom (5).

2.2. Koncept perfekcionizma

Početak proučavanja koncepta perfekcionizma navodi perfekcionizam kao jednodimenzionalni koncept sa stajalištem da je perfekcionizam negativna karakteristika usko povezana sa psihopatologijom. Nešto kasnije Hamachek (1978.) razlikuje dva oblika perfekcionizma: normalni perfekcionizam i neurotični perfekcionizam. Normalni perfekcionizam opisuje kao uživanje pojedinca u ostvarenju svojih perfekcionističkih težnji, a neurotični perfekcionizam opisuje pojedinca koji pati zbog svojih perfekcionističkih težnji (2).

Početak 1990-ih javlja se povećani interes za ovo područje i započinje sustavno istraživanje. U to vrijeme dvije različite istraživačke skupine, Hewitt i Flett (1991) i Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990), predstavile su dva različita višedimenzionalna koncepta perfekcionizma. Za mjerenje različitih dimenzija perfekcionizma koristili su provjerene instrumente, Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (*Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS). Model koji su predložili Hewitt i Flett razlikuje tri dimenzije perfekcionizma koje se razlikuju prema objektu prema kojemu je perfekcionizam usmjeren. Tako razlikuje: sebi usmjeren perfekcionizam (eng. *Self-Oriented Perfectionism*, SOP), drugima usmjeren

perfekcionizam (eng. *Other-Oriented Perfectionism*, OOP) i društveno propisan perfekcionizam (eng. *Socially Prescribed Perfectionism*, SPP) (3). Sebi usmjeren perfekcionizam uključuje težnju za vlastitim savršenstvom i postavljanje strogih standarda samome sebe. U toj dimenziji perfekcionizma postoji značajna motivacijska komponenta koja je primarno izražena u nastojanju da se postigne savršenstvo u vlastitim pothvatima, kao i u nastojanju izbjegavanja neuspjeha. Javlja se nesklad između stvarnog ja i idealnog sebe što rezultira niskim samopoštovanjem. Sebi usmjeren perfekcionizma naglašen je kod pacijenata s anksioznošću, poremećajem prehrane i kod pacijenata sa subkliničkom depresijom. Drugima usmjeren perfekcionizam uključuje uvjerenja i očekivanja o sposobnostima drugih, ima nerealne standarde i strogo ocjenjuje tuđu izvedbu. U ovoj dimenziji javlja se nedostatak povjerenja i osjećaja neprijateljstva prema drugima što može dovesti do usamljenosti osobe ili prouzrokovati bračne ili obiteljske probleme. U ovoj dimenziji nalaze se i vrline koje mogu biti društveno poželjne, kao što je sposobnost vođenja i motivacija okoline. Treća dimenzija perfekcionizma, društveno propisan perfekcionizam, opisuje osobe koje smatraju da bližnji za njih imaju nerealna očekivanja i da vrše pritisak na njih da budu savršeni. Zbog toga se kod takvih osoba često javlja osjećaj ljutnje, tjeskobe i depresije. Negativne emocije koje se javljaju proizlaze iz osjećaja da nikako ne mogu zadovoljiti druge. Dimenzija društveno propisanog perfekcionizma bazira se na ispunjavanju tuđih standarda zbog čega se javlja veliki strah od negativne ocjene, ali može se javiti i osjećaj bespomoćnosti zbog mišljenja da će postizanje uspjeha rezultirati još većim očekivanjima bližnjih. Društveno propisan perfekcionizam se često nalazi kod pacijenata sa socijalnom fobijom, narcisoidnim poremećajem ili kod pacijenata s borderline poremećajem (4, 5, 6).

Za razliku od tri dimenzije perfekcionizma, Frost, Marten, Lahart i Rosenblate predlažu šest dimenzija perfekcionizma: Osobni standardi, Zabrinutost zbog pogrešaka, Preispitivanje vlastitih postupaka, Roditeljska očekivanja, Roditeljska kritika i Organiziranost. Ukazuju na

ključna obilježja perfekcionizma: pretjerano postavljanje visokih standarda samome sebi, pretjerana zabrinutost i preispitivanje vlastitih postupaka, naglašavanje preciznosti, reda i organizacije te velika uloga očekivanja od strane roditelja. Smatraju da su negativna samoevaluacija i potreba za odobravanjem od strane drugih sastavni dio perfekcionizma, a neodlučnost u postupcima se javlja zbog pokušaja izbjegavanja greške. Zabrinutost zbog pogrešaka središnji je dio koncepta i glavna dimenzija perfekcionizma, a najviše je povezana sa psihopatologijom (3, 7, 8).

Iako se činilo da je usuglašena definicija perfekcionizma kao višedimenzionalna osobina, početkom 21. stoljeća javlja se nova definicija perfekcionizma koja navodi da je perfekcionizam jednodimenzionalna neadaptivna osobina. Shafran, Cooper i Fairburn (2002) ponudili su novu definiciju jednodimenzionalnoga perfekcionizma gdje se perfekcionistačke težnje javljaju kod pojedinaca koji svoju osobnu vrijednost pripisuju uspjehu ili neuspjehu u izvršavanju određenoga zadatka i u nastojanju ostvarenja postavljenih ciljeva. Kad ostvare zadani cilj, ne osjećaju ponos i zadovoljstvo napravljenim već preispituju vlastite standarde i proglašavaju ih nedovoljno zahtjevnima. Ako ne ostvare svoj cilj javlja se izrazita samokritičnost i samoomalovažavanje (1).

Nekoliko godina kasnije, Dunkley i suradnici (2006) upozoravaju na kontradiktornost proglašenja perfekcionizma jednodimenzionalnim. Smatraju da se perfekcionizam sastoji od visokih osobnih standarda i stroge samokritike te da ta dva čimbenika treba razdvojiti i gledati kao dvije različite dimenzije. Napominju da je glavno obilježje perfekcionizma povezano s preispitivanjem vlastitih postupaka, a ne nužno i s visokim osobnim standardom. Također zagovaraju da je maladaptivni dio perfekcionizma samo preispitivanje vlastitih postupaka, a da posjedovanje visokih osobnih standarda nije nužno negativno te da perfekcionizam kao cjelina nije isključivo negativna osobina (1).

U pokušaju prikaza perfekcionizma ne nužno kao psihopatologiju, već kao potencijalno pozitivnu osobinu, Slaney, Rice, Mobley, Trippi, and Ashby (2001) razvili su Revidiranu skalu težnje savršenstvu (*Almost Perfect Scale-Revised, APS-R*). ASP-R skala je napravljena s ciljem mjerenja pozitivnog dijela perfekcionizma, ali i za mjerenje karakteristika perfekcionizma koje su opisane kao problematične. Tako su perfekcionizam podijelili u dimenzije: visoki standardi, red i diskrepancija. Visoki standardi i red su okarakterizirali kao pozitivan perfekcionizam, dok su diskrepanciju kao dimenziju perfekcionizma svrstali u negativni perfekcionizam. Subskala visoki standardi mjeri postavljanje visokih osobnih standarda, red mjeri vlastitu organizaciju i potrebu za redom, a diskrepancija mjeri stupanj uznemirenosti koja se javlja kada izvedba ne zadovolji očekivane standarde (10, 11).

Nedavno su, na temelju novih saznanja o perfekcionizmu Smith, Saklofske, Stoeber i Sherry (2016) predložili novi koncept perfekcionizma. Izradili su upitnik sa 45 pitanja za mjerenje perfekcionizma nazvan Skala perfekcionizma velikih tri (*The Big Three Perfectionism Scale, BTPS*). BTPS dijeli perfekcionizam u tri skupine: rigidni perfekcionizam, samokritični perfekcionizam i narcisoidni perfekcionizam. Rigidni perfekcionizam se odnosi na uvjerenje da je biti savršen imperativ i da se vlastita vrijednost temelji na samonametnutim standardima. Autori zadržavaju dijelove starijeg koncepta perfekcionizma, te tako navode da je karakteristika rigidnog perfekcionizma osjećaj vlastite vrijednosti koji je temeljen na postizanju osobnog savršenstva. Drugi čimbenik, samokritički perfekcionizam, temeljen je na zabrinutosti zbog pogreške, sumnje u vlastite postupke, samokritičnosti i društveno propisanog perfekcionizma. Zbog novih saznanja postoji treći čimbenik, narcisoidni perfekcionizam, koji je proizašao iz pretpostavke da se kod nekih ljudi narcizam i perfekcionizam stapaju. Narcisoidni perfekcionizam su podijelili u četiri dijela: perfekcionizam orijentiran na druge, narcisoidna hiperkritičnost, povlaštenost i grandioznost. Narcisoidnu hiperkritičnost su opisali kao strogu kritika drugih i umanjivanje njihovih postignuća, a

povlaštenost kao uvjerenje da zaslužuju poseban tretman jer su savršeni. Grandioznost su opisali kao idealizirani pogled na sebe kao superiornog odnosno savršenog (5, 9).

2.3. Adaptivni perfekcionizam

Pod pojmom adaptivnog perfekcionizma krije se pozitivna karakteristika perfekcionizma. Različiti autori adaptivni perfekcionizam nazivaju drugačije, ali svi taj oblik perfekcionizma smatraju zdravim. Tako ga Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer nazivaju pozitivna težnja, Adkins i Parker nazivaju ga aktivni perfekcionizam, Terry-Short, Owens, Slade i Dewey pozitivan perfekcionizam, Rice, Ashby i Slaney adaptivni perfekcionizam, Rheaume i Freeston funkcionalni perfekcionizam, Stumpf i Parker zdravi perfekcionizam, a Blankstein i Dunkley osobni standardi (2).

Zdravi, odnosno adaptivni perfekcionizam među prvima spominje Adler (1956), koji težnju za savršenstvom smatra važnim preduvjetom samoaktualizacije, a perfekcionizam opisuje kao potrebu i sastavni dio života (1).

Hamachek (1978) smatra da je adaptivni perfekcionizam potaknut željom za napredovanjem, a obilježen je težnjom za postizanjem visokih, realnih osobnih standarda čije ostvarenje dovodi do zadovoljstva i povećane razine samopoštovanja (1, 14).

Frost i suradnici (1993) prvi empirijski dokazuju postojanje dimenzije perfekcionizma s pozitivnim obilježjima. Od šest dimenzija perfekcionizma, u pozitivan perfekcionizam grupirali su: osobne standarde i organizaciju te su ih nazivali pozitivne težnje. Svojim istraživanjem utvrdili su da su pozitivne težnje u pozitivnoj korelaciji s pozitivnim afektom te da nisu povezane s negativnim afektom i depresijom (1, 15).

Stoeber i Otto (2006) opisuju zdrave perfekcionista kao osobe s visokim perfekcionističkim težnjama, ali niskom razinom uznemirenosti. Njihova istraživanja pokazuju da osobe s perfekcionističkim težnjama imaju više razine savjesnosti, izdržljivosti, zadovoljnije su životom, imaju bolje mehanizme suočavanja i imaju niže razine suicidalnih ideja. Također, osobe s perfekcionističkim težnjama imaju veće samopouzdanje, bolje socijalne vještine i postižu bolje rezultate na standardiziranim ispitima. Adaptivni perfekcionista manje su anksiozni, depresivni, bolje se nose sa stresom i interpersonalnim problemima, te navode manje somatskih tegoba i psiholoških simptoma. Autori su zaključili da su perfekcionističke težnje, ne samo normalna, nego i pozitivna osobina ako je fokus perfekcionista na vlastitom savršenstvu i na ono što je postignuto, a ne razmišljanje što je moglo biti postignuto da se sve odvijalo savršeno (2).

Flett i Hewitt (2002) smatraju da je perfekcionizam raspon koji ide od blagog perfekcionizma do neurotičnog. Oni karakteriziraju blagi perfekcionizam kao adaptivni, a objašnjavaju ga kao težnju za razumnim i realnim standardima koji vode samozadovoljstvu i povećanom samopoštovanju. Ovdje adaptivni perfekcionizam pomaže osobi u postizanju organizacije i planiranju života sa postavljanjem realnih ciljeva. Osobe s blagim perfekcionizmom su organizirane, kompetentne, poslušne, orijentirane na postignuća i disciplinirane. Sve su te osobine poželjne u poslovnom smislu tako da perfekcionizam kao osobina može pomoći osobama kod zapošljavanja. Pojedinaac s adaptivnim perfekcionizmom zbog pozitivnih obilježja perfekcionističkog ponašanja, često je nagrađen za postizanje visokih standarda. To se najčešće događa još u djetinjstvu, kao pohvala roditelja ili u školi u obliku dobrih ocjena. Pozitivno afirmacija koju pojedinac dobiva od okoline, povećava volju pojedinca da se potruži i da nastavi postavljati razumno visoke standarde. Ovaj blagi oblik perfekcionizma je prilagodljiv za pojedinca i na kraju postaje temelj njegovog identiteta. Zbog mogućnosti koje mu adaptivni perfekcionizam kao osobina ličnosti pruža, osoba neće odustati od

perfekcionizma zbog njegove koristi. Ali takva osoba zna da ne mora sve biti savršeno i nije opsjednuta postizanjem savršenstva pod svaku cijenu. Osoba s adaptivnim perfekcionizmom nema stalnu potrebu za preispitivanjem kako doći do savršenstva ili zašto savršenstvo nije postignuto tako da te osobe ne pokazuju povećani stres (29).

2.4. Maladaptivni perfekcionizam

Pojam maladaptivni perfekcionizam označuje negativnu stranu perfekcionizma. Različiti autori maladaptivni perfekcionizam nazivaju različito, ali svi taj oblik perfekcionizma smatraju lošim, odnosno smatraju da je maladaptivni perfekcionizam psihopatologija. Tako Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer maladaptivni perfekcionizam nazivaju problemima neprilagođene evaluacije, Adkins i Parker nazivaju ga pasivni perfekcionizam, Terry-Short, Owens, Slade i Dewey negativan perfekcionizam, Rice, Ashby i Slaney maladaptivni perfekcionizam, Rheaume i Freeston disfunkcionalni perfekcionizam, Stumpf i Parker nezdravi perfekcionizam, a Hill samoevaluacijski perfekcionizam (2).

Mnogi autori (Hollender, Hamachek, Burns i Pacht) smatraju da perfekcionizam nastaje tijekom djetinjstva i da se razvija iz određenih interakcija između djeteta i roditelja. Iako se ne slažu oko definicije adaptivnog perfekcionizma, složili su se da maladaptivni perfekcionizam predstavlja psihopatologiju, ponajviše se nalazi kod anksioznosti i depresije. Također, zaključili su da maladaptivni perfekcionista često razmišljaju crno-bijelo i preispituju vlastite postupke što doprinosi razvoju psiholoških problema (16).

Hamachek (1978) smatra da je perfekcionizam složeni fenomen koji je podijelio na normalni i neurotski perfekcionizam, a zajednička karakteristika im je visoki standardi. Neurotski perfekcionizam opisuje kao osjećaj osobne vrijednosti uvjetovan postizanjem savršenstva te javljanjem straha od neuspjeha i zabrinutosti zbog razočaranja drugih (1).

Stoeber i Otto (2006) zaključuju da su kod maladaptivnog perfekcionizma izražene dimenzije perfekcionizma usmjerene na brigu kao što su: zabrinutost zbog pogrešaka, sumnja u vlastite postupke, osjećaja nesklada između stvarnih postignuća i visokih očekivanja, samokritičnosti i straha od neuspjeha u ispunjavanju vlastitog standarda i visoka očekivanjima drugih (2).

Novija istraživanja pokazuju da perfekcionizam ima značajnu ulogu u razvoju psihopatologije. Maladaptivni perfekcionizam povezuju s anksioznošću, suicidalnim mislima, ali i s pokušajem počinjenja samoubojstva. Najviše se povezuje perfekcionistička briga s depresijom, socijalnom anksioznošću, paničnim poremećajem i opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Također, nađena je snažna veza između perfekcionizma i poremećaja hranjenja. Perfekcionizam ima bitnu ulogu u nastanku, ali i u liječenju poremećaja hranjenja. Ta istraživanja zaključuju da perfekcionizam ima negativan učinak na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca (9, 63).

2. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja spadaju među najčešće psihičke poremećaje, a njihova incidencija raste iz godine u godinu. Poremećaji hranjenja povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje mogu dovesti do životno ugrožavajućeg stanja i prijevremene smrti (18, 19).

2.1. Epidemiologija

U općoj populaciji od 0,5 do 1 % ljudi ima zadovoljavajuće kriterije za dijagnozu poremećaja hranjenja. Najrizičniju skupinu za obolijevanje čine mlade osobe ženskog spola te tako prevalencija među adolescenticama čini čak 4 %. Temeljem sustavnog pregleda literature anoreksija nervoza se nalazi kod 1,4 % adolescentica i 0,2 % adolescenata, bulimija nervoza se pojavljuje kod 1,9 % mladih žena i 0,6 % muškaraca, a pretjerano jedenje u oko 1 % u općoj populaciji bez razlika u pojavljivanju među spolom (19, 20).

2.2. Etiologija

Uzrok poremećaja hranjenja je multifaktorijalan, a ulogu u njegovom nastanku ima kombinacija psiholoških, socijalnih i bioloških faktora. Socijalni čimbenici imaju određenu važnost u nastanku poremećaja gdje se kroz medije prikazuje slika idealne ljepote koja je nerijetko nedostižna. Kako će se osoba suočiti sa savršenim standardima ovisi o okolini u kojoj je odrasla. Tako psihološki čimbenici igraju važnu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Naglasak je na odnosu s roditeljima, odgoju, bitan je proces razvoja, tip privrženosti i adaptacija na životne faze kroz koje adolescent prolazi. Biološki faktori također imaju utjecaj te tako postoji povećan rizik od obolijevanja od anoreksije nervoze ako

anoreksiju nervozu ima srodnik prvoga reda, pogotovo ako su osobe jednojajčani blizanci (18, 19, 21).

2.3. Klasifikacija poremećaja hranjenja

Anoreksija nervoza i bulimija nervoza su dva najčešća oblika poremećaja hranjenja. Glavna karakteristika ovih poremećaja je patološka promjena prehrambenih navika što u konačnici dovodi do psihosocijalnih problema i narušava fiziologiju organizma (18).

Prema DSM-5 klasifikaciji poremećaji hranjenja dijele se na: anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, pretjerano jedenje, izbjegavajuće-restriktivni poremećaj unosa hrane, ruminacijsko-regurgitacijski poremećaj i piku (22).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze prema DSM-5 klasifikaciji (2013) su:

- A. Restrikcija kalorijskog unosa, nedovoljna za dnevne potrebe što dovodi do značajno niske tjelesne mase s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i fizičko zdravlje. Značajno niska tjelesna masa definira se kao tjelesna masa ispod minimalne normalne mase za odrasle, odnosno ispod minimalne očekivane za djecu.
- B. Izuzetan strah od dobivanja na težini i debljanja ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, iako je tjelesna masa izrazito niska
- C. Promijenjen način doživljavanja vlastitoga oblika tijela, utjecaj težine i oblika tijela na samoprocjenjivanje ili odbijanje prepoznavanja ozbiljnosti niske tjelesne mase

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze prema DSM-5 klasifikaciji (2013) su:

- A. Ponavljajuće epizode prejedanja, karakterizirane jednim od slijedećih:
 - 1. Jedenje u kraćem vremenskom razdoblju, veću količinu hrane nego bi većina osoba pojela u takvim okolnostima i u tom vremenskom razdoblju

2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode.
- B. Ponavljano neprikladno kompenzacijsko ponašanje u cilju sprječavanja povećanja mase kao što su samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje i pretjerano vježbanje.
 - C. Pretjerano jedenje i neprikladno kompenzacijsko ponašanje pojavljuju se barem jednom tjedno kroz period od najmanje tri mjeseca.
 - D. Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i tjelesnoj masi.
 - E. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

2.4. Anoreksija nervoza

Riječ *anorexia* dolazi iz grčkog jezika, a označava odsutnost apetita. To je psihički poremećaj karakteriziran intenzivnim strahom od debljanja i izobličenom percepcijom oblika vlastitoga tijela što dovodi do podvrgavanja strogom režimu prehrane sa ciljem gubitka na težini. Glavna obilježja anoreksije nervoze prema MKB-10 su: gubitak na težini, namjerno izbjegavanje hrane „koja deblja“, strah od debljanja, amenoreja i odsutnost nagona za prejedanjem. Razlikuju se dva tipa anoreksije, restriktivni tip, obilježen izgladnjivanjem i pretjeranom fizičkom aktivnošću, a drugi je prežderavajuće/purgativni tip. Prežderavajuće/purgativni tip je obilježen kombinacijom stroge dijete i povremenog prejedanja praćenog izbacivanjem hrane iz organizma povraćanjem, laksativima, diureticima ili drugim lijekovima (18, 23). Osobe koje boluju od anoreksije hrane se malo, uzimaju niskokaloričnu hranu i izbjegavaju različite skupine namjernica zbog straha da će se udebljati. Zbog tog istog straha prisutna je pojačana, odnosno pretjerana tjelesna aktivnost, ali i izazivanje pražnjenja crijeva ili povraćanje. Također osim uzimanja laksativa ili diuretika, pacijenti s anoreksijom nervozom koriste i različite tvari za supresiju apetita. Sve to dovodi do smanjenja tjelesne mase na razinu ispod normale, za određenu dob i visinu, što dovodi do teškog oblika pothranjenosti.

Pothranjenost sa sobom nosi niz metaboličkih i hormonalnim promjena na različitim organskim sustavima. U akutnoj fazi se često javlja vrtoglavica, umor, a moguća je i pojava sinkope. Kod pacijenata s kroničnim oblikom može se javiti osteoporoza, deficit vitamina i minerala, hipoalbuminemija, anemija, leukopenija, hipotenzija, aritmija, hiperkortizolemija, a najčešća hormonalna promjena kod pacijentica je izostanak menstruacije. Također pacijenti s anoreksijom nervozom skloniji su nastanku autoimunih bolesti, ponajprije dijabetes tip 1 (18, 19, 23).

Psihološki čimbenici koji pogoduju nastanku anoreksije nervoze uključuju neprihvatanje slike vlastita tijela, nezadovoljstvo vlastitim izgledom, neprilagođen odnos s autoritetom, neprihvatanje odrastanja i težnja za što većom samostalnošću. Poremećaj se tako najčešće javlja u adolescenciji kao odgovor na odrastanje i preuzimanje spolnih uloga. Mnogi pacijenti doživljavaju da vlastito tijelo nije pod njihovom kontrolom te izglednjivanje nastaje kao pokušaj autonomije nad vlastitim tijelom. Najveću ulogu u nastanku anoreksije čine obiteljski odnosi gdje zbog problema u obliku nasilnog ponašanja, izostanka suosjećanja ili čak pretjerane brige pacijenti traže bijeg u bolest. Kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze često se pronalazi perfekcionizam, opsesivno i rigidno mišljenje, nisko samopouzdanje, smanjenje libida, nesanica i socijalna izoliranost. Poremećaj se pojavljuje u komorbiditetu s depresijom, bipolarnim poremećajem, anksioznim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i poremećajima ličnosti. Treba napomenuti da je kod osoba s anoreksijom nervozom povećan rizik od počinjenja samoubojstava (19, 21, 22).

2.5. Bulimija nervoza

Bulimia je riječ grčkog podrijetla i znači „bikova glad“. Bulimija nervoza je psihički poremećaj koji se opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja jer se sastoji od naizmjeničnih epizoda

prežderavanja i induciranog pražnjenja povraćanjem ili korištenjem laksativa kako bi se izbacile ogromne količine pojedene hrane iz tijela. Glavni simptom bulimije je veliki unos hrane u kratkom razdoblju. Bolesnici hranu često ne žvaču, već samo gutaju tako da mogu unijeti još veće količine hrane. To se sve odvija u kratkom razdoblju, izabiru hranu koja se može brzo pojesti i često se skrivaju od drugih dok jedu. Prejedanje se odvija u napadajima, najčešće nekoliko puta tjedno, a za vrijeme napadaja osobe imaju osjećaj gubitka kontrole. Nakon epizode prejedanja koja se javlja zbog prejake želje za hranom, dolazi do snažnog osjećaj krivnje zbog čega se inducira pražnjenje. Postoje dva oblika bulimije, purgativni tip obilježen pražnjenjem pomoću povraćanja, laksativa ili diuretika nakon epizode prejedanja i nepurgativni tip. Kod nepurgativnog tipa osoba nakon epizode prejedanja kompenzira konzumiranje ogromne količine hrane s postom ili pretjeranom fizičkom aktivnošću, ali ne koristi laksative, diuretike i ne izaziva povraćanje. Pacijenti koji boluju od bulimije nervoze najčešće su normalne tjelesne mase ili čak iznadprosječne tako da se kod pacijentica ne javlja ameroreja. Zbog dugotrajnog prejedanja i pražnjenja javljaju se mnoge fiziološke posljedice, poput povećanja žlijezda slinovnica, erozije zubne cakline što pogoduje nastanku karijesa, upala sluznice jednjaka. Također se može javiti disbalans tekućine i elektrolita koja se prezentira hiponatrijemijom, hipokalijemijom, metaboličkom alkalozom ili acidozom što može dovesti do poremećaja rada srca (18, 19, 24).

Psihološki čimbenici koji utječu na razvoj bulimije kod adolescenata se najviše odnose na neprihvatanje uloge odrasle osobe. Javljaju se teškoće suočavanja s preuzimanjem odgovornosti, osobe su češće labilne i nezrele. Kod oboljelih osoba veća je učestalost agresivnosti, impulzivnosti, zlouporabe psihoaktivnih tvari, posebno alkohola i češći pokušaji samoubojstva nego u anoreksiji. Socijalni faktori su slični onima u anoreksiji nervozi i odnose se na izgled, odnosno želju za uklapanje u društvene norme. Javlja se patološko doživljavanje vlastitog tijela, osobe su zabrinute zbog svog izgleda i oblika tijela što dovodi

do depresivne faze nakon prejedanja i potrebom za pražnjenjem. Nakon prejedanja javlja se osjećaj ljutnje, tuge, bespomoćnosti, samokritike i osjećaj krivnje stoga se kod takvih osoba češće javljaju anksiozni poremećaji. Obitelj igra ključnu ulogu u razvitku bolesti te se bulimija nervoza češće javlja u obiteljima koje su zahtjevne, sukobljavajuće, zanemarujuće i emocionalno hladne. Poremećaj se tako češće javlja u komorbiditetu s depresijom, poremećajima ličnosti (posebice graničnim), opsesivno-kompulzivnim poremećajem i drugim poremećajima hranjenja (19, 25).

2.6. Poremećaji hranjenja i perfekcionizam

Poveznica između perfekcionizma i poremećaja hranjenja prema mnogim istraživanjima je funkcioniranje obitelji, odnosno obiteljski odnosi. Uočeno je da prevelika kontrola i manjak mogućnosti za samostalnost kod adolescenata pogoduju nastanku poremećaja hranjenja. Psihološka kontrola se odnosi na roditeljsko ponašanje koje zadire u dječje osjećaje i misli, a takvi roditelji češće koriste manipulativne tehnike izazivanja krivnje kod djeteta i uskraćivanja ljubavi. Zbog toga dijete već u ranom djetinjstvu usvaja obrasce ponašanja kojim roditeljsku ljubav i pažnju dobiva udovoljavanjem roditeljskim zahtjevima (26, 27, 28).

Prema razvojnoj teoriji osobe s poremećajem hranjenja razviju već u ranoj dobi perfekcionističke sklonosti i traženje odobrenja od strane drugih. Smatraju da se kod osoba s poremećajima hranjenja javlja potreba za kontrolom i savršenstvom kao odgovor na unutarnje nedostatke. Takve osobe već u djetinjstvu percipiraju sebe kao nedovoljno dobre. Prema Bruch (1978) osobe s poremećajem hranjenja često razviju „lažni self“ koji im služi kao maska kojom predstavljaju sebe kao sposobne, samouvjerene i „dovoljno dobre“. Iza te maske krije se „pravi self“ koji je prazan, uplašen i usamljen zbog neiskrenih odnosa s okolinom (29, 30).

Prema istraživanjima Woodside i suradnika (2002) podupire se tvrdnja da utjecaj okoline, odnosno obitelji igra veliku ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Tako su nađene veće razine perfekcionizma na psihološkim testovima kod oba roditelja oboljelih od poremećaja hranjenja nego kod roditelja kontrolne skupine. Majke osoba oboljelih od perfekcionizma pokazivale su veću zabrinutost o tjelesnoj masi i obliku tijela od kontrolne skupine. Druga hipoteza govori o povezanosti stresa i poremećaja hranjenja kod osoba s perfekcionizmom. Osobe s maladaptivnim perfekcionizmom zaokupljene su vlastitim pogreškama, a osjećaj nezadovoljstva javlja se već kod najmanjeg odstupanja od zadanih nerealnih standarda. Kod stresnih situacija osobe s maladaptivnim perfekcionizmom imaju osjećaj gubitka kontrole, a restrikcijom unosa hrane imaju prividni osjećaj kontrole (29, 31, 32).

Prema kognitivnom modelu osobe oboljele od poremećaja hranjenja zbog netočnih spoznaja o prehrani i prehrambenim navikama zadaju si nerealne standarde što u konačnici dovodi do neuspjeha. Ti standardi teže perfekcionizmu koji se ne može postići pa dolazi do razvoja anksioznosti i depresije kod pojedinaca. Dvije dimenzije perfekcionizma: briga zbog pogreške i sumnja u vlastite postupke koje se grupiraju u maladaptivni perfekcionizam pokazivale su najveću korelaciju s poremećajima hranjenja (29, 33).

Model ličnosti ukazuje da oboljeli pokazuju sklonost prema tri specifične osobine ličnosti koje se nalaze u maladaptivnom perfekcionizmu: izbjegavanje neuspjeha, izbjegavanje promjena te ovisnost o nagrađivanju. Osobe s poremećajem hranjenja pokazuju slabu prilagodljivost na promjene i zaokupiranost nebitnim stvarima, stoga preferiraju stabilnu okolinu i odbijaju promjene. Također, takve osobe ovise o drugima za emocionalnu podršku i osjetljive su na odbijanje. Te perfekcionističke osobine ličnosti predisponiraju za razvoj poremećaja hranjenja (29, 34).

Multidimenzionalni model perfekcionizma Fletta i Hewitta povezuje sebi usmjeren perfekcionizam s restrikcijom u prehrani i pretjeranom brigom o unosu kalorija, a društveno uvjetovan perfekcionizam s izgledom i manjkom samopouzdanja. Poremećaj hranjenja nastaje kao motivacija za dostizanje sebi nametnutih nerealnih očekivanja kod sebi usmjerenog perfekcionizma. Kod društveno uvjetovanog perfekcionizma samopouzdanje i pretjerana briga za izgledom proizlaze iz želje prikaza sebe savršenim u očima drugih. Podijelili su perfekcionista u tri stila, osobe koje pretjerano naglašavaju svoje uspjehe, snove i ciljeve sa željom doimanja uspješnosti i sposobnosti i s ciljem divljenja drugih. Drugi stil perfekcionista sakriva svoje mane i ne priznaje vlastiti neuspjeh zbog izbjegavanja kritika i očuvanja vlastitog samopouzdanja. Prešućivanje vlastitih pogrešaka karakteristika je trećeg stila zbog straha od prikaza sebe kao nesavršene osobe (29).

Koliki je stvarni utjecaj perfekcionizam na razvoj poremećaja hranjenja ovisi od istraživanja do istraživanja, ali većina autora se slaže da je perfekcionizam ključni rizični čimbenik za nastanak poremećaja. Neki autori (Shafran, Cooper, Fairburn, 2002) predlažu da su poremećaji hranjenja način na koji osobe izražavaju perfekcionizam (35, 36).

Maladaptivni perfekcionizam se odnosi na postavljanje nerealno visokih standarda i pretjeranu samokritičnost, dok se adaptivni perfekcionizam zasniva također na visokim standardima, ali oni su realni i osoba je zadovoljna postignutim. Maladaptivni perfekcionista su fiksirani na vlastite pogreške i sumnjaju u vlastite odluke i postupke što ih čini ranjivim za različite poremećaje. Taj obrazac ponašanja usvojen je već u djetinjstvu kod osoba s kontrolirajućim roditeljima koji pokazuju ljubav kroz postizanje zadanih visokih standarda (27, 37).

Maladaptivni perfekcionista zbog osjećaja nesposobnosti i gubitka kontrole kompenziraju taj nedostatak fiksiranjem na prehranu i mršavljenje zbog želje za povratkom kontrolom. Zbog

želje za kontrolom i pretjerane samokritičnosti maladaptivni perfekcionista kontinuirano povećavaju svoje norme za idealnu tjelesnu masu što dovodi do eskalacije poremećaja (27, 36).

Zbog neumorne želje za nametanjem i postizanjem izrazito visokih standarda javlja se otpor i uvelike otežava liječenje poremećaja hranjenja (38, 39). Također, određena istraživanja su pokazala da osobe s niskom razinom suosjećanja, često prisutno kod maladaptivnog perfekcionizma, imaju lošiji odgovor na liječenje (40, 41).

Zaključak istraživanja provedenog na razlici između adaptivnog i maladaptivnog perfekcionizma u nastanku poremećaja hranjenja je da se poremećaj hranjenja češće razvija kod osoba s pretjeranom zabrinutošću i samokritikom što je karakteristika maladaptivnog perfekcionizma, a kod osoba s visokim osobnim standardima nije pronađena veća učestalost poremećaja nego kod kontrola. Jedno istraživanje je čak pokazalo da adaptivni perfekcionizam ima zaštitni učinak na nastanak poremećaja hranjenja (27, 42, 43).

2.7. Terapijski pristup

Poremećaji hranjenja su izrazito zahtjevna bolest za liječenje jer osim psihičkih nastaju i somatske komplikacije. Ponekad zbog ozbiljnosti, somatske komplikacije su prioritet u liječenju kao kod elektrolitskog disbalansa gdje prijete mogućnost letalnog ishoda bolesti. Nakon zbrinjavanja akutnog stanja, slijedi dugotrajno i zahtjevno psihičko liječenje koje je često praćeno relapsima (18).

Psihijatrijsko liječenje se ponajviše bazira na psihoterapiji, a psihofarmaci imaju ograničen učinak u kontroli bolesti. Ciljevi farmakoterapije u poremećajima hranjenja su: utjecaj na porast apetita i tjelesne mase, liječenje komorbiditeta i liječenje poremećaja mišljenja s naglaskom na iskrivljenu sliku vlastitoga tijela i strah od debljanja. Tako je kod anoreksije

nervoze terapija drugog izbora antipsihotik nove generacije, odnosno olanzapin ponajviše zbog njegovog djelovanja na porast apetita i tjelesne mase, ali i zbog djelovanja na dopaminske i serotoninske receptore. I dalje je psihoterapija prvi izbor liječenja, pogotovo kod djece i adolescenata. Za bulimiju nervozu koristi se antidepresiv fluoksetin koji smanjuje broj epizoda prejedanja i povraćanja, ublažava želju za ugljikohidratima i ispravlja patološki stav o hrani. Antidepresiv također djeluje i na ublažavanje simptoma depresije koji se mogu naći kao komorbiditet kod bulimije nervoze, kako u kratkoročnom liječenju tako i kao terapija održavanja (18).

Za liječenje poremećaja hranjenja osim individualne, iznimno je bitna i obiteljska psihoterapija. Kroz proces psihoterapije radi se na boljem upoznavanju samog sebe, ali i gradnji odnosa s članovima obitelji. Cilj zajedničke psihoterapije je da obitelj stekne uvid u svoju disfunkcionalnost kako bi izbacila patološke obrasce ponašanja i interakcije. Prepoznavanjem maladaptivnog perfekcionizma i njegovih karakteristika nastalih iz obrasca ponašanja naučenih od roditelja, pacijenti postaju svjesni načina vlastitog ponašanja. To uvelike pomaže u liječenju poremećaja, pogotovo ako je obitelj željna promijeniti obrasce svojega ponašanja (21, 27, 41).

Psihoanalitički pristup može se upotrijebiti s kognitivno-bihevioralnim pristupom, ali i s drugim psihoterapijskim modelima. Nedavno se počeo primjenjivati i mentalizacijski model terapije gdje se poremećaji hranjenja shvaćaju kao poremećaji *selfa* i regulacije afekta (18, 21).

Prognoza liječenja poremećaja prehrane je dosta nepovoljna, što bolest duže traje liječenje je kompliciranije uz veću stopu smrtnih ishoda. Učestalo odustajanje od liječenja i veliki postotak relapsa čine prognozu lošom. Jedan od velikih problema je to što se pacijenti javljaju dosta kasno, kada je bolest već uznapredovala, a oboljeli bolest doživljavaju kao dio svoje

ličnosti. Teškoće u liječenju poremećaja hranjenja javljaju se kod osoba s maladaptivnim perfekcionizmom gdje kontinuirana kontrolirajuća okolina dodatno otežava liječenje (18, 27).

3. POREMEĆAJI LIČNOSTI

Poremećaji ličnosti se definiraju kao stanja s dominantnom crtom ličnosti i obrasci ponašanja koji su između zdravlja i psihopatologije, a ne mogu se povezati s organskim oštećenjem središnjeg živčanog sustava. Postoje „3p“ kriteriji koji navode karakteristike potrebne da crta ličnosti postane poremećaj ličnosti. Ti kriteriji ponašanja su: patološko (što znači da odstupa od očekivanog), perzistirajuće (koje se definira kao prisutnost najmanje pet godina) i pervazivno (što znači jasno vidljivo u različitim situacijama) (19).

3.1. Epidemiologija

U općoj populaciji prevalencija poremećaja ličnosti iznosi 10-13 %. Pojedini tipovi ove patologije imaju sljedeću prevalenciju:

- paranoidni poremećaj 0,5-2,5 %
- shizoidni poremećaj 0,8-1,8 %
- shizotipni poremećaj 0,6-3 %
- antisocijalni poremećaj 3 % u muškarca i 1 % u žena
- granični (*borderline*) poremećaj 2 %
- histrionski poremećaj ličnosti 1-2 %
- opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti 0,9-2 %
- izbjegavajući poremećaj ličnosti 1-5 %
- ovisna ličnosti 2-8 %
- narcistički poremećaj 2-16 %

Tipovi poremećaja ličnosti mogu se međusobno preklapati te dijagnoza poremećaja može biti mješoviti poremećaja ličnosti (19, 44).

3.2. Etiologija

Najzastupljenija tumačenja nastanka poremećaja ličnosti su biološka i psihodinamska tumačenja. Biološka tumačenja upućuju na ulogu nasljeđa u nastanku poremećaja. To potkrepljuje činjenica da je pronađena veća pojava poremećaja među jednojajčanim blizancima. Druga biološka komponenta je promjena u neurotransmitorima, kod osoba s poremećajem ličnosti može se pronaći smanjena razina MAO, dopamina i serotonina. Neurološka istraživanja su pronašla da se kod osoba s poremećajem nalazi smanjeni volumen orbitofrontalnog korteksa. Osim neurobiološke predispozicije pojedinca i okolina igra ulogu u nastanku poremećaja ličnosti. Dijete oblikuje svoju ličnost kroz iskustva koja je steklo tijekom djetinjstva te tako različiti stresori mogu doprinijeti razvoju poremećaja ličnosti. Zanemarivanje ili zlostavljanje u djetinjstvu su stresori koji se najčešće povezuju s pojavom poremećaja (19, 45).

