

Perfekcionizam, od epigenetike do psihoterapije

Krpan, Antonija

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:105:714227>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Antonija Krpan

**Perfekcionizam, od epigenetike do
psihoterapije**



DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

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 2019./2020.

Popis kratica

APS- Skala težnje savršenstvu (Almost Perfect Scale)

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)

FDA – Agencija za hranu i lijekove (Food and Drug Administration)

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)

SOP – Sebi-usmjeren perfekcionizam (Self-Oriented perfectionism)

SPP – Društveno propisan perfekcionizam (Socially prescribed perfectionism)

OKP – Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. UVOD	1
2. PERFEKCIONIZAM	2
2.1. Koncept perfekcionizma	3
2.2. Razvoj perfekcionizma.....	6
2.3. Perfekcionizam i prihvatanje	9
2.4. Psihološke intervencije usmjerene na perfekcionizam.....	10
3. POREMEĆAJI HRANJENJA.....	12
3.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja	12
3.2. Psihodinamika poremećaja hranjenja.....	15
3.3. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja	17
3.4. Povezanost poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja	19
3.5. Terapijski pristup poremećajima hranjenja	20
4. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ	22
4.1. Perfekcionizam i OKP.....	22
5. PERFEKCIONIZAM I SRAM	25
6. ŽALOVANJE I OPROST	28
7. PERFEKCIONIZAM U UMJETNOSTI	29
8. ZAKLJUČAK	32
9. ZAHVALE	33
10. POPIS LITERATURE	34
11. ŽIVOTOPIS	38

Sažetak

Naslov rada: Perfekcionizam, od epigenetike do psihoterapije

Autor: Antonija Krpan

Perfekcionizam, potreba da se bude ili prikaže savršenim, višedimenzionalna je crta ličnosti koja ima pozitivne i negativne strane. Zdravi ili adaptivni perfekcionizam povezan je s uspjehom i postignućima. Takvi su ljudi radišni, organizirani i disciplinirani. Postavljaju visoke ali racionalne ciljeve i uživaju u svojim postignućima. Međutim, perfekcionizam može biti i disfunkcionalan i maladaptivan kada je prisutna izrazita težnja dostizanja nerealnih standarda te pretjerani strah od pogreške i neuspjeha. Ovaj oblik perfekcionizma uzrokuje probleme u međuljudskim odnosima te je povezan s ozbiljnom psihopatologijom, kao što su anksiozni i depresivni poremećaji, poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti, opsesivno-kompulzivni poremećaj te samoozljeđivanje i suicidalno ponašanje.

Perfekcionizam je česta karakteristika osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Najčešće se anoreksija i bulimija nervoza pojavljuju u adolescenciji kao neuspjela prilagodba mlade osobe na zahtjeve koje donosi odrastanje. Etiopatogeneza nije u potpunosti razjašnjena, a uključuje biološke, psihološke i sociokulturne faktore. Liječenje ovih poremećaja vrlo je kompleksno jer osim psihoterapije uključuje i zbrinjavanje ozbiljnih tjelesnih posljedica bolesti. Osim što stvara predispoziciju za razvoj bolesti, perfekcionizam stvara teškoće u psihoterapiji i negativno utječe na njezin ishod.

Sram i krivnja negativne su emocije koje se pojavljuju kao rezultat neispunjavanja standarda koje nameće perfekcionizam. Sram je teško verbalizirati pa može ostati potisnut i neprepoznat. Zbog paralizirajućeg djelovanja ometa slobodno mišljenje i komunikaciju te onemogućava kvalitetan terapijski savez, stoga je njegovo smanjivanje bitan terapijski cilj i prediktor uspješnosti terapije.

Ključne riječi: perfekcionizam, poremećaji hranjenja, opsesivno-kompulzivni poremećaj, sram

Summary

Title: Perfectionism, from epigenetics to psychotherapy

Author: Antonija Krpan

Perfectionism, a need to be or appear perfect, is a multidimensional characteristic. It can be healthy or adaptive which is associated with achievements and happiness. Healthy perfectionists are high achievers, hard workers, organized and disciplined. But they also have realistic goals and get satisfaction from their work. Perfectionism can also be dysfunctional and maladaptive when it is associated with unrealistic goals and extreme fear of failure and mistakes. This form of perfectionism causes interpersonal problems and severe psychopathologies, such as anxiety, depression, eating disorders, personality disorders, obsessive-compulsive disorder, self-harm, and suicide.

Perfectionism is a common characteristic of patients with eating disorders. Anorexia and bulimia nervosa most often occur in adolescence when a young person has trouble adjusting to requests of growing up. Etiopathogenesis is not entirely clear, but include biological, psychological, and social factors. Therapy of these disorders is very complex because of the severe psychical consequences of the disease. Perfectionism can lead to eating disorders, interfere with therapy, and cause negative outcomes.

Guilt and shame are negative emotions that appear as a discrepancy between perfectionistic expectations and reality. Shame is hard to verbalize and can stay hidden and unrecognized. It has a paralyzing effect on cognition and behavior and negatively affects communication which is basic for successful therapy. So addressing and curing shame is an important goal in therapy.

Keywords: perfectionism, eating disorders, personality disorders, obsessive-compulsive disorder, shame

1. UVOD

Perfekcionizam, težnja pojedinca prema besprijekornosti, ima sve veći utjecaj na društvo u cjelini. Uz geslo: „Najgore je biti prosječan.“ potiče se izvrsnost, posebnost, uspjeh i natjecateljski duh. Ciljevi se pomiču, uvijek može bolje, uvijek postoji „korak više“, potrebne su dodatna vještine i sposobnosti kako bi bili bolji od drugih. U isto vrijeme narušavaju se interpersonalni odnosi, a nemogućnost ispunjavanja očekivanja okoline u pojedincima stvara osjećaj nesigurnosti i bezvrijednosti što rezultira sve većim brojem mladih s anksioznim i afektivnim poremećajima. U želji za postizanjem moralne i intelektualne superiornosti pogreške postaju opasnost. U svijetu u kojem odlični postaju prosječni, a uspjeh mjerilo vrijednosti, moramo se zapitati gdje je granica između normalnog i patološkog i kada želja za uspjehom postaje breme.

Perfekcionizam je crta ličnosti koja se istovremeno smatra pozitivnom i negativnom. Dok neke ljude potiče u ostvarenju potencijala te im donosi uspjeh, sreću i zadovoljstvo, drugima stvara probleme u svakodnevnom funkcioniranju te uzrokuje osjećaje nezadovoljstva, krivnje i frustracije. Česta je karakteristika osoba s mnogim psihološkim poremećajima, utječe na nastanak bolesti kao i tijek i ishod terapije.

Kroz ovaj rad prikazat ću trenutačne spoznaje o perfekcionizmu, njegovu razvoju, značenju te povezanosti s psihijatrijskim poremećajima. Prikazat ću ukratko i poremećaje hranjenja te opsesivno-kompulzivni poremećaj s naglaskom na ulogu perfekcionizma u njihovom nastanku. Također ću obraditi temu srama i krivnje koji se kao i perfekcionizam pojavljuju u ovim poremećajima te ometaju psihoterapijsko liječenje. Na kraju ću prikazati perfekcionizam u umjetnosti kroz analizu filma „Crni labud“.

2. PERFEKCIONIZAM

Perfekcionizam, potreba da se bude ili prikaže savršenim, česta je osobina ličnosti. Zbog utjecaja na mentalno zdravlje odavno privlači pozornost znanstvenika. Takvi su ljudi obično uporni, uspješni, detaljni i organizirani, ali neki od njih nastoje sakriti sve svoje nesavršenosti i postavljaju izrazito visoke ciljeve sebi i drugima. Uz izrazito visoke standarde, prisutno je izbjegavanje pogrešaka i baziranje osjećaja o vlastitoj vrijednosti na sposobnosti ispunjavanja vlastitih očekivanja (21).

Koncept perfekcionizma s vremenom se mijenjao. Ta se osobina obično smatrala negativnom i nepoželjnom te se razvio jednodimenzionalni model perfekcionizma kao neadaptivnog svojstva koje rezultira većim ili manjim poremećajima prilagodbe. S vremenom se razvio višedimenzionalni model prema kojemu perfekcionizam ima i pozitivne, adaptivne funkcije. Dakle postoji zdravi ili adaptivni i neurotski, patološki ili neadaptivni perfekcionizam. Druge teorije negiraju postojanje zdravog perfekcionizma i smatraju ga težnjom za uspjehom i osobnim rastom, bez želje da se postigne apsolutno savršenstvo. Prema njima ne postoje zdravi i patološki perfekcionizam, nego „perfekcionista“ i „neperfekcionista“, a perfekcionista mogu imati veću ili manju težnju za savršenstvom, od blage do neurotske, a zdravi perfekcionizam može se poistovjetiti sa savjesnošću. Iako dijele visoke standarde, kada uspjeh nije postignut, perfekcionista doživljaju veću razinu distresa koja može voditi razvoju psiholoških poremećaja (21, 23).

Osobe s karakteristikama adaptivnog ili zdravog perfekcionizma organizirane su, uporne, radišne, disciplinirane i okrenute uspjehu, a ciljevi su im visoki, ali racionalni i dostižni. Perfekcionizam ne stvara probleme u svakodnevnom funkcioniranju i omogućuje im ostvarivanje odličnog uspjeha i zadovoljstva postignućima. Također može biti ograničen samo na određenu domenu života kao što su škola ili radno mjesto, dok na drugim područjima ne pokušavaju doseći izvrsnost. Obveze ispunjavaju točno i na vrijeme, no spremni su prilagoditi ciljeve okolnostima kako bi ispunili zadatak, ne propituju neprestano je li sve odrađeno savršeno i ne zahtijevaju ponavljanje zadatka dok ne postignu izvrsnost. Mogu se nositi s preprekama, prihvatiti poraz i pogreške. Svoju vrijednost ne procjenjuju na temelju kvalitete izvedbe, usmjereni su na uspjeh, ne na pogreške (23).

Za razliku od zdravog, neadaptivni perfekcionizam može rezultirati ozbiljnom psihopatologijom, uključujući probleme u međuljudskim i emotivnim vezama, anksioznim i

depresivnim poremećajima, poremećajima hranjenja i suicidom. Karakteriziran je inzistiranjem na izrazito visokim standardima, strahom od pogreške i neuspjeha, preispitivanjem odrađenog, strogom evaluacijom i pretjeranim nezadovoljstvom ako ciljevi nisu ispunjeni. Patološki perfekcionizam uključuje ekstremno visoke standarde u svim domenama života. Zbog izrazite želje za ostvarivanjem i održavanjem savršenstva i nastojanja da se izbjegne svaki nepoželjan ishod mogu se pojaviti teškoće u ispunjavanju najmanjih zadataka jer rezultat nikada nije dovoljno dobar. Zabrinutost oko grešaka i strah od neuspjeha rezultiraju ponavljanjem zadatka u želji da se postigne nedostižno savršenstvo. Postignućima često nisu zadovoljni jer uvijek pronalaze nešto što nije zadovoljilo kriterije, a u slučaju uspjeha reevaluiraju inicijalno postavljene ciljeve te ih smatraju prenisko postavljenima. Najmanje greške generaliziraju na čitavu izvedbu na temelju koje procjenjuju vlastitu vrijednost. Ovakav perfekcionizam postaje disfunkcionalan i značajno narušava kvalitetu života (21, 26).

2.1. Koncept perfekcionizma

Prema tradicionalnim konceptima perfekcionizam je jednodimenzionalno, neurotsko i neadaptivno svojstvo (40).

Hamachek (1978.) razlikuje zdravi od neurotskog perfekcionizma. Zdravi perfekcionizam definirao je kao osobinu koja osobu motivira i donosi joj zadovoljstvo uspjehom i podiže samopouzdanje, dok je neurotski perfekcionizam težnja izrazito visokim ciljevima motivirana strahom od neuspjeha i razočaranja okoline (33).

Prema Rheaumeu, Ladouceuru i Freestonu (2000.) perfekcionizam je jednodimenzionalni konstrukt i svi su njegovi aspekti osobni. Perfekcionizam je skup kognitivnih faktora kao što su iracionalne ideje o savršenstvu i disfunkcionalni stavovi o nesavršenostima. Prisutna je neprestana preokupiranost idejama o dosezanju savršenstva i razočaranje kada ciljevi ispunjeni. Iz ove perspektive, perfekcionizam je kognitivna komponenta ličnosti povezana s osjetljivošću na stres. Osobe s takvim karakteristikama poistovjećuju uspjeh s vlastitom vrijednošću te se u slučaju neuspjeha smatraju bezvrijednima i nekompetentnima. To rezultira pokušajem prikazivanja savršene slike o sebi i sakrivanjem nedostataka. Kada perfekcionistačke ideje postanu disfunkcionalne razvija se psihopatologija. Prema ovoj teoriji poremećaji hranjenja uzrokovani su iracionalnim uvjerenjima o hrani i tijelu koje postaju prevladavajuće i utječu na sposobnost normalnog funkcioniranja. I Shafran, Cooper i Fairburn (2002.) smatraju perfekcionizam jednodimenzionalnim. Stvaraju kliničku definiciju prema

kojoj se perfekcionizam pojavljuje u osoba koje vlastitu vrijednost temelje na uspjehu u određenoj aktivnosti te zbog toga ustraju u ispunjavanju postavljenih ciljeva unatoč svim negativnim posljedicama koje ih prate (26).

Dvije su neovisne istraživačke skupine prikazale perfekcionizam kao multidimenzionalnu osobinu. Frostova multidimenzionalna teorija perfekcionizma obuhvaća intrapersonalne domene kao što je spoznaja kao i interpersonalne aspekte. Frost navodi da jednodimenzionalna teorija ne razlikuje perfekcionista od marljivih i uspješnih osoba te smatra da je perfekcionizam mnogo kompleksniji od želje za uspjehom. Perfekcionizam obuhvaća preokupiranost greškama, ekstremno visoke osobne standarde i očekivanja, sumnju u vlastite sposobnosti, pretjeranu kritičnost i težnju za redom i organizacijom. 1990. razvija Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (*Multidimensional Perfectionism Scale –Frost, MPS-F*) koja razlikuje šest različitih dimenzija perfekcionizma, četiri osobne i dvije interpersonalne. Osobne su dimenzije Zabrinutost zbog pogrešaka, Preispitivanje postupaka, Osobni standardi te Organiziranost. Zabrinutost zbog pogrešaka mjeri tendenciju negativnog reagiranja na pogreške i izjednačavanja svake pogreške s neuspjehom. Preispitivanje postupaka označava brigu oko kvalitete izvedbe i tendenciju da se sve odradi besprijekorno, zbog čega mogu postati neodlučni u situacijama kada je potrebno napraviti neki potez ili donijeti odluku. Visoki su osobni standardi potreba da se zadovolje izrazito visoki osobni ciljevi i očekivanja, te pretjerana samokritičnost. Zadnja dimenzija, Organiziranost, znači potrebu za redom i izbjegavanjem promjena. Dvije su interpersonalne dimenzije Roditeljska očekivanja, mišljenje da roditelji imaju ekstremno visoka očekivanja, i Roditeljska prigovaranja, uvjerenje da su roditelji pretjerano kritični. Evaluacija od strane roditelja izrazito im je važna. Istraživanja su pokazala korelaciju između visokih vrijednosti ukupnog perfekcionizma na MPS-F skali i simptoma depresije, anksioznosti, opsesivnog-kompulzivnog poremećaja, poremećaja hranjenja te somatizacije. Simptomi su najčešće bili povezani s Zabrinutošću zbog pogrešaka i Preispitivanjem postupaka (18, 19).

Hewitt i Flett također smatraju perfekcionizam multidimenzionalnim svojstvom, razlikuju perfekcionista očekivanja i perfekcionista interpersonalnu dinamiku te razvijaju tri zasebne dimenzije perfekcionizma. Ovaj model uključuje komponente stavova te motivacija i ponašanja. Perfekcionista vjeruju da su greške neprihvatljive, konstantno žele biti savršeni te od sebe i drugih očekuju besprijekorno obavljanje zadataka. Pomoću ovog modela Hewitt i Flett konstruiraju Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (*Multidimensional Perfectionism Scale- Hewitt, MSF-H*) koja je i dan danas jedna od najčešće korištenih na ovom polju.

Dimenzije se perfekcionizma razlikuju prema objektu prema kojemu je perfekcionizam usmjeren: Sebi-usmjeren perfekcionizam (*Self-Oriented Perfectionism, SOP*), Drugima-usmjeren perfekcionizam (*Other-Oriented Perfectionism, OOP*) i Društveno propisan perfekcionizam (*Socially Prescribed Perfectionism, SPP*). Sebi-usmjeren perfekcionizam intrapersonalna je dimenzija, a perfekcionizam je usmjeren na sebe. Podrazumijeva težnju savršenstvu, tendenciju postavljanja izrazito visokih i nedostižnih standarda, strogu kritiku vlastita ponašanja, usmjerenost na pogreške i neprihvatanje sebe i svojih postignuća zbog uvjerenja da nikada nisu dovoljno dobra. Također uključuje nastojanja da se sebe prikaže savršenim i sakriju mane i pogreške. Stroga evaluacija i samokritičnost izazivaju osjećaj krivnje. Ova je dimenzija naglašen kod pacijenata s depresivnim poremećajima i poremećajima prehrane. Za razliku od Sebi-usmjerene, Drugima-usmjerena dimenzija perfekcionizma interpersonalna je, te uključuje isti obrazac ponašanja okrenut drugima. Takve osobe imaju nerealno visoka očekivanja od svojih bližnjih, zahtijevaju da budu savršeni i sve rade savršeno, strogo ih evaluiraju i ne podnose i ne opraštaju pogreške. Često su dominantni, natjecateljski nastrojeni, nestrpljivi i osvetoljubivi, a ako nisu zadovoljni ponašanjem okoline, postaju hladni i neprijateljski raspoloženi. U druge ljude nemaju povjerenja i smatraju ih manje vrijednima. Ova dimenzija zastupljena je u narcističkom poremećaju ličnosti i uzrokuje probleme u braku i emotivnim vezama. Zadnja, Društveno propisana domena, podrazumijeva uvjerenje osobe da bližnji imaju previsoka očekivanja koja ona mora ispuniti kako bi bila prihvaćena, smatra da joj okolina nameće izrazito visoke standarde i oštro kritizira ponašanje. Prisutan je strah od neodobravanja i odbacivanja. Takve su osobe nesigurne u sebe, podložne i pretjerano ovisne o drugima. Prisutna je kod anksioznih poremećaja, socijalne fobije, graničnog poremećaja ličnosti, depresije i suicidalnosti. Društveno propisan perfekcionizam povezan je i sa slabijim akademskim uspjehom i većom ispitnom anksioznošću (23, 24).

Dunkley (2006.) navodi da visoki osobni standardi nisu disfunkcionalna osobina, a perfekcionizam postaje patološki samo kada je ova dimenzija naglašena zajedno sa oštrom samoevaluacijom (26). I Slade i Owens (1998.) smatraju želju za uspjehom pozitivnom, ali je kod zdravog perfekcionizma ona povezana s pozitivnim potkrepljenjem i željom da se približi svom idealnom ja, dok je kod patološkog perfekcionizma ona povezana s negativnim potkrepljenjem, strahom od pogreške i željom da se odmakne od svog nepoželjnog ja (32).

Pojedine dimenzije iz obje skale mogu se svrstati u dvije kategorije, jednu adaptivnu i drugu neadaptivnu. Adaptivne dimenzije spadaju u Pozitivna težnja postignućima (*Positive Achievement Strivings, PAS*), a uključuju Sebi-okrenut perfekcionizam, Drugima-okrenut

perfekcionizam, Osobni standardi i Organiziranost. Neadaptivne dimenzije češće su povezane s psihopatologijom i spadaju u Neadaptivne evaluacijske brige (*Maladaptive Evaluative Concerns*, MEC), uključuju Zabrinutost zbog pogrešaka, Preispitivanje postupaka, Roditeljska očekivanja i Roditeljsku kritičnost (40).

Noviji je mjerni instrument Skala težnje savršenstvu (*Almost Perfect Scale*, APS) koja mjeri visoke standarde i potrebu za redom. Visoki rezultati u objema kategorijama nisu bili povezani s psihopatologijom, stoga je stvorena Revidirana skala težnje savršenstvu (*Almost Perfect Scale-Revised*, APS-R) za razlikovanje adaptivnog od neadaptivnog perfekcionizma. Za razliku od prethodne, APS-R mjeri tri karakteristike perfekcionizma, visoke standarde, red i diskrepanciju. Adaptivni je perfekcionizam povezan s visokim rezultatima na skalama visokih standarda i reda, dok je neadaptivni perfekcionizam čvrsto povezan s diskrepancijom, nezadovoljstvom zbog razilaženja između postavljenih standarda i mogućnosti dostizanja istih. Naglašena je diskrepancija povezana s depresijom, anksioznošću i distresom, te je u negativnoj korelaciji s uspjehom i samopouzdanjem (33).

Iz kognitivno-bihevioralne perspektive, perfekcionisti imaju tri kognitivne zablude koje im ugrožavaju sposobnost funkcioniranja. Prva je prestroga samoevaluacija kojom se uspoređuju s drugima. Sljedeća je razmišljanje po principu „crno-bijelo“ ili „sve ili ništa“ koja uzrokuje psihičku rigidnost i onemogućuje učenje na pogreškama. Naivan i polarizirajući način razmišljanja dijeli ljude i događaje u „dobru“ i „lošu“ kategoriju što djeluje autodestruktivno i narušava interpersonalne odnose. Sebe također percipiraju isključivo dobrim ili lošim. Tako se izmjenjuju „razdoblja svetosti“ kada se pridržavaju visokih moralnih standarda i ispunjavaju vlastita očekivanja s „razdobljima grijeha“ kada popuste porocima ili se susretnu s neuspjehom praćenim krivnjom i omalovažavanjem. To dovodi do „trebao sam“ obrasca razmišljanja te je svaka pogreška i neuspjeh personaliziran. Umjesto prihvaćanja poraza s razumijevanjem, učenjem i prilagođavanjem, perfekcionisti se za svaku pogrešku oštro kritiziraju što nastavlja začarani krug okrivljavanja i mržnje prema sebi. Treća je zabluda pretjerano generaliziranje. Prisutna je kada perfekcionisti donose zaključke o svojoj nesposobnosti na temelju najmanjih pogrešaka (33).

2.2. Razvoj perfekcionizma

Na nastanak perfekcionizma značajno utječu čimbenici nastali u djetinjstvu. Psihički razvoj djeteta ovisan je o odnosu djeteta i roditelja od najranije dobi. Roditeljska kontrola i zahtjevi kao i toplina, prihvaćanje i privrženost oblikuju razvoj interpersonalnih veza u životu djeteta,

njegovu ličnost, osjećaj sigurnosti i samopoštovanje te povjerenje u druge. Ako podloga koja nastaje u odnosu djeteta s roditeljima nije dobra usmjerava nastanku bolesti (30).

Važni su čimbenici u ranom razvoju privrženost i prihvaćanje. Privrženost je povezanost između djeteta i njegovatelja, a ovisi o sposobnosti njegovatelja da prepozna signale koje mu dijete daje. Signali će pobuditi emocije i ponašanja njegovatelja koje dijete osjeća, pamti i tako stvara modele ponašanja koje će koristiti u odnosima s drugima. Djeca koja s njegovateljima razvijaju odgovarajući odnos i pružena im je adekvatna briga razvijaju pozitivan stav o sebi, smatraju se dostojnima ljubavi i pažnje te stvaraju povjerenje u druge ljude. Za razliku od njih, djeca čiji su signali bili ignorirani, osjećat će se odbačeni i manje vrijedni, a druge će ljude doživljavati kao prijetnju. Mary Ainsworth dijeli privrženost u četiri tipa A, B, C i D (izbjegavajući, sigurni, ambivalentni i dezorganizirani). Na razvoj privrženosti također utječe temperament djeteta kao i bolesti koje utječu na mozak i time na socijalno funkcioniranje djeteta kao što je autizam. Iznimno je važno i psihičko stanje roditelja. Ako majka boluje od depresije ili anksioznosti svoje raspoloženje prenosi i na dijete koje percipiranjem majčinih osjećaja doživljava okolinu u negativnom svjetlu i ne osjeća se sigurno. Kvaliteta brige i privrženosti koja je roditelju pružena u mladosti imat će velik utjecaj na odnos s djetetom (30).

Na razvoj perfekcionizma kod djeteta utječu i roditeljski perfekcionizam i psihopatologija. Prema Hollenderu (1965.), perfekcionizam uključuje zahtijevanje puno viših standarda nego što je potrebno i mišljenje da sve što nije savršeno nije dovoljno dobro. Perfekcionista su motivirani željom da prezentiraju bolju sliku o sebi te neprestano traže odobravanje okoline. Preopterećeni su jer ne uspijevaju ispuniti nerealne standarde, ne uživaju u radu i postignućima i fokusirani su isključivo na pogreške. Štoviše, podcjenjuju se i spremni su odbiti prilike za uspjehom zbog straha od pogreške, stoga strah od neuspjeha postaje važniji od želje za uspjehom. Takvo ponašanje pojavljuje se od najranije dobi kada dijete smatra da mora zaslužiti roditeljsku ljubav i prihvaćanje ponašajući se savršeno. Dijete postaje osjetljivo, nesigurno i željno odobravanja te s vremenom internalizira roditeljske zahtjeve u želji za uspjehom i zadovoljstvom te prihvaćanjem i divljenjem okoline (12).

Hamachek (1978.) razlikuje zdravi i neurotski perfekcionizam te smatra da se neurotski perfekcionizam razvija kada je odobravanje njegovatelja djelomično ili uvjetovano ponašanjem. Okruženje u kojem dijete nije prihvaćeno onakvo kakvo jest, nego djelomično ili samo po zaslugi rezultirat će kod djeteta osjećajem da nikada nije dovoljno dobro. Zato

počinje precjenjivati postignuća i podcjenjivati sebe, vjeruje da njegova vrijednost u očima drugih ovisi o kvaliteti izvedbe. Stoga, od drugih traži prihvaćanje savršenom izvedbom i nastoji izbjeći bilo kakvo neodobravanje okoline. Za razliku od neurotskog, zdravi se perfekcionizam razvija kada dijete promatra i identificira se s roditeljem koji ima visoke standarde, ali je svjestan svojih mogućnosti, prepoznaje granice i spreman je prilagoditi ciljeve. Razlikuje roditelje koji od djeteta imaju visoka očekivanja, ali također prihvaćaju pogreške i neuspjeh od roditelja koji uspostavljaju visoku razinu kontrole i odbacuju sve što nije savršeno te tako stvaraju standarde koji se ne mogu dosegnuti (4, 12).

Burns (1980.) opisuje perfekcionista kao osobe koje imaju neobjašnjivo visoke standarde, uporno teže nemogućim ciljevima i svoju vrijednost mjere prema produktivnosti i postignućima. Povezuje perfekcionizam s anksioznim i depresivnim poremećajima i problemima u međuljudskim odnosima koji se pojavljuju kao rezultat osjećaja razočaranja i gubitka kada kriteriji nisu ispunjeni. Burns također navodi da perfekcionista posjeduju kognitivne zablude koje ih vode do načina razmišljanja „sve ili ništa“ te smatraju da je sve nesavršeno potpuno pogrešno. Često pretjerano generaliziraju, vjeruju da će se loša iskustva ponoviti, kritiziraju se i preispituju jesu li se mogli više potruditi i što su mogli napraviti bolje i teško samima sebi opraštaju pogreške. Kao Hollender i Hamachek i Burns navodi da se perfekcionizam razvija u djetinjstvu i da je refleksija interakcija s roditeljima u kojima dijete stvara nerealne standarde i pogrešna uvjerenja. Roditelj perfekcionista smatra uspjeh djeteta rezultatom vlastitoga rada. Takav roditelj ima velik utjecaj na razvoj perfekcionizma kod djeteta jer nagrađuje dijete za izvrsnost, a razočaran je pogreškama. U slučaju neuspjeha, umjesto utjehe i vodstva pokazuje iritaciju i anksioznost. Dijete tako uči da pogreškama gubi prihvaćanje roditelja te nastoji zadovoljiti kriterije, zaslužiti roditeljsku ljubav i izbjeći odbacivanje (12).

Model socijalnih očekivanja predlaže da perfekcionizam nastaje kada osoba smatra da joj okolina nameće kriterije koje ne može zadovoljiti što se najčešće događa u vezi između djeteta i roditelja. Dijete obično poštuje i oponaša roditelja te mu želi udovoljiti. Stoga se osjeća bespomoćno kada ne može ispuniti roditeljska očekivanja. Tako uči da mora biti gotovo savršeno da bi bilo nagrađeno i izbjeglo negodovanje. Taj obrazac ponašanja prenosi i na odnose s prijateljima, učiteljima i ostalim važnim osobama te stvara percepciju da se od njega traži više nego što može ponuditi (12).

Školovanje i društvo također imaju ulogu u nastanku perfekcionizma. Umjesto na razumijevanje materijala i uživanje u procesu učenja, naglasak je često stavljen na izvedbu kao što su testovi i ocjene. Obilježja školskog sustava kao što su pretjerana očekivanja, kompetitivnost, individualizam i elitizam potiču anksioznost kod djece i negativno utječu na psihosocijalni razvoj (32).

Osim odgoja, genetski i epigenetski faktori imaju važan utjecaj na razvoj ličnosti. Putem epigenetskih mehanizama okolina utječe na veličinu ekspresije pojedinih gena. Neadekvatna prehrana i okolina, kao i stresori u ranom razvoju mogu potaknuti adaptivne genetske promjene koje kasnije u životu postaju maladaptivne te pogoduju nastanku anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja i OKP-a. (29).

2.3. Perfekcionizam i prihvaćanje

Prema ovoj teoriji perfekcionizam ima pozitivne i negativne forme, a razlika je između adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma upravo u sposobnosti prihvaćanja. Dakle, postoji važna razlika između perfekcionistačkih želja i zahtjeva. Želja za izvrsnošću nije loša sama po sebi, ali perfekcionizam postaje disfunkcionalan kada želja za uspjehom i visoki ciljevi postanu zahtjev za savršenstvom i nemogućnost prihvaćanja svega što je manje od savršenog. Pozitivni je perfekcionizam, dakle, želja za savršenstvom uz prihvaćanje nesavršenog. Pretjerana kritičnost i zabrinutost oko pogrešaka veći je problem od previsokih standarda (28).

Postoje tri različita aspekta prihvaćanja, bezuvjetno prihvaćanje sebe kao osobe, prihvaćanje drugih onakvima kakvi jesu i prihvaćanje iskustava (doživljaja, osjećaja) bez želje da ih se potisne ili kontrolira. Osobe koje sebe bezuvjetno prihvaćaju imaju veće samopouzdanje, sretniji su i zadovoljniji te se bolje prilagođavaju od osoba koje sebe prihvaćaju uvjetno, samo ako uspiju zadovoljiti vlastite standarde. Niska razina bezuvjetnog prihvaćanja povezana je s negativnim reakcijama na psihološki distres te anksioznim i depresivnim simptomima. Ključna je razlika do koje mjere osoba može prihvatiti nesavršenosti. Stoga Sebi-usmjeren perfekcionizam možemo podijeliti na Perfekcionistačka nastojanja (*Perfectionistic Striving*) koja se povezuju s većim uspjehom ispunjavanja ciljeva i zadovoljstva postignutim, te Važnost savršenstva (*Importance of Being Perfect*), povezanog s manjkom samopouzdanja i lošom sposobnosti promjene ponašanja i prilagodbe na pogreške. I Društveno propisan perfekcionizam ima dvije kategorije, Uvjetno prihvaćanje (*Conditional acceptance*) i Tuđi visoki standardi (*Others high standards*). Sama percepcija nametanja visokih standarda od strane okoline nije problematična ako nije udružena s uvjetnim prihvaćanja sebe. Bezuvjetno

prihvaćanje znači prihvaćanje sebe bez obzira jesu li kriteriji okoline ispunjeni (41). Također, prihvaćanje drugih ima veliki utjecaj na međuljudske odnose i odnose u obitelji. Roditeljsko prihvaćanje ima velik utjecaj na razvoju, a bezuvjetno prihvaćanje pacijenta od strane terapeuta važan je faktor u različitim oblicima psihoterapije (28).

2.4. Psihološke intervencije usmjerene na perfekcionizam

U terapiji osoba oboljelih od depresije, poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja i OKP-a vrlo je važno usmjeriti pažnju na perfekcionizam kao bitan čimbenik nastanka bolesti. Cilj je terapije smanjiti perfekcionizam i olakšati psihološki distres multimodalnim pristupom koji uključuje edukaciju, kognitivno-bihevioralne i psihodinamske strategije (26).

Smith (1990.) donosi model psihoedukacije o perfekcionizmu koji se sastoji od tri faze. U prvoj fazi, identifikaciji, u kojoj osoba iznosi teškoće s kojima se susreće i uči kako je perfekcionizam jedan od glavnih razloga njihova nastanka. Prepoznavanje problema vrlo je važno za sljedeću fazu, pokazivanje boli, u kojoj se suočava s osjećajima koje potiskuje cijeli život. U zadnjoj fazi, razumijevanju, osoba uči kako promijeniti mišljenje i ponašanje koje joj nameće njezin perfekcionizam. Tek kada razumije da je perfekcionizam maladaptivan i utječe na funkcioniranje, osoba je spremna promijeniti obrasce mišljenja i ponašanja, zato je psihoedukacija važan prvi korak u liječenju perfekcionizma (26).

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se najučinkovitijom u liječenju perfekcionizma. Terapija uključuje kognitivno restrukturiranje, učenje vještina nošenja sa stresom i rješavanja problema, tehnike relaksacije, planiranje aktivnost, itd.

Flett i Hewitt (2002.) uključuju psihodinamsko-interpersonalni element u terapiju. Smatraju da je osim perfekcionistačkog mišljenja i ponašanja potrebno mijenjati i strukturu ličnosti koja ga potiče. Naglasak stavljaju na želju za prihvaćanjem i poštivanjem i izbjegavanje napuštanja, umjesto na visoke standarde i samokritiku.

Prema njihovom modelu perfekcionizma možemo razlikovati i teškoće koje se pojavljuju u terapiji: Sebi-usmjeren perfekcionizam (izrazito visoka očekivanja od terapije, želja za brzom i drastičnom promjenom), Drugima-usmjeren perfekcionizam (visoki standardi koji se nameću terapeutu, očekivanja da će terapeut riješiti sve probleme) i Društveno propisan perfekcionizam (uvjerenje da se terapijom mora mijenjati jer ga okolina smatra nedovoljno

dobrim). Također, prikazivanje perfekcionizma problematičnim može izazvati otpor pacijenta jer ga obično povezuje s prednostima i nagradama (odličan uspjeh u školi i na radnom mjestu, divljenje okoline). Unatoč tome perfekcionizam treba biti preispitan u terapiji jer pomaže pacijentu razlikovati težnju za uspjehom od potrebe za savršenstvom. Uz uvažavanje želje za uspjehom kao funkcionalne i pozitivne, potrebno je raspravljati o pozitivnim i negativnim stranama težnje savršenstvu, više iz kritičke perspektive. Koncept želje za savršenstvom uz prihvaćanje nesavršenosti postepeno se uvodi mijenjajući fokus s perfekcionizma na prihvaćanje. Razvoj prihvaćanja može pomoći balansiranju perfekcionizma i usvajanju promjena koje donosi terapijski proces. Kombinacija strategija prihvaćanja i promjene pokazuje bolji uspjeh pojedinačnih strategija. Pacijent kojeg se potiče samo na promjenu ponašanja može to interpretirati kao potrebu da se promijeni jer nije dovoljno dobar, a sama strategija prihvaćanja može dovesti do mišljenja da nema nade za poboljšanje, te treba prihvatiti činjenicu da će život uvijek biti jednako bolan. Slična je i Terapija prihvaćanja i predanosti (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) koja uči kako napustiti pokušaje kontrole misli, osjećaja i doživljaja, prihvatiti ih onakvima kakvi jesu te mijenjati ponašanje na konstruktivan način da bi se poboljšala kvaliteta života (26).

Trening vještina

Perfekcionisti obično imaju slabe vještine suočavanja s problemima kao i interpersonalne i psihosocijalne teškoće. Perfekcionizam vide kao jedinu opciju i teško ga se odriču jer posljedice nesavršenosti smatraju nepodnošljivima. Obično nisu svjesni drugih načina funkcioniranja i odmah prepoznaju nedostatke koje donosi odricanje od savršenog. Mnogi razmišljaju na način „sve ili ništa“ te se u individualnoj terapiji pojavljuju problemi nerealnih očekivanja, zanemarivanja malih postignuća i sumnje u postepeno poboljšanje. Stoga im grupna terapija pomaže uvidjeti mane perfekcionizma i prednosti smanjivanja izrazito visokih očekivanja. U grupnoj terapiji manja je vjerojatnost postavljanja previsokih standarda te osoba trenira naučene vještine i dobiva povratnu informaciju u krugu osoba sa sličnim problemima (26).

3. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje u adolescenciji i mogu rezultirati teškim posljedicama na zdravlje. Najčešći su među njima anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Prevalencija je anoreksije 0.3%, a bulimije 1%. Osobe s ovim poremećajima obilježene su pretjeranom zabrinutošću izgledom i tjelesnom težinom koja rezultira ponašanjima s ciljem redukcije tjelesne težine. Etiologija je poremećaja prehrane multifaktorijalna, a uključuje psihološke, socijalne i biološke faktore. Osobine ličnosti kao što je perfekcionizam doprinose razvoju poremećaja prehrane, a ne treba zanemariti niti utjecaj suvremenog društva koje promovira vitku liniju kao ideal zdravlja i sreće. Ipak, najveću ulogu igra neuspjela prilagodba na zahtjeve adolescencije i predstavlja odgovor mlade osobe na želje za separacijom, neovisnošću i preuzimanjem odraslih društvenih i spolnih uloga (30).

3.1. Klasifikacija poremećaja hranjenja

Dva su najčešća poremećaja hranjenja anoreksija i bulimija nervoza. Obilježeni su trajnim i patološkim promjenama prehrambenih navika koje rezultiraju mršavljenjem, narušavanjem fizioloških funkcija i psihosocijalnim problemima. Kod nekih pacijenata poremećaj može prijeći iz jednog u drugi, a mogu se javiti i zajedno, te se tada naziva atipični poremećaj prehrane (30).

DSM-5 navodi kriterije za dijagnozu tri specifična poremećaja hranjenja, anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj nekontroliranog hranjenja. Ostali su poremećaji svrstani u dvije kategorije, drugi specifični poremećaji hranjenja (*Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED*) koja označava slučajeve kod kojih simptomi poremećaja hranjenja ne zadovoljavaju kriterije učestalosti specifičnog poremećaja hranjenja, te nespecifični poremećaji hranjenja (*Unspecified feeding or eating disorder, UFED*) u koju spadaju slučajevi kod kojih simptomi uzrokuju značajan distres i teškoće funkcioniranja, no nisu zadovoljeni kriteriji za postavljanje dijagnoze niti jednog poremećaja hranjenja.

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

- A. Restrikcija kalorijskog unosa koja dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i fizičko zdravlje. Značajno niska tjelesna težina definira se

za odrasle osobe kao niža od minimalno normalne, a za djecu i adolescente kao manja od minimalno očekivane.

- B. Izrazit strah od dobivanja na težini i debljanja ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, iako je težina izrazito niska.
- C. Iskrivljena percepcija vlastite težine i oblika tijela, utjecaj težine i oblika tijela na samoprocjenu ili neprepoznavanje ozbiljnosti trenutne niske tjelesne težine.

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

- A. Ponavljajuće epizode prejedanja koje imaju sljedeća obilježja:
 - 1. Jedenje u kratkom vremenskom razdoblju, količine hrane koja je značajno veća od količine koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju u sličnim okolnostima.
 - 2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode.
- B. Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi sprječavanja dobivanja na težini kao što je samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje ili pretjerano vježbanje.
- C. Prejedanje i kompenzatorno ponašanje pojavljuju se barem jednom tjedno kroz tri mjeseca.
- D. Samoprocjena je pod utjecajem težine i oblika tijela.
- E. Smetnje se ne pojavljuju samo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza poremećaj je u prehrani u kojemu osoba vjeruje da ima prekomjernu tjelesnu težinu i podvrgava se strogom režimu prehrane kako bi smršavjela. Riječ anorexia grčkog je podrijetla i znači odsutnost apetita. Najčešće se javlja u žena (90%) u adolescenciji od 14 do 25 godine života, u vrijeme velikih fizičkih promjena koje djevojka odbija i želi zaustaviti kao simbol negacije odrastanja i prihvaćanja spolnih uloga. Ostajući u fazi latencije nastoji se izbjeći konflikt separacije koja budi potisnute strahove. Oboljeli od anoreksije nervoze odbijaju održati tjelesnu masu na razini primjerenoj za visinu i dob (tjelesna masa manja od 85% očekivane), imaju izraziti strah od dobivanja na težini, poremećenu percepciju mase i oblika svoga tijela i negiraju ozbiljnosti niske tjelesne težine. U žena generativne dobi također se pojavljuje amenoreja. Osobe smanjuju ukupni kalorijski unos, izbjegavaju visokokaloričnu hranu, preskaču obroke, odbijaju jesti u krugu obitelji ili u javnosti te se s vremenom unos hrane svodi na minimum. Učestalo se važu, mjere dijelove tijela te

provjeravaju izgled pred ogledalom. Samopoštovanje ovisi o težini i obliku tijela, a dobivanje na težini smatraju neprihvatljivim neuspjehom i gubitkom kontrole. Uz anoreksiju često se pojavljuje depresivnost kao psihološka posljedica gladovanja. Također se pojavljuju opsesivno-kompulzivna obilježja vezana ili nevezana uz prehranu. Ostale su karakteristike povezane s anoreksijom perfekcionizam, nefleksibilno mišljenje, nisko samopouzdanje, a pojavljuje se i anksioznost, socijalna izolacija, nesаница, smanjenje libida i suicidalno ponašanje (2, 30). Postoje dva tipa anoreksije nervoze, restriktivni tip kod kojeg se osoba izgladnjuje, a dijeta je često praćena prekomjernim vježbanjem i prežderavajuće-purgativni tip obilježen restrikcijom prehrane uz povremeno prejedanje i potom izbacivanje hrane iz organizma povraćanjem, laksativima i diureticima (9, 30).

Bulimija nervoza

Bulimija nervoza poremećaj je hranjena karakteriziran naglim uzimanjem velikih količina hrane i potom pokušajima pražnjenja povraćanjem i zlouporabom laksativa. Karakterizirana je također željom za mršavljenjem, ali oboljeli ne mogu kontrolirati želju za hranom te se prejedaju nakon čega, zbog osjećaja krivnje i straha od debljanja, povraćaju. Slika o sebi i samopoštovanje izrazito je uvjetovano težinom i oblikom tijela. U fazi prejedanja hrana se obično konzumira u tajnosti u kratkom vremenskom razdoblju, obično unutar dva sata, bez puno žvakanja, a količina hrane koja se konzumira puno je veća od prosječnog obroka. Prejedanje može biti potaknuto distimičnim raspoloženjem, interpersonalnim stresom ili negativnim osjećajima povezanim s težinom i oblikom tijela. Također je prisutan osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane za vrijeme epizode, a pražnjenjem se ublažavaju fizički simptomi prejedanja i smanjuje strah od debljanja. Oboljeli se većinom srame svojih problema s prehranom i pokušavaju kontrolirati simptome. Nakon epizode prejedanja i povraćanja pojačava se samokritika i depresivno raspoloženje. Obično se pojavljuje kasnije od anoreksije nervoze, u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a javljanje na liječenje značajno je manje nego kod anoreksije nervoze. Prosječno trajanje bolesti prije traženja pomoći je pet godina, a trideset do pedeset posto bolesnica i nakon pet do deset godina nakon liječenja pokazuje značajne simptome poremećaja hranjenja, najčešće atipične forme. Pretilost u djetinjstvu, nisko samopouzdanje i simptomi poremećaja ličnosti povezani su lošijom prognozom. Kao i u anoreksiji nervozi, prisutna je iskrivljena percepcija vlastita tijela, nezadovoljstvo izgledom te su često prisutni i simptomi anksioznih poremećaja, zlouporaba psihoaktivnih tvari, posebice alkohola i stimulansa, te obilježja jednog ili više poremećaja ličnosti. Da bi se postavila dijagnoza bulimije nervoze trebaju biti prisutne ponavljane epizode

povraćanja, ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje kao što je povraćanje ili uporaba laksativa i diuretika najmanje dva puta tjedno unutar tri mjeseca. Postoje dva tipa bulimije nervoze: purgativni tip u kojemu se osoba prazni samoizazvanim povraćanjem (80-90%) i nepurgativni tip u kojemu osoba koristi neki drugi oblik pražnjenja kao što je na primjer gladovanje ili pretjerano vježbanje. Trećina oboljelih zloupotrebljava laksative i diuretike. Najčešće su normalne ili lagano povišene tjelesne težine, za razliku od oboljelih od anoreksije nervoze nisu upadljivo mršavi, što otežava rano dijagnosticiranje bolesti. Ponavljano povraćanje ostavlja tjelesne posljedice kao što su upala grla i ždrijela te otok žlijezda slinovnica, oštećenje zuba i sluznice probavnog trakta, ozljede na rukama zbog samoizazvanog povraćanja, dehidracija i elektrolitni disbalans koji može rezultirati srčanim zastojem (2, 30, 8).

Poremećaj hranjenja-neodređen

Pod ovu dijagnozu spadaju svi poremećaji kod kojih osoba pokazuje tipična ponašanja karakteristična za poremećaje hranjenja, ali ne zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze anoreksije ili bulimije nervoze. Dije se na poremećaje slične anoreksiji ili bulimiji nervozi koji ne zadovoljavaju sve dijagnostičke kriterije i poremećaje s kvalitativno različitim kliničkim slikama. Ova dijagnoza postavlja se relativno često, a uključuje i poremećaj nekontroliranog hranjenja (binge eating disorder). Dijagnoza poremećaj hranjenja-neodređen postavlja se: kada su zadovoljeni kriteriji anoreksije uz još redoviti menstrualni ciklus ili normalnu tjelesnu težinu; ako su prisutni simptomi bulimije nervoze, ali se prejedanje i pražnjenje javlja rjeđe od dva puta tjedno u razdoblju od tri mjeseca; kod osoba normalne tjelesne težine koje koriste neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme nakon uzimanja manjih količina hrane, ako je prisutno žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje i povraćanje velikih količina hrane; kod ponavljanih epizoda prežderavanja uz izostanak kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu. U kliničkoj praksi često osobe s jednim poremećajem hranjenja imaju obilježja i drugih te se kliničke slike izmjenjuju i nadopunjuju (30).

3.2. Psihodinamika poremećaja hranjenja

Kod oboljelih od poremećaja hranjenja prisutna je psihička nefleksibilnost koja se očituje sadističkim napadima na vlastito tijelo koji prema Kernbergu imaju četiri simbolička značenja. Prvi je napad na princip zadovoljstva. Unošenje hrane u organizam povezano je s principom zadovoljstva i označava uzimanje nečeg dobrog što daje energiju za život. Ova

dinamika povezana je i sa smanjenim kapaciteta za senzualna uživanja koji nastaje razvojno u odnosu majka-dijete zbog agresivnog naboja u doživljavanju fizičkog kontakta. Povezan s napadom na princip zadovoljstva je i napad na majku. Kod mnogih oboljelih od poremećaja hranjenja i graničnog poremećaja ličnosti prisutni su problemi na razini separacija-individualizacija koji se očituju patološkom povezanošću majke i djeteta. Mnoge majke oboljelih djeci djelomično daju podršku te zbog vlastitih neriješenih interpersonalnih konflikata ili patološkog narcizma na djecu prenose srdžbu i anksioznost. Stoga izglednivanje postaje mazohistički pokušaj obrane od majke i stvaranja autonomije. Treći je napad na vlastitu ženstvenost koji nastaje u ranom razvoju zbog nepovoljnih odnosa djeteta s majkom. Identifikacija djevojke s majkom blokirana je i ostaje arhaična s čime se povezuje osjećaj odbacivanja, a poremećaji hranjenja pojavljuju se kao obrana u procesu separacija-individualizacija s ciljem negacije ovisnosti o drugima i iskazivanja bijesa zbog osjećaja odbacivanja. Kod bulimije nervoze u fazi prejedanja hrana se doživljava kao nasilno oduzeta majci, a u fazi povraćanja kao otrov izbačen iz tijela. Prejedanje i povraćanje narušavaju osjećaj ženstvenosti na fizičkoj i psihičkoj razini, kao i dječjački izgled i negacija ženske identifikacije kod oboljelih od anoreksije nervoze koju je Paulina Kernberg opisala kao sindrom Petra Pana. Posljednji je napad na heteroseksualnost jer se zavist i mržnja prema majci premještaju i na oca te su i muškarci doživljavaju u negativnom emocionalnom kontekstu (30). Kod oboljelih od poremećaja hranjenja česti su i problemi u ranom razvoju odnosa s roditeljima kao i patološki oblici privrženosti. Zlatnim standardom u kliničkoj praksi istraživanja privrženosti smatra se Adult Attachment Intervju (AAI) (George i sur., 1984). Njime se procjenjuje kvaliteta privrženosti iz djetinjstva kod odrasle osobe. Privrženost se svrstava u tri kategorije slobodan (F), odbacujući (D) i preokupiran (E). Najviše se oboljelih od poremećaja hranjenja nalazi u kategoriji E, dok tip D pokazuje veće poboljšanje primjenom psihoterapije. Stil privrženosti povezan je i s podtipom bolesti. Restriktivni je tip anoreksije povezan s odbačenim stilom, dok su prežderavajuće-purgativni tip anoreksije i bulimija povezani s preokupiranim stilom, a primijećena je i sličnost između majčina i kćerina stila privrženosti. Zbog manjka pozitivnih roditeljskih osjećaja i brizi pojavljuje se osjećaj nesposobnosti i manje vrijednosti, preokupiranost težinom i osjećaj samoće i bespomoćnosti (26).

Struktura obitelji oboljelih od anoreksije i bulimije razlikuje se u nekim crtama. Obitelji anoreksičnih bolesnica obično su neupadljive, uzorne i naizgled skladne. No među članovima su često prisutni prikriveni sukobi. Majka je dominantna, dok je otac pasivan i manje važan.

To stvara probleme u triangulaciji jer otac ne ulazi u dijadni odnos djeteta s majkom i tako onemogućuje separaciju. Majka obično ima perfekcionistačke karakteristike, a svoje visoke ciljeve i standarde prenosi na djecu. Na njih usmjerava svu brigu i pažnju te je pretjerano zaštitnički nastrojena što ometa separaciju i individualizaciju. Zbog pretjeranog majčinog nadzora i kontrole u obitelji nema jasnih granica i uloga, te je narušena privatnost i autonomija. Ona nameće svoje viđenje djetetovih potreba i ne prepoznaje njegove, brigom i zaštitom sprječava razvoj osjećaja samostalnosti i kompetentnosti. Dijete se postepeno prilagođava roditeljskim zahtjevima, poriče svoje potrebe te pokušava zadovoljiti roditeljske. Problemi se pojavljuju u adolescenciji kada se osoba prirodno želi odvojiti od obitelji, ali obitelj to ne dopušta, stoga odustaje od separacije i bježi u bolest. Bolest odgađa odrastanje i ujedinjuje roditelje u brizi za dijete, te tako održava homeostazu u obitelji. Budući da je oslonac obitelji, ne žele da bolest nestane. Izbjegavaju i teško prihvaćaju promjene, a probleme potiskuju i ne rješavaju (30). Kao i u obiteljima anoreksičnih pacijentica, u obiteljima bulimičnih pacijentica izrazito je važna lojalnost te žrtvovanje sebe za potrebe obitelji. Simptomi se obično skrivaju da obiteljska homeostaza ne bude narušena. Međutim, češći su otvoreni sukobi među članovima te prema van ne projiciraju sliku idealne obitelji. Majka se opisuje kao emotivno odsutna i pasivna, a otac bezosjećajan i manje brižan. Dijete percipira da ga majka odbacuje te se okreće hrani kao objektu kojeg može kontrolirati (36).

3.3. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja

Perfekcionizam je česta komponenta u nastanku poremećaja hranjenja i ima važnu ulogu u njihovom razumijevanju. Rizični je faktor za nastanak bolesti i prediktor učinkovitosti psihoterapije. Mnoge osobe oboljele od poremećaja hranjenja pokazuju perfekcionistačke karakteristike koje utječu na njihovo ponašanje kao što su pretjerana poslušnost, marljivost i skrupuloznost. Na MPS-F skali postižu visoke rezultate u domenama Osobni standardi, Zabrinutost zbog pogrešaka i Roditeljska kritičnost te pokazuju visoke razine SOP-a i SPP-a na MPS-H skali. Visoka razina SOP-a upućuje na to da se radi o osobama s nerealno visokim kriterijima koje ne mogu ispuniti. Restrikcijom hrane i tjelovježbom ustraju u postizanju ideala o vlastitom izgledu, težini i obliku tijela, ali zbog stroge evaluacije nikada nisu zadovoljni te smatraju da trebaju izgubiti još više kilograma. Tako ulaze u začarani krug u kojem rezultat nikada nije dovoljno dobar i gube vezu s realnošću. Visoka razina SPP-a objašnjava osjetljivost na tuđe komentare i kritike u vezi izgleda i tjelesne težine jer smatraju da ne ispunjavaju kriterije koje percipiraju da im drugi postavljaju. Visoki rezultati na skalama MPS-F i MPS-H upućuju na to da osobe oboljele od poremećaja hranjenja imaju

visoke razine adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma, no neadaptivne su karakteristike zastupljene u puno većoj mjeri nego u zdravih kontrola, dok su adaptivne zastupljene u približno jednakoj mjeri (26, 30).

Prema razvojnoj teoriji takve osobe u ranom razvoju razvijaju podložnu narav i želju za prihvaćanjem jer su od okoline dobili poruku kako nisu dovoljno dobri. Zbog duboke i sveobuhvatne percepcije nesposobnosti razvijaju perfekcionizam i želju za kontrolom kako bi nadvladali unutarnji deficit. Stoga razvijaju „lažni self“ koji služi kao psihološka maska i skriva „pravi self“ u interakciji s okolinom. „Lažni self“ omogućuje im da se okolini prezentiraju kao uspješni, samouvjereni i „dovoljno dobri“. Zbog toga odnose s drugima doživljavaju lažnima, a „pravi self“ osjeća prazninu, strah i izoliranost. Budući da je osjećaje bijede i neadekvatnosti teško potisnuti javljaju se i depresivni simptomi (12).

Utjecaji okoline također imaju ulogu u nastanku poremećaja. Prema istraživanju Woodsidea iz 2002. oba roditelja oboljelih od poremećaja hranjenja pokazuju veću razinu perfekcionizma na psihološkim testovima i više brinu o tjelesnoj težini i obliku tijela nego roditelji pacijenata iz kontrolne skupine. Često je prisutno i nastojanje izgradnje javnog imidža obitelji kao savršene, skladne i stabilne. Također, stresni će događaj lakše potaknuti nastanak poremećaja u osoba s perfekcionističkim crtama ličnosti. Budući da su perfekcionista zaokupljeni svojim pogreškama i pretjerano se kritiziraju vjerojatnije je da će stresan događaj smatrati neuspjehom. Stresni će događaj narušiti i percepciju kontrole koju održavaju konstantnim nadzorom određenih parametara kao što su tjelesna težina ili kalorijski unos. Pojava ili pogoršanje simptoma poremećaja hranjenja pokušaji su vraćanja izgubljenog osjećaja kontrole (26).

Prema kognitivnom modelu oboljeli imaju pogrešne spoznaje o hrani, težini i obliku tijela zbog kojih održavaju nezdrave prehrabene navike, a održavanje rigoroznih dijeta daje im osjećaj uspjeha i samokontrole. Zbog dihotomnog načina razmišljanja sve vide kao „sve ili ništa“ što rezultira perfekcionističkim standardima koje ne mogu zadovoljiti i razvijaju simptome depresije i anksioznosti.

Osobine ličnosti povezane s perfekcionizmom kao što su opreznost, izbjegavanje promjena i želja za nagrađivanjem također imaju ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Oboljeli se teško prilagođavaju promjenama, pretjerano brinu oko nebitnih stvari, dugo se oporavljaju od emocionalnog stresa, preferiraju nepromjenjivu i stabilnu okolinu te su ovisni o emocionalnoj

potpori drugih. Zbog toga su preosjetljivi na signale prihvaćanja ili odbijanja iz okoline, od koje neprestano traže odobravanje (26, 22).

Flett i Hewitt u svom multidimenzionalnom modelu govore da su osobe oboljele od poremećaja hranjenja vođene motivacijom da zadovolje svoje nedostižne standarde ili standarde za koje smatraju da im nalaže okolina. Perfekcionizam okrenut sebi uvjetuje samokontrolu i restriktivnu prehranu, a zbog društveno uvjetovanog perfekcionizma zabrinuti su zbog izgleda i želje da se doimaju savršenima u očima drugih. Također imaju želju za uvažavanjem i divljenjem zbog čega se okolini pokušavaju predstaviti kao sposobni, uspješni i samopouzđani, a odbijaju pokazati ili priznati mane i nesavršenosti. Kako bi zaštitili samopouzdanje, nastoje izbjeći kritike i odbijaju raspravljati o svojim pogreškama (26, 43).

Prefekcionizam i poremećaji hranjenja pojavljuju se kao posljedica nastojanja osobe da kontroliranjem jednog aspekta života stekne osjećaj potpune kontrole. Postizanje potpune kontrole nad prehranom istodobno donosi osjećaj uspjeha i strah od debljanja. Zbog želje da se prikažu u najboljem svjetlu, pacijenti s perfekcionističkim tendencijama često ne traže pomoć, osjećaju nelagodu u psihoterapiji, boje se psihoterapeuta i brzo napuštaju terapiju (26, 10).

Zbog toga je u dijagnostici poremećaja hranjenja važno istražiti i razriješiti perfekcionizam kao osobinu ličnosti jer je važan čimbenik nastanka poremećaja, omogućuje razumijevanje bolesti i utječe na suradljivost pacijenta kao i ishod terapije (26).

3.4. Povezanost poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja

Kod velikog dijela oboljelih od poremećaje hranjenja prisutna je patologija ličnosti koja je važan prognostički čimbenik. Međutim, postoji problematika dijagnosticiranja poremećaja ličnosti u sklopu poremećaja hranjenje zbog neujednačenih mjernih instrumenata kao i razlikovanja temeljnih crta ličnosti koje su postojale prije, od onih nastalih kao posljedica poremećaja hranjenja. Izgladnjivanje i ekstremne dijete mijenjaju mišljenje i ponašanje, potičući rigidnost i iritabilnost. Smirivanjem simptoma poremećaja hranjenja ublažavaju se i patološke crte ličnosti što ukazuje na pretjerano dijagnosticiranje poremećaja ličnosti u ovoj populaciji (37, 42). Postoji više dimenzija procjene patologije ličnosti kao što su afektivna, histerično-histrionično-borderline, narcistična, opsesivno-kompulzivna i psihotična dimenzija.

Često su prisutni i simptomi depresije, stoga je bitno razlikovati radi li se o depresivnom poremećaju ili karakterološkoj depresiji koja je sastavni dio ličnosti, često kod poremećaja ličnosti s naglašenim afektivnim crtama kao što su depresivno-mazohistični, sadomazohistični i autodestruktivni. Također je bitna procjena patološkog narcizma koji može značajno smanjiti uspjeh psihoterapije (30). Kao i perfekcionizam, narcizam ima dualnu prirodu, grandioznu i vulnerabilnu, koja se očituje u postojanju grandioznog selfa, težnje za savršenstvom i prikazivanjem moći, te skrivenim, slabim selfom ispunjenim sramom i osjećajima bezvrijednosti i odbačenosti. Grandiozni je narcizam karakteriziran osjećajima vlastite svemoći i posebnosti, taštinom i arogancijom te manjkom empatije prema drugima. Potpuno je suprotan vulnerabilni narcizam, karakteriziran preosjetljivošću na tuđe mišljenje, nesigurnošću te stalnom potrebom za odobravanjem. Osjećaj vlastite vrijednosti grade na vanjskom izgledu što je rizični faktor za nastanak poremećaja hranjenja (13, 17).

U restriktivnim oblicima anoreksije česti su i opsesivno-kompulzivni simptomi, dok psihotični simptomi mogu biti komorbiditet. Kod dijela kronično oboljelih od anoreksije postoji temeljna psihotična struktura ličnosti, a kod nekih se može i postaviti dijagnoza shizofrenije. Borderline i psihotična struktura ličnosti imaju lošiju prognozu i više komplikacija u terapiji od oboljelih s neurotičnom strukturom ličnosti kao što su histerični, depresivno-mazohistični i opsesivno-kompulzivni tip. Stoga se kod svakog oboljelog od poremećaja hranjenja procjenjuje karakterna patologija koja je dominantna, prisutnost ili nedostatak integracije identiteta, mehanizme obrane koji su dominantni i antisocijalne crte ličnosti koje se uz kvalitetu objektivnih odnosa smatraju prognostički temeljnim (30).

3.5. Terapijski pristup poremećajima hranjenja

Zbrinjavanje somatskih komplikacija poremećaja hranjenja često je preduvjet psihijatrijskog i psihoterapijskog liječenja. Izrazito je bitna realimentacija i ispravljanje mogućih metaboličkih poremećaja koji ponekad zahtijevaju i hitno zbrinjavanje (30).

Farmakoterapija je samo jedan segment u multidisciplinarnom pristupu poremećajima hranjenja. Antipsihotici nove generacije, kao što je olanzapin, koriste se u terapiji anoreksije ponajprije radi nuspojava u vidu povećanja apetita i porasta tjelesne težine, što je u ovoj indikaciji poželjno. Također imaju utjecaj na poremećaj serotoninskog i dopaminskog sustava. Za razliku od anoreksije, antidepresivi pokazuju učinak u oboljelih od bulimije. Jedini je lijek koji je odobrila Američka agencija za hranu i lijekove (Food and Drug Administration, FDA) u ovoj indikaciji fluoksetin, inhibitor povratne pohrane serotonina.

Smanjuje učestalost epizoda prejedanja i povraćanja, ublažava želju za ugljikohidratima, pomaže ispravljanju patoloških stavova i ponašanja u vezi s hranom te suzbija simptome depresije (30).

Najčešće su psihoterapijske tehnike kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamske metode, mentalizacijski bazirana psihoterapija te obiteljska psihoterapija. U adolescentnoj populaciji provodi se obiteljska ili individualna terapija. U odrasloj populaciji psihodinamski pristup daje najbolje dugoročne rezultate, dok kognitivno-bihevioralna terapija ima veći utjecaj na simptome, posebice u liječenju bulimije nervoze (1, 20)

Teškoće u terapiji

Psihoterapija poremećaja hranjenja vrlo je složena. Prognoze liječenja nisu povoljne, osobito kad bolest traje dugi niz godina, uz najveću stopu smrtnih ishoda među svim psihijatrijskim poremećajima. Često je odustajanje od tretmana, izostanak poboljšanja te je učestalost relapsa velika. Bolesnice pružaju jak otpor terapeutu i terapiji te je doživljavaju kao opasnost koja će poremetiti njihovo psihičko stanje. Ne osjećaju brigu i odgovornost za svoje zdravlje, svoje simptome doživljavaju pozitivnima, povlače se iz socijalnih aktivnosti i kasno se javljaju na liječenje. Mnogi doživljavaju bolest dijelom svoje ličnosti, ne mogu separirati sebe od bolesti te smatraju da terapeut pokušava kontrolirati njihove misli i osjećaje. Takav obrazac ponašanja negativno utječe na uspostavu dobrog terapijskog saveza koji je jedan od ključnih prediktora pozitivnog ishoda terapije. Također su često prisutni somatski problemi čije liječenje postaje prioritet u slučaju potencijalne životne ugroženosti (1, 30).

4. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) pojavljuje se u 0,05-1% populaciji, češće u žena. Većinom se razvija u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi. Često se pojavljuje uz anksiozne poremećaje i poremećaje hranjenja. Karakteriziran je opsesijama i kompulzijama koje osoba doživljava stranim i neprikladnim te joj oduzimaju vrijeme, uzrokuju frustraciju i anksioznost i onesposobljuju je u većoj ili manjoj mjeri. Opsesije su nametnute misli, ideje i nagoni. Česte su prisilne misli: ideje kontaminacije i zaraze mikroorganizmima, potreba za provjeravanjem, simetrijom i dovođenjem u red, ideje o ozljeđivanju neke osobe ili izazivanju nesreće, seksualne perverzije te bogohulne misli. Dok su prisilni impulsi nagoni da oboljeli učine nešto što je u suprotnosti s njihovom voljom, da nekome naude, psuju, itd. Kao rezultat opsesija javljaju se kompulzije, ponavljajuće fizičke ili mentalne radnje kojima je cilj ublažiti ili neutralizirati tjeskobu koju stvaraju prisilne misli i ideje. Izvođenje kompulzivne radnje ne donosi zadovoljstvo, ali smanjuje nelagodu. Odgađanje kompulzije povećava anksioznost do granice kada osoba više ne može izdržati te mora izvesti radnju. Najčešće su: pranje ruku, uređivanje, provjeravanje, brojanje, gomilanje različitih predmeta i tiho ponavljanje riječi. Oboljeli su većinom svjesni suvišnosti i nerazumnosti svojih opsesija i kompulzija te pokušavaju izbjeći situacije koje potiču prisilne misli, ali si teško mogu sami pomoći (9, 26).

4.1. Perfekcionizam i OKP

Perfekcionizam je simptom ekstremne potrebe za kontrolom kako bi se izbjegao rizik, a kod osoba s OKP-om perfekcionizam je izrazito naglašen. Frost i Di Bartolo (2002.) dopunili su mnoge rane teorije povezanosti perfekcionizma i OKP-a. Slična je i Janetova psihoanalitička teorija koja govori da OKP počinje kao osjećaj nesavršenosti, kada osoba smatra da ne izvodi radnje potpuno ispravno. Osoba ima potrebu za savršenstvom kako bi prevladala osjećaj nesigurnosti. Sve što ne može biti u potpunosti kontrolirano uzrokuje anksioznost. Janet razlikuje tri faze koje vode razvoju OKP-a. Prva je psihostenička u kojoj osoba osjeća da nikada ne izvodi radnje onako kako bi trebala, iako zadovoljava prihvatljive standarde promatrača. Ova faza nastaje u djetinjstvu i uzrokuje psihopatologiju u odrasloj dobi. Druga se faza, forsirana agitacija, razvija kada osoba vjeruje da su savršena prezentacija i ponašanje nužni. Stvaranje savršenstva jedini je način na koji osoba smanjuje osjećaj neizvjesnosti. Prva

faza postupno prelazi u drugu kada savršenstvo više nije izbor nego potreba. To vodi do zadnje faze, razvoja opsesija i kompulzija. Tada težnja savršenstvu postaje nepodnošljiva te osoba uzvraća razvojem kompulzija kako bi smanjila preplavljujuću anksioznost (26).

Jones (1918.) i Straus (1948.) također vide perfekcionizam kao jedan od čimbenika u nastanku OKP-a. Jones smatra perfekcionizam osnovom OKP-a, budući da je poremećaj obilježen potrebom da se sve izvodi upravo na pravi način. Dok Straus navodi da je nepodnošenje nesigurnosti i neizvjesnosti vrlo važno u nastanku bolesti jer oboljeli izbjegavaju kritike i ne upuštaju se ni u kakve aktivnosti koje bi ih potakle. Oboljeli vjeruju da će ako budu savršeni biti imuni na kritike, a svi će njihovi postupci biti besprijekorni. Čak i kasniji psihoanalitičari, kao što je Mallinger (1984.) govore o perfekcionizmu kao pokušaju osobe da stekne kontrolu nad okolinom. Kontrola osobi daje osjećaj sigurnosti i omogućava izbjegavanje neizvjesnosti. Oboljeli pokušavaju kontrolirati vlastite misli i osjećaje, kao i misli i osjećaje koje drugi imaju prema njima. Ako eliminiraju pogreške, smatraju da neće biti kritizirani, ali kad uvide da biti savršen nije realno, počinju preispitivati svoje postupke i anksiozni su jer se više ne osjećaju zaštićeno (26, 38).

Kognitivne i bihevioralne teorije značajno su doprinijele njegovu razumijevanju OKP-a. Ove teorije prepoznaju perfekcionizam kao važan element u njegovu nastanku. McFall i Wollersheim navode da su problemi kontrole, sigurnosti i zabrinutosti oko pogrešaka česte osobine oboljelih od OKP-a. Smatraju da svaka osoba posjeduje naučeni skup pretpostavki o svijetu, a zbog krivih pretpostavki oboljeli percipiraju svijet opasnim i prijetećim mjestom. Dvije su važne kognitivne zablude kod osoba s OKP-om koje odražavaju perfekcionistički način razmišljanja. Prva je da osoba mora biti savršeno točna, kompetentna i uspješna na svim područjima da bi bila zadovoljna sama sa sobom, dobro se osjećala i izbjegla negodovanje i razočaranje okoline. Dok je druga zabluda da su pogreške i neispunjeni ciljevi nedopustivi i zaslužuju kažnjavanje. Guidani i Lotti također smatraju da su osobe koje posjeduju perfekcionističke crte ličnosti u većem riziku za razvoj OKP-a jer posjeduju perfekcionistička vjerovanja i pretpostavke. Zbog dihotomne kognitivne strukture oboljeli preispituju pogreške, odbijaju nesavršena rješenja i vjeruju da je sve što je manje od savršenog pogrešno. Prema Salkovskom, s perfekcionizmom je povezan i pretjerani osjećaj odgovornosti. Osoba se neprestano brine hoće li nauditi sebi ili drugima što dovodi do negativnih misli koje potiču tjeskobu (26).

Učinkovita terapija opsesivno-kompulzivnog poremećaja trebala bi rješavati probleme OKP-a, opsesivne misli i prisilne radnje, kao i perfekcionizam i osjećaj odgovornosti. Najučinkovitija je kognitivno-bihevioralna terapija koja otkriva kako perfekcionizam i savjesnost utječu na razvoj opsesija i kompulzija (26).

5. PERFEKCIONIZAM I SRAM

Sram je jedna od najjačih ljudskih emocija. To je neugodan afekt koji se nastoji izbjeći. Pojavljuje se interpersonalno, u interakciji sa socijalnom okolinom i intrapersonalno, u svijesti osobe koja ga doživljava. Pojava srama temelji se na strukturi ličnosti, ali i na socijalnom okruženju, pojavljuje se kada osoba uvidi da krši neku društvenu normu. Tako omogućuje integraciju pojedinca u društvenu zajednicu i regulator je društvenih normi. Neposredno je djelovanje srama prevladavajući i paralizirajući osjećaj nemoći i bezvrijednosti, potreba za izolacijom i povlačenjem kako bi ga se izbjeglo, te izazivanje različitih obrana koje ga nastoje umanjiti ili zamijeniti drugom emocijom. Iako je negativna emocija, sram je u nekim okolnostima normalan i pokazatelj je psihičkog zdravlja, ne psihopatologije. No pretjerani se sram nalazi u podlozi mnogih poremećaja, poput poremećaja hranjenja, patološkog narcizma i depresije. Teško ga je verbalizirati te može ostati skriven i neprepoznat što stvara probleme u terapiji. Iskrivljuje percepciju, narušava kognitivno funkcioniranje te blokira mišljenje i osjećaje. Najčešće je temeljen na raznim poremećajima selfa kada pojedinac odbacuje dio selfa koji drži neprihvatljivim i ne može ga uklopiti u cjelokupnu sliku sebe. Loš dio selfa sakriva se od okoline kako bi se spriječilo odbacivanje. To može rezultirati negativnom procjenom cijelog selfa te percepcijom sebe kao lošeg, bezvrijednog i neadekvatnog. Pretjeran doživljaj srama povezan je s pretjeranom samosvijesti te percepcijom izloženosti promatraču kritičaru. Kritični je promatrač internalizacija stvarne osobe u socijalnoj okolini, ona je u vanjskom realnom svijetu, ali i u unutarnjoj psihičkoj stvarnosti. Čak i kad ga nema u vanjskoj stvarnosti, prisutan je u psihičkoj kao egu strani unutarnji objekt. Kada je unutarnji kritični objekt pretjerano naglašen, osoba je sklona percipirati neutralnu okolinu pretjerano kritičnom i zlonamjernom što aktivira mehanizme obrane i tendenciju povlačenja od bolne izloženosti. To stvara probleme u međuljudskim odnosima i teškoće pokazivanja emocija i empatije (32). Najčešći su mehanizmi obrane, kojima je cilj potisnuti sram ili ga zamijeniti nekom drugom manje destruktivnom emocijom: ljutnja, prijezir, zavist, depresija i grandioznost. Ljutnja i agresija vraćaju pojedincu osjećaj moći izgubljen zbog obezvrijedenosti izazvane sramom, ali nakon epizode bijesa vraća se sram zbog gubitka kontrole. Druga je česta obrana prezir, projektivna identifikacija, kojom se sram translocira na drugu osobu kod koje se prezire ono čega se sami kod sebe sramimo. Iduća je obrana zavist koja nastaje kad se pojedinac uspoređuje s drugim i sebe negativno procjenjuje u odnosu na drugoga. Ona suzbija sram jer se fokus premješta s vlastitih nedostataka, koji stvaraju osjećaj

srama, na tuđe pozitivne osobine. Zbog fantazija o uništenju boljega od sebe, prestaje razmišljanje o vlastitoj nedostatnosti. Još je jedna obrana depresija, posljedica neispunjenja ciljeva i ambicija zbog koje se javljaju osjećaji bezvrijednosti, inferiornosti i nekompetentnosti. Patološki sram s depresijom kao mehanizmom obrane često je povezan s perfekcionizmom te ga je nužno proraditi u terapiji zbog povezanosti sa suicidom. Zadnja je obrana grandioznost kojom se osjećaj manje vrijednosti izazvane sramom nastoji sakriti lažnim osjećajem veličine (34, 35).

Dugotrajan i nesvjestan sram javlja se u psihijatrijskim poremećajima povezanim s perfekcionizmom. Osoba vidi sebe na način koji diktira sram, percipira da self ima grešku te je manje vrijedan, neadekvatan, odbačen pa ne zaslužuje ljubav. Često je prisutna oštra samokritika i mržnja prema sebi kao posljedica patoloških objektnih odnosa. Identitet je nesiguran, a kritizirajući je superego njegov glavni oslonac. Problem počinje u ranom razvoju, u fazi primarnog narcizma kada emotivno nedostupna i hladna majka ne pruža djetetu empatiju što stvara distres. Zbog toga pri stvaranju ego-ideala dolazi do internalizacije primarnog sadističkog objekta s kojim se dijete poistovjećuje i stvaranja nedostižnog ego-ideala koji je izvor osjećaja srama i bezvrijednosti. Podsvjesna želja uništenja takvog internaliziranog proganjajućeg objekta može rezultirati samoozljeđivanjem i poremećajima hranjenja. Prema teoriji Hilde Bruch majka koja svoje dijete ne vidi kao zasebnu osobu, nego kao dio sebe, projicira u njega svoje želje i osjećaje. Dijete ne može percipirati granicu vlastitog ega i stvoriti cjelokupnu sliku o samome sebi. Stoga ne gradi vlastiti identitet, i teško regulira i izražava svoje osjećaje i potrebe. Vlastiti osjećaji i potrebe stvaraju osjećaj sebičnosti, srama i krivnje kojeg Goodsit naziva self-krivnjom, neugodom zbog samog postojanja. Sram i krivnja pojavljuju se zbog postojanja vlastitih potreba jer se nesvjesno doživljavaju kao separacija i agresija prema majci kao primarnom objektu. Uzimajući u obzir Freudovu teoriju možemo reći da lažni self, koji izaziva patološki sram, nastaje kao posljedica sadomazohističkog odnosa između dominantnog superega i slabog ega. Ego, kojemu je zadaća balansirati potrebe ida i superega, postaje podređen superegu. Iz toga proizlazi potreba za samokažnjavanjem, savršenstvom te potiskivanjem osjećaja. I ovdje je ključna faza primarnog narcizma u kojoj se zbog nedostatka roditeljske empatije stvara superego-ego ideal koji je u potpunosti nedostižan s nereálnim zahtjevima za savršenstvom. Razlika između nedostižnog ideala i vlastitog ega stvara intenzivan osjećaj srama (27).

Smanjenje svjesnog i nesvjesnog srama bitan je terapijski cilj. Pretjerani je sram važan motiv otpora terapiji, koči komunikaciju koja je osnova uspješne terapije i stvara percepciju terapije

kao opasne situacije koja budi negativne emocije, te uzrokuje povlačenje iz terapijskog odnosa. Stoga ga je u terapiji potrebno osvijestiti, razumjeti i s vremenom eliminirati. Stavove o nedostatku vlastite vrijednosti, koji ga izazivaju, potrebno je prihvatiti i integrirati. Terapeut prepoznaje neadaptivna ponašanja povezana sa sramom i pruža razumijevanje te adaptivne mehanizme njegova reguliranja. Spoznaja da terapeut prihvaća i razumije neadaptivno ponašanje smanjuje sram kao i negativnu percepciju sebe. Bitan je dio terapije i razvijanje opservirajućeg ega osobe te učenje prepoznavanja svojih unutarnjih psiholoških zbivanja. Time se povećava empatija za sadržaje vlastitog selfa i proširivanje spoznaja o sebi. Tek kad se svjesni dio ega suoči s ranije potisnutim dijelom selfa te ga može percipirati i prihvatiti osoba prihvaća sebe pa izostaje daljnja potreba za patološkim sramom (15).

Sram i krivnja igraju važnu ulogu u razumijevanju perfekcionizma. Osobe s perfekcionističkim karakteristikama doživljavaju depresiju zbog negativne samoevaluacije, napadaje se i kažnjavaju, te imaju naglašen osjećaj manje vrijednosti. Međutim, nema mnogo kliničkih istraživanja o direktnoj povezanosti perfekcionizma sa sramom. Prema istraživanju Wyatta i Gilberta (1998.) samo je društveno propisan perfekcionizam povezan s prekomjernim sramom. Do istog zaključka dolazi Tangney (2002.) te povezuje društveno propisan perfekcionizam sa predispozicijom za sram, za razliku od sebi-usmjerenog i drugima-usmjerenog perfekcionizma. Ljudi koji se pretjerano brinu o percipiranim standardima koje im nameću drugi, vulnerabilniji su na učestalu i ponavljajuću pojavu srama (44).

6. ŽALOVANJE I OPROST

Žalovanje je subjektivno neugodno iskustvo koje se nastoji izbjeći. Iako je bolan proces, omogućuje bolje prilagodbu vanjskoj i unutarnjoj stvarnosti, a njegovo izbjegavanje može imati teške posljedice. Žaljenjem se rastajemo od izgubljenog i prihvaćamo gubitak bliskih osoba, ali i psihičkih sadržaja kao što su nerealne fantazije o sebi, drugima i životu. Odustajanjem od emotivnog vezanja za loše vanjske objekte i unutrašnje introjekte omogućuje spoznaju stvarnosti i realizaciju potencijala te prihvaćanje vlastite ranjivosti i ograničenja. Da bi se odvio proces žalovanja potreban je kapacitet za žalovanje koji obuhvaća sposobnost ega za podnošenje frustracija i internalizaciju dobrog objekta. Mentalizacija je također važna u procesu žalovanja jer omogućuje razumijevanje i poistovjećivanje te stvara preduvjet za opraštanje, prestanak vezanosti za objekt putem mržnje. Problem nemogućnosti opraštanja sebi i drugima često se javlja kod osoba s perfekcionističkim crtama ličnosti. Istraživanja su pokazala da je sposobnost opraštanja negativno povezana s neadaptivnim perfekcionizmom, težnjom savršenstvu i strahom od pogreške. Također je povezana s manjom razinom diskrepancije i destruktive samokritike koje čine osnovu neadaptivnog perfekcionizma. Slabije razvijena mentalizacija koja se također pojavljuje u perfekcionizmu ometa sposobnost opraštanja. Poistovjećivanje s tuđim postupcima omogućuje suosjećajnost, prihvaćanje te time i oprost. Prepoznavanje i dopuštanje mana i propusta drugima pomaže prihvaćanju istih sebi, te smanjuje osudu i strogu kritiku vlastitih pogrešaka i neuspjeha. Smanjena sposobnost opraštanja stvara i interpersonalne probleme te negativno utječe na zadovoljstvo u životu i mentalno zdravlje (39, 33).

7. PERFEKCIONIZAM U UMJETNOSTI

„Crni labud“ (Black Swan) (2010.) američki je psihološki triler. Režirao ga je Darren Aronofsky, s Natalie Portman, Milom Kunis i Vincentom Casselom u glavnim ulogama. Dobio je nagradu Oscar za najbolju glavnu glumicu, ali je smatran kontroverznim zbog elemenata koji odgovaraju žanru filma strave i užasa. Radnja se vrti oko produkcije baleta „Labuđe jezero“ Petra Iljiča Čajkovskog u New Yorku, no za razliku od dotadašnjih izvedbi ulogu bijelog, dobrog i crnog, zlog labuda igrat će ista plesačica. Mlada balerina Nina Sayers dobiva glavnu ulogu, međutim ne može izdržati toliki pritisak te ulazi u psihotičnu epizodu (45). Iako je radnja u svakom smislu nerealna te nije vjeran prikaz mentalne bolesti, smatram da je odlična alegorija perfekcionizma i svih njegovih posljedica u vidu patološkog narcizma, poremećaja hranjenja, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, problema separacije, samoozljeđivanja i na kraju suicida.

Od samog početka Nina pokazuje mnoge osobine karakteristične za neadaptivni perfekcionizam. Cjelokupno funkcioniranje zaokupljeno je izvedbom, u ovom slučaju plesom, do granice s opsesijom. Svi su drugi aspekti, kao što su hobiji ili društveni život, u potpunosti zanemareni. Ne vidimo da ima ikakve druge interese, kao i da komunicira s nekim osim s majkom i kolegama na poslu. Prisutna je i visoka razina organizacije i potrebe za redom, u vidu točno isplanirane i ponavljajuće dnevne rutine, uvijek uređene sobe i ureda te slaganja stvari i opreme na točno određen način. Strogo je kontrolirana i prehrana, udružena sa povraćanjem nakon obroka, stalnim provjerama u ogledalu i nezadovoljstvom izgledom. Samoranjava se kako bi se nosila s negativnim emocijama. Unatoč enormnom trudu koji ulaže u nastup i odličnoj tehnici plesa, uvijek pronalazi mane i želi poboljšanje. Zbog težnje za savršenstvom i neostvarivim ciljevima ne može se pomiriti s manjom ulogom, prihvatiti nedostatke i uživati u uspjehu.

Kod Nine možemo primijetiti i dvije strane patološkog narcizma. Kako bi podnijela kritiku i agresiju te udovoljila drugima, stavlja masku grandioznog selfa. Mašta o uspjehu, traži divljenje drugih, doima se sigurnom u svoje sposobnosti, manipulira kako bi dobila ono što želi, tašta je i hladna te dobro skriva emocije. Ispod lažne slike grandioznog, skriva slabi, vulnerabilni self, ispunjen sramom i prazninom. Izrazito je nesigurna, pretjerano osjetljiva na mišljenja drugih, na kojima gradi sliku vlastite vrijednosti. Od okoline neprestano traži odobravanje i prihvaćanje, a na najmanju kritiku burno reagira uz osjećaje bezvrijednosti i

neadekvatnosti. Sram i zavist osjećaji su koji se neprestano pojavljuju. Sram nastupi svaki put kad ne ispuni očekivanja majke i redatelja, koje želi zadovoljiti, ali je s njima istovremeno u natjecateljskom odnosu, želi ih „pobijediti“, preuzeti dominaciju i biti bolja od njih. U isto vrijeme osjeća izrazitu ljubomoru i mržnju prema ostalim plesačicama koje su bolje od nje u nekim aspektima. Ideja o uništenju boljih od sebe pomaže joj prebaciti fokus s vlastitih nedostataka.

Možemo zamijetiti i disfunkcionalne odnose u obitelji. Majka je dominantna i kontrolirajuća s karakteristikama patološkog narcizma, a otac fizički odsutan. Saznajemo da je majka također bila balerina u mladosti, ali se zbog trudnoće odrekla karijere i postala samohrana majka. Zbog neispunjenih snova osjeća razočaranje i ljutnju, depresivnog je raspoloženja, često plače i gotovo ne pokazuje pozitivne emocije. Svoje neispunjene snove prenosi na Ninu i vidljivo je da ima visoka očekivanja. S jedne strane vidi kćerin uspjeh kao plod svoga rada i podržava je u željama da postane zvijezda, a s druge je strane smatra konkurencijom. Zbog zavisti je pokušava sabotirati i spriječiti da postane bolja od nje. Čini se da nema društveni život, a kći joj je jedina prijateljica. Svu svoju brigu i pažnju posvećuje Nini te se pretjerano zaštitnički odnosi prema njoj. Pod krinkom zaštite stvara u kćeri osjećaj nesigurnosti, nekompetentnosti i manje vrijednosti. Zadire u privatnost, donosi odluke umjesto nje te je pokušava kontrolirati u svim aspektima. U početku imaju naizgled skladan odnos, pun prikrivene agresije, u kojem je kći pretjerano ovisna i podložna te nastoji usrećiti majku, traži njeno prihvaćanje i odobravanje. Njihov se odnos polagano slama pod pritiskom separacijskog konflikta i puca u trenutku kada Nina uklapa „loš“ dio selfa u cjelokupnu sliku o sebi i konačno se separira od majke.

Na poslijetku dolazimo do teme srama i poremećaja selfa obrađene kroz sliku disocijativnog poremećaja. Da bi postigla svoj cilj Nina treba igrati ulogu bijelog i crnog labuda u istom baletu. Međutim, ona posjeduje karakteristike samo „dobro“ bijelog labuda. Radišna je, predana poslu, pretjerano podložna i skrupulozna, a drugima nastoji udovoljiti te joj je potrebno njihovo odobravanje. „Loš“ crni labud u kojeg se treba pretvoriti posjeduje negativne karakteristike koje je zbog srama potisnula, prema van ih ne pokazuje i njoj su samoj nesvjesne. Taj odbačeni i loš dio selfa počinje percipirati kao halucinaciju druge osobe koja predstavlja prijetnju. Rastrgana je između težnje za integracijom lošeg dijela selfa u cjelokupnu sliku o sebi i straha da će ju isti u potpunosti preuzeti. S vremenom postepeno poprima karakteristike crnog labuda što je simbolički prikazano promjenom boje odjeće od bijele i ružičaste prema tamnijim, sivim i crnim tonovima te sve većom separacijom od majke.

Kako bi postigla cilj i dosegla savršenstvo, probada halucinaciju dijela selfa koji je u tome sputava i na taj način zapravo ubija sebe. Time prikazuje perfekcionizam, žrtvovanje sebe radi uzdizanja izvedbe, u njegovu najgorem svjetlu.

8. ZAKLJUČAK

Perfekcionizam je višedimenzionalna karakteristika koja ima svoje pozitivne i negativne strane. Savjesnost i visoki ciljevi omogućavaju osobi postizanje izvrsnosti u poslu koji obavlja te tako donose sreću i zadovoljstvo. S druge strane pretjerani je perfekcionizam izvor trajne frustracije te čini osobu podložnom razvoju brojnih psihijatrijskih poremećaja. Dok su u današnjoj kulturi i odgoju potiče izvrsnost, uspjeh i kompetitivnost, broj mladih s psihološkim poremećajima povezanim s perfekcionizmom sve više raste. Nadalje, perfekcionizam, kao i sram koji se javlja kao njegova posljedica, ometa provođenje psihoterapije te negativno utječe na njezin ishod. Stoga su potrebna dodatna promišljanja i istraživanja o njegovu razvoju, simptomatologiji i utjecaju na svakodnevno funkcioniranje, postavljanju granica među zdravim i patološkim oblicima, kao i razvoju novih psihoterapijskih tehnika u njegovu liječenju.

9. ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na savjetima, suradljivosti, pomoći te ustupljenim materijalima pri izradi ovog diplomskog rada. Zahvaljujem i svojim roditeljima i prijateljima koji su mi bili podrška za vrijeme studija.

10. POPIS LITERATURE

1. Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 553-80.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, (2013).
3. Abdollahi A, Carlbring P (2016). Coping style as a moderator of perfectionism. *Journal of rational-emotive and cognitive behavior therapy*, 35, 223-239.
4. Ablard KE, Parker WD (1997). Parents' achievement goals and perfectionism in their academically talented children. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 651-667.
5. Antony M, Purdon C, Huta V, Swinson R (1998). Dimensions of perfectionism across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
6. Arpin-Cribbie C, Irvine J, Ritvo P, Cribbie R, Flett G, Hewitt P (2008). Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 151-167.
7. Ayearst LE, Hewitt PL, Flett GL (2012). Where is multidimensional perfectionism in DSM-5? A question posed to the DSM-5 personality and personality disorders work group. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 458-469.
8. Begić D (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Begić D, Jukić V, Medved V (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada
10. Blankstein KR, Lumley CH, Crawford A (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 279-319.
11. Blatt SJ (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
12. Cook LC (2012). *The Influence of Parental Factors on Child Perfectionism*. University of Nevada.

13. Čuržik D, Jakšić N (2012). Patološki narcizam i narcistični poremećaj ličnosti – pregled suvremenih spoznaja. *Klinička psihologija*, 5 (1-2), 21-36.
14. Derr DB (2002). *Splitting as a Characteristic of Perfectionism*. Michigan State University. Department of Counseling, Educational Psychology and Special Education.
15. Dearing RL, Tangney JP (2011). *Shame in the therapy hour: Putting Shame in Context*. Washington DC: American Psychological Association.
16. Flamenbaum R, Holden RR (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51-61.
17. Freudensteina O, Valevski A (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 746- 752.
18. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-68.
19. Frost RO, Turcotte TA, Heimberg RG, Mattia JI, Holt CS, Hope DA (1995). Reactions to mistakes among subjects high and low in perfectionistic concern over mistakes. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 195-206.
20. Goldstein M, Peters L, Thornton CE, Touyz SW (2014). The treatment of perfectionism within the eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 217-21.
21. Greenspon ST (2000). Healthy perfectionism is an oxymoron. *The Journal of Secondary Gifted Education*, 197-208.
22. Grzegorek JL, Slaney R, Franze S, Rice K (2004). Self-criticism, dependency, selfesteem, and grade point average satisfaction among clusters of perfectionists and nonperfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 192-200.
23. Hewitt PL, Flett GL (2007). When does conscientiousness become perfectionism? *Current Psychiatry*, 6(7), 49-60.
24. Hewitt PL, Flett GL (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456-70.

25. Hunter EC, O'Connor RC (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 355-365.
26. Knutt AD (2004). *Pathological perfectionism: Implications for the treatment of depression, eating disorders, obsessive-compulsive disorder in suicide prevention*. University of Hartford.
27. Kohut H, Wolf E (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-426.
28. Lundh LG (2004). Perfectionism and acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 251-265.
29. Campbell IC, Mill J, Uher R, Schmidt U (2011). Eating disorders, gene–environment interactions and epigenetics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 784-793.
30. Marčinko D (2013). *Poremećaji hranjenja, od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada.
31. Marčinko D, Rudan V (2013). *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost – doprinos međunarodnoj raspravi*. Zagreb: Medicinska naklada.
32. Marčinko D, Rudan V (2018). *Nelagoda u kulturi 21. stoljeća- psihodinamska rasprava*. Zagreb: Medicinska naklada.
33. Mistler BA (2010). A dissertation presented to the graduate school of the University of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy: Forgiveness, perfectionism, and the role of self-compassion, University of Florida.
34. Morrison AP (2011). *The psychodynamics of shame: Identifying shame when patients present in therapy with defense mechanisms. Shame in the therapy hour*. Washington DC: American Psychological Association.
35. Morrison AP (1999). Shame, on either side of defense. *Contemporary Psychoanalysis*, 35(1), 90-105.
36. Nikolić S (2005). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.

37. Phillipou A, Gurvich C, Castle DJ, Rossell SL (2015). Are personality disturbances in anorexia nervosa related to emotion processing or eating disorder symptomatology? *Journal of Eating Disorders*. 3(34).
38. Rice KG, Pence SL (2006). Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 103-111 .
39. Rudan V, Marčinko D (2014). *Žalovanje*. Zagreb: Medicinska naklada.
40. Stoeber J, Otto K (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4) 295-319.
41. Campbell JD, Di Paula A (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 711-724.
42. Von Lojewski A, Fisher A, Abraham S (2013). Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? *Psychopathology*. 46(6), 421-26
43. Welch E, Miller J, Ghaderi A, Vaillancourt T (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behaviors*, 10, 168-175.
44. Izadi M (2014). A Dissertation Presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology at Alliant International, University San Diego : Perfectionism, Shame and Non Suicidal Self Injury.
45. Wikipedia: the free encyclopedia [Internet]. *Black Swan* (film) [https://en.wikipedia.org/wiki/Black_Swan_\(film\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Black_Swan_(film))

11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 19.6.1995. u Požegi. Pohađala sam OŠ Dobriše Cesarića i Glazbenu školu Požega. Maturirala sam 2014. u Gimnaziji Požega s odličnim uspjehom. Iste sam godine upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Govorim i pišem engleski jezik. Volontirala sam u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi „Bistra“ od 2015. i u Caritasovom domu za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi od 2019.

