

Univerzitet u Sarajevu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**POVEZANOST PERFEKCIONIZMA, ANKSIOZNOSTI I
PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA KOD UČENIKA OSNOVNE
ŠKOLE**

Završni magistarski rad

Studentica:

Nea Lizde

Mentorica:

Prof.dr. Maida Koso-Drljević

Sarajevo, 2019

Sadržaj

1. UVOD	1
Perfekcionizam	1
Anksioznost	6
Psihosomatski simptomi.....	13
Povezanost perfekcionizma i anksioznosti	17
Povezanost anksioznosti i psihosomatskih simptoma	19
Povezanost perfekcionizma i psihosomatskih simptoma.....	21
2. CILJ	22
3. HIPOTEZE	22
4. METODOLOGIJA.....	22
Ispitanici.....	23
Instrumenti	23
Postupak.....	26
5. REZULTATI.....	27
Deskriptivna statistika	27
Povezanost neurotskog perfekcionizma, anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod učenika osnovne škole	29
Povezanost neurotskog perfekcionizma učenika osnovne škole i njihovih roditelja.....	32
6. DISKUSIJA.....	34
7. ZAKLJUČAK.....	39
8. LITERATURA	40
9. PRILOG	43

POVEZANOST PERFEKCIONIZMA, ANKSIOZNOSTI I PSIHOSOMATSKIH SIMPTOMA KOD UČENIKA OSNOVNE ŠKOLE

Nea Lizde

SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja je utvrditi povezanost između perfekcionizma, anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod učenika osnovnoškolskog uzrasta. Također, cilj je utvrditi postoji li povezanost neurotskog perfekcionizma roditelja i djece i ukoliko postoji, provjeriti da li je ta povezanost veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao i dijete u odnosu na roditelja suprotnog spola od djeteta. Ispitanici su učenici osmih i devetih razreda osnovne škole. U istraživanju je učestvovalo 90 učenika (44 dječaka i 46 djevojčica) i 172 roditelja (od toga 89 majki i 83 oca). Učenicima je podijeljena baterija testova koja se sastoji od: *Upitnika neurotskog perfekcionizma*, *Zungove skale samoprocjene anksioznosti* i *Upitnika psihosomatskih simptoma*. Roditelji su ispunjavali *Upitnik neurotskog perfekcionizma*. Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna povezanost perfekcionizma, anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod učenika osnovnoškolskog uzrasta. Rezultati su pokazali i statistički značajnu povezanost između neurotskog perfekcionizma roditelja i djece. Povezanost neurotskog perfekcionizma roditelja i djeteta nije veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao i dijete u odnosu na roditelja suprotnog spola od djeteta. Naime pokazana je nešto viša povezanost neurotskog perfekcionizma kćerki i očeva, u odnosu na povezanost neurotskog perfekcionizma kćerki i majki. Nalazi pokazuju da povezanost neurotskog perfekcionizma djeteta i roditelja ovisi o spolu djeteta. Naime, rezultati pokazuju statistički značajnu povezanost neurotskog perfekcionizma djevojčica i njihovih roditelja, ali povezanost neurotskog perfekcionizma dječaka i njihovih roditelja nije statistički značajna.

Ključne riječi: neurotski perfekcionizam, anksioznost, perfekcionizam roditelja, psihosomatski simptomi

1. UVOD

Perfekcionizam

Perfekcionizam je nekada smatran jednodimenzionalnim konstruktom koji je jako štetan i koji predstavlja veliki rizik za razvoj mnogih psihičkih poremećaja (Greblo, 2012). Međutim, novija istraživanja pokazuju da je perfekcionizam višedimenzionalni konstrukt koji se manifestuje kroz želju za osobnim rastom i razvojem (Stoeber i Otto, 2006). Upravo zbog ovih nedoumica i neslaganja, bitno je precizno operacionalizirati ovaj konstrukt da bi se odredio smjer ovog istraživanja, kao i da bi se bolje razumjeli rezultati prethodno navedenih istraživanja. Psihodinamska teorija, odnosno njen predstavnik Sigmund Freud, je govorio o perfekcionizmu kao o obilježju abnormalnog ponašanja, gdje superego zahtjeva superiornije postignuće ili ponašanje (Hill, McIntire i Bacharach, 1997). Albert Ellis opisuje perfekcionizam kao iracionalna uvjerenja. Naime, autor tvrdi da ljudi imaju osnovne ideje i ciljeve kojima teže, a kada oni postanu apsolutne mjere, onda dolazi do perfekcionizma, anksioznosti, kao i hiperkompetitivnosti i stresa (Ellis, 2002). Sredinom prošlog stoljeća, perfekcionizam je okarakterisan kao jednodimenzionalna osobina koja je neadaptivna, međutim, autori Kamis i Dweck (1990; prema Belavić, 2006) navode da novija istraživanja pokazuju da je perfekcionizam višedimenzionalan i naglašavaju i njegove pozitivne aspekte. Početkom devedesetih godina, kako navodi autorica Greblo (2012), postojale su dvije nezavisne skupine istraživača Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990); i Hewitt i Flett (1991a, 1991b), koje su skoro istovremeno upozoravale na potrebu za razlikovanjem većega broja kvalitativno različitih dimenzija perfekcionistačkih težnji, čime se otvara novo poglavlje u historiji proučavanja perfekcionizma. Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990) definiraju perfekcionizam kao crtu ličnosti koja uključuje nekoliko dimenzija, a to su: *pretjerana samokritičnost* povezana s visokim osobnim standardima, *sumnja u efikasnost vlastitih postupaka*, *pretjerana zabrinutost oko pogrešaka*, *pretjerana potreba za urednošću i organizacijom*, i *potreba za zadovoljavanjem tuđih očekivanja* (prvenstveno roditeljskih). Frost i sur. (1990; prema Greblo 2012), također, među prvima upozoravaju na važnost percepcije roditeljskog pritiska za savršenstvom koji se može manifestovati u obliku visokih roditeljskih očekivanja ili kritičizma. Hewitt i Flett (1991; prema Greblo 2012) naglašavaju potrebu

razlikovanja *osobnih* i *socijalnih* perfekcionistačkih težnji. Naime, Hewitt i Flett (1991; prema Greblo 2012) ustvari pokazuju da je perfekcionizam složeni konstrukt, odnosno dijele ga na tri aspekta: *sebi-usmjeren perfekcionizam* (gdje osoba sama sebi postavlja visoke ciljeve), *drugima-usmjeren perfekcionizam*, koji podrazumijeva visoka očekivanja od drugih i strogu evaluaciju njihova uratka. Postoji još jedna dimenzija perfekcionizma koju navode autori Hewit i Flett (1991; prema Greblo 2012), a to je *društveno-propisani perfekcionizam* koji se odnosi na samu percepciju osobe kako joj drugi nameću nerealno visoke standarde uspjeha. Još jedna grupa autora, Dunkley i sur. (2006; prema Greblo 2012) je dokazala da je perfekcionizam, ustvari, višedimenzionalni konstrukt. Naime, ova grupa autora razdvaja koncepte: *visoki osobni standard* i *strogu samoevaluaciju*, gdje *stroga samoevaluacija* spada u klinički perfekcionizam. Slične nalaze pokazuju i rezultati faktorskih analiza grupa autora, koje navodi autorica Greblo (2012) u svom istraživanju. Prva grupa autora, prema Greblo (2012), jesu autori Bieling, Israeli i Antony (2004); zatim Blankstein i Dunkley (2002); Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer (1993); Slaney, Ashby i Trippi (1995); koji su uradili faktorsku analizu na studentskoj populaciji. Druga grupa autora koji su navedeni u istraživanju Greblo (2012) jesu autori Cox, Enns i Clara (2002); koji su uradili faktorsku analizu na kliničkoj populaciji. Rezultati tih istraživanja, kako navodi Greblo (2012), su pokazali da dimenzije *osobni standardi* i *sebi-usmjereni perfekcionizam* pripadaju zajedničkom faktoru *osobni standardi*, dok se dimenzije *zabrinutost zbog pogrešaka*, *sumnja u vlastite akcije* i *društveno-propisani perfekcionizam* grupiraju u faktor nazvan *evaluacijske brige*. Tako se pokazalo da je faktor *evaluacijske brige* povezan s kliničkim perfekcionizmom, a da faktor *osobni standardi* nije povezan s kliničkim perfekcionizmom. Naime, osobni standardi perfekcionizma se ne smatraju disfunkcionalnim sami po sebi, dok je sav neadaptivni aspekt perfekcionizma sadržan u evaluacijskim brigama (Greblo, 2012). Ovakvi nalazi otvaraju novu temu, a to je razlikovanje pozitivnog i negativnog perfekcionizma.

Nakon što je pokazano da je perfekcionizam višedimenzionalna osobina, Hamachek (2004; prema Grabar, 2005) je jedan od prvih naučnika koji je ukazao na postojanje pozitivnog i negativnog perfekcionizma. Odnosno, kako ih je on sam nazvao: normalni i neurotski perfekcionizam. Prema Hamacheku, osoba koja ima normalni perfekcionizam postavlja sebi realistične ciljeve koji dovode do postignutog osjećaja zadovoljstva i jačanja

samopouzdanja (Grabar, 2005). S druge strane, Hamachek smatra da osoba koja ima neurotski perfekcionizam postavlja sebi iznimno visoke ciljeve i osobne standarde koji su motivirani strahom od neuspjeha i zabrinutošću da ne razočaramo druge (Grabar, 2005). Prema Hamacheku, normalni perfekcionizam ne samo da nije patološka kategorija, već je riječ o poželjnoj crti koja je važna komponenta zdrave motivacije za postignućem (Grabar, 2005). S druge strane, Hamachek smatra da su neurotski perfekcionista osobe koje nikako ne mogu doživjeti zadovoljstvo nad obavljenim zadatkom, jer je u njihovim očima taj zadatak uvijek mogao biti obavljen bolje (Grabar, 2005). U istraživanju Belavić (2006) urađena je faktorska analiza koja pokazuje postojanje dva faktora: *pozitivne težnje* su prvi faktor i odnosi se na adaptivni (zdravi) perfekcionizam, dok *neadaptivna briga oko evaluacije* predstavlja drugi faktor koji se odnosi na sumnju u vlastite postupke, što predstavlja neadaptivni perfekcionizam. U socijalnom smislu, osobe kod kojih dominira pozitivan perfekcionizam će tražiti odobravanje od drugih ljudi, dok će osobe kod kojih dominira negativni (neadaptivni ili neurotski) perfekcionizam biti motivisane željom da izbjegnu neodobravanje (Slade, Owens, 1998). Osobe kod kojih dominira pozitivni perfekcionizam osjećaju euforiju i zadovoljstvo kada ostvare određeni cilj, ali i osjećaju da nije nikakav neuspjeh ako se njihov određeni cilj ne uspije ostvariti (Slade i sur., 1998). Dok, s druge strane, osobe kod kojih dominira negativan perfekcionizam nisu zadovoljne postignutim ciljevima jer smatraju da uvijek postoji mogućnost da u budućnosti ne mogu ostvariti određeni uspjeh kojem budu težili (Slade i sur., 1988).

Nastanak perfekcionizma i modeli roditeljskih ponašanja

Autori Slaney i Ashby (1996; prema Belavić, 2006) smatraju da je roditeljski stil odgoja taj koji je zaslužan za razvoj perfekcionizma. Autori Flett i Hewitt (2002; prema Belavić, 2006) navode četiri modela koji predstavljaju roditeljska ponašanja, a koji dovode do perfekcionizma. Ukratko ćemo predstaviti i objasniti modele ova dva autora. Prvi model ponašanja, za koji autori vjeruju da značajno utječe na razvoj perfekcionizma jeste model *socijalnih očekivanja*. Naime, djeca uče da mogu dobiti roditeljsku ljubav i pažnju samo ako budu savršena (Belavić, 2006). Drugi model Fletta i Hewitta jeste model *socijalnog učenja* koji pretpostavlja da djeca imitiraju svoje roditelje koji su perfekcionista (Belavić,

2006). Pretpostavka sljedećeg modela ovih autora, odnosno modela *socijalne interakcije*, jeste da zapravo djeca koja su bila izložena nepovoljnim životnim situacijama (fizičkim i psihičkim zlostavljanjima, nedostatku roditeljske ljubavi) razvijaju perfekcionizam i to obično ili da bi izbjegli ponavljanje nepovoljnih životnih situacija ili da bi izbjegli nepredvidljive, nove neugodne situacije koje im se mogu dogoditi ako ne budu oprezni (Belavić, 2006). Pretpostavka modela *izražene anksioznosti* Fletta i Hewitta pretpostavlja da se perfekcionistačke težnje održavaju zahvaljujući anksioznim roditeljima koji uporno naglašavaju pogreške i negativne posljedice tih pogrešaka (Belavić, 2006). Postoji još jedan model perfekcionizma, a to je *integrativni* model perfekcionizma kojeg su razvili autori Flett i Hewitt (2002, prema Belavić 2006), koji smatraju da različiti činioci pridonose razvoju perfekcionizma. Naime, Belavić (2006) navodi da Flett i Hewitt smatraju da činitelji mogu biti vanjski (obiteljski i okolinski utjecaj), i osobni (temperament, privrženost). Upravo Flett i Hewitt smatraju da su najčešće osobine perfekcionista emocionalnost, upornost i anksioznost (Belavić, 2006). Bitno je naglasiti da integrativni model u obzir uzima i trenutne životne situacije kao npr. kompetitivna i zahtjevna škola i slično (Belavić, 2006).

Povezanost perfekcionizma roditelja i djece

Kada smo objasnili prethodne modele, možemo iz toga pretpostaviti (posebno iz *modela socijalnog učenja* i *izražene anksioznosti*) da postoji povezanost između perfekcionizma roditelja i perfekcionizma djece. U nastavku ćemo navesti rezultate istraživanja koja su urađena upravo na ovu temu, jer ćemo u našoj studiji, također, provjeriti ovu hipotezu.

