

Perfekcjonizm kliniczny jako proces transdiagnostyczny.

Konceptualizacja w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej

Anna Ussorowska-Krokoz¹

Fundacja Centrum Zdrowia Psychicznego w Sporcie, Zawodnik w Centrum

<https://orcid.org/0009-0008-4584-9063>

Streszczenie

Cel: Celem artykułu jest przedstawienie perfekcjonizmu klinicznego jako procesu transdiagnostycznego w ujęciu terapii poznawczo-behawioralnej oraz omówienie jego znaczenia dla konceptualizacji i leczenia zaburzeń psychicznych.

Tezy: Przyjęto założenie, że perfekcjonizm kliniczny może pełnić funkcję procesu transdiagnostycznego. Jego obecność obserwowana jest w różnych zaburzeniach psychicznych, a wysokie nasilenie perfekcjonistycznych obaw wiąże się z nasileniem objawów, współwystępowaniem problemów psychicznych oraz trudnościami w procesie leczenia.

Konkluzja: Analiza badań empirycznych i przeglądów systematycznych wskazuje, że perfekcjonizm kliniczny stanowi istotny element konceptualizacji poznawczo-behawioralnej. W artykule przedstawiono modele teoretyczne perfekcjonizmu, jego czynniki rozwojowe i mechanizmy podtrzymujące, a także związki z wybranymi grupami zaburzeń psychicznych. Omówiono również najczęściej stosowane narzędzia pomiaru perfekcjonizmu oraz wyniki badań nad skutecznością interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na jego redukcję. Uwzględnianie perfekcjonizmu w diagnozie i konceptualizacji może wspierać planowanie interwencji terapeutycznych, szczególnie w przypadku współwystępowania różnych trudności psychicznych.

Słowa kluczowe: perfekcjonizm kliniczny, procesy transdiagnostyczne, terapia poznawczo-behawioralna, psychopatologia

¹ Adres do korespondencji: anna@zawodnikwcentrum.pl.

W ostatnich latach w badaniach psychologicznych coraz większą uwagę poświęca się procesom transdiagnostycznym, rozumianym jako mechanizmy psychologiczne wspólne dla wielu zaburzeń psychicznych, które przyczyniają się do ich rozwoju i podtrzymywania objawów (Harvey i in., 2004). Podejście to koncentruje się na identyfikacji i modyfikacji procesów leżących u podstaw różnych zaburzeń, zamiast na analizie pojedynczych jednostek nozologicznych. Umożliwia to bardziej zintegrowane rozumienie psychopatologii oraz projektowanie skuteczniejszych interwencji uwzględniających współwystępowanie zaburzeń (Mansell i in., 2009).

Jednym z procesów, który w ostatnich dwóch dekadach wzbudza szczególne zainteresowanie badaczy i klinicystów, jest perfekcjonizm. Najczęściej definiuje się go jako tendencję do wyznaczania wysokich, często sztywnych standardów oraz do surowej samokrytyki w momencie ich niespełnienia (Egan i in., 2011; Frost i in., 1990; Hewitt i Flett, 1991). Początkowo traktowany był jako względnie trwała cecha osobowości, jednak nowsze badania wskazują, że może również pełnić funkcję procesu podtrzymującego objawy różnych zaburzeń (Egan i in., 2011; Shafran i in., 2002).

Mimo częstego wskazywania jego transdiagnostycznego charakteru nadal brakuje odpowiedzi na pytanie o zakres i mechanizm tego oddziaływania, w szczególności o to, czy perfekcjonizm pełni funkcję czynnika ryzyka, mechanizmu podtrzymującego, czy raczej wzmacnia inne procesy psychopatologiczne. Celem niniejszego artykułu jest uporządkowanie aktualnej wiedzy na temat perfekcjonizmu klinicznego jako procesu transdiagnostycznego oraz omówienie jego znaczenia w konceptualizacji poznawczo-behawioralnej. Artykuł ma charakter narracyjnego przeglądu literatury i koncentruje się na integracji modeli teoretycznych oraz wyników badań empirycznych istotnych z perspektywy praktyki klinicznej.

Definicje i modele perfekcjonizmu

Perfekcjonizm od wielu dekad pozostaje przedmiotem zainteresowania badaczy. Początkowo ujmowano go głównie jako względnie trwałą cechę osobowości związaną z wysokimi standardami oraz krytycznym stosunkiem do własnych osiągnięć (Burns, 1980). Z czasem zaczęto podkreślać jego złożony charakter i znaczenie kliniczne, wskazując na związek z rozwojem oraz podtrzymywaniem zaburzeń psychicznych (Frost i in., 1990; Hewitt i Flett, 1991).

Dwa najbardziej wpływowe modele wielowymiarowe zaproponowali Frost i współpracownicy (1990) oraz Hewitt i Flett (1991). Model Frosta obejmuje sześć wymiarów: przejmowanie się błędami, wątpliwości co do działań, standardy osobiste, oczekiwania i krytykę rodziców oraz organizację. Hewitt i Flett wyróżnili natomiast perfekcjonizm ukierunkowany na siebie, na innych oraz społecznie narzucony, podkreślając jego wymiar interpersonalny.

Analizy czynnikowe wskazują, że wymiary obu modeli można uporządkować w dwie szersze kategorie: perfekcjonistyczne dążenia (*perfectionistic strivings*) oraz perfekcjonistyczne obawy (*perfectionistic concerns*) (Bieling i in., 2004; Stoeber

i Otto, 2006). Podział ten sugeruje, że wysokie standardy nie muszą mieć negatywnych skutków, o ile nie towarzyszy im nadmierna samokrytyka oraz warunkowe uzależnianie samooceny od osiągnięć.

W literaturze przez pewien czas funkcjonowało rozróżnienie na perfekcjonizm adaptacyjny i nieadaptacyjny. Obecnie częściej podkreśla się, że o jego funkcjonalnym znaczeniu decyduje nie tyle poziom standardów, ile sposób regulacji samooceny oraz kontekst ich realizacji (Egan i in., 2012). Wysokie wymagania mogą sprzyjać zaangażowaniu i osiągnięciom, jednak gdy poczucie własnej wartości zależy od ich spełniania, perfekcjonizm wiąże się z większym nasileniem objawów psychopatologicznych (Bardone-Cone i in., 2007; Limburg i in., 2017).

Istotnym krokiem w kierunku ujęcia klinicznego było wprowadzenie przