

Zastosowanie i skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej perfekcjonizmu.

Przegląd badań dotyczących redukcji perfekcjonizmu oraz objawów zaburzeń współwystępujących

Magdalena Nowacka¹

Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii

<https://orcid.org/0000-0001-5332-4074>

Streszczenie

Cel: Celem tekstu jest przedstawienie natury perfekcjonizmu jako cechy osobowości, jego wpływu na zdrowie psychiczne oraz skutecznych metod terapeutycznych w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej (CBT).

Tezy: Perfekcjonizm obejmuje zarówno adaptacyjne dążenie do wysokich standardów, jak i dezadaptacyjne aspekty związane z lękiem przed błędami oraz presją społeczną. W formie nieadaptacyjnej perfekcjonizm jest czynnikiem ryzyka powstawania oraz utrzymywania licznych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Mechanizmy poznawcze i behawioralne perfekcjonizmu – między innymi dychotomiczne myślenie, samokrytyka, ruminalacje oraz unikanie – sprzyjają utrwalaniu tych problemów. Terapia poznawczo-behawioralna, prowadzona w różnych formach (indywidualnej, grupowej, internetowej) jest efektywną metodą redukcji zarówno perfekcjonistycznych obaw, jak i objawów współistniejących zaburzeń psychicznych.

Konkluzje: Badania dowodzą, że perfekcjonizm może wpływać nie tylko pozytywnie, lecz także negatywnie na pacjentów, a jego nieadaptacyjna forma wiąże się z poważnym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego. Terapia poznawczo-behawioralna jest obecnie jedną z najlepiej udokumentowanych i skutecznych metod pracy nad perfekcjonizmem. Odpowiednio dobrane i wsparte interwencje sprzyjają trwałej redukcji nieadaptacyjnych aspektów perfekcjonizmu oraz poprawie dobrostanu psychicznego pacjentów – dorosłych oraz z młodszych grup wiekowych.

Słowa kluczowe: perfekcjonizm, terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia psychiczne, transdiagnostyczność

¹ Adres do korespondencji: magdalena.nowacka@ug.edu.pl.

Perfekcjonizm to cecha wielowymiarowa, obejmująca adaptacyjne dążenia do wysokich standardów i samodoskonalenia, a także nieadaptacyjne obawy przed popełnieniem błędów, silną samokrytykę oraz lęk przed oceną społeczną, które mogą prowadzić do znacznych problemów psychicznych i trudności w funkcjonowaniu codziennym (Flett i Hewitt, 2002; Stoeber i Otto, 2008).

Już wczesne prace na temat perfekcjonizmu wykazywały, że przekonania i tendencje perfekcjonistyczne wiązały się z emocjonalnym cierpieniem (Adler, 1956; Ellis, 1958). Perfekcjonizm został zidentyfikowany jako ważny czynnik powodujący pojawienie się, nasilenie i utrzymanie lęku, depresji i zaburzeń odżywiania (Egan i in., 2011), może on także negatywnie wpływać na leczenie (np. Blatt i in., 1995). Perfekcjonizm kliniczny jest rozumiany jako proces transdiagnostyczny, co oznacza, że podstawowe mechanizmy poznawczo-behawioralne podtrzymujące tę cechę występują i utrudniają zdrowienie w różnych zaburzeniach psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy zaburzenia odżywiania. Podejście transdiagnostyczne umożliwia stosowanie uniwersalnych interwencji terapeutycznych, które koncentrują się na kluczowych mechanizmach leżących u podstaw patologii (Harvey i in., 2004; Newby i in., 2015).

Celem tego przeglądu literatury jest przedstawienie dowodów naukowych dotyczących skuteczności interwencji poznawczo-behawioralnych ukierunkowanych na leczenie perfekcjonizmu i zaburzeń współwystępujących.

Hamachek (1978) był prawdopodobnie pierwszym badaczem, który zaproponował dwuwymiarowy podział perfekcjonizmu na perfekcjonizm normalny oraz perfekcjonizm neurotyczny. „Normalni” perfekjoniści czerpią satysfakcję ze swoich dążeń i wykazują większą elastyczność, podczas gdy perfekjoniści neurotyczni są nadmiernie samokrytyczni, nigdy nie uznając swoich wysiłków za wystarczająco dobre (Hamachek, 1978).

W latach 90. XX wieku niezależnie od siebie powstały dwa kluczowe, wielowymiarowe modele perfekcjonizmu. Frost i współpracownicy (1990) zdefiniowali perfekcjonizm jako cechę charakteryzującą się posiadaniem bardzo wysokich standardów wobec siebie, preferowaniem ładu i organizacji oraz tendencją do nadmiernej samokrytyki, obejmującej nietolerancję błędów i wątpliwości dotyczące jakości działań. Ich *Skala Perfekcjonizmu* (FMPS) zawiera sześć wymiarów: wysokie standardy osobiste, obawy przed popełnieniem błędów, wątpliwości wobec własnych działań, wysokie oczekiwania rodziców, krytykę ze strony rodziców oraz potrzebę organizacji i porządku (Frost i in., 1990).