Autori Appleton, Hall i Hill (2010) uradili su studiju na sportašima gdje su pokušali utvrditi porijeklo samo-orijentiranog, društveno-orijentiranog perfekcionizma i društveno-propisanog perfekcionizma. Rezultati su pokazali regresijskom analizom da je prediktor samo-orijentiranog sportaša bio samo-orijentirani perfekcionizam roditelja, a da je kod društveno-orijentiranog sportaša prediktor bio društveno-orijentirani perfekcionizam roditelja, a kod društveno-propisanog perfekcionizma sportaša prediktor je bio društveno-propisani perfekcionizam njegovog roditelja (Appleton, Hall i Hill, 2010). Također,

pokazano je da međugeneracijski prenos perfekcionizma roditelja na njihovo dijete sportaša nije ograničeno na isti spol (Appleton, Hall i Hill, 2010). Drugo istraživanje na ovu temu pokazuje malo drugačije rezultate. Naime, prikazane su dvije studije slučaja, gdje je mjereno perfekcionizam dvije kćerke i roditelja, s tim da se u drugoj studiji osim perfekcionizma mjerila i povezanost karakteristika roditelja i psihopatologije kod kćerki. Rezultati pokazuju u obje studije da je perfekcionizam majki, ali ne i očeva povezan s perfekcionizmom kćerki (Forst, Lahart, Rosenblate, 1991). Također, procjena oštroumnosti majki od strane njih samih i od strane njihovih kćerki je, također, bila povezana s perfekcionizmom kćerki (Forst i sur., 1991). Ukupno, perfekcionizam majki čini 30 posto varijance u perfekcionizmu njihovih kćerki i dodatna istraživanja pokazuju da je perfekcionizam majki više povezan sa psihopatologijom kćerki, za razliku od očeva (Forst i sur., 1991). Rezultati istraživanja Vieth i Trull (2010) također pokazuju da spol igra važnu ulogu kada je u pitanju povezanost perfekcionizma roditelja i djece. Naime, urađeno je istraživanje na 188 učenika i njihovih bioloških roditelja, te rezultati su pokazali da je razina samo-orijentiranog perfekcionizma kod učenika bila statistički značajno povezana samo s roditeljem istog spola kao i dijete (Vieth i Trull, 2010). Također je urađeno istraživanje Karen, Ablard i Parker (1997), gdje su ispitani roditelji talentiranih učenika koji su optuženi da „tjeraju“ svoju djecu da postignu visoku razinu postignuća. Roditelji su ispitani s obzirom na cilj, tj. da li im je cilj samo rezultat ili učenje s razumijevanjem. U tu svrhu je ispitano 127 parova roditelja i njihova talentirana djeca (od toga 56% dječaka i 44% djevojčica), koji su popunili *Skalu multidimenzionalnog perfekcionizma*, gdje su roditelji izvijestili o svojim ciljevima vezanim za djetetovo postignuće. Djeca roditelja koji su imali eksternalizirani cilj su znatno češće pokazivala disfunkcionalni perfekcionizam i izvještavali su o većim brigama o greškama, sumnjama u svoje akcije, i mislila su na roditeljsku kritiku i očekivanja (Karen, Ablard & Parker, 1997). Međutim, djeca čijim je roditeljima bilo cilj učenje samo po sebi, imala su manji rizik za razvijanje disfunkcionalnog perfekcionizma (Karen, Ablard & Parker, 1997).

Kada sumiramo rezultate do sada navedenih istraživanja, možemo izvesti sljedeće zaključke. Naime, uočavamo da roditelji imaju veliku ulogu u razvijanju perfekcionizma kod svoje djece. Najčešće roditelji, a zatim ljudi iz okoline, mogu biti modeli od kojih će djeca naučiti i poprimiti određene obrasce onih ponašanja koja su visoko rizična za razvoj

negativnog perfekcionizma. Zatim, možemo zaključiti da roditeljska očekivanja dosta utječu na razvijanje perfekcionizma kod djeteta. Djeca najčešće žele ispuniti očekivanja roditelja radi ljubavi i pažnje koju im onda roditelji pružaju zauzvrat, kako su i pokazali Flett i Hewitt (2002; prema Belavić, 2006). Također, roditelji na još jedan način utječu na razvoj perfekcionizma, a to je svojim kritikama i svojom strogom reakcijom na pogrešku (jer je njima važno da zadatak bude što bolje urađen), zbog čega možemo govoriti i o perfekcionizmu roditelja. Također je pokazano da je perfekcionizam roditelja dosta povezan s perfekcionizmom djece, posebno perfekcionizam majki i kćerki. Osim roditelja, socijalna sredina u kojoj se dijete nalazi (poput škole, sportskog kluba i sl.), kao i sami vršnjaci, svojim očekivanjima i reakcijama odobravanja i neodobravanja mogu utjecati na razvoj perfekcionizma kod djece. Prema do sada navedenim istraživanjima, možemo zaključiti da zbog tih očekivanja i reakcija roditelja i okoline djeca sama sebi postavljaju određena očekivanja i ciljeve. Tu već možemo razlikovati ciljeve koje sebi djeca postavljaju da bi postigla uspjeh i odobravanje drugih - što predstavlja adaptivni (pozitivni ili zdravi) perfekcionizam, i ciljeve koje djeca postavljaju da bi izbjegla neodobravanje i čijem se postizanju ne raduju, jer se ponovo boje neuspjeha pred ostvarenjem sljedećeg cilja, što predstavlja takozvani neadaptivni (negativni ili neurotski) perfekcionizam.

U ovoj ćemo studiji dodatno istražiti povezanost neurotskog perfekcionizma roditelja s neurotskim perfekcionizmom djece, te provjeriti igra li spol djece i roditelja bitnu ulogu kada je ova povezanost u pitanju. Također, zanima nas povezanost neurotskog perfekcionizma s anksioznosti i psihosomatskim simptomima kod učenika osnovne škole (koji su naš uzorak). Zato ćemo u nastavku reći nešto više o ovim konstruktima i o njihovoj međusobnoj povezanosti.

Anksioznost

Strah i anksioznost su emocionalne reakcije koje su povezane s najintimnijom ljudskom prirodom, a čija suština leži u biološkoj osnovi čovjeka (Erić, 1972). Često se strah i anksioznost spominju kao dva ista pojma, a u osnovi to su različiti fenomeni. Strah je reakcija koja se osim kod čovjeka može vidjeti još i kod životinja, dok je anksioznost vezana isključivo za čovjeka, tj. za ljudsko iskustvo (Erić, 1972). Dakle, prema Erić (1972),

anksioznost, osim biološkog značenja ima i sociološko, što je u velikoj mjeri odvaja od straha.

U definisanju anksioznosti često nailazimo na poteškoće jer ne postoji jedna općeprihvaćena definicija, međutim, anksioznost se najčešće definiše kao stanje osjećanja koje ima karakter mučnog, neugodnog očekivanja i predosjećaja, zabrinutosti i neizvjesnosti (Erić, 1972). Autorica Vulić-Prtorić (2006) nešto preciznije definiše anksioznost: „Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni pritisak i tjelesnu napetost.“ Simptomi anksioznosti se manifestuju na tjelesnom području, što podrazumijeva kardiovaskularne, gastrointestinalne, respiratorne i druge promjene (Vulić-Prtorić, 2006). Na emocionalnom području je karakteristična napetost, nesigurnost, strah da će se izgubiti kontrola i slično (Vulić-Prtorić, 2006). Na kognitivnom planu uočava se intelektualna konfuzija, javljaju se simptomi anticipacije, zabrinutosti itd. Na bihevioralnom planu uočavaju se izbjegavanje, stereotipije i slabost koordinacije (Vulić-Prtorić, 2006). Prema Erić (1972), anksioznost traje mnogo duže od straha i opasnost može da potječe iz spoljašnje sredine ili iz unutarnjih konflikata osobe, što može da dovede do ozbiljnih psihičkih i somatskih promjena.

Historijski razvoj shvatanja straha i anksioznosti dosta je povezan s historijskim shvatanjem mentalnih oboljenja uopće. U Srednjem vijeku se smatralo da su uzročnici mentalnih oboljenja vještice i demoni (Erić, 1972). Jedna od prvih ličnosti koja je dala doprinos u shvatanju jedinstva tijela i duše jeste Francis Bacon koji je strah shvatao kao glavnu karakteristiku psihopatoloških stanja, nazvanih „stanjima straha“ ili „anxiety states“ (Erić, 1972).

Stanje anksioznosti i straha je objašnjeno kroz mnoge teorije. Prema *Psihoanalitičkoj koncepciji straha* Sigmunda Freuda, razlikovalo se nekoliko oblika ispoljavanja straha: realan, objektivan ili normalan stah, neurotičan strah i moralni strah ili grižnja savjest (Erić, 1972). Prema Freudovoj teoriji, neki konflikti u kojima se ličnost nalazi su veoma teški, ličnost nije u stanju da konstruktivnim strahom savlada traumatske eksitacije, te onda nastupa mehanizam potiskivanja (Erić, 1972). Potiskivanje uklanja anksioznost, međutim, komponente ličnosti koje su potisnute, tj. isključene iz svijesti, zadržavaju svoju snagu, te

vrlo lako mogu ponovo da dopru do svijesti (Erić, 1972). Proces prodiranja potisnutih sadržaja u svijest praćen je doživljajem anksioznosti (Erić, 1972). Prema *Socijalno-psihološkoj koncepciji straha i anksioznosti* od Karen Hornay, strah je emocionalna reakcija koja je srazmjerna opasnosti, dok je anksioznost nesrazmjerna emocionalna reakcija na opasnost ili čak reakcija na izmišljenu opasnost (Erić, 1972). Dakle, prema Karen Hornay, u slučaju anksioznosti opasnost je subjektivna, skrivena i dolazi iznutra, iz same osobe (Erić, 1972). Karen Hornay, također, smatra da su osnovne karakteristike koje čine anksiozna stanja: bespomoćnost, iracionalnost i osjećaj da se „nešto dešava“ u biću osobe, a što ju je poremetilo (Erić, 1972). Prema Freudu potisnuta seksualnost može dovesti do anksioznosti, dok je prema *Sociopsihološkoj teoriji* to ustvari potisnuto neprijateljstvo (Erić, 1972). Prema H.S.Sulivanu anksioznost se pojavljuje onda kada ponašanje majke sadrži u sebi anksioznost, tj. opšte anksiozno ponašanje, pogled i glas (Erić, 1972). Freud, Karen Hornay i Sulivan smatraju da je anksioznost dinamički centar neuroza (Erić, 1972).

S druge strane, predmet interesovanja naučnika koji izučavaju *Teorije učenja* jeste izučavanje uslova i okolnosti pod kojima se jedno ponašanje uči. Kako navodi Erić (1972), *Teorije učenja* svoje koncepcije zasnivaju na učenjima Ivana Pavlova, gdje neutralni stimuli mogu prouzrokovati strah jer su bili povezani s opasnim situacijama. Sama potvrda koncepcija teorija učenja da se svako ponašanje uči, pa i ponašanje koje karakteriše anksioznost, jeste eksperiment Wadsona i Raynora, iz 1920. godine, tačnije eksperiment o malom Albertu (Erić, 1972). Ukratko ćemo opisati eksperiment koji je u svojoj knjizi objasnio autor Erić. Naime, u prostoriji gdje je boravio dječak Albert unesen je bijeli miš. Dječak mu je bez straha prišao i želio je da se igra s njim. Dakle, bijeli miš je bio bezuvjetovani podražaj. Sljedeći put kada je unesen miš u prostoriju, proizvedena je buka koja je prepala dječaka. Buka je, dakle, bila uvjetovani podražaj. Zatim, svaki naredni put unošenje bijelog miša u prostoriju i buka koja je prepala dječaka su bili upareni. Vremenom je dječak počeo da se boji bijelog miša, onda i kada nije bio prisutan neugodan zvuk. Strah od miša je postala uvjetovana reakcija. Kasnije je dječak strah od bijelog miša generalizovao i na ostale bijele stvari. Tako, autori *Teorija učenja* smatraju da se uči ponašanje koje karakteriše anksioznost (Erić, 1972).

Uloga *afektivnog vezivanja* je također važna u nastanku anksioznosti prema kasnijim idejama. Takvo razmišljanje je poteklo od Sigmunda Freuda. Freud je posmatrajući anksiozne pacijente pokazao da postoji razlika između stanja anksioznosti i patološkog straha, s jedne strane, te stanja realnog straha s druge strane. Patološku anksioznost je objasnio kao posljedicu poremećaja veza koje neka osoba ima s drugim ljudskim bićem, dok je realan strah opisao kao doživljaj čovjeka da je suočen s opasnom situacijom (Erić, 1972). Freud je zaključio da je anksioznost reakcija na opasnost od gubitka. Prema Erić (1972) postoje i određene okolnosti i situacije koje mogu biti provokatori *anksioznosti odvajanja*. Tako npr. autor Erić objašnjava da neki roditelji prijetu svojoj djeci da će ih izbaciti iz kuće, poslati u internat, dom, zatvor, što može biti okidač za razvoj ove vrste anksioznosti. Također, prijetnje roditelja da će se ubiti, zatim smrt bliske osobe za koju je dijete vezano u porodici (bake, dede i sl.), ili smrt jednog od roditelja su također snažani okidači anksioznosti odvajanja (Erić, 1972).

Simptomi anksioznosti

U Tablici 1. su prikazani simptomi koje osobe s anksioznim poremećajem mogu da imaju.

Tablica 1. Simptomi koje osobe s anksioznim poremećajem mogu da osjete

I. Simptomi podražaja vegetativnog sustava
1. lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa
2. znojenje
3. tremor ili drhtanje tijela
4. suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom)
II. Simptomi koji se odnose na grudni koš i abdomen
1. teškoće pri disanju
2. osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja
3. bol ili nelagoda u grudnom košu
4. mučnina ili nelagoda u abdomenu (npr. bućkanje u želucu)
III. Simptomi povezani s mentalnim stanjem

1. osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti, smušenosti
2. osjećaj da objekti nisu stvarni (derealizacija) ili distanciranost osobe od sebe same (“kao da stvarno nije prisutna”, također derealizacija)
3. strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati
4. strah od smrti

IV. Opći simptomi

1. navala topline ili navala hladnoće
2. osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja/zvonjave

V. Simptomi tenzije

1. mišićna napetost i bolovi
2. fizički nemir i nemogućnost opuštanja
3. osjećaj napetosti, psihičke napetosti
4. doživljaj knedle u grlu ili teškoća gutanja

VI. Drugi nespecifični simptomi

1. pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje
2. teškoće koncentracije, kao da je mozak prazan, poteškoće u mišljenju zbog briga i anksioznost
3. stalno prisutna razdražljivost
4. teškoće pri usnivanju zbog stalne zabrinutosti

VII. 1. crvenjenje i drhtanje, 2. strah od povraćanja, 3. nagon za mokrenjem ili strah od mogućnosti mokrenja ili defekacije

Tabela 1. je preuzeta iz članka; S. Štrkalj Ivezić, V. Folnegović Šmalc, N. Mimica *Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja.* (2007). Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb

Simptome slične anksioznom stanju mogu uzrokovati i određeni lijekovi, zato je u našem istraživanju traženo od ispitanika da prilikom popunjavanja *Upitnika psihosomatskih smetnji* navedu da li koriste neke lijekove i koji su to lijekovi (kako bismo mogli uzeti u obzir njihov utjecaj). U sljedećoj tabeli se nalaze vrste lijekova koji mogu prouzrokovati simptome slične anksioznima.

Tablica 2. Lijekovi koji mogu prouzrokovati simptome slične anksioznima (panični poremećaj i GAD)

Psihofarmaci:

antidepresivi, antipsihotici (akatizija), sedativi – hipnotici (simptomi sustezanja), disulfiram

Respiratorni sistem:

beta-adrenergički stimulansi, bronhodilatatori

Kardiovaskularni:

antiaritmici, antihipertenzivi

Neurološki:

antikonvulzivi, antikolinergici, L-dopa

Anestetici:

preanestetik, opći anestetici (postanestetički sindrom)

Drugi lijekovi: hormonalna terapija štitnjače, antibiotici, nestereoidni antiupalni lijekovi, antikancerogeni lijekovi, psihoaktivne supstance (npr. kokain, amfetamini, kofein, kanabis, sustezanje od alkohola, benzodiazepina)

Tabela 2. je preuzeta iz članka: S. Štrkalj Ivezić, V. Folnegović Šmalc, N. Mimica *Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja*. (2007). Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb

Faktori koji doprinose nastanku anksioznosti i anksioznost kod djece

Postoje još neke ideje i teorije koje djelomično mogu objasniti nastanak anksioznosti. Teško je precizirati uzrok nastanka anksioznosti. Obično to mogu biti neki nakupljeni događaji kroz život čovjeka ili, s druge strane, može se desiti jedan događaj koji će biti okidač za ovu vrstu psihičkog poremećaja. Hronične bolesti često mogu biti okidač za nastanak anksioznosti. Naime, pokazano je da je tri puta veći rizik psihijatrijske bolesti kod djece s hroničnom tjelesnom bolesti i invalidnošću u odnosu na zdravu djecu, posebno u razvoju poremećaja pažnje s hiperaktivnošću, anksioznog poremećaja, depresije, ili poremećaja ponašanja (Vidović, 2000). Faktori koji, također, utječu na anksioznost mogu biti: iskustva u djetinjstvu, stresne situacije, traumatski događaji, sama osjetljivost osobe i

njeni načini suočavanja sa stresom (Štrkalj-Ivezić, Folnegović Šmalc i Mimica, 2007). U iskustva u djetinjstvu najčešće spadaju: separacije od emocionalno značajnih osoba, traumatski događaji i slično (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007). Stresni događaji su najčešće gubitak emocionalno značajnih osoba, pritisak na poslu, tjelesna bolest, prekid emocionalne veze, zatim financijski problemi (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007). Stresni događaji mogu biti i pozitivni događaji koji su ustvari samo velike promjene kao npr. promaknuće na poslu, rođenje djeteta, selidba, vjenčanje (Štrkalj-Ivezić i sur., 2007).

Teorija privrženosti Johna Bowlbija (1992), najčešće je citirana u tumačenju povezanosti poremećaja u ranoj komunikaciji roditelj–dijete i različitih internaliziranih i eksternaliziranih oblika psihopatologije (Vulić-Prtorić, 2002). U primjeni teorije privrženosti, Bowlby je pošao od dva jednostavna nalaza: (1) potreba male djece za roditeljima je analogna njihovoj potrebi za hranom i (2) značajnije odvajanje ili gubitak roditelja ima učinak psihološke traume za dijete (Ajduković, Kregar-Orešković, Laklija, 2006).

Autorica Mery Ainsworth (1973; prema Ajduković i sur., 2006) promatrajući djetetove reakcije u osam različitih eksperimentalnih epizoda koje uključuju prisutnost, odlazak i povratak majke, interakciju s nepoznatom osobom, je razvila klasifikaciju po kojoj je moguće razlikovanje tri tipa privrženosti: *siguran*, *anksiozno-izbjegavajući* i *anksiozno-opirući*. Kroz razvoj tipova privrženosti, izvučen je zaključak o tipu ličnosti djeteta. U ovom istraživanju, baviti ćemo se više s posljednja dva tipa privrženosti. Anksiozno-izbjegavajući javlja se u slučajevima kada roditelji konzistentno odbacuju dijete, ne zadovoljavaju njegove potrebe, pa dijete izbjegava kontakt s njima, razvija emocionalnu distancu koja ga štiti od boli zbog odvajanja ili odbacivanja od strane roditelja (Ajduković i sur. 2006). Obilježja izbjegavajuće privrženosti su sljedeća: djeca ne vole kontakt kožom na kožu, grljenje, maženje; takva djeca pokazuju malo ili nimalo opreznosti pred strancima i postaju uznemireni tek kad ostanu sami; pokazuju manjak suradnje i empatije; izbjegavaju emocionalne odnose (Ajduković i sur., 2006).

Kod anksiozno-opirućeg tipa privrženosti, roditelji nisu konzistentno privrženi djeci, istodobno ih prihvaćaju i odbijaju. Na taj način djeca osjećaju čežnju za roditeljskom pažnjom i prihvaćanjem od strane roditelja, ali istovremeno pružaju i otpor i nastoje ponovo pridobiti prisustvo roditelja (Ajduković i sur. 2006). Kao posljedica se javlja

kontinuirana ovisnost o drugima, dolazi do emocionalne nestabilnosti, što otežava emocionalnu samoregulaciju, te povećava osjetljivost osobe na stres (Ajduković i sur. 2006).

Prema grupi istraživanja (Vulić-Prtorić, 2002) pokazano je da su kod djece i adolescenata najviše povezana dva aspekta kvalitete obiteljske interakcije sa psihopatologijom: opće nezadovoljstvo vlastitom obitelji i percepcija roditeljskog odbacivanja u obliku grubosti i zanemarivanja (Vulić-Prtorić, 2002). Također, Vulić-Prtorić (2002) navodi da je anksioznost najčešće posljedica očevog odbacivanja. „Općenito je utvrđeno da su obiteljske interakcije djece koja imaju neke psihološke probleme, karakterizirane većim brojem konflikata i problema u komunikaciji, manjim izražavanjem emocija i međusobnom podrškom, te češćim odbacivanjem, zanemarivanjem i zlostavljanjem“ (Vulić-Prtorić, 2002).

Kako navodi autorica Lauri Korajlija (2010, prema Oppenheim, 2014) djeca tek oko 7-11. godine života počinju da shvataju da uzroci bolesti mogu biti vanjski faktori, kao na primjer „bakterije“ i slično, a do tada ih uzroke bolesti pripisuju magiji (vješticama, duhovima i slično). Naime, tek oko 12. godine se dešava *stadij formalnih operacija*, gdje djeca dosta kognitivno sazriju, pa iznalaze fiziološka objašnjenja bolesti (Oppenheim, 2014). Ovo je bitno navesti jer neki autori dovode u pitanje korištenje skala za anksioznu osjetljivost kod djece mlađe od 12 godina jer navodno nisu dovoljno sposobna pridavanju atribucija, što je sastavni dio anksioznosti (Oppenheim, 2014). U našem istraživanju, iz tog razloga, učestvovat će učenici osmih i devetih razreda, koji imaju 13-15 godina. Pokazano je da je ono o čemu školska djeca najčešće brinu jesu uspjeh u školi, odbijanje od strane vršnjaka, zdravlje i bolesti (Poljak, Begić, 2016).

Psihosomatski simptomi

„Psihosomatski simptomi predstavljaju sve one tjelesne simptome koji se javljaju pod utjecajem emocionalnih čimbenika, a uključuju jedan organski sustav, obično pod kontrolom autonomnog živčanog sustava“ (Vulić-Prtorić, 2005). U razvoju same psihosomatske bolesti važnu ulogu imaju obrambene sposobnosti pojedinca, zdravstveno stanje njegovog organizma, nasljeđene osobine i socijalni utjecaj koji uključuje socijalnu podršku i kulturu (Rajski, 2017). Simptomi se javljaju ili kao jedan simptom ili više njih

istovremeno i mogu biti slabijeg pa do vrlo visokog intenziteta koji obično ometaju svakodnevno funkcionisanje. Psihosomatski se poremećaji opisuju i klasificiraju s obzirom na organski sistem koji je uključen u simptomatologiju. Ti organski sistemi su: *kardiovaskularni* (hipertenzija, tahikardija, angina pectoris, infarkt miokarda, i dr.), *respiratorni* (astma, tuberkuloza), *endokrinološki* (šećerna bolest, hipoglikemija), *gastrointestinalni* (mučnina, povraćanje, gastritis, čir na želucu), *dermatološki* (akne, neurodermatitis) (Vulić-Prtorić i sur., 2008).

Prema DSM-5, ove smetnje su nazvane *Psihološki čimbenici koji utječu na druga zdravstvena stanja*.

Dijagnostički kriteriji psihosomatskih smetnji (DSM-5):

- A. Prisutan je neki zdravstveni simptom ili stanje (osim psihološkog poremećaja).
- B. Psihološki čimbenici ili čimbenici ponašanja negativno utječu na zdravstveno stanje na jedan od sljedećih načina:
 1. Ovi čimbenici utječu na tijek ovog zdravstvenog stanja, što je pokazano bliskom vremenskom povezanosti između ovih čimbenika i tijeka, pogoršanja ili odgođenim oporavkom zdravstvenog stanja.
 2. Ovi čimbenici ometaju liječenje tog zdravstveno stanja (npr. slabo pridržavanje uputa o liječenju.)
 3. Ovi čimbenici predstavljaju dodatne dobro poznate zdravstvene rizike za pojedinca.
 4. Ovi čimbenici utječu na temeljnu patofiziologiju, pospješuju ili pogoršavaju simptome i zahtjevaju pomoć liječnika.
- C. Ovi psihološki čimbenici ili čimbenici ponašanja u Kriteriju B ne mogu se bolje objasniti drugim psihičkim poremećajem (npr. paničnim poremećajem, velikim depresivnim poremećajem, PTSP-om).

Nastanak psihosomatskih simptoma

a) Psihoanalitički pristup

Sigmund Freud je smatrao da se svi psihološki problemi izražavaju kroz tjelesne poremećaje simbolički. Naime, Freud smatra da ako osoba nije našla adekvatne načine da se izbori s konfliktima i potisnutim emocijama, koje najčešće vuku korijene iz djetinjstva, onda se ti nerazriješeni konflikti odražavaju na tjelesnim simptomima (Rajski, 2017). Franz Alexander na sličan način objašnjava nastanak ovih simptoma kroz razvitak psihoanalitičke teorije stresa (Rajski, 2017). Naime, Franz ukazuje da se psihosomatske bolesti javljaju kada postoji neka tjelesna predispozicija organizma za pojavu neke bolesti, a osim toga postoje i određene potisnute emocije (agresija i ljubomora) i neriješeni konflikti u nesvjesnom, onda se osoba mora osloboditi emocionalne napetosti, a jedan od načina izražavanja su psihosomatski simptomi (Rajski, 2017). Ove teorije je teško dokazati jer je nemoguće dokazati koji su organi najpodložniji traumama i samu povezanost iskustava iz djetinjstva s fiziološkim promjenama kasnije u životu (Rajski, 2017).

b) Interpretacija uzroka psihosomatskih oboljenja na osnovu strukture ličnosti

Tip ličnosti A karakteriše osobu koja je ambiciozna, takmičarski raspoložena u odnosima, u radu i općenito u životu. Ove osobe najčešće imaju rizik da obole od koronarne bolesti, od infarkta miokarda, a obično imaju tendenciju prema konzumiranju cigareta, i prekomjernoj konzumaciji hrane, pa su sklonije da obole od kardiovaskularnih oboljenja (Rajski, 2017). Postoji tip ličnosti B koji je potpuno suprotan od tipa ličnosti A. U ovaj tip ličnosti spadaju osobe koje su smirene, koje se opuštaju bez grižnje savjesti, te ne pričaju o svojim postignućima. One nisu podložne oboljevanju od psihosomatskih oboljenja kao prethodni tip ličnosti (Rajski, 2017). Postoji još jedan tip ličnosti, koji je bitno navesti u ovoj klasifikaciji, a to je tip ličnosti D. Takve osobe ne mogu regulisati ljutnju i jako su osjetljive na stres (Rajski, 2017). Ove osobe, ne samo da su sklone srčanim oboljenjima, nego i teže se oporavljaju od bolesti.

c) Teorije stresa kao objašnjenje psihosomatskih bolesti

Havelka (2002; prema Rajski, 2017) navodi kako je H. Selye provodio istraživanja na životinjama, te je ustanovio kako dolazi do oštećenja nekih organa u stresnim situacijama. Naime H. Selye je endokrinolog koji se posvetio proučavanju endokrinološkog sistema u uvjetima stresa (Rajski, 2017). Selye je utvrdio da dolazi do povećanja kore nadbubrežne žlijezde, zatim smanjenja opsega prsne žlijezde, slezene i limfnih čvorova (Rajski, 2017). Također, postoje i druge fiziološke reakcije koje se javljaju tokom stresa, a to su npr. izlučenje adenokortikotropnog hormona iz hipofize (ACTH). ACTH proizvodi hormone kortizol i kortizon, koji podižu nivo glukoze u krvi i omogućavaju da se organizam pripremi za reakciju borbe ili bijega (Rajski, 2017). Postoje tri faze stresnog odgovora: faza alarma (gdje organizam nije spreman za suočavanje sa stresorom, samo polako priprema resurse za odbranu), faza otpora (konstantna faza odbrane, gdje organizam postaje slabo otporan na neke druge podražaje) i treća faza, tzv. faza iscrpljenja (u ovoj fazi organizam ima smanjen kapacitet za izlučivanje obrambenih hormona, te tako slabi i imuni sistem) (Rajski, 2017). „Zaključno, glavna postavka ove teorije je da stres dovodi do smanjene opće imunosti pomoću hormonalnih promjena u tijelu. Zbog toga se smatra da je stres značajan, ako ne i glavni faktor u nastanku bolesti bez obzira jesu li one psihogenog porijekla (npr. ulkusna bolest) ili su izazvane nekim vanjskim uzročnikom“ (Rajski, 2017).

d) Neuroznanstveni pristup o uzroku psihosomatskih bolesti

Autor LeDoux (2012, prema Rajski, 2017) navodi da je amigdala struktura u mozgu koja svim podražajima daje emocionalnu važnost, tj. procjenjuje je li podražaj opasan ili ne. Naime, LeDoux objašnjava da amigdala prima informacije iz dva izvora, odnosno postoji mogućnost primanja informacija uz pomoć dva neuralna puta. Prema LeDouxu, prvi neuralni put je brži i daje općenite informacije o tome što se događa u okolini, odnosno signali iz oka i uha prvo putuju do talamusa, a potom do amigdale spajajući se u samo jednoj sinapsi. Zatim, autor smatra da je drugi neuralni put je sporiji zbog dodatnog obrađivanja informacija na kortikalnoj razini, odnosno taj put podrazumijeva da

informacije iz talamusa ne idu direktno u amigdal, već se usmjeravaju u neokorteks, a potom u limbički sistem kako bi došlo do dodatne obrade.