3.3. Klasifikacija poremećaja ličnosti

Poremećaji ličnosti se na temelju kliničke slike dijele u tri skupine, odnosno klastera:

- Klaster A (ekscentrični poremećaji ličnosti): paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti
- Klaster B (dramatični poremećaji ličnosti): antisocijalni, granični, narcistički i histrionski poremećaj ličnosti
- Klaster C (anksiozni poremećaji): opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i ovisni poremećaj ličnosti

Prema DSM-5 modelu, opći kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti su (19, 22, 44):

- A. Dugotrajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanog s obzirom na kulturu pojedinca. Ovaj obrazac se očituje na dva (ili više) sljedeća područja:
1. kognitivnom (tj. načini opažanja i tumačenja samog sebe, drugih ljudi i događaja)
 2. emotivnom (tj. raspon, intenzitet, labilnost i primjerenost emotivnog odgovora)
 3. u interpersonalnom funkcioniranju
 4. u kontrola nagona.
- B. Dugotrajni obrazac je nefleksibilan i pervazivan u velikom rasponu osobnih i društvenih situacija
- C. Dugotrajni obrazac dovodi do klinički značajne uznemirenosti ili oštećenja u društvenim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja
- D. Obrazac je stabilan i dugotrajan, a njegov se početak može pratiti barem od adolescenciji ili rane odrasle dobi
- E. Dugotrajni obrazac nije bolje objašnjen kao manifestacija ili posljedica drugog duševnog poremećaja
- F. Dugotrajni obrazac se ne može pripisati fiziološkim učincima psihoaktivnih tvari (zlouporaba droga) ili drugom zdravstvenom stanju (trauma glave).

3.4. Narcistički poremećaj

Poremećaj pripada skupini dramatičnih poremećaja ličnosti, odnosno u klaster B. Glavna su obilježja narcističkog poremećaja ličnosti prenaplašen osjećaj važnosti, osjećaj grandioznosti i potreba za divljenjem okoline. Patološki narcizam se češće pojavljuje kod osoba muškog spola i to učestalije kod visokoobrazovanih ljudi (22).

Postoji psihoanalitičko, bihevioralno i kognitivno tumačenje nastanka patološkog narcizma. Prema psihoanalitičkoj teoriji za nastanak narcizma odgovorna je hladna, odbacujuća obitelj koja ne hvali djetetova postignuća i uspjehe. Dolazi do pojave „lažnog selfa“ kao odgovor na osjećaj bezvrijednosti i odbacivanja te osoba sami sebi dokazuje vrijednost što je početak razvitka narcističkog poremećaja. Sasvim suprotno objašnjenje postavlja bihevioralna teorija koja objašnjava da je narcizam posljedica pretjeranog hvaljenja i nagrađivanja djeteta što kasnije razvija grandiozni self. Kognitivna teorija objašnjava narcizam kao nerealna procjena vlastitih sposobnosti i važnosti (22, 46).

Najvažniji i najčešće korišten dijagnostički kriterij za narcistički poremećaj ličnosti je grandioznost, odnosno prenaplašeni osjećaj vlastite važnosti. Grandioznost se očituje u sklonosti preuveličavanja vlastitih postignuća i sposobnosti, ali i umanjivanja tuđih. Osobe prikazuju sebe kao izrazito kompetentne, visoke inteligencije i kao osobe visokoga statusa. Teže za neprestanom pažnjom i očekuju pohvale i divljenje od drugih tako što o sebi uvijek pričaju u pozitivnom kontekstu i ulažu veliki trud u situacijama kada znaju da ih drugi promatraju. Ako pohvale izostanu, osobe burno reagiraju, nasilno i osvetoljubivo, a također su vrlo osjetljivi na kritike upućene njima. Pri pronalaženju partnera fokus im je zadovoljavajući društveni status i posjedovanje skupih materijalnih dobara te lako zamijene partnera s osobom višeg socioekonomskog statusa. Kako teško održavaju emocionalne odnose, teško ostvaruju i uspješne dugogodišnje profesionalne odnose zbog nemogućnosti zauzimanja tuđe perspektive, manjka razumijevanja i empatije prema drugima. Također, često iskorištavaju bliske osobe kako bi došli do vlastitog cilja, a pritom imaju osjećaj da je okolina ljubomorna na njihova postignuća (46, 47).

Često se narcistički poremećaj ličnosti pojavljuje s drugim poremećajima ličnosti, kao i s poremećajima raspoloženja, bolestima ovisnosti i poremećajima hranjenja (19).

3.5. Patološki narcizam i perfekcionizam

Perfekcionizam se već dugo u teoriji prikazuje kao komponenta narcizma. Odnos između multidimenzionalnog perfekcionizma i narcizma istraživan je od početka postavljanja tri dimenzija perfekcionizma prema Hewittu i Flettu. Perfekcionizam orijentiran na druge je dimenzija koja se pretežito povezuje s narcizmom, odnosno podtipom grandiozni narcizam (48, 49, 50).

Postoje dva podtipa narcizma: grandiozni i ranjivi narcizam. Grandiozni narcizam obuhvaća osjećaj superiornosti, jedinstvenosti, maštanja o tome kako je osoba najbolja i zaslužuje posebne povlastice. Takve osobe su u centru pažnje i ne skrivaju svoja perfekcionistička mišljenja i ideale, a za razliku od njih ranjivi narcizam je povezan s izbjegavanjem socijalnih kontakata zbog straha od neprihvatanja. Ovaj podtip narcizma karakterizira potreba za priznanjem od strane drugih, a osjećaj vlastite vrijednosti ovisi o tom priznanju (19, 49, 51).

Različita istraživanja potvrđuju tezu da je drugima usmjeren perfekcionizam povezan s grandioznim narcizmom. Grandiozni narcisi strogo nameću perfekcionističke zahtjeve drugima, a osjećaj nezadovoljstva javlja se zbog percipiranih mana okoline. Glavna poveznica između patološkog narcizma i perfekcionizma ima snažnu antisocijalnu komponentu: iskorištavanje drugih, omalovažavanje i bijes. Takve osobe su dominantne, arogantne, nepovjerljive i distancirane u društvenim odnosima. Druga dimenzija perfekcionizma, društveno propisan perfekcionizam je u korelaciji sa svim aspektima ranjivog narcizma. Javlja se snažan osjećaj srama zbog mišljenja da ih drugi ne smatraju savršenima. Njihovo samopouzdanje ovisi o povratnoj informaciji od okoline pa su usredotočeni na promicanje vlastitog savršenstva drugima. U novijim istraživanjima ne povezuje se samo drugima usmjeren perfekcionizam i narcistička grandioznost već je nađena poveznica između sebi usmjerenog perfekcionizma i narcističke grandioznosti. Preklapanje sebi usmjerenog

perfekcionizma s narcističkom grandioznošću mijenja definiciju dimenzije sebi usmjerenog perfekcionizma koja je tu dimenziju perfekcionizma označavala adaptivnom. Ta istraživanja pokazuju da sebi usmjeren perfekcionizam nije samo težnja za postignućem, već može uključivati i spremnost na iskorištavanje drugih u korist ostvarenja vlastitog cilja (48, 49, 52, 53).

3.6. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

Anankastični ili opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti pripada među anksiozne poremećaje ličnosti, odnosno u klaster C. Glavna obilježja poremećaj su: perfekcionizam, oprez, osjećaj sumnje, zaokupiranost detaljima, tvrdoglavost, neodlučnost i rigidnost. Prema Freudu riječ je o fiksaciji na analnu fazu, a prema kognitivno-bihevioralnoj teoriji osjećaj bezvrijednosti se javlja zbog nemogućnosti dosezanja apstraktnog perfekcionizma na kojem počiva vlastita vrijednost. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti učestalo se javlja s opsesivno-kompulzivnim poremećajem (OKP), anksioznim poremećajima, drugim poremećajima ličnosti i s depresivnim poremećajem (19, 21).

Osobe s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti zaokupljene su detaljima, redom i organizacijom do te mjere da sama aktivnost gubi smisao. Osjetljivi su na nagle i neočekivane promjene te nerado prepuštaju drugima zadatke. Odlikuje ih ekstremni perfekcionizam, metodičnost i pretjerana posvećenost poslu tako da takve osobe mogu biti profesionalno uspješne. Osobe s poremećajem su skrupulozne, moralne, ali i škrte. Postoji oblik poremećaja s opsesivnim smetnjama u kojem osoba neprestano razmišlja, procjenjuje i odlučuje, ali odluku nikad ne donesi. Oblik s kompulzivnim simptomima karakteriziraju ponavljajuće motoričke radnje, čišćenje, provjeravanje i skupljanje (19, 54).