Z kolei Hewitt i Flett (1991b) wyróżnili trzy wymiary perfekcjonizmu: zorientowany na siebie (wysokie, surowe standardy oraz ocena własnego zachowania), zorientowany na innych (narzucanie nierealistycznych standardów innym oraz ich krytyka) oraz społecznie narzucony perfekcjonizm (przekonanie o wysokich oczekiwaniach i krytyce ze strony otoczenia).

Frost i współpracownicy (1993) poddali analizie czynnikowej elementy obu tych modeli (FMPS i HMPS) i wyróżnili dwa czynniki wyższego rzędu. Pierwszym wymiarem są perfekcjonistyczne dążenia łączące wysokie standardy osobiste, organizację oraz perfekcjonizm zorientowany na siebie, powiązany z adaptacyjnym, pozytywnym afektem i brakiem objawów depresji. Drugi czynnik obejmuje perfekcjonistyczne obawy – obawę przed błędami, wątpliwości co do

jakości działań, oczekiwania i krytykę rodziców, a także społecznie narzucony perfekcjonizm – powiązane z negatywnym afektem i objawami depresji. Tym samym wyróżniono perfekcjonizm adaptacyjny i dezadaptacyjny (Stoeber, 2018; Szczucka, 2010).

Shafran, Cooper i Fairburn (2003) przedstawili alternatywny, kliniczny model perfekcjonizmu, definiując go jako dysfunkcyjny konstrukt, odnoszący się do nieadaptacyjnej formy perfekcjonizmu, w którym samoocena jest nadmiernie zależna od osiągnięcia bardzo wysokich, samonarzucanych wymagań, pomimo negatywnych konsekwencji. Model ten podkreśla mechanizmy podtrzymujące, takie jak lęk przed porażką, zniekształcenia poznawcze, unikanie i prokrastynację (Shafran i in., 2010). Badania potwierdzają związek perfekcjonizmu z poczuciem winy i wstydu po niepowodzeniu, a także fakt, że osoby z wysokim perfekcjonizmem stale podnoszą poprzeczkę po osiągnięciu celów (Egan i in., 2007; Kobori i in., 2009; Stoeber i in., 2018).

Podstawą tego wzorca jest myślenie dychotomiczne, czyli skłonność do postrzegania rzeczywistości w skrajnych kategoriach „wszystko albo nic”, „idealnie albo katastrofa” (Shafran i in., 2017). Myślenie to prowadzi do stawiania nierealistycznie wysokich i sztywnych standardów, których nieosiągnięcie uważa się za porażkę i dowód własnej niskiej wartości, co wywołuje silną samokrytykę i chroniczne niezadowolenie (Flett i Hewitt, 2002; Stoeber i Otto, 2008).

Ważną rolę pełnią mechanizmy ruminalacji i zamartwiania się – powtarzające się negatywne procesy myślowe, które nasilają napięcie emocjonalne i utrudniają adaptacyjną zmianę (Egan i in., 2011; Watkins, 2008). Ruminalacje polegają na uporczywym roztrząsaniu własnych niedoskonałości i błędów, a zamartwianie się koncentruje uwagę na potencjalnych zagrożeniach czy konsekwencjach popełnienia błędów. Te procesy psychiczne będące mediatorami perfekcjonizmu klinicznego wzmacniają samokrytykę oraz nasilają objawy lękowe i depresyjne (Shafran i in., 2017).

Na poziomie zachowań typowe dla perfekcjonistów jest nadmierne sprawdzanie swoich działań oraz unikanie sytuacji, które mogą wiązać się z niepowodzeniem lub krytyką (Harvey i in., 2004). Unikanie to paradoksalnie pogłębia poczucie własnej niekompetencji i utrudnia rozwijanie nowych, bardziej adaptacyjnych doświadczeń (Newby i in., 2015).

Perfekcjonizm stanowi proces transdiagnostyczny, powiązany z wieloma formami psychopatologii, takimi jak depresja, zaburzenia lękowe, OCD, zaburzenia odżywiania czy fobia społeczna (Antony i in., 1998; Bieling i in., 2004; Egan i in., 2011; Frost i in., 1997; Lundh i Öst, 2001; Sassaroli i in., 2008). Oznacza to, że perfekcjonizm nie jest specyficzny dla jednego zaburzenia, lecz stanowi uniwersalny czynnik ryzyka i utrzymujący symptomy w różnych diagnozach (Egan i in., 2011).

Wiele wyników badań jest zgodnych z tym modelem. Osoby z wysokim perfekcjonizmem „podnoszą poprzeczkę” po osiągnięciu swoich pierwotnych celów (Kobori i in., 2009), a myślenie dychotomiczne przewiduje znaczną zmienność perfekcjonizmu (Egan i in., 2007). Istnieją również dane potwierdzające, że zorientowany na siebie i społecznie narzucony perfekcjonizm wiąże się z wyższym poziomem poczuciem winy i wstydu po niepowodzeniu w wykonaniu zadania, co potwierdza przewidywania modelu (Stoeber i in., 2008).