Gregurek i Braš (2009, prema Rajske, 2017) smatraju da tokom ranog razvoja kod djeteta dominira prvi put, direktni, a tek kasnije kroz socijalizaciju, osoba počne razmišljati zašto se osjeća kako se osjeća, te tada dominira drugi, duži put. Gregurek i Braš, također, smatraju da ukoliko osoba nije razvila dobro drugi put, tj. ne zna objašnjenje za svoje osjećaje, vrlo često dolazi do psihosomatskih simptoma i bolesti.

Povezanost perfekcionizma i anksioznosti

U svom istraživačkom radu, Ana Oppenheim (2014) navodi rezultate više istraživanja koji pokazuju statistički značajnu povezanost perfekcionizma i anksioznosti. Prvo istraživanje koje spominje autorica Oppenheim je ono u kojem su Cox i suradnici (2001; prema Oppenheim 2014) pokazali statističku značajnu povezanost između perfekcionizma i anksiozne osjetljivosti, gdje su bila previše visoka očekivanja od samog sebe i to na grupi depresivnih i anksioznih ispitanika. Zatim, Flett, Green i Hewitt (2004, prema Oppenheim 2014) pokazali su povezanost između perfekcionizma i anksioznosti. Konkretno, na uzorku studenata i studentica dobivena je statistički značajna povezanost između straha gubitka kognitivne kontrole i perfekcionističkih kognicija (odnosi se na negativne opsesivne misli oko vlastitih pogrešaka) (Oppenheim 2014). Također je pokazana statistički značajna povezanost između želje osobe da se prikaže što bolja drugima i straha od uočljivih simptoma anksioznosti ($r=.53$, $p<.01$), (r je koeficijent korelacije, dok se p odnosi na statističku značajnost) (Oppenheim 2014).

Neki autori, kako navode Frost i DiBartolo (2002; prema Belavić, 2006), smatraju da je perfekcionizam povezan s negativnim emocionalnim doživljajem kao nadređenim pojmom koji uključuje i anksioznost i depresiju. Autorica Lauri-Korajlija (2004; prema Belavić, 2006) navodi je grupa istraživanja poput Wester i Kuiper, 1996., Minarik i Ahrens, 1996., Hewitt i Flett, 1991 pokazala da korelacije anksioznosti i perfekcionizma nisu značajne kada se kontrolira utjecaj depresivnosti, što ukazuje na veću povezanost perfekcionizma s depresivnošću, nego anksioznošću. Međutim, postoje i nalazi koji pokazuju suprotno. Kako navodi autorica Lauri-Korajlija (2004, prema Belavić, 2006) u njenom istraživanju

i u istraživanjima koja su proveli Juster i sur. (1996); zatim Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo (2001); dobivena je povezanost perfekcionizma s anksioznošću i onda kada se kontrolirao utjecaj depresivnosti.

Još jedno istraživanje Sumi i Kanda (2002) pokazuje da je neurotski perfekcionizam dobar prediktor za depresiju i psihosomatske smetnje, ali suprotno njihovim očekivanjima, nije pokazana povezanost između neurotskog perfekcionizma i anksioznosti. Provedeno je istraživanje Kurtović (2013), gdje rezultati pokazuju kako je svaka pojedina podljestvica perfekcionizma statistički značajno pozitivno povezana s anksioznošću. Korelacije se kreću od niskih do umjerenih; najviša izmjerena povezanost je umjereni korelacija podljestvice *dvojbe oko vlastitih postupaka* s anksioznošću. Dakle, studenti koji pokazuju više razine perfekcionizma, posebno oni koji osjećaju nesigurnost u vezi s kvalitetom svojih postupaka i koji su zabrinuti zbog eventualnih grešaka, i očekivanja i kritike roditelja, izvještavaju o više anksioznih simptoma u istraživanjima (Kurtović, 2013).

Taylor (2004; prema Belavić, 2006) navodi da djeca perfekcionista nisu spremna preuzeti rizike, žive u strahu od krivih odluka, pogrešaka, žele da izbjegnu kritiku i sklona su brizi. Školsko okruženje je posebno specifično jer je kompetitivno, a očekivanja su visoka i zbog toga je škola prikladno mjesto za razvoj perfekcionizma.

Iako uočavamo da postoji određeni broj istraživanja koja se suprotstavljaju pretpostavci da su anksioznost i perfekcionizam povezani, posebno kada se izuzme depresija, možemo zaključiti da ipak u većini prethodnih istraživanja postoji statistički značajna povezanost. Dakle, iz rezultata svih do sada navedenih istraživanja o povezanosti perfekcionizma i anksioznosti možemo zaključiti da je najviše puta u istraživanjima navedena ta povezanost kada ljudi imaju visoka vlastita očekivanja od svoje izvedbe, što uočavamo u istraživanju Cox i suradnici (2001; prema Oppenheim 2014). Zatim, ukoliko ljudi imaju strah od osude drugih kada je u pitanju njihova izvedba, nivo anksioznosti je visok. U pojedinim istraživanjima pokazano je, također, da je visoka pozitivna povezanost između opsesivnih negativnih misli (konkretno straha od gubitka kognitivne kontrole) i nivoa anksioznosti. Kod djece se ta relacija najčešće ogleda u povezanosti između straha od preuzimanja rizika zbog straha od pogrešnih koraka s anksioznošću i povezanosti kritike roditelja i okoline s anksioznošću. U ovoj studiji dodatno ćemo istražiti povezanost negativnog odnosno

neurotičnog perfekcionizma i anksioznosti, a upravo tako suprotstavljeni nalazi su motiv za ovakvu vrstu istraživačkog rada.

Povezanost anksioznosti i psihosomatskih simptoma

„Posljednjih godina, psihosomatski simptomi su sve učestaliji u populaciji djece i mladih“ (Gugić, 2015). Jedno opsežno istraživanje provedeno u Finskoj, kako navodi autor Santalahti i sur. (2005; prema Gugić, 2015), pokazuje da je značajan porast broja psihosomatskih simptoma u razdoblju od deset godina (2005-2015. godine).

U istraživanju na učenicima srednjih škola u Osijeku, autora Koić (2002; prema Gugić 2015), je pokazano da ih je 37% imalo psihosomatske reakcije, a 9% učenika psihosomatske poremećaje (intenzivni simptomi koji traju duže vremena. Najčešće psihosomatske reakcije, prema autoru Kojiću, bile su alergije, dismenoreja i akne, a najčešći psihosomatski poremećaji bili su astma i hipertenzija (Gugić, 2015).

Vulić-Prtorić i sur. (2008) su uradili istraživanje gdje su u uzorak uvrstili djecu:

1. koja imaju psihosomatska oboljenja; 2. djecu koja boluju od glavobolje; 3. djecu koja boluju od astme; 4. kontrolnu grupu zdrave djece, odnosno djece koja nemaju tegobe. Kao instrumentarij su korišteni *Upitnik strahova za djecu i adolescente SKAD-62*, *Upitnik anksiozne osjetljivosti (AS)*, i *Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente (PSS)*. Važno je spomenuti da je pokazano da razlika između dječaka i djevojčica s obzirom na razinu anksiozne osjetljivosti i broj psihosomatskih smetnji nije značajna sve do dobi od 15 godina, a nakon 15. godine života djevojke pokazuju veću anksioznu osjetljivost. Također, prije iznošenja glavnih rezultata, pokazano je u ovoj studiji da su bol, umor, slabost, i kardiološki problemi (ubrzano lupanje srca, bol u grudima, te znojenje) najčešći psihosomatski problemi kod djece. Glavni nalazi ove studije pokazuju da je razlika statistički značajna kada je u pitanju nivo anksioznosti između prve tri prethodno navedene kliničke skupine i između djece bez poteškoća - u smjeru da je nivo anksioznosti veći kod kliničkih skupina u odnosu na kontrolnu skupinu sudionika kao što navode Vulić-Prtorić i

sur. (2008). Međutim, razlika u nivou anksioznosti nije statistički značajna između ove tri kliničke skupine međusobno.

Sljedeća studija, koja se bavila povezanošću između anksioznosti i psihosomatskih simptoma, jeste studija koju je uradila autorica Zaić (2005), gdje je pokazano da kod djece sa somatizacijskim simptomima postoji statistički značajno više anksiozne i depresivne djece, nego zdrave djece. Najčešći simptomi na koje su se djeca žalila u ovoj studiji su bili bolovi u trbuhu, glavobolje, bolovi u prsima, nesvjestica, vrtoglavica i nedostatak zraka (Zaić, 2005). U nešto ranijem istraživanju Vulić-Prtorić (2000) pokazano je da je anksiozna osjetljivost češće prisutna kod djece sa somatizacijskim problemima i da doprinosi njihovom održavanju. Istraživanje urađeno u Kini na uzorku učenika (2191) u osnovnoj školi, pokazuje da 81% djece brine "puno" oko testova, 63% se boji kazne nastavnika, 44% ih je barem ponekad fizički maltretirano, a 73% djece je izjavilo da ih roditelji fizički kažnjavaju (Hesketh i sur., 2010). Preko jedne trećine djece, barem jednom sedmično, napisalo je da ima psihosomatske simptome, od toga 37% su glavobolje i 36% su bolova u trbuhu (Hesketh i sur., 2010). Svi pojedinačni stresori bili su vrlo značajno povezani s psihosomatskim simptomima (Hesketh i sur., 2010). Djeca koja su identificirana kao visoko pod stresom (u najvećem kvartilu ocjene stresa) imala su četiri puta veću vjerovatnoću da imaju psihosomatske simptome (Hesketh i sur., 2010). U istraživanju koje je provedeno na uzorku djece iz skandinavskih država istražena je povezanost psihosomatskih simptoma s potencijalnim stresorima u školskom okruženju. Rezultati su slični prethodno navedenom istraživanju. Naime, rezultati pokazuju da školski stresori kao što su uznemiravanje vršnjaka, pritisak u školskom radu i loše tretiranje učenika od strane učitelja, bili su povezani s psihosomatskim simptomima za koje su učenici izjavili da doživljavaju svake sedmice (Hjern, Alfven, Östberg, 2008). Psihosomatski simptomi najčešće su se odnosili na glavobolje i bolove u trbuhu (Hjern, Alfven, Östberg, 2008).

Iz prethodno navedenih rezultata istraživanja o povezanosti anksioznosti i psihosomatskih smetnji, koja su sprovedena na djeci, slijedi zaključak da su psihosomatske smetnje i anksioznost itekako prisutne pojave kod djece, te da su također dosta povezane. Vrijedi dodatno istražiti kolika je ta povezanost kod nekliničke, konkretno školske populacije i kod kojih organskih sistema se najviše pojavljuju psihosomatske smetnje kada je u pitanju

njihova povezanost s anksioznošću. U ovom istraživanju ćemo provjeriti koliko je zapravo visoka povezanost između anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod učenika osnovne škole, te istražiti povezanost nivoa anksioznosti sa psihosomatskim smetnjama kod pojedinih organskih sistema.

Povezanost perfekcionizma i psihosomatskih simptoma

Prethodno pomenuta studija Sumi i Kanda (2002), čiji je cilj bio otkriti kauzalni odnos između perfekcionizma, depresije, anksioznosti i psihosomatskih smetnji, u svojim rezultatima dokazuje da postoji značajna povezanost neuroskog perfekcionizma i psihosomatskih smetnji. Naime, istraživanje je provedeno na 138 japanskih muških studenata. Rezultati su pokazali da je neurotski perfekcionizam značajan prediktor psihosomatskih simptoma i depresije, ali nije pronađen nikakav odnos između neuroskog perfekcionizma i anksioznosti (Sumi i sur., 2002). U sljedećoj studiji, autori Flett, Molnar, Nepon i Hewitt (2012) su ispitali perfekcionizam iz kognitivne perspektive, usmjeren na automatske perfekcionističke misli i njegovu povezanost sa psihosomatskim smetnjama. Istraživanje je urađeno na 228 sudionika koji su ispunjavali inventare i pokazana je jako visoka povezanost između ljudskih automatskih misli o potrebi da budu savršeni i psihosomatskih smetnji preporučene su im kognitivno-bihevioralne intervencije usmjerene na smanjenje takvih misli (Flett i sur., 2012). Shafran i Mansell (2001) u svom istraživanju pokazuju da su pacijenti s poremećajima u prehrani ti koji imaju posebno povišene visoke osobne standarde, te da su vjerovanja o onome šta drugi ljudi očekuju od nas povezana sa širokim rasponom psihopatologije. Rezultati studije urađene na populaciji srednjoškolaca (ukupno 73 srednjoškolca: 34 dječaka i 39 djevojčica) Fletta, Panica i Hewitta (2011), pokazali su da su zdravstveni problemi povezani sa samo-orijentiranim perfekcionizmom, te da su niska samoučinkovitost i visok samo-orijentirani perfekcionizam jedinstveni prediktori zdravstvenih problema kod ove populacije. U istraživanju Radić (2017), objašnjena je povezanost između poremećaja hranjenja, posebno anoreksije i perfekcionizma. Mjerenjem na multidimenzionalnoj skali perfekcionizma pokazano je da osobe s anoreksijom imaju visoke rezultate na skalama *osobni standard*,

zabrinutost zbog pogrešaka i roditeljska prigovaranja (Radić, 2017). Pokazano je da osobe s anoreksijom ne odustaju kada vide negativne posljedice svojih namjera (npr. da izgube određeni broj kilograma) i onda postavljaju sebi nerealne ciljeve (Radić, 2017). Osim ovih skala, osobe s anoreksijom pokazuju visok rezultat na skali *perfekcionistačke samoprezentacije*, tj. kako se oni prikazuju drugim ljudima (Radić, 2017).