Najveći problem kod osoba s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti je manjak uvida u vlastito stanje, osoba ne prepoznaje da ima problem što stvara poteškoće pri liječenju. To je glavna razlika od OKP-a gdje pate zbog svog stanja, nesretne su i žele ga se riješiti (19).

3.7. Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti i perfekcionizam

U samoj definiciji opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti nalazi se maladaptivni perfekcionizam. Prema DSM-5 za postavljanje dijagnoze poremećaja jedan od parametara je javljanje perfekcionizma koji utječe na izvršavanje zadatka, osoba zbog nerealno visokih vlastitih standarda koje ne može ispuniti ne dovršava zadatak. Tako perfekcionizam kod osoba s opsesivno-kompulzivnim poremećajem može stvarati probleme u poslovnom okruženju zbog pretjerane zaokupljenosti trivijalnim zadacima što dovodi do propuštanja zadanih rokova. Drugima usmjeren perfekcionizam je jedna od dimenzija perfekcionizma koja se javlja kod osoba s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti. Očekuju da okolina teži ispunjenju nametnutih nerealnih standarda i vjeruju da je njihov način rješavanja jedini pravi. Sebi usmjeren perfekcionizam koji se javlja kod poremećaja povezan je s depresijom, a društveno propisan perfekcionizam je povezan s lošijom prilagodbom i suicidalnim idejama (54, 55, 56).

3.8. Terapijski pristup

Liječenje poremećaja ličnosti sastoji se od kombinacije psihoterapije i psihofarmaka. Psihoterapijski pristup je terapija prvog izbora, a metoda može biti psihodinamska, kognitivno-bihevioralna i suportivna. Optimalna adaptacija na psihoterapiju uključuje formiranje dobrog odnosa sa psihoterapeutom, prihvaćanje pomoći i želja za radom na svojim unutrašnjim modelima ponašanja. Problem koji se može javiti kod liječenja psihoterapijom je

aloplastična adaptacija. Kod takvih pacijenata javlja se otpor prema psihoterapiji, a psihoterapeuta ne doživljavaju kao osobu koja im želi pomoći. Takve osobe sklone su manipulaciji psihoterapeuta. Farmakoterapija je najčešće indicirana kod pojave psihotičnih simptoma, depresivnih simptoma, impulzivnosti, agresivnog ponašanja i afektivne nestabilnosti. Ovisno o dominantnom simptomu prepisuju se antidepresivi iz skupine SIPPSS-a, stabilizatori raspoloženja, anksiolitici i antipsihotici nove generacije (21, 44).

4. PERFEKCIONIZAM U SPORTU

Hamachek (1978) je podijelio perfekcionizam na normalan i neurotičan, odnosno adaptivni i maladaptivni. Proučavanjem utjecaja perfekcionizma na sportaše, istraživači su došli do zaključka da postoji adaptivni i maladaptivni perfekcionizam koji različito utječe na uspjeh u sportu. Adaptivni perfekcionista postavljaju visoke standarde izvrsnosti koji se mogu postići, osjećaju zadovoljstvo zbog postignutog uspjeha i imaju fleksibilnost u svojim zahtjevima prema važnosti aktivnosti, te toleriraju manje pogreške. Tako je motivacija adaptivnih perfekcionista postizanje izvrsnog rezultata, a kod maladaptivnih perfekcionista to je samo posljedica straha od negativnog ishoda. Maladaptivni perfekcionista zadaju si standardne koji su nedostižni, jako su samokritični prema sebi čak i kada postignu zadane standarde. Čak i najmanje greške doživljavaju kao neuspjeh zbog nemogućnosti prihvatanja vlastitih sposobnosti i ograničenja. Tako te dvije vrste perfekcionizma imaju snažan utjecaj u sportu jer utječu na motivaciju, emocije i na ponašanje pri postizanju rezultata (57, 58).

U sportu je predložen koncept koji dijeli perfekcionizam u četiri dimenzije po uzoru na MPS-F. Iz originalne verzije preuzete su dimenzije osobni standardi i zabrinutost zbog pogrešaka, treća dimenzija je nastala iz dimenzija roditeljska očekivanja i roditeljska kritika, a nazvana je percepcija roditeljskog pritiska. Četvrta dimenzija, nazvana percepcija pritiska trenera, uvedena je na temelju činjenice da su sportaši vrlo osjetljivi na povratne informacije dobivene od trenera i teže za njihovim odobrenjem, što čini trenera ključnom osobom u standardima izvedbe u sportu. Dimenzija percepcija roditeljskog pritiska i percepcija bi prema MPS-H pripadale društveno propisanom perfekcionizmu. Dimenziju osobni standardi možemo povezati sa sebi usmjerenom perfekcionizmu iz MPS-H. To je dimenzija perfekcionizma odgovorna za postavljanje visokih osobnih standarda, ali i realnost u vlastitim mogućnostima. Osobe s visokom razinom dimenzije osobni standardi, a niskim razinama ostalih dimenzija su adaptivni perfekcionista. Ako se uz visoku razinu dimenzije osobni standardi nalaze i visoke

razine drugih dimenzija tada perfekcionizam postaje maladaptivni. To ukazuje na činjenicu da maladaptivni perfekcionizam nije nametanje visokih standarda već razmišljanje da je svaka greška neprihvatljiva (57, 59).

Fenomen koji se može javiti kod sportaša je sindrom sagorijevanja (*burnout syndrome*) koji negativno utječe na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca. Sindrom sagorijevanja označava se kao psihološko, emocionalno i tjelesno povlačenje iz aktivnosti koja je do tada predstavljala užitek i kojom se osoba bavila kao rezultat pretjeranog stresa. Pronađena je povezanost između sindroma sagorijevanja kod sportaša i maladaptivnog perfekcionizma. Kod maladaptivnih perfekcionista javlja se strah od neuspjeha i previsoki nametnuti standardi što pridonosi sagorijevanju. Takvi sportaši postižu čak i lošije rezultate zbog niskog samopouzdanja i velike anksioznosti koja se javlja tijekom natjecanja. Za razliku od njih sportaši s adaptivnim perfekcionizmom neuspjeh ne smatraju nužno lošim već kao podsjetnik njihovim ograničenja i mogućnosti. Anksioznost koja se javlja tijekom natjecanja ne pripisuju nečemu negativnom nego kao dodatna motivacija što ima pomaže u izvedbi i boljem upravljanju anksioznošću. Zaključno, kod takvih osoba nađena je manja stopa sagorijevanja (60, 61).

5. ZAKLJUČAK

Perfekcionizam je složen konstrukt i kao takav ne može se gledati kao jednodimenzionalan, već kao višedimenzionalan s adaptivnim i maladaptivnim obilježjima. Adaptivni perfekcionizam s postavljanjem visokih realnih standarda pomaže osobi u poslovnom životu. Postizanje zadanih ciljeva osobi pruža zadovoljstvo, čini je ispunjenom, a taj osjećaj ih gura da održavaju visoke standarde. Kod maladaptivnih perfekcionista težnja za postizanjem savršenstava nadilazi granice razuma te osobe postaju zaokupljene postizanjem cilja bez obzira kako će do tog cilja doći. Ako se zadani cilj ne postigne, postaje veliki izvor frustracije i nezadovoljstva. Takve osobe su podložne za razvoj brojnih psihijatrijskih poremećaja. Najviše je istražena veza između poremećaja hranjenja i perfekcionizma jer kada je prisutan, otežava liječenje. Maladaptivni perfekcionizam povezan je i s depresijom, anksioznim poremećajem i poremećajima ličnosti. Stoga su potrebna daljnja istraživanja ponajviše o etiologiji perfekcionizma i poveznice sa psihopatologijom, ali i odvajanje adaptivnog od maladaptivnog oblika.

6. ZAHVALE

Iskreno zahvaljujem svom mentoru, prof. dr. sc. Darku Marčinku, na razumijevanju, susretljivosti, uloženom vremenu i pomoći prilikom izrade ovog rada.

Posebnu zahvalu upućujem svojim roditeljima i obitelji na neizmjerne podršci, strpljenju, savjetima, razumijevanju i ljubavi.