W swojej transdiagnostycznej teorii w kontekście zaburzeń odżywiania Fairburn, Cooper i Shafran (2003) twierdzą, że perfekcjonizm kliniczny jest jednym z czterech podstawowych mechanizmów podtrzymujących patologię zaburzeń odżywiania, co oznacza, że usunięcie perfekcjonizmu jako mechanizmu podtrzymującego ułatwiłoby leczenie zaburzenia odżywiania.

Związki perfekcjonizmu z innymi zaburzeniami psychicznymi

Badania przekrojowe regularnie wskazują, że osoby z wysokim poziomem perfekcjonizmu klinicznego charakteryzują się podwyższoną częstością występowania objawów depresyjnych, lękowych oraz cech typowych dla zaburzeń odżywiania i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Hewitt i Flett, 1991a; Limburg i in., 2017). Perfekcjonizm silnie koreluje z negatywnym nastrojem i jest czynnikiem ryzyka utrzymujących się symptomów depresyjnych, z czego wynika nasilona ruminalna i zamartwianie się u osób perfekcjonistycznych (Limburg i in., 2017).

Metaanaliza Limburg i współpracowników (2017) stanowi obszerny przegląd badań nad dwoma głównymi wymiarami perfekcjonizmu – perfekcjonistycznymi dążeniami (*perfectionistic strivings*) oraz perfekcjonistycznymi obawami (*perfectionistic concerns*) – w relacji do szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych. Analiza 284 badań obejmujących ponad 2000 efektów wykazała, że oba wymiary perfekcjonizmu są istotnie powiązane z objawami i diagnozami takich zaburzeń jak depresja, zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, odżywiania, a także z zachowaniami samookaleczającymi i myślami samobójczymi. Te rozległe korelacje potwierdzają rolę perfekcjonizmu jako czynnika transdiagnostycznego – wspólnego mechanizmu leżącego u podstaw wielu form psychopatologii.

Szczególnie silny związek z psychopatologią wykazuje komponent perfekcjonistycznych obaw, ujęty m.in. jako samokrytyka i lęk przed porażką, podczas gdy dążenia do wysokich standardów wykazują słabsze i bardziej zróżnicowane relacje z symptomami zaburzeń. W przypadku zaburzeń odżywiania oba wymiary – dążenia i obawy – silnie korelują z nasileniem objawów, co podkreśla złożoność tego zaburzenia oraz rolę perfekcjonizmu w jego etiologii i utrzymaniu. Autorzy podkreślają też pozytywny związek obu wymiarów ze sobą, sugerując, że rozdzielanie perfekcjonizmu na wyłącznie adaptacyjny i nieadaptacyjny jest nadmiernym uproszczeniem (Limburg i in., 2017). Retrospektywne badania potwierdzają także, że wysoki perfekcjonizm w dzieciństwie predysponuje do rozwoju tych zaburzeń (Bills i in., 2023; Southgate i in., 2008; Vacca i in., 2021). W badaniach młodzieży i dzieci Vacca i in. (2021) oraz Bills i in. (2023) potwierdzili, że perfekcjonizm, zwłaszcza jego lękowy wymiar, koreluje z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, co stanowi podstawę do ukierunkowanych interdyscyplinarnych interwencji w tym okresie rozwojowym.

W zaburzeniach lękowych perfekcjonizm objawia się przede wszystkim poprzez strach przed popełnieniem błędu oraz lęk przed negatywną oceną społeczną, co utrudnia prawidłowe funkcjonowanie społeczne i zwiększa ryzyko izolacji

(Hewitt i Flett, 1991b). Ponadto perfekcjonizm kliniczny odgrywa kluczową rolę w etiologii i utrzymywaniu zaburzeń odżywiania, gdyż wysokie wymagania wobec siebie oraz przewlekły lęk przed oceną społeczną sprzyjają utrzymywaniu niezdrowych wzorców żywieniowych i utrudniają terapię (Bardone-Cone i in., 2007).

Perfekcjonizm współwystępuje także z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD) czy problemy ze snem. Osoby perfekcjonistyczne często przejawiają symptomy obsesyjne związane z potrzebą kontroli i doskonałości, a przewlekłe zamartwianie może przyczyniać się do nasilonego napięcia emocjonalnego i trudności ze snem (Akram i in., 2015; Limburg i in., 2017).

Metaanaliza 45 badań obejmująca 11 747 uczestników potwierdziła, że większość wymiarów perfekcjonizmu, z wyjątkiem perfekcjonizmu skierowanego na innych oraz cechy organizacji, wiąże się pozytywnie z myślami samobójczymi (Smith i in., 2018). Szczególną rolę odgrywa perfekcjonizm narzucany społecznie, który nie tylko przewiduje obecność myśli samobójczych, ale także prognozuje ich nasilenie w czasie.

Należy podkreślić, że w literaturze często wyróżnia się dwa zasadnicze typy perfekcjonizmu: adaptacyjny, wiążący się z pozytywnym, motywującym dążeniem do osiągnięć i rozwoju, oraz nieadaptacyjny (kliniczny), charakteryzujący się nadmierną samokrytyką, lękiem i unikaniem błędów. Wielu autorów twierdzi, że to właśnie nieadaptacyjny perfekcjonizm jest kluczowym czynnikiem podtrzymującym i nasilającym objawy zaburzeń psychicznych (Frost i in., 1990; Stoeber i Otto, 2008).

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) perfekcjonizmu

Terapia poznawczo-behawioralna dotycząca perfekcjonizmu wykazała skuteczność w licznych badaniach klinicznych. Większość badań oceniających terapię poznawczo-behawioralną pod kątem perfekcjonizmu bazuje na poznawczo-behawioralnym modelu perfekcjonizmu klinicznego (np. Egan i in., 2014; Handley i in., 2015; Shu i in., 2019). Ten typ leczenia skupia się na szeregu czynników poznawczych i behawioralnych, które podtrzymują perfekcjonizm, na przykład wielokrotne sprawdzanie wyników, błędy poznawcze, samokrytyka, prokrastynacja i unikanie. Terapia skupia się na zmniejszaniu roli tych mechanizmów poprzez różne techniki: eksperymenty behawioralne pozwalające pacjentom doświadczyć alternatywnych sposobów działania, restrukturyzację poznawczą oraz psychoedukację.

Pierwotna forma CBT-P obejmowała około 10 sesji indywidualnych realizowanych w ciągu 8 tygodni (Riley i in., 2007). Proces terapeutyczny składał się z czterech etapów: identyfikacji związanych z perfekcjonizmem mechanizmów utrzymujących problem, przeprowadzania eksperymentów behawioralnych w celu weryfikacji przekonań, psychoedukacji ze szczególnym uwzględnieniem restrukturyzacji poznawczej oraz rozszerzenia samooceny przez wypracowanie alternatywnych standardów i sposobów funkcjonowania (Egan, Wade, Shafran, Antony, 2023).

W początkowych badaniach bazujących na opisach pojedynczych przypadków i małych prób klinicznych wykazano, że terapia poznawczo-behawioralna ukierunkowana na perfekcjonizm (CBT-P) prowadzi do widocznej poprawy w obniżeniu nierealistycznych standardów, mechanizmów ruminacji oraz zamartwiania się (Shafran i in., 2002). Kliniczne badania na małych grupach wykazały klinicznie istotne obniżenie perfekcjonizmu i objawów depresji oraz lęku. Przykładowo, badanie Glover i in. (2007) na 9 osobach z zaburzeniami lękowymi i depresją wykazało znaczącą poprawę po 10 sesjach indywidualnej CBT-P. Podobne wyniki uzyskano u 4 osób z depresją (Egan i Hine, 2008). Riley i współpracownicy (2007) przeprowadzili ewaluację na grupie 20 osób z zaburzeniami lękowymi lub depresją, wykazując zarówno statystycznie istotną redukcję objawów, jak i klinicznie ważną redukcję perfekcjonizmu u 75% pacjentów.

Randomizowane kontrolowane badania kliniczne (RCT) dostarczają mocnych dowodów na skuteczność CBT-P. Prace Egan i współpracowników (2014) wykazały, że terapia obniża kluczowe wymiary perfekcjonizmu, m.in. obawy przed błędami i sztywne wymagania wobec siebie, a także redukuje ruminacje i zamartwianie, co przekłada się na poprawę emocjonalną pacjentów.

Ćwiczenia behawioralne i restrukturyzacja poznawcza stanowią kluczowe techniki w terapii. Porównania między terapią twarzą w twarz a samopomocą wykazały, że bezpośredni kontakt terapeutyczny przynosi lepsze wyniki, szczególnie w zakresie poczucia własnej wartości i obaw przed błędami (Egan i in., 2014; Galloway i in., 2021; Pleva i Wade, 2007).

RCT potwierdzają skuteczność CBT-P w leczeniu objawów lęku, depresji i zaburzeń odżywiania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży (O'Brien i in., 2022). Dodatkowo badania porównujące CBT-P z innymi podejściami transdiagnostycznymi wskazują, że skupienie na perfekcjonizmie i na regulacji emocji przynoszą podobne efekty terapeutyczne, przy czym CBT-P jest bardziej efektywna w redukcji perfekcjonizmu (Mahmoodi i in., 2021).

Metaanalizy stanowią najsilniejsze potwierdzenie skuteczności CBT-P. Lloyd i in. (2015) wykazali duże efekty terapii w zakresie obniżania perfekcjonizmu klinicznego i obaw przed błędami oraz umiarkowane efekty w redukcji objawów lękowych, depresyjnych i zaburzeń odżywiania. Suh i współpracownicy (2019) potwierdzili umiarkowaną skuteczność CBT-P na te wymiary oraz objawy depresji i lęku.

Robinson i Wade (2021) oraz Galloway i in. (2021) wskazali, że CBT-P skutecznie zmniejsza objawy zaburzeń odżywiania, lęku i depresji, zarówno w terapii w bezpośrednim kontakcie, jak i w formie samopomocy internetowej. Metaanaliza Cuijpersa i in. (2013) wykazała, że 59–68% dorosłych pacjentów z depresją doświadczyło klinicznej poprawy po CBT, a jedynie <5% pogorszenia, co potwierdza skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowanej na perfekcjonizm.

Jednak według metaanalizy Smitha i współpracowników (2022) efekty CBT na trwałe cechy perfekcjonizmu, poznawcze schematy oraz satysfakcję z życia pozostają niepewne (Flett i in., 2022; Hewitt i Flett, 1991b). Po zakończeniu terapii często zanika różnica między grupami leczonymi a kontrolnymi, co rodzi pytania o trwałość efektów oraz przewagę terapii nad naturalną poprawą. Ponadto, jedynie około połowa pacjentów odnotowała poprawę w obawach przed błędami,

a ponad 70% nie zauważyła wyraźnej poprawy w perfekcjonizmie klinicznym, co wskazuje na potrzebę opracowania bardziej skutecznych metod terapeutycznych. Narcystyczne cechy osobowości oraz osamotnienie społeczne (Hewitt i in., 2018; McCown i Carlson, 2004; Zuroff i in., 2000) mają wpływ na wyniki terapii i ryzyko jej wcześniejszego porzucenia. Autorzy metaanalizy wskazują, że trwałe aspekty perfekcjonizmu mogą wymagać terapii bazującej na relacjach i wsparciu, takich jak Dynamiczna Terapia Relacyjna (DRT) lub Psychodynamiczna Terapia Wspierająca (PST), które w badaniach Hewitta i in. (2025) wykazały wysoką skuteczność w uzyskiwaniu trwałych popraw. Konieczne są dalsze badania porównujące skuteczność CBT, DRT i PST w leczeniu perfekcjonizmu klinicznego.

Pomimo licznych analiz i rosnącej liczby interwencji CBT-P, nadal istnieje wyraźny niedobór badań dotyczących skuteczności tej terapii w populacji dzieci i młodzieży. Terapia była testowana w badaniach profilaktycznych i klinicznych u dzieci i młodzieży w wieku 10–19 lat, wykazując skuteczność w zapobieganiu objawom lękowemu, depresyjnym i zaburzeniom odżywiania w formach zarówno bezpośrednich, jak i online (Nehmy i Wade, 2015; Shu i in., 2019; Vekas i Wade, 2017; Wilksch i in., 2008). Interwencje w szkołach oraz krótkie programy dla młodszych nastolatków (średnia wieku 11–13 lat) przynosiły pozytywne efekty w redukcji perfekcjonizmu, poprawie samopoczucia oraz zmniejszeniu problemów emocjonalnych (Fairweather-Schmidt i Wade, 2015; Osenk i in., 2023). Wstępne badania wskazują, że CBT-P może być skuteczna także u najmłodszych dzieci, w tym w wieku przedszkolnym, co sugeruje potencjał dla zastosowań profilaktycznych i terapeutycznych w okresie rozwoju (Fairweather-Schmidt i Wade, 2015). Należy jednak podkreślić ograniczenia dostępnych badań – w większości były one przekrojowe i bazowały na samoopisach, co utrudnia wnioskowanie o kierunkowości i przyczynowości (Bills i in., 2023). Dalsze badania podłużne, obejmujące różnorodne populacje, są niezbędne dla pogłębienia wiedzy o mechanizmach i dynamice związku perfekcjonizmu z zaburzeniami odżywiania w rozwoju młodych ludzi (Livet i in., 2023).

Ponadto, brakuje badań porównujących terapię skoncentrowaną na perfekcjonizmie z innymi podejściami transdiagnostycznymi lub specyficznymi dla określonych zaburzeń psychicznych. Mahmoodi i współpracownicy (2021) porównali dwa protokoły transdiagnostyczne (CBT-P skoncentrowaną na perfekcjonizmie oraz ujednolicony protokół leczenia transdiagnostycznego, UP) z grupą kontrolną. W badaniu brało udział 75 uczestników z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi i wysokim poziomem perfekcjonizmu. Obie grupy uzyskały lepsze wyniki niż grupa kontrolna, a efekty utrzymały się przez 6 miesięcy. Wyniki nie wykazały istotnej różnicy między CBT-P a UP w redukcji objawów lęku, depresji czy zamartwiania się, natomiast CBT-P lepiej wpływała na redukcję perfekcjonizmu, a UP miała większy wpływ na regulację emocji. Badanie sugeruje, że zarówno koncentracja na perfekcjonizmie, jak i na regulacji emocji może prowadzić do podobnych redukcji objawów depresji i lęku. Wyniki wskazują, że perfekcjonizm nie stanowi poważnej przeszkody w leczeniu metodą UP, co może sugerować szerszy zakres zastosowania tego protokołu. Jednakże potrzebne są dalsze badania porównujące te protokoły.

Istotny jest fakt, że perfekcjonizm sam w sobie może utrudniać skuteczność psychoterapii. Osoby z wyższym poziomem perfekcjonizmu przed rozpoczęciem

leczenia wykazują tendencję do gorszych wyników terapii, w tym słabszego przy-
mierza terapeutycznego oraz ograniczonego wsparcia społecznego, co negatywnie
wpływa na zdolność radzenia sobie ze stresem po zakończeniu leczenia (Blatt
i in., 1995; Shahar i in., 2004; Zuroff i in., 2000). Z tego względu praca terapeu-
tyczna ukierunkowana na redukcję perfekcjonizmu jest szczególnie istotnym
elementem poprawiającym skuteczność leczenia.

Oprócz CBT istnieje wiele innych podejść terapeutycznych do perfekcjo-
nizmu, m.in. Dynamiczna Terapia Relacyjna (psychodynamiczna), techniki habi-
tuacji do popełniania błędów, Mindful Compassion for Perfectionism (łącząca te-
rapię skoncentrowaną na współczuciu i terapię relacyjną), Terapia Poznawcza
skupiająca się na uważności oraz Terapia Akceptacji i Zaangażowania (Cheli
i in., 2020, 2022; Hewitt i in., 2015, 2020, w druku; James i Rimes, 2018; Ong i in.,
2019; Redden i in., 2022; Visvalingam i in., 2023; Woodfin i in., 2021). Mimo zróż-
nicowania i oparcia na różnych modelach teoretycznych, nie istnieje jeszcze moc-
no ugruntowana alternatywa o potwierdzonej klinicznej skuteczności, co stano-
wi impuls do dalszych badań efektywności i mechanizmów działania tych metod.

Należy zaznaczyć, że pomimo obiecujących wyników badań, istnieje szereg
ograniczeń terapii poznawczo-behawioralnej perfekcjonizmu. Do głównych ogra-
niczeń CBT-P należy brak kompleksowych danych epidemiologicznych. Co wię-
cej występują trudności w rozróżnieniu perfekcjonizmu od adaptacyjnego wyso-
kiego osiągania. Pojawiają się także wątpliwości, czy należy rozróżniać
perfekcjonizm adaptacyjny i nieadaptacyjny lub czy jest możliwość występowania
tylko jednego z nich (Limburg i in., 2017). Kolejnym problemem jest niedo-
bór badań wykorzystujących aktywne grupy kontrolne (np. biorące udział w al-
ternatywnej formie terapii), co znacząco utrudnia ocenę specyficzności
interwencji (Shafran i in., 2023). Dodatkowo, rozbieżności w stosowanych mia-
rach perfekcjonizmu komplikują rozwój spójnej teorii oraz interpretację wyni-
ków (Mahmoodi i in., 2021; Rozental i in., 2017). Model CBT-P musi również
uwzględniać rosnącą presję społeczną i czynniki zewnętrzne wpływające na per-
fekcjonizm, zwłaszcza wśród młodzieży (Curran i Hill, 2019).

Ważne jest prowadzenie badań w ściśle kontrolowanych warunkach, obej-
mujących szersze wykorzystanie metod kontroli uwagi, porównań z innymi tera-
piami jak DRT oraz replikacje niezależne i długoterminowe obserwacje (Shafran
i in., 2023). Raportowanie wskaźników poprawy oraz pogorszenia stanowi istot-
ną część oceny skuteczności. CBT dla perfekcjonizmu wymaga też integracji z sys-
temami ochrony zdrowia i edukacji, aby zwiększyć dostępność i jakość terapii.

Podsumowanie

Perfekcjonizm kliniczny jest złożonym, wielowymiarowym zjawiskiem, któ-
re w nieadaptacyjnej formie stanowi istotny czynnik ryzyka oraz mechanizm
podtrzymujący liczne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zaburzenia lę-
kowe, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (Bardone-
Cone i in., 2007; Limburg i in., 2017). To zjawisko nie stanowi jedynie cechy

osobowości związanej z wysokimi osiągnięciami, ale wpływa również na rozwój i utrzymanie zaburzeń poprzez określone mechanizmy poznawcze i emocjonalne.

Do kluczowych mechanizmów patogenetycznych należą dychotomiczne, czarno-białe myślenie oraz procesy ruminacji i zamartwiania się, które nasilają lęk i samokrytykę, jednocześnie utrudniając adaptacyjne funkcjonowanie i regulację emocji (Shafran i in., 2017; Watkins, 2008). Typowe dla perfekcjonizmu zachowania – nadmierne sprawdzanie oraz unikanie potencjalnie ryzykownych sytuacji – prowadzą do utrwalenia niezdrowych wzorców i obniżenia jakości życia (Harvey i in., 2004).

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) stanowi podstawę leczenia nieadaptacyjnego perfekcjonizmu. Pozwala skutecznie redukować kluczowe objawy, w tym lęk przed błędami, ruminacje oraz nadmierne wymagania wobec siebie, co potwierdzają liczne badania randomizowane oraz metaanalizy (Egan i in., 2014; Egan, Wade, Watson i in., 2023; Smith i in., 2022). Jednakże skuteczność terapii jest zróżnicowana (Iliakis i Masland, 2021; Shafran i in., 2023). Trwałość efektów również pozostaje niepewna, co wskazuje na potrzebę dalszego rozwoju i personalizacji interwencji.

Badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna perfekcjonizmu w różnych formach jest skuteczna. Krótkie interwencje CBT redukują lęk społeczny (Ashbaugh i in., 2007; DiBartolo i in., 2001; Lundh i Öst, 2001), objawy depresji (Egan i Hyde, 2008; Glover i in., 2007; Riley i in., 2007), objawy zaburzeń odżywiania (Egan i in., 2014; Steele i in., 2008) oraz symptomy OCD (Egan i Wade, 2014; Handley i in., 2015). Metaanalizy potwierdzają wysoką skuteczność CBT zarówno w redukcji perfekcjonizmu, jak i objawów związanych z różnymi zaburzeniami psychicznymi (Galloway i in., 2021; Lloyd i in., 2015; Robinson i Wade, 2021; Shu i in., 2019). Terapia prowadzona w bezpośrednim kontakcie terapeutycznym oraz formy samopomocy skutkują zmniejszeniem perfekcjonizmu oraz objawów depresji, lęku i zaburzeń odżywiania (Egan i in., 2014, Egan, Wade, Shafran, Antony, 2023).

Perfekcjonizm może jednak utrudniać skuteczność psychoterapii, oddziałując negatywnie na przymierze terapeutyczne oraz dostęp do wsparcia społecznego. Wyższy poziom perfekcjonizmu przed leczeniem jest istotnym predyktorem gorszych wyników terapii i mniejszej zdolności do radzenia sobie ze stresem po jej zakończeniu (Blatt i in., 1995; Shahat i in., 2004; Zuroff i in., 2000). Ta zależność podkreśla konieczność uwzględniania perfekcjonizmu w praktyce klinicznej.

Nadal brakuje badań dotyczących skuteczności CBT u dzieci i młodzieży oraz porównań tej terapii z innymi metodami transdiagnostycznymi lub specyficznymi dla danej diagnozy.

Podsumowując, terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą leczenia nieadaptacyjnego perfekcjonizmu i powiązanych zaburzeń psychicznych. Jej szerokie zastosowanie jako interwencji transdiagnostycznej jest dobrze udokumentowane, choć potrzebne są dalsze badania nad jej trwałością, personalizacją oraz zastosowaniem w młodszych grupach wiekowych. Kompleksowe podejście diagnostyczne i terapeutyczne, uwzględniające mechanizmy indywidualne i specyfikę pacjenta, może znacząco poprawić jakość życia, zmniejszyć nasilenie współistniejących zaburzeń oraz wspomóc psychospołeczne funkcjonowanie.

Bibliografia

- Adler, A. (1956). The neurotic disposition. W: H. L. Ansbacher, R. R. Ansbacher (red.). *The individual psychology of Alfred Adler*. Harper.
- Akram, U., Ellis, J. G., Barclay, N. L. (2015). Anxiety mediates the relationship between perfectionism and insomnia symptoms: A longitudinal study. *PLOS ONE*, 10(10), artykuł e0138865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138865>
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143–1154. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00083-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00083-7)
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E., Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24(3), 169–177. <https://doi.org/10.1002/da.20219>
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 193–201. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98>
- Bills, E., Greene, D., Stackpole, R., Egan, S. J. (2023). Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 187, artykuł 106586. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106586>
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003–1020. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.50.12.1003>
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., Shea, M. T. (1995). “Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited”: Correction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 494. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.63.3.494>
- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2055–2066. <https://doi.org/10.1002/jclp.23051>
- Cheli, S., Cavalletti, V., Flett, G. L., Hewitt, P. L. (2022). Perfectionism unbound: An integrated individual and group intervention for those hiding imperfections. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1624–1636. <https://doi.org/10.1002/jclp.23365>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>

- Curran, T., Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000138>
- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Dixon, A., Almodovar, S. (2001). Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns? *Behavior Therapy*, 32(1), 167–184. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80051-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80051-4)
- Egan, S. J., Hine, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*, 25(4), 245–258. <https://doi.org/10.1375/bech.25.4.245>
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1813–1822. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.002>
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., Wade, T. D. (2014). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Watson, H. J., Öst, L.-G., Cuijpers, P., Shafran, R. (2023). Towards high standards of evidence for cognitive behaviour therapy for perfectionism: A critique of Smith et al. (2023). *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 64(4), 377–381. <https://doi.org/10.1037/cap0000369>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., Antony, M. M. (2023). *Terapia perfekcjonizmu w podejściu poznawczo-behawioralnym*. Edra Urban & Partner.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35–49. <https://doi.org/10.1080/00221309.1958.9710170>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairweather-Schmidt, A. K., Wade, T. D. (2015). Piloting a perfectionism intervention for pre-adolescent children. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.004>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. W: G. L. Flett, P. L. Hewitt (red.). *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (s. 5–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-001>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Nepon, T., Sherry, S. B., Smith, M. (2022). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology Review*, 93, artykuł 102130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102130>
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Frost, R. O., Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291–296. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00108-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00108-8)
- Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., Egan, S. J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(2), 170–184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1952302>
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 85–94. <https://doi.org/10.1348/014466506x117388>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., Rees, C. S. (2015). A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.006>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98–101. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.98>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., Deng, X., Kaldas, J., Chen, C. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy*, 52(2), 205–217. <https://doi.org/10.1037/pst0000016>
- Iliakis, E. A., Masland, S. R. (2021). Internet interventions for perfectionism: A meta-analysis and proposals for the college setting. *Journal of American College Health*, 71(8), 2299–2304. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1970559>
- James, K., Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. *Mindfulness*, 9(3), 801–814. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8>
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J. F., Watson, H. J., Dunlop, P. D., Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors*, 30, 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.008>
- Kobori, O., Hayakawa, M., Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(4), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.07.003>

- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Livet, A., Navarri, X., Pétrin Pomerleau, P., Champagne, S., Yunus, F. M., Chadi, N., McVey, G., Conrod, P. (2023). Perfectionism in children and adolescents with eating-related symptoms: A systematic review and a meta-analysis of effect estimates. *Adolescents*, 3(2), 305–329. <https://doi.org/10.3390/adolescents3020022>
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705–731. <https://doi.org/10.1017/s1352465814000162>
- Lundh, L.-G., Öst, L.-G. (2001). Attentional bias, self-consciousness, and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4–16. <https://doi.org/10.1080/028457101300140428>
- Mahmoodi, M., Bakhtiyari, M., Masjedi Arani, A., Mohammadi, A., Saberi Isfeedvajani, M. (2021). The comparison between CBT focused on perfectionism and CBT focused on emotion regulation for individuals with depression and anxiety disorders and dysfunctional perfectionism: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 454–471. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000909>
- McCown, W. G., Carlson, G. (2004). Narcissism, perfectionism and self-termination from treatment in outpatient cocaine users. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 329–340. <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000047314.90953.c9>
- Nehmy, T. J., Wade, T. D. (2015). Reducing the onset of negative affect in adolescents: Evaluation of a perfectionism program in a universal prevention setting. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.007>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- O'Brien, A., Anderson, R. A., Mazzucchelli, T. G., Egan, S. J. (2022). A protocol for unguided internet self-help cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents at-risk of eating disorders. *Internet Interventions*, 29, artykuł 100565. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100565>
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in Acceptance and Commitment Therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
- Osenk, I., Johnson, C. Wade, T. D. (2023). A pragmatic randomized controlled trial targeting perfectionism in young adolescents. *School Mental Health*, 15, 151–164. <https://doi.org/10.1007/s12310-022-09540-3>
- Pleva, J., Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 849–861. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.009>
- Redden, S. A., Patel, T. A., Cogle, J. R. (2022). Computerized treatment of perfectionism through mistake making: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and*

- Experimental Psychiatry*, 77, artykuł 101771. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101771>
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221–2231. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>
- Robinson, K., Wade, T. D. (2021). Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 473–487. <https://doi.org/10.1002/eat.23483>
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., Landström, A., Roos, S., Skoglund, M., Thelander, E., Trosell, L., Örtengren, A., Andersson, G. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757–765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6)
- Shafran, R., Egan, S. J., Wade, T. D. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive-behavioural techniques*. Constable & Robinson.
- Shafran, R., Egan, S. J., Wade, T. D. (2023). Coming of age: A reflection of the first 21 years of cognitive behaviour therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 161, artykuł 104258. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104258>
- Shafran, R., Wade, T. D., Egan, S. J., Kothari, R., Allcott-Watson, H., Carlbring, P., Rozental, A., Andersson, G. (2017). Is the devil in the detail? A randomised controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.014>
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 140–154. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.2.140.31017>
- Shu, C. Y., Watson, H. J., Anderson, R. A., Wade, T. D., Kane, R. T., Egan, S. J. (2019). A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 120, artykuł 103429. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103429>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522–542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., Baggle, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known

- unknowns. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 63(1), 16–31. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Southgate, L., Tchanturia, K., Collier, D., Treasure, J. (2008). The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 451–462. <https://doi.org/10.1002/erv.870>
- Steele, A. L., Wade, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1316–1323. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.09.006>
- Stoeber, J. (2018). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.
- Stoeber, J., Stoll, O., Pescheck, E., Otto, K. (2008). Perfectionism and achievement goals in athletes: Relations with approach and avoidance orientations in mastery and performance goals. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(2), 102–121. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.02.002>
- Suh, H., Sohn, H., Kim, T., Lee, D. -G. (2019). A review and meta-analysis of perfectionism interventions: Comparing face-to-face with online modalities. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 473–486. <https://doi.org/10.1037/cou0000355>
- Szczucka, K. (2010). Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego. *Psychologia Społeczna*, 5, 70–94.
- Vacca, M., Ballesio, A., Lombardo, C. (2021). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 29(1), 32–51. <https://doi.org/10.1002/erv.2793>
- Vekas, S., Wade, T. D. (2017). The impact of a universal intervention targeting perfectionism in children: An exploratory controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 458–473. <https://doi.org/10.1111/bjc.12152>
- Visvalingam, S., McHardy, H. L., Norder, S.J., Magson, N. R., Norberg, M. M. (2023). A mixed methods study of an online intervention to reduce perfectionism. *Current Psychology*, 42, 18686–18701. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02953-y>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 939–947. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181799f4a>
- Woodfin V., Molde H., Dundas, I., Binder. P. -E. (2021). A randomized control trial of a brief self-compassion intervention for perfectionism, anxiety, depression, and body image. *Frontiers in Psychology*, 12, artykuł 751294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751294>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A. III, Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114–124. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.1.114>