Istraživanja koja su ispitivala povezanost perfekcionizma i fizičkog zdravlja, kako navode Molnar-Sirianni (2006; prema Bradarić, 2017), pokazuju da visoki perfekcionizam doprinosi nizu somatskih problema kao što su migrene, hronična bol, glavobolja i astma. Nekoliko je istraživanja, kako navode Davidson i Neale (1999, prema Bradarić, 2017), pokazalo kako upravo osobe s astmom imaju simptome kao što su: zavisnost, poniznost, osjetljivost, anksioznost, cjepidlačenje, opsesivnost, i perfekcionizam. Autor Molnar-Sirianni (2010; prema Bradarić, 2017) objašnjava da kada odvajamo perfekcionizam na pozitivni i negativni (neurotski), nalazi pokazuju da pozitivni perfekcionista imaju bolje zdravlje i izvještavaju o manjem broju tjelesnih simptoma, dok negativni perfekcionista imaju lošije zdravlje, odnosno veći broj tjelesnih simptoma.

2. CILJ

Cilj je utvrditi povezanost između neurotskog perfekcionizma, nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod djece osnovnoškolskog uzrasta. Također, cilj je utvrditi povezanost neurotskog perfekcionizma djece osnovnoškolskog uzrasta s neurotskim perfekcionizmom njihovih roditelja, pa ukoliko povezanost postoji, utvrditi da li je ona veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao dijete ili ne.

3. HIPOTEZE

1. Postoji statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma, nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod učenika osnovne škole.
2. Postoji statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma učenika osnovne škole i neurotskog perfekcionizma njihovih roditelja. Očekujemo veću povezanost

neurotskog perfekcionizma učenika s neurotskim perfekcionizmom roditelja istog spola kao i dijete, a manju povezanost kada je u pitanju roditelj suprotnog spola od djeteta.

METODOLOGIJA

Ispitanici

U istraživanju su učestvovali učenici Osnovne škole „Enver Čolaković“ u Brezi. To su bili učenici osmih razreda (44 učenika) i devetih razreda (46 učenika), od toga ukupno 12 učenika koji imaju 13 godina, 44 učenika koji imaju 14 godina i 34 učenika koji imaju 15 godina. Od ukupnog broja učenika u istraživanju su učestvovala 44 učenika muškog spola, i 46 učenika ženskog spola. Pored učenika u istraživanju su učestvovali i njihovi roditelji, 89 majki i 83 oca. Roditelji su navodili da li njihova djeca boluju od nekih hroničnih bolesti. Zbog toga je važno napomenuti da tri učenika boluju od hroničnih bolesti, a 80 učenika ne boluje od istih, dok je sedam odgovora na to pitanje preskočeno.

Instrumenti

Ispitanici su popunjavali bateriju upitnika. Učenici su ispunjavali bateriju od tri upitnika: *Upitnik neurotskog perfekcionizma*, *Zungovu skalu anksioznosti*, i *Upitnik psihosomatskih smetnji za djecu i adolescente* te su uzeti njihovi osnovni podaci: dob, spol i razred. Roditelji su ispunjavali *Upitnik neurotskog perfekcionizma* i odgovorili su na pitanja: koju stručnu spremu imaju, zatim da li njihova djeca boluju od nekih hroničnih bolesti i ako da, da navedu koje su to bolesti u pitanju. U nastavku će biti opisane karakteristike svakog upitnika.

Skala neurotskog perfekcionizma (SNP) je skala samoprocjene koja je originalno konstruirana za mjerenje perfekcionizma kod osoba s poremećajem hranjenja (Mitzman, Slade, Dewey, 1994). Pokazala se vrlo dobrom mjerom za razlikovanje neperfekcionista, normalnih, i neurotskih perfekcionista. Originalna skala se sastojala od 42 čestice, a ispitanici zaokružuju stepen slaganja s česticom. Stepene koji su zaokružili nosi isto toliko bodova i ti bodovi se na kraju sabiraju. Stepene se kreću od 1 - niti malo, 2 - malo, 3 - osrednje, 4 - prilično, do 5 - u potpunosti. Raspon njenih mogućih rezultata je od 42 do

210, gdje viši rezultat ukazuje na viši nivo perfekcionizma. Cronbach alpha za cijelu, originalnu skalu iznosi $\alpha=0.95$ kako navode Flett, Hewitt (2002; prema Grabar, 2005). U našem istraživanju koristit ćemo prilagođenu verziju upitnika Ivančice Grubiši, koji je korišten na populaciji učenika srednje škole iz Hrvatske, a tu je verziju upitnika koristila Marina Grabar (2005), iz čijeg smo je istraživanja i preuzeli. U toj verziji je ostavljeno 35 čestica jer su pojedine čestice snižavale pouzdanost. Mi smo u našem istraživanju ostavili 34 čestice prilagođene verzije skale. Naime, izbrisali smo česticu broj 18 jer smo uočili da brisanjem čestice broj 18 pouzdanost skale raste. U našem istraživanju pouzdanost *Skale neurotskog perfekcionizma* iznosi $\alpha=0.915$ kada su uzorak majke, $\alpha=0.923$ kada su uzorak očevi i $\alpha=0.915$ kada su uzorak djeca, odnosno učenici. Uočavamo da je pouzdanost ove skale dosta visoka. Rezultat na skali koja je korištena u ovom istraživanju može se kretati od 34-170, gdje je viši rezultat ukazivao na viši nivo perfekcionizma. Stepene i bodovanja ostaju isti (1-5) kao u originalnoj skali.

Zungova skala za samoprocjenu anksioznosti, kako ju je nazvao Zung (1971; prema Lučev, 2006), je skala u kojoj ispitanici sami procjenjuju svoj nivo anksioznosti. Pouzdanost ove skale u prethodnim istraživanjima, kako navode Tanaka-Matsumi i Kameoka (1986; prema Ščepanović, 2018), iznosila je $\alpha= 0.82$. U našem istraživanju pouzdanost iznosi $\alpha=0.785$, što ukazuje da je nešto niža nego u prethodnim istraživanjima, ali je zadovoljavajuća. Ova skala se sastoji od 20 čestica, a uključuje simptome iz područja afektivnih, fizioloških, psihomotornih, i psihičkih smetnji (Ščepanović, 2018). Ispitanici bilježe učestalost navedenog osjećaja. Stepene učestalosti javljanja simptoma se kreće od 1 - rijetko, 2 - ponekad, 3 - često ili 4 -većinom. Učesnici su obilježili kako su se osjećali u posljednjih 15 dana (postoje verzije upitnika gdje učesnici bilježe kako su se osjećali u posljednjih nekoliko, sedam ili petnaest dana). Svaki zaokruženi broj stepena nosi isto toliko bodova koji se zatim sabiraju, međutim, obrnuto bodovanje je bilo za čestice pod brojevima: 5, 9, 13, 17, 19. To znači da je za ove čestice koje se obrnuto boduju važno: za stepen 1 dodjeljuju se 4 boda, za stepen 2 dodjeljuju 3 boda, za stepen 3 dodjeljuju 2 boda te za stepen 4 dodjeljuje se 1 bod. Što je skor bio veći, to je osoba pokazivala veći nivo anksioznosti (Ščepanović, 2018).

Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente ili skraćeno PSS (Vulić-Prtorić, 2005) je posljednji iskorišten upitnik u ovom istraživanju. Pouzdanost ovog upitnika primijenjenog na uzorku djece i adolescenata iz istraživanja Vulić-Prtorić (2005), Cronbach alpha je $\alpha=0.89$ za dio skale koji mjeri frekvenciju simptoma i $\alpha=0.91$ za dio skale koji mjeri ometanje simptoma. U našem istraživanju smo dobili nešto nižu pouzdanost, ali opet dovoljno visoku da bi se instrument primijenio. Pouzdanost skale u našem istraživanju je $\alpha=0.85$ za frekvenciju psihosomatskih simptoma i $\alpha=0.61$ za ometanje, odnosno koliko su psihosomatske smetnje ometale ispitanike. Pouzdanost za ukupnu skalu (uzimajući u obzir da postoje čestice na kojima su odgovori otvorenog tipa) iznosi $\alpha=0.85$. Instrument mjeri učestalost i ometanje somatskih simptoma i senzacija iz organskih sistema: *kardiovaskularnog, respiratornog, mišićnog, gastrointestinalnog, dermatološkog, pseudoneurološkog i bol/slabosti*. Skala ima 42 pitanja, od toga 35 čestica koje mjere frekvenciju i ometanje oko 35 simptoma i senzacija iz navedenih organskih sistema. Sudionici boduju frekvenciju svakog simptoma od 1 - nikada, 2 - nekoliko puta mjesečno, 3 - nekoliko puta sedmično, 4 - skoro svaki dan. Zatim, sudionici obilježavaju koliko ih je to ometalo od 1 - nimalo, 2 - osrednje, do 3 - jako. Kolika je ukupna frekvencija ili koliko je ukupno ometanje psihosomatskih simptoma odredit će se tako što se saberu svi zaokruženi brojevi koje su ispitanici zaokružili, a koji se odnose na frekvenciju ili ometanje. Kako bi saznali kolika je frekvencija ili koliko je ometanje za svaki organski sistem posebno, saberu se zaokruženi odgovori na česticama koje se odnose na određeni organski sistem i zatim podijele s brojem tih čestica. Tako se uradi posebno za frekvenciju psihosomatskih simptoma na tom organskom sistemu, a posebno za ometanje, da bi se dobio rezultat. Prije obilježavanja frekvencije i ometanja, ispitanicima se postavlja predpitanje, u kojem ih se pita kakvo je njihovo zdravlje općenito, te oni mogu da izaberu odgovore od 1 - izvrsno, 2 - vrlo dobro, 3 - osrednje, te 4 - loše. Također, upitnik ispituje i kvalitativne podatke od 36-42. pitanja. Ispitanike se u pitanjima s kvalitativnim podacima pita da li imaju neke bolesti od kojih boluju, da li imaju bolove i da procijene intenzitet bolova ukoliko imaju i da navedu lijekove koje su koristili protiv bolova. Iako 42. pitanje, također, ima 5 stupnjeva odgovora (odnosi se na učestalost uzimanja lijekova), ova pitanja (36-42) će biti tumačena pismeno u *Diskusiji* u slučaju da je nešto od navedenog moglo utjecati na simptome pored psihopatologije (npr. hronične bolesti ili lijekovi).

Postupak

Istraživač je otišao u svaki osmi i deveti razred osnovne škole u kojoj je radio istraživanje. Predstavio se, zatim objasnio učenicima da se radi o magistarskom radu, te da će njihovi podaci biti korišteni u svrhu istraživanja, odnosno da će ostati anonimni. Nakon kratkog predstavljanja i objašnjenja, učenicima je podijeljen informacioni pristanak i *Upitnik neurotskog perfekcionizma*, koji trebaju odnijeti kući svojim roditeljima. U informacionim pristanku je objašnjena svrha istraživanja i to da će svi podaci ostati anonimni. Također, u informacionom pristanku nakon objašnjenja, zatražen je potpis roditelja za učešće djeteta u istraživanju. Ukoliko su pristali, roditelji su zamoljeni da ispune svoje osnovne podatke i podatke o zdravstvenom stanju djeteta. Pored informacionog pristanka, roditelji su zamoljeni da popune *Upitnik neurotskog perfekcionizma* kako bi se provjerile hipoteze istraživanja. Jedino oni učenici kojima su roditelji potpisali pristanak su učestvovali u istraživanju. Kada su sutradan donijeli potpisani pristanak roditelja i popunjeni *Upitnik neurotskog perfekcionizma*, ispunjen od strane roditelja, učenicima je podijeljena baterija upitnika koju su ispunili u razredu na času. Učenici su dobili uputu za ispunjavanje te bili zamoljeni za iskrenost. U bateriji testova koju su ispunili učenici, prvo su traženi njihovi osnovni podaci: ime i prezime, dob, spol, razred. Zatim, baterija upitnika je sadržavala upitnike koji su bili poredani ovim redoslijedom: *Upitnik neurotskog perfekcionizma*, *Zungova skala anksioznosti*, i *Upitnik psihosomatskih smetnji*. Podaci učenika i njihovih roditelja su uneseni u SPSS program, te je dalje urađena obrada podataka.

5. REZULTATI

U svrhu provjeravanja hipoteza, koristili smo metodu korelacije da bismo utvrdili kolika je povezanost između konstrukata. Podatke smo izračunali u SPSS programu.

Deskriptivna statistika

U Tablici 3. su prikazani deskriptivni podaci, odnosno aritmetička sredina rezultata (M), standardna devijacija (SD), minimalan i maksimalan rezultat na *Skali neurotskog perfekcionizma* (SNP kod majki, očeva i djece), *Zungovoj skali anksioznosti* i *Upitniku psihosomatskih smetnji* (PSS). Deskriptivni podaci su, također, prikazani za frekvenciju i ometanje psihosomatskih simptoma, za svaki organski sistem posebno (*Upitnik psihosomatskih smetnji*).

Tablica 3. Deskriptivni podaci

Varijable	M	SD	Minimalni rezultat	Maksimalni rezultat
SNP djeca	68.90	22.523	34	150
SNP majke	58.56	18.930	34	110
SNP očevi	52.76	16.587	34	102
Suma frekvencija na PSS	49.36	9.632	35	77
Suma ometanja na PSS	45.38	8.102	35	77
Suma rezultata na Zungovoj skali anksioznosti	34.99	7.492	22	57

<i>Pseudoneurološki sistem</i> (frekvencija)	1.26	0.462	1.00	4.67
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (ometanje)	1.22	0.426	1.00	2.11
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (frekvencija)	1.51	0.642	1.00	3.67
<i>Kardiološki sistem</i> (ometanje)	1.32	0.551	1.00	5.00
<i>Muskulatorni sistem</i> (frekvencija)	1.29	0.417	1.00	3.00
<i>Muskulatorni sistem</i> (ometanje)	1.18	0.347	1.00	2.50
<i>Respiratorni sistem</i> (frekvencija)	1.45	0.442	1.00	3.67
<i>Respiratorni sistem</i> (ometanje)	1.39	0.441	1.00	3.00
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (frekvencija)	1.41	0.371	1.00	2.44
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (ometanje)	1.26	0.270	1.00	2.00
<i>Dermatološki sistem</i> (frekvencija)	1.46	0.419	1.00	2.67

<i>Dermatološki sistem</i> (ometanje)	1.27	0.337	1.00	2.33
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (frekvencija)	1.71	0.460	1.00	3.17
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (ometanje)	1.48	0.349	1.00	2.33

Deskriptivni podaci iz kojih možemo zaključiti o normalnosti distribucije prikzani su u Tablici 4. koja se nalazi u *Prilogu*. Tu su navedeni rezultati *Kolmogorov-Smirnovog testa normalnosti distribucije* i njihov nivo značajnosti, zatim *Shapiro-Wilksovog testa normalnosti distribucije* i njihovog nivoa značajnosti, te skjunis i kurtozis upitnika i posebno ispitanih organskih sistema, s njihovim standardnim pogreškama.

Iz tih podataka smo zaključili da distribucije statistički značajno odstupaju od normalne, te da trebamo koristiti Spearmanov test korelacije, odnosno neparametrijsku statistiku. Bitno je napomenuti da „Suma frekvencija za PSS“ jedina ne odstupa statistički značajno od normalne distribucije, ali budući da radimo korelacije s testovima koji odstupaju, opet koristimo Spearmanov test korelacije.

Povezanost neurotskog perfekcionizma, anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod učenika osnovne škole

Prva hipoteza je potvrđena. Rezultati pokazuju da je statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma (izračunatog *Skalom neurotskog perfekcionizma*) i nivoa anksioznosti (izračunatog *Zungovom skalom aksioznosti*) kod djece u osnovnoj školi, a iznosi $r=0.462$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Korelacija između neurotskog perfekcionizma i psihosomatskih smetnji (izračunatih *Upitnikom psihosomatskih smetnji za djecu i adolescente*) je statistički značajna kada je u pitanju frekvencija (učestalost)

psihosomatskih smetnji i iznosi $r=0.472$ $p=0.000$, ($p<0.01$). Korelacija je također statistički značajna kada je u pitanju ometanje (tj. koliko su psihosomatski simptomi ometali osobe) i iznosi $r=0.319$, $p= 0.005$ ($p<0.01$). Provjerili smo korelacije neuroskog perfekcionizma sa svakim organskim sistemom zasebno, te smo dobili sljedeće rezultate prikazane u Tablici 5.

Tablica 5. Povezanost između neuroskog perfekcionizma i psihosomatskih smetnji kod pojedinih organskih sistema

Organski sistemi	Korelacija s neuroskim perfekcionizmom
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (frekvencija)	$r= 0.411^{**}$
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (ometanje)	$r= 0.319^{**}$
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (frekvencija)	$r= 0.259^*$
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (ometanje)	$r= 0.214$
<i>Muskulatorni sistem</i> (frekvencija)	$r= -0.026$
<i>Muskulatorni sistem</i> (ometanje)	$r= -0.058$
<i>Respiratorni sistem</i> (frekvencija)	$r= 0.328^{**}$
<i>Respiratorni sistem</i> (ometanje)	$r= 0.234^*$
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (frekvencija)	$r=0.307^{**}$
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (ometanje)	$r=0.195$
<i>Dermatološki sistem</i> (frekvencija)	$r= 0.247^*$
<i>Dermatološki sistem</i> (ometanje)	$r= 0.139$
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (frekvencija)	$r= 0.416^{**}$
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (ometanje)	$r= 0.233^*$.

Statistička značajnost : $^*(p<0.05)$, $^{**}(p<0.01)$

Najviša povezanost je između neuroskog perfekcionizma i frekvencije psihosomatskih simptoma kod *pseudoneurološkog* organskog sistema, i *boli i osjećaja slabosti*. Također, povezanost neuroskog perfekcionizma je statistički značajna i za učestalost

psihosomatskih smetnji kod *kardiovaskularnog, respiratornog, gastrointestinalnog, dermatološkog* sistema, i za ometanje kod *pseudoneurološkog i respiratornog* organskog sistema, i *boli i osjećaja slabosti*.

Korelacija između izračunatog nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod djece, za frekvenciju psihosomatskih simptoma iznosi $r=0.603$, $p=0.000$ ($p<0.01$), a za ometanje $r=0.515$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Uočavamo da je povezanost nivoa anksioznosti veća s učestalošću psihosomatskih smetnji, nego s ometanjem. Povezanost nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji pojedinih organskih sistema prikazana je u Tablici 6.

Tablica 6. Povezanost nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji pojedinih organskih sistema

Organski sistemi	Korelacija sa nivoom anksioznosti
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (frekvencija)	$r=0.509^{**}$
<i>Pseudoneurološki sistem</i> (ometanje)	$r=0.473^{**}$
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (frekvencija)	$r=0.435^{**}$
<i>Kardiovaskularni sistem</i> (ometanje)	$r=0.449^{**}$
<i>Muskulatorni sistem</i> (frekvencija)	$r=0.194$
<i>Muskulatorni sistem</i> (ometanje)	$r=0.158$
<i>Respiratorni sistem</i> (frekvencija)	$r=0.499^{**}$
<i>Respiratorni sistem</i> (ometanje)	$r=0.423^{**}$
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (frekvencija)	$r=0.467^{**}$
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (ometanje)	$r=0.437^{**}$
<i>Dermatološki sistem</i> (frekvencija)	$r=0.206$
<i>Dermatološki sistem</i> (ometanje)	$r=0.400^{**}$
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (frekvencija)	$r=0.588^{**}$
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (ometanje)	$r=0.493^{**}$

Statistička značajnost $*(p<0.05)$, $**(p<0.01)$

Nivo anksioznosti je statistički značajno povezan (kao što vidimo iz Tablice 6.) sa: *pseudoneurološkim, kardiovaskularnim, respiratornim, gastrointestinalnim* organskim sistemima, *te s boli/osjećajem slabosti* i onda kada je u pitanju učestalost i kada je u pitanju ometanje simptoma. Zatim, nivo anksioznosti je statistički značajno povezan s *dermatološkim* organskim sistemom, ali samo kada je u pitanju ometanje simptoma. Najveću povezanost nivoa anksioznosti uočavamo s učestalošću javljanja *boli i osjećaja slabosti*. Kada je u pitanju povezanost nivoa anksioznosti sa psihosomatskim simptomima posebnih organskih sistema, kod pojedinih organskih sistema (*kardiovaskularnog i dermatološkog*) veća je povezanost samog *ometanja* simptoma, nego *čestine* javljanja simptoma.

Također, uočavamo da *muskulatorni sistem* nije pokazao statistički značajnu povezanost (ni kada je u pitanju frekvencija niti ometanje) ni s jednim konstruktom koji smo istraživali, odnosno ni s nivoom anksioznih simptoma niti neurotskim perfekcionizmom.

Povezanost neurotskog perfekcionizma učenika osnovne škole i njihovih roditelja

Druga hipoteza je djelomično potvrđena. Naime, dobivena je statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma majki (mjereno SNP upitnikom) i neurotskog perfekcionizma djece i iznosi $r=0.423$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Također, dobivena je statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma očeva i neurotskog perfekcionizma djece i iznosi $r=0.462$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Dakle, prvi dio ove hipoteze je potvrđen, odnosno postoji statistički značajna povezanost neurotskog perfekcionizma djece i roditelja. Također, uočavamo da je neurotski perfekcionizam očeva nešto više povezan s neurotskim perfekcionizmom djece u odnosu na povezanost neurotskog perfekcionizma majki s neurotskim perfekcionizmom djece.

U Tablici 7. prikazani su rezultati povezanosti neuroskog perfekcionizma kćerki i sinova s neuroskim perfekcionizmom majki i očeva, odnosno rezultati povezanosti neuroskog perfekcionizma roditelja i djece prema *spolu*.

Tablica 7. Povezanost neuroskog perfekcionizma djece i roditelja prema spolu

	SNP majke	SNP očevi	
SNP kćerke		$r=0.464^{**}$	$r=0.518^{**}$
SNP sinovi		$r=0.322$	$r=0.343$

Statistička značajnost $^{**}(p<0.01)$

Kako vidimo iz Tablice 7, drugi dio druge hipoteze nije potvrđen. Odnosno, pokazano je da neuroski perfekcionizam djece i roditelja nije veći kada je u pitanju povezanost s roditeljem istog spola kao i dijete. Rezultati prikazani u Tablici 7. pokazuju, da je neuroski perfekcionizam kćerki statistički značajno povezan a neuroskim perfekcionizmom roditelja, za razliku od sinova gdje je pokazano da njihov neuroski perfekcionizam nije statistički značajno povezan s neuroskim perfekcionizmom roditelja. Rezultati pokazuju da je neuroski perfekcionizam i kćerki i sinova nešto više povezan s neuroskim perfekcionizmom očeva, nego s neuroskim perfekcionizmom majki, s tim da je ova povezanost jedino statistički značajna kada su u pitanju kćerke. Podatak veće povezanosti neuroskog perfekcionizma kćerki i očeva u odnosu na povezanost neuroskog perfekcionizma kćerki i majki govori nam da spol ne igra značajnu ulogu u povezanosti neuroskog perfekcionizma djeteta i roditelja. Konkretnije, ne znači da je povezanost neuroskog perfekcionizma djeteta i roditelja veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao i dijete.

6. DISKUSIJA

Kako smo i očekivali u prvoj hipotezi, povezanost između neurotskog perfekcionizma, nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma jeste statistički značajna.

Ovo se poklapa s većinom prethodnih nalaza koje smo naveli u *Uvodu*. Naime, povezanost perfekcionizma i anksioznosti je pokazana i u istraživanjima koje navodi Ana Openenheim (2014), a to su studije Coxa i sur (2001); Fletta, Greena i Hewitta (2004); i samo istraživanje navedene autorice. Međutim, u studiji Sumi i Kanda (2002) nije pokazana povezanost anksioznosti i neurotskog perfekcionizma, što se ne slaže s rezultatima našeg istraživanja i rezultatima prethodno navedenih istraživanja. Istraživanje koje je uradila Lauri-Korajlija (2004, prema Belavić, 2006) i u još pojedinim istraživanjima koja navodi ova autorica poput: istraživanja koja su proveli Juster i sur. (1996); zatim Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo (2001); dobivena je povezanost perfekcionizma s anksioznošću.

U našim rezultatima dobili smo značajan podatak da je neurotski perfekcionizam povezan nešto više s frekvencijom (učestalošću javljanja) psihosomatskih simptoma, nego s tim koliko su ispitanike ti simptomi ometali. Uočili smo da je povezanost najviša između neurotskog perfekcionizma i frekvencije psihosomatskih simptoma kod *pseudoneurološkog* organskog sistema, i frekvencije *boli i osjećaja slabosti*. Povezanost neurotskog perfekcionizma i frekvencije javljanja psihosomatskih smetnji također je statistički značajna i kod: *kardiovaskularnog, respiratornog, gastrointestinalnog, te dermatološkog* organskog sistema. Također, povezanost neurotskog perfekcionizma i javljanja psihosomatskih simptoma je statistički značajna i onda kada je u pitanju ometanje simptoma kod *pseudoneurološkog* organskog sistema, zatim *respiratornog, i boli i osjećaja slabosti*.

S obzirom da je u studiji Sumi i Kanda (2002) pokazano da je neurotski perfekcionizam značajan prediktor psihosomatskih smetnji, uočavamo sličnost naših nalaza s ovim istraživanjem, jer se u našem istraživanju povezanost neurotskog perfekcionizma i psihosomatskih simptoma pokazala statistički značajnom. Također, poklapanje uočavamo i sa istraživanjima navedenim u *Uvodu*, poput istraživanja: Molnar-Sirianni (2006; prema Bradarić, 2017), Flett i sur., (2011), Flett i sur. (2012), te Davidson i Neale (1999, prema

Bradarić, 2017), koja govore o povezanosti nekih negativnih aspekata perfekcionizma i psihosomatskih smetnji.

Nadalje, uočavamo statistički značajnu povezanost nivoa anksioznosti i psihosomatskih smetnji i kada je u pitanju frekvencija, ali i ometanje psihosomatskih problema. Nivo anksioznih simptoma također pokazuje statistički značajnu povezanost s pojavljivanjem pojedinih psihosomatskih smetnji na posebnim organskim sistemima. Naime, nivo anksioznosti je statistički značajno povezan sa *pseudoneurološkim, kardiovaskularnim, respiratornim, gastrointestinalnim* organskim sistemima, s *boli/osjećajem slabosti* i onda kada je u pitanju učestalost i ometanje simptoma. Zatim, nivo anksioznosti je statistički značajno povezan s *dermatološkim* organskim sistemom, ali samo kada je u pitanju ometanje simptoma. Najveća povezanost nivoa anksioznosti jeste s učestalošću javljanja *boli i osjećaja slabosti*. Također, uočavamo da *muskulatorni sistem* nije pokazao statistički značajnu povezanost ni kada je u pitanju frekvencija niti ometanje ni s jednim konstruktom koji smo istraživali, odnosno ni s nivoom anksioznih simptoma niti s neurotskim perfekcionizmom.

Kada uporedimo ove rezultate s prethodnim istraživanjima navedenim u *Uvodu*, uočavamo sličnosti. Naime, u glavnim nalazima Vulić- Prtorić (2008), pokazano je da *su umor, bol, slabost* i smetnje u *kardiovaskularnom sistemu* bili najviše povezani s anksioznošću. *Bol i osjećaj slabosti* su i u našem istraživanju najviše povezani s anksioznošću, a psihosomatski simptomi *kardiovaskularnog sistema* su, također, značajno i dosta visoko povezani s anksioznošću. Međutim, u našem istraživanju su se još neki organski sistemi (prethodno spomenuti) pokazali statistički značajno povezani s anksioznošću. Zatim, uočavamo sličnosti naših nalaza s istraživanjima koja su uradili Hesketh i sur., (2010) i Hjern, Alfven, Östberg (2008), gdje je pokazano da su anksioznost, stres, strah, strepnja statistički značajno povezani sa psihosomatskim smetnjama.