Zahvaljujem se i svojim prijateljima i kolegama koji su mi pružali podršku tijekom cijelog školovanja i vjerovali u mene.

7. LITERATURA

1. Greblo Z. Što se skriva iza pojma „perfekcionizam“? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*. 2012;21(1):195-212.
2. Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*. 2006;10(4):295-319.
3. Lundh LG. Perfectionism and Acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2004;22(4):251-265.
4. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(3):456-70.
5. Casale S, Fioravanti G, Rugai L, Flett GL, Hewitt PL. What Lies Beyond the Superordinate Trait Perfectionism Factors? The Perfectionistic Self-Presentation and Perfectionism Cognitions Inventory Versus the Big Three Perfectionism Scale in Predicting Depression and Social Anxiety. *J Pers Assess*. 2020;102(3):370-379.
6. Hewitt PL, Flett GL. When does conscientiousness become perfectionism? *Current Psychiatry*. 2007;6(7):49-60.
7. Frost RO, Marten P, Lahart C. The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res*, 1990;14:449–468
8. Zubčić T, Vulić-Prtorić A. Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*. 2008;4:23-35.
9. Feher A, Smith MM, Saklofske DH, Plouffe RA, Wilson CA, Sherry SB. The Big Three Perfectionism Scale–Short Form (BTPS-SF): Development of a Brief Self-Report Measure of Multidimensional Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2020;38(1):37-52.

10. Ashby JS, Rice KG. Perfectionism, Dysfunctional Attitudes, and Self-Esteem: A Structural Equations Analysis. *Journal of Counseling & Development*. 2002;80(2):197–203.
11. Sironic A, Reeve RA. A Combined Analysis of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS), and Almost Perfect Scale—Revised (APS-R): Different Perfectionist Profiles in Adolescent High School Students. *Psychological Assessment*. 2015;27(4):1471–1483.
12. Pacht AR. Reflections on perfection. *American Psychologist*. 1984;39:386-39.
13. Ranieri WF, Steer RA, Lavrence TI, Rissmiller DJ, Piper GE, Beck AT. Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psychological Reports*. 1987;61:967-975.
14. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 1978;15(1):27–33.
15. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 1993;14(1):119–126.
16. Cook LC. *The Influence of Parental Factors on Child Perfectionism*. University of Nevada, 2012
17. Stoeber J, Otto K, Dalbert C. Perfectionism and the Big Five: Conscientiousness predicts longitudinal increases in self-oriented perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 2009;47:363–368
18. Marčinko D. *Poremećaji hranjenja, od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013
19. Begić D. *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2021
20. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020;50(1):24-29

21. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015
22. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
23. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(12):1099–1111.
24. Tith RM, Paradis G, Potter BJ, Low N, Healy-Profítós J, He S, Auger N. Association of Bulimia Nervosa With Long-term Risk of Cardiovascular Disease and Mortality Among Women. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(1):44-51.
25. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):85-94
26. Polivy J, Herman PC. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187–213.
27. Soenens B, Vansteenkiste M, Vandereycken W, Luyten P, Sierens E, Goossens L. Perceived Parental Psychological Control and Eating-Disordered Symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:144 –152.
28. Vandereycken W. Parental rearing behaviour and eating disorders. *Parenting and Psychopathology*. 1994;219 –234. London: Wiley.
29. Knutt AD. Pathological perfectionism: Implications for the treatment of depression, eating disorders, obsessive-compulsive disorder in suicide prevention. University of Hartford, 2004
30. Bruch H. The golden cage: The enigma of anorexia nervosa. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978

31. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;31:290-299.
32. Ruggiero GM, Levi D, Ciuna A, Sassaroli S. Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34:220-226.
33. Minarik ML, Ahrens AH. Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*. 1996;20:155-169.
34. Strober M. Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*; 354-373. New York: Guildford Press. 1991
35. Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav*. 2009;10(3):168-75.
36. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40:773-791.
37. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):219-229.
38. Huynh PA, Miles S, Nedeljkovic M. Perfectionism as a moderator of the relationship between orthorexia nervosa and obsessive-compulsive symptoms. *Eat Weight Disord*. 2024;29(1):6.
39. Shafran R, Coughtrey A, Kothari R. New frontiers in the treatment of perfectionism. *Int J Cogn Ther*. 2016;9(2):156-170

40. Kelly AC, Carter JC, Zuroff DC, Borairi S. Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*. 2013;23:252–264.
41. van der Kaap-Deeder J, Smets J, Boone L. The Impeding Role of Self-Critical Perfectionism on Therapeutic Alliance During Treatment and Eating Disorder Symptoms at Follow-up in Patients with an Eating Disorder. *Psychol Belg*. 2016;56(2):101-110.
42. Boone L, Soenens B, Braet C, Goossens L. An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(7):686–691
43. Haynos AF, Utzinger LM, Lavender JM, Crosby RD, Cao L, Peterson CB, Crow SJ, Wonderlich SA, Engel SG, Mitchell JE, Le Grange D, Goldschmidt AB. Subtypes of Adaptive and Maladaptive Perfectionism in Anorexia Nervosa: Associations with Eating Disorder and Affective Symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 2018;40(4):691-700.
44. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. (ur.) *Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
45. Newlin E, Weinstein B. *Personality disorders*. Continuum (Minneap Minn). 2015; 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):806-17.
46. Čuržik D, Jakšić N. Patološki narcizam i narcistični poremećaj ličnosti - pregled suvremenih spoznaja. *Klinička psihologija [Internet]*. 2012;5(1-2):21-36. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/158520>
47. Miller JD, Campbell WK, Pilkonis PA. Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 2007;48:170-177.
48. Smith MM, Sherry SB, Chen S, Saklofske DH, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality*. 2006;40:90–101.

49. Stoeber J, Sherry SB, Nealis LJ. Multidimensional perfectionism and narcissism: Grandiose or vulnerable? *Personality and Individual Differences*. 2015;80:85–90.
50. Sherry SB, Gralnick TM, Hewitt PL, Sherry DL, Flett GL. Perfectionism and narcissism: Testing unique relationships and gender differences. *Personality and Individual Differences*. 2014;61–62:52–56.
51. Miller JD, Hoffman, BJ, Gaughan ET, Gentile B, Maples J, Campbell WK. Grandiose and vulnerable narcissism: A nomological network analysis. *Journal of Personality*. 2011;79:1013–1042.
52. Stoeber J. How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014;36:329–338.
53. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. 2012;42:1879-1890.
54. Pinto A, Teller J, Wheaton MG. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Review of Symptomatology, Impact on Functioning, and Treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2022;20(4):389-396.
55. Haring M, Hewitt P, Flett G. Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *J Marriage Fam*. 2003;65:143 – 158.
56. Hewitt PL, Newton J, Flett GL. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol*. 1997;25:95 – 101.
57. Martinent G, Ferrand C. A cluster analysis of perfectionism among competitive athletes. *Psychol Rep*. 2006;99(3):723-38.

58. Anshel MH, Mansouri H. Influence of perfectionism on motor performance, affect, and causal attributions in response to critical information feedback. *Journal of Sport Behavior*. 2005;28:99-124.
59. Dunn JGH, Causgrove-Dunn J, Gotwals JK, Vallance JKH, Craft JM, Syrotuik DG. Establishing construct validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychology of Sport and Exercise*. 2006;7:57-79.
60. Chen LH, Kee YH, Chen MY, Tsai YM. Relation of perfectionism with athletes' burnout: further examination. *Percept Mot Skills*. 2008;106(3):811-20
61. Dunk IGH, Gotwals JK, DUNK JC. An examination of the domain specificity of perfectionism among intercollegiate student-athletes. *Personality and Individual Differences*, 2005;38:1439-1448.
62. Hewitt PL, Flett GL, Besser A, Sherry SB, McGee B. Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper and Fairburn. *Behav Res Ther*. 2003;41(10):1221-36.
63. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol*. 2017;73(10):1301-1326.

8. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1996. u Zagrebu gdje sam pohađala Osnovnu školu Otok, a nakon toga upisala sam I. gimnaziju koju sam završila s odličnim uspjehom 2015. godine. Kasnije sam upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Aktivno se služim engleskim, a pasivno njemačkim, francuskim i talijanskim jezikom.