Druga hipoteza je djelomično potvrđena. Odnosno neurotski perfekcionizam djece je statistički značajno povezan s neurotskim perfekcionizmom njihovih roditelja. Ovakve rezultate smo očekivali u našoj hipotezi na osnovu prethodnih istraživanja poput: Appleton, Hall i Hill (2010), Fost i sur. (1991), Vieth i Trull (2010), koja su pokazala povezanost

perfekcionizma djece s njihovim roditeljima. Zanimljivo je to da su rezultati u našem istraživanju pokazali da je neurotski perfekcionizam djece općenito više povezan s neurotskim perfekcionizmom očeva, nego s neurotskim perfekcionizmom majki. Također, interesantan podatak je i da su povezanost neurotskog perfekcionizma roditelja i djece pokazala značajnom samo za kćerke, ali ne i sinove.

Međutim, rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili naše očekivanje da je *spol* bitan kada je u pitanju povezanost neurotskog perfekcionizma roditelja i djeteta, u smislu da je veća povezanost neurotskog perfekcionizma djeteta s neurotskim perfekcionizmom roditelja istog spola kao i dijete. Naime, rezultati pokazuju da je kod djevojčica (kćerki) neurotski perfekcionizam povezan statistički značajno više s neurotskim perfekcionizmom očeva u odnosu na majke. Ovi nalazi se suprotstavljaju prethodnim nalazima Fost i sur. (1991), koji napominju da je perfekcionizam kćeri statistički značajno povezan s perfekcionizmom majki, ali u njihovoj studiji nije statistički značajno povezan s perfekcionizmom očeva. Naši nalazi se poklapaju s prethodnim nalazima Appleton, Hall i Hill (2010), koji napominju da međugeneracijski prenos perfekcionizma s roditelja na dijete nije ograničen na isti spol roditelja i djeteta. Zatim, naši nalazi se ne poklapaju s nalazima Vieth i Trull (2010), koji objašnjavaju da će neurotski perfekcionizam djece biti više povezan s neurotskim perfekcionizmom roditelja istog spola u odnosu na roditelja suprotnog spola od djeteta.

Bitno je još napraviti analizu kvalitativnih odgovora djece i roditelja na postavljena pitanja oko hroničnih bolesti ili lijekova koje konzumiraju. Naime, tri ispitanika su navela da imaju hronične bolesti, a to su: Dijabetes tip 1, Hronični gastritis i Trombocitopenija, koji su itekako mogli utjecati na povećan nivo anksioznosti kod ispitanika, s obzirom na znanje da hronične bolesti nose rizik za razvoj anksioznosti (Vidović, 2000). Neki ispitanici su se žalili na bolove u glavi, stomaku, koljenima i leđima, što je također moglo utjecati na povećan nivo anksioznosti. Od ispitanika smo tražili da navedu da li su koristili određene lijekove zbog hronične bolesti koju imaju ili zbog bolova koje imaju, te ukoliko jesu, da napišu koji su to lijekovi. Navedeni konzumirani lijekovi bili su: Paracetamol, Analgin, Kafetin, Brufen, Neofen, Leksadol, Controloc, i jedan je ispitanik prijavio liječenje na biljnoj bazi (za Trombocitopeniju). Navedeni lijekovi ne spadaju u lijekove koji su

navedeni u Tablici 2. u poglavlju *Anksioznost*, odnosno to nisu lijekovi za koje se smatra da izazivaju simptome slične anksioznima. Zbog toga ne možemo tvrditi da su lijekovi koje su naveli ispitanici mogli dodatno utjecati na nivo anksioznosti kod ispitanika.

Nedostatak upitnika samoprocjene generalno jeste subjektivnost. Naime, ispitanici sami procjenjuju o tome šta osjećaju i te kako misle da se ponašaju. S jedne strane, korištenje upitnika samoprocjene jeste dobro, jer najbolje ispitanici znaju kako se oni sami osjećaju. Međutim, nekada ispitanici imaju tendenciju da budu previše subjektivni, da sebe precijene ili pak sebe što bolje predstavljaju drugima (posebno ispitanici koji imaju visok rezultat na skali neurotskog perfekcionizma). Nekada ispitanici sami nisu svjesni svoga ponašanja. Naprimjer, u *Upitniku neurotskog perfekcionizma*, osoba je možda zaokružila da joj ljudi često postavljaju prevelike standarde (a to možda uopće nije istina, možda ljudi očekuju samo neki minimum napora od te osobe). Zato bi vrijedilo u budućim istraživanjima ispitati i ljude iz ispitanikove okoline ili čak opažati određeni broj osoba u nekom prirodnom okruženju kako bi se dobili što objektivniji podaci. Nedostatak ove dvije metode jeste što zahtjevaju više vremena.

Uprkos nalazima Sumi i Kanda (2002), gdje je pokazano da anksioznost i neurotski perfekcionizam nisu povezani, nalazi našeg istraživanja pokazuju suprotno. Naime, nalazi našeg istraživanja i još pojedinih istraživanja, navedenih u *Uvodu*, pokazuju statistički značajnu povezanost nivoa anksioznosti s neurotskim perfekcionizmom ispitanika.

Međutim, grupa autora koje navodi Lauri-Korajlija (2004; prema Belavić 2006), a to su: Wester i Kuiper (1996), Minarik i Ahrens (1996), Hewitt i Flett (1991), kao što smo vidjeli u *Uvodu*, tvrde da kada se ukloni utjecaj depresivnosti, anksioznost statistički značajno ne korelira s perfekcionizmom. S druge strane, autorica Lauri-Korajlija (2004; prema Belavić, 2006) naglašava da istraživanja poput: Juster i sur., (1996), zatim Kawamura, Hunt, Frost i DiBartolo (2001), te samo njeno istraživanje pokazuju su da i kada se kontrolira utjecaj depresivnosti, anksioznost jeste povezana s neurotskim perfekcionizmom. Tako da, bilo bi dobro u nekim budućim istraživanjima provjeriti ove kontradiktorne nalaze, tj. kontrolirati utjecaj depresivnosti, te tada provjeriti da li će postojati statistički značajna povezanost između neurotskog perfekcionizma i anksioznosti.

Naše istraživanje je pokazalo važne rezultate: povezanost neuroskog perfekcionizma roditelja i djece je statistički značajna i ta povezanost nije veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao i dijete.

Međutim, našem istraživanju smo došli do još vrlo zanimljivih podataka provjeravajući naše glavne hipoteze. Naime, pokazano je da je neurotski perfekcionizam očeva više povezan s neurotskim perfekcionizmom djece u odnosu na neurotski perfekcionizam majki. S obzirom na oskudnost istraživanja koja porede da li je neurotski perfekcionizam majki ili očeva više povezan s neurotskim perfekcionizmom djeteta, bilo bi dobro da buduća istraživanja idu u tom smjeru, a naše istraživanje je dobra osnova za to.

Također, vrlo interesantan podatak je da je pokazana statistički značajna povezanost neuroskog perfekcionizma kćerki s neurotskim perfekcionizmom roditelja, ali ne i povezanost neuroskog perfekcionizma sinova s neurotskim perfekcionizmom roditelja. Ove razlike između kćerki i sinova, kada je u pitanju statistička značajnost povezanosti njihovog neuroskog perfekcionizma s neurotskim perfekcionizmom roditelja, vrijedi ispitati u budućim istraživanjima.

Kada govorimo o nedostacima istraživanja, bitno je još napomenuti da je vrijeme ispitivanja učenika u ovom istraživanju bio kraj školske godine, te su time i anksioznost i psihosomatski simptomi vjerovatno veći. Vrijedilo bi rezultate provjeriti u više navrata tokom školske godine kako bi se dobili pouzdaniji podaci. Također, roditelji nisu bili prisutni u prostoriji s istraživačem, tako da je moguće da su postojale neke nejasnoće po pitanju čestica, te je i to moglo utjecati na njihove odgovore.

7. ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja je bio utvrditi povezanost između neuroskog perfekcionizma, nivoa anksioznosti, te psihosomatskih smetnji kod djece osnovnoškolskog uzrasta. Drugi cilj je bio utvrditi povezanost neuroskog perfekcionizma djece osnovnoškolskog uzrasta s neuroskim perfekcionizmom njihovih roditelja, te ukoliko povezanost postoji, utvrditi da li je ona veća kada je u pitanju roditelj istog spola kao i dijete ili ne.

1. Postoji statistički značajna povezanost između neuroskog perfekcionizma, nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod učenika osnovne škole. Rezultati pokazuju da je statistički značajna povezanost između neuroskog perfekcionizma i nivoa anksioznosti kod djece u osnovnoj školi, a iznosi $r=0.462$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Korelacija između neuroskog perfekcionizma i psihosomatskih smetnji je statistički značajna kada je u pitanju frekvencija psihosomatskih smetnji i iznosi $r=0.472$ $p=0.000$, ($p<0.01$). Kada je u pitanju ometanje (tj. koliko su psihosomatski simptomi ometali osobe), korelacija je, također, statistički značajna i iznosi $r=0.319$, $p=0.005$ ($p<0.01$). Korelacija između nivoa anksioznosti i psihosomatskih simptoma kod djece za frekvenciju psihosomatskih simptoma iznosi $r=0.603$, $p=0.000$ ($p<0.01$), a za ometanje $r=0.515$, $p=0.000$ ($p<0.01$)

2. Postoji statistički značajna povezanost između neuroskog perfekcionizma majki i neuroskog perfekcionizma djece i iznosi $r=0.423$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Također, postoji statistički značajna povezanost između neuroskog perfekcionizma očeva i neuroskog perfekcionizma djece i iznosi $r=0.462$, $p=0.000$ ($p<0.01$). Povezanost neuroskog perfekcionizma kćerki i očeva iznosi 0.518 ($p<0.01$), a povezanost neuroskog perfekcionizma kćerki i majki iznosi 0.468 ($p<0.01$). Ovakvi rezultati pokazuju da nije veća povezanost neuroskog perfekcionizma djeteta i roditelja istog spola kao dijete u odnosu na roditelja suprotnog spola od djeteta. Povezanost neuroskog perfekcionizma dječaka nije statistički značajna ni kada je u pitanju povezanost s neuroskim perfekcionizmom majki niti neuroskim perfekcionizmom očeva.

8. LITERATURA

Ajduković, M., Kregar Orešković, K., & Laklija, M. (2007). Značaj teorije privrženosti za konceptualizaciju javne skrbi za djecu. *Ljetopis socijalnog rada*, 14(1), 93-118.

Američka psihijatrijska udruga. (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Zagreb: Naklada slap

Appleton, P. R., Hall, H. K., & Hill, A. P. (2010). Family patterns of perfectionism: An examination of elite junior athletes and their parents. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(5), 363-371.

Belavić, I. (2006). Povezanost perfekcionizma, anksioznosti i depresivnosti kod djece.

Belavić, I. (2006). Povezanost perfekcionizma, anksioznosti i depresivnosti kod djece.

Bradarić, A. (2017). *Odnos perfekcionizma, suočavanja sa stresom i tjelesnih simptoma* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology.).

Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism.

Erić, Lj. (1972). *Strah, anksioznost i anksiozna stanja*. Beograd: Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika.

Flett, G. L., Molnar, D. S., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2012). A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 565-570.

Flett, G. L., Panico, T., & Hewitt, P. L. (2011). Perfectionism, type A behavior, and self-efficacy in depression and health symptoms among adolescents. *Current Psychology*, 30(2), 105-116.79-906.

Frost, R. O., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive therapy and research*, 15(6), 469-489.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.

Grabar, M. (2005). Nadarenost i neurotski perfekcionizam kod osnovnoškolaca.

- Greblo, Z. (2012). Što se skriva iza pojma "perfekcionizam"? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*, 21(1), 195-212.
- Gugić, K. (2015). *Suočavanje sa stresom, anksioznost i psihosomatski simptomi kod adolescenata* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology.).
- Hesketh, T., Zhen, Y., Lu, L., Dong, Z. X., Jun, Y. X., & Xing, Z. W. (2010). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese school children: cross-sectional survey. *Archives of Disease in Childhood*, 95(2), 136-140.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of social behavior and personality*, 12(1), 257.
- Hjern, A., Alfvén, G., & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97(1), 112-117.
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos%3A2238/datastream/PDF/view> 1.7.2019 (7:30)
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the Social Sciences. Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press
- Kurtović, A. (2013). Odnos perfekcionizma i socijalne podrške s anksioznošću i depresivnošću kod studenata. *Medica Jadertina*, 43(4), 189-200.
- Lučev, E. (2006). Anksioznost i depresivnost kod cerebrovaskularne bolesti.
- Mitzman, S. F., Slade, P., & Dewey, M. E. (1994). Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 516-522.
- Oppenheim, A. (2014). Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za pojavu depresivnih smetnji kod djece i mlađih adolescentata.
- Poljak, M., & Begić, D. (2016). Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 44(4), 310-329.
- Radić, T. (2017). *Perfekcionizam i poremećaji hranjenja* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. School of Medicine. Chair of Psychiatry and Psychological Medicine.).
- Rajski, K. (2017). *Zdravlje je odraz unutarnjeg mira: uzroci i liječenje psihosomatskih bolesti* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences.).
- S. Štrkalj Ivezić, V. Folnegović Šmalc, N. Mimica *Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja.* (2007). Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb

- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21(6), 879-906.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, 22(3), 372-390.
- Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., & Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 959-969.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 817-826
- Ščepanović, T. (2018). *Odnos primarne i sekundarne psihopatije i motiva za održavanjem pojma o sebi* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology.).
- Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., & Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58.
- Vidović, V. (2000). Utjecaj kronične tjelesne bolesti na psihički razvoj djeteta. *Paediatr Croat*, 44(Supl 1), 229-234.
- Vieth, A. Z., & Trull, T. J. (1999). Family patterns of perfectionism: An examination of college students and their parents. *Journal of personality assessment*, 72(1), 49-67
- Vulić-Prtorić, A. (2000). Somatizacija i kvaliteta obiteljskih interakcija kod djece i adolescenata. *Medica Jadertina*, 30(1-2), 21-31.
- Vulić-Prtorić, A. (2002). Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 5(1), 31-51.
- Vulić-Prtorić, A. (2005). Upitnik psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente – procjena valjanosti. *Suvremena psihologija*, 8(2), 211-227.
- Vulić-Prtorić, A. (2006). Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija*, 9(2), 171-194.
- Vulić-Prtorić, A., Jović, M., Coha, R., Grubić, M., Lopižić, J., i Padelin, P. (2008). Anksiozna osjetljivost i psihosomatski simptomi u djece i adolescenata. *Klinička psihologija*, 1(1-2), 7-25.
- Zaić, A. (2005). Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi.

9. PRILOG

Tablica 4. Deskriptivni podaci vezani za normalnost distribucije

Varijable	K-S test	p	S-W test	p	Skjunis (st. pogreška)	Kurtosis (st. pogreška)
SNP djeca	0.142	0.021	0.909	0.002	1.014 (0.266)	1.276 (0.526)
SNP majke	0.138	0.029	0.885	0.000	1.012 (0.281)	0.387 (0.555)
SNP očevi	0.171	0.002	0.899	0.001	1.078 (0.281)	0.841 (0.578)
<i>Pseudoneurološki sistem (frekvencija)</i>	0.291	0.000	0.758	0.000	0.762 (0.264)	33.950 (0.508)
<i>Pseudoneurološki sistem (ometanje)</i>	0.228	0.000	0.792	0.000	1.285 (0.263)	1.808 (0.508)
<i>Kardiovaskularni sistem (frekvencija)</i>	0.233	0.000	0.796	0.000	0.768 (0.266)	1.534 (0.503)
<i>Kardiovaskularni sistem (ometanje)</i>	0.327	0.000	0.731	0.000	4.989 (0.257)	21.555 (0.503)
<i>Muskulatorni sistem (frekvencija)</i>	0.365	0.000	0.704	0.000	1.497 (0.257)	2.985 (0.503)
<i>Muskulatorni sistem (ometanje)</i>	0.474	0.000	0.505	0.000	1.454 (0.254)	2.508 (0.503)

<i>Respiratorni sistem</i> (frekvenicija)	0.281	0.000	0.680	0.000	3.740 (0.254)	9.271 (0.506)
<i>Respiratorni sistem</i> (ometanje)	0.261	0.000	0.755	0.000	1.647 (0.254)	2.534 (0.506)0.
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (frekvencija)	0.159	0.000	0.889	0.000	1.833 (0.254)	0.201 (0.511)
<i>Gastrointestinalni sistem</i> (ometanje)	0.224	0.000	0.849	0.000	2.395 (0.255)	0.057 (0.508)
<i>Dermatološki sistem</i> (frekvencija)	0.228	0.000	0.884	0.000	1.545 (0.255)	0.146 (0.506)
<i>Dermatološki sistem</i> (ometanje)	0.265	0.000	0.733	0.000	0.946 (0.258)	2.291 (0.506)
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (frekvencija)	0.176	0.001	0.912	0.002	0.992 (0.257)	0.344 (0.506)
<i>Bol/osjećaj slabosti</i> (ometanje)	1.719	0.001	0.924	0.005	0.818 (0.255)	-0.429 (0.506)
Suma frekvencija na PSS	0.116	0.147	0.952	0.058	1.479 (0.2555)	0.079 (0.523)
Suma ometanja na PSS	0.130	0.051	0.914	0.002	0.609 (0.255)	1.934 (0.520)
Suma na Zungovoj skali	0.132	0.042	0.914	0.002	0.541 (0.255)	0.411 (0.526)

Baterija upitnika za roditelje

Poštovani,

u svrhu provođenja istraživanja za magistarski rad želimo ispitati povezanost perfekcionizma, anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod učenika osnovne škole. Vaše dijete je ispunilo bateriju upitnika koji ispituju ove tri varijable. S obzirom na to da želimo utvrditi povezanost perfekcionizma roditelja i djeteta, molimo Vas da ispunite *Upitnik neurotskog perfekcionizma*, kako bi smo uporedili Vaše rezultate s rezultatima Vašeg djeteta.

Također Vas molimo za pristanak da vaše dijete učestvuje u ovom istraživanju. Svi podaci će ostati anonimni, podaci se koriste samo u svrhu magistarskog rada. Hvala na saradnji.

Vaš potpis_____

Vaše ime i prezime_____

Ime i prezime djeteta_____

Vaša stručna sprema (zaokružiti): završena osnovna škola

SSS

VŠS

VSS

Da li Vaše dijete boluje od nekih hroničnih bolesti, ako da kojih?

Da li Vaše dijete koristi neke lijekove?

DA NE

Ako je odgovor DA, koji su to lijekovi i koliko dugo ih koristi?

Skala neurotskog perfekcionizma

Uputa: Molim Vas da pročitate svako od navedenih pitanja i nakon toga zaokružite jedan od brojeva koji se nalaze uz pitanje.

	Niti malo	Malo	Osrednje	Poprilično	U potpunosti
1. Preosjetljiv sam na kritiku.	1	2	3	4	5
2. Često se osjećam tjeskobno ili zbunjeno prije nego što započnem neki zadatak.	1	2	3	4	5
3. Ponekad su moji osjećaji toliko zbrkani da ih ne mogu razumjeti.	1	2	3	4	5
4. Neprestano nadgledam svoje ponašanje.	1	2	3	4	5
5. Vrlo sam kritičan prema sebi.	1	2	3	4	5
6. Ponekad se osjećam isprazno.	1	2	3	4	5
7. Stalno se uspoređujem s ljudima koje smatram boljima od sebe.	1	2	3	4	5
8. Imam jasnu predodžbu kakva bi osoba želio ili trebao biti, ali mi se čini da to nikada neću dostići.	1	2	3	4	5
9. Sklon sam ekstremnim razmišljanjima (npr. «potpuno dobro ili potpuno loše», «potpuno uspješno ili potpuno neuspješno»)	1	2	3	4	5
10. Često se poželim povući i od drugih i društvenih okupljanja	1	2	3	4	5
11. Kada želim biti blizak s nekim, primijećujem da ga često namjerno pokušavam odbaciti ili odgurnuti od sebe.	1	2	3	4	5
12. Ponekad je moja ljutnja prema drugima tliko intenzivna, da me čini destruktivnim i opasnim.	1	2	3	4	5
13. Ako nešto napravim loše, osjećam se kao potpuni promašaj.	1	2	3	4	5

14. Često se osjećam usamljeno/izolirano.	1	2	3	4	5
15. Ako napravim manje nego što najbolje mogu, osjećam se krivim i manje vrijednim.	1	2	3	4	5
16. Bez obzira koliko uspješno nešto napravim, svejedno osjećam da sam mogao napraviti bolje.	1	2	3	4	5
17. Bez obzira koliko dobro nešto napravim, nikad nisam zadovoljan svojim uratkom.	1	2	3	4	5
18. Obično sam dobar pri donošenju odluka.	1	2	3	4	5
19. Ponekad se osjećam kao da zaista ne znam tko sam.	1	2	3	4	5
20. Često se osjećam krivim	1	2	3	4	5
21. Ako se neprestano ne trudim da postignem cilj, osjećam se nezadovoljno.	1	2	3	4	5
22. Kad sam bio mlađi, bez obzira koliko dobro bih nešto napravio, činilo se da to nikad nije dovoljno dobro da zadovolji druge.	1	2	3	4	5
23. Često mi se čini da mi ljudi postavljaju nemoguće/pretjerane zahtjeve.	1	2	3	4	5
24. Sebe procjenjujem po tuđim standardima.	1	2	3	4	5
25. Često se osjećam bezvrijedno	1	2	3	4	5
26. Vjerujem da ako razočaram nekoga, prestat će me poštovati ili mariti za mene.	1	2	3	4	5
27. Često se osjećam posramljeno.	1	2	3	4	5
28. Stalno kažnjavam samog sebe.	1	2	3	4	5
29. Osjećam da moram biti savršen kako bih dobio odobravanje.	1	2	3	4	5
30. Ponekad osjećam, da kada bi ljudi mogli vidjeti «kroz mene», razotkrili bi me kao varalicu, kakvim se ponekad osjećam.	1	2	3	4	5

31. Čini mi se da moje najbolje nikad nije dovoljno	1	2	3	4	5
32. Dok sam bio mlađi nisam mogao razumjeti što drugi očekuju ili zahtjevaju od mene.	1	2	3	4	5
33. Ponekad okrivljujem druge i osjećam neprijateljstvo prema njima.	1	2	3	4	5
34. Da bih se osjećao dobro, moram biti onakav kakav drugi očekuju da budem.	1	2	3	4	5
35. Čini mi se da je teško postići zadovoljstvo u životu	1	2	3	4	5

Baterija upitnika za učenike

Poštovani učenici,

ispred vas se nalazi baterija upitnika kojom se želi utvrditi povezanost perfekcionizma anksioznosti i psihosomatskih smetnji kod učenika osnovne škole. Ovi podaci nam trebaju u svrhu istraživanja za magistarski rad, te vas molimo da ih ispunite i iskreno odgovorite. Vaši podaci ostaju anonimni. Učešće u ovom istraživanju je dobrovoljno. Hvala vam na saradnji.

Ime i prezime_____

Datum_____

Dob_____

Spol (zaokružiti) M / Ž

Razred_____

Zungova skala samoprocjene anksioznosti

Uputa: Molimo Vas da zaokružujući jedan od brojeva, označite koliko često ste se u posljednjih 15 dana osjećali tako kako je naznačeno u svakoj od sljedećih tvrdnji.

	Rijetko	Ponekad	Često	Većinom
1. Nervozniji/ja i napetiji/ja sam nego i nače.	1	2	3	4
2. Osjećam strah bez nekog opravdanog razloga	1	2	3	4
3. Lako se uznemirim i uspaničim.	1	2	3	4
4. Osjećam se rastrgnutim/om na sto komadića.	1	2	3	4
5. Osjećam da je sve u redu i da se ništa loše neće dogoditi.	1	2	3	4
6. Ruke i noge mi se tresu.	1	2	3	4
7. Imam problema s glavoboljom i bolovima u trbuhu i vratu.	1	2	3	4
8. Umoran/na sam i brzo se umorim.	1	2	3	4
9. Smiren/na sam i mogu mirno sjediti duže vremena.	1	2	3	4
10. Srce mi ubrzano kuca.	1	2	3	4
11. Imam vrtoglavice.	1	2	3	4
12. Imam nesvjestice ili osjećaj da ću se onesvijestiti.	1	2	3	4
13. Mogu lako udahnuti i izdahnuti.	1	2	3	4
14. Prsti na rukama i nogama mi trne.	1	2	3	4
15. Imam problema sa želucem i lošom probavom.	1	2	3	4
16. Imam problema s mokraćnim mjehurom i svako malo moram mokriti.	1	2	3	4
17. Ruke su mi obično suhe i tople.	1	2	3	4
18. Lice mi je toplo i crveno.	1	2	3	4
19. Lako zaspem i noću se dobro odmorim	1	2	3	4
20. Imam noćne more	1	2	3	4

Ukupan rezultat _____

Skala psihosomatskih simptoma za djecu i adolescente

Ovim upitnikom želimo saznati nešto više o zdravlju djece i odraslih.

Za početak - **što mislite, kakvo je vaše zdravlje općenito?** (označite svoj odgovor križićem☒)

izvrsno vrlo dobro osrednje loše

U tablici dolje se nalazi lista različitih zdravstvenih problema koji ponekad muče svakog od nas. Molimo vas da uz svaki navedeni zdravstveni problem označite svoj odgovor na dva pitanja:

- 1. koliko često ste ga doživjeli u posljednja 3 mjeseca? i**
- 2. koliko vas je to ometalo u svakodnevnim aktivnostima?**

		1. Koliko često ste to doživjeli?				2. Koliko vas je to ometalo?		
		Nikada	Nekoliko puta mjesечно	Nekoliko puta tjedno	Skoro svaki dan	Nimalo	Osrednje	Jako
1.	Glavobolje	1	2	3	4	1	2	3
2.	Vrtoglavica	1	2	3	4	1	2	3
3.	Bol u leđima	1	2	3	4	1	2	3
4.	Manjak energije / umor	1	2	3	4	1	2	3
5.	Povišena tjelesna temperatura	1	2	3	4	1	2	3
6.	Bol u zglobovima	1	2	3	4	1	2	3
7.	Bol u rukama / nogama	1	2	3	4	1	2	3
8.	Gubitak ravnoteže	1	2	3	4	1	2	3
9.	Mišićna napetost	1	2	3	4	1	2	3
10.	Slabost mišića	1	2	3	4	1	2	3
11.	“Knedla“ u grlu	1	2	3	4	1	2	3
12.	Dvostruka slika	1	2	3	4	1	2	3
13.	Zamućeni vid	1	2	3	4	1	2	3
14.	Iznenadni gubitak vida	1	2	3	4	1	2	3

15.	Iznenadni gubitak sluha	1	2	3	4	1	2	3
-----	-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

		1. Koliko često ste to doživjeli?				2. Koliko vas je to ometalo?		
		Nikada	Nekoliko puta mjesečno	Nekoliko puta tjedno	Skoro svaki dan	Nimalo	Osrednje	Jako
16.	Nesvjestica	1	2	3	4	1	2	3
17.	Iznenadni gubitak pamćenja	1	2	3	4	1	2	3
18.	Ubrzano lupanje srca	1	2	3	4	1	2	3
19.	Bol u grudima	1	2	3	4	1	2	3
20.	Mučnina	1	2	3	4	1	2	3
21.	Grčevi u truhu	1	2	3	4	1	2	3
22.	Proljevi	1	2	3	4	1	2	3
23.	Povraćanje	1	2	3	4	1	2	3
24.	Nadutost	1	2	3	4	1	2	3
25.	Gubitak apetita	1	2	3	4	1	2	3
26.	Nepodnošenje nekih vrsta hrane	1	2	3	4	1	2	3
27.	Opstipacija ili neredovita stolica	1	2	3	4	1	2	3
28.	Žgaravica	1	2	3	4	1	2	3
29.	Teškoće disanja	1	2	3	4	1	2	3
30.	Osjećaj gušenja	1	2	3	4	1	2	3
31.	Kožni osip	1	2	3	4	1	2	3
32.	Svrbež/ crvenilo kože	1	2	3	4	1	2	3
33.	Akne ili bubuljice	1	2	3	4	1	2	3
34.	Prehlada (začepljen nos, kašalj, i sl.)	1	2	3	4	1	2	3
35.	Prekomjerno znojenje	1	2	3	4	1	2	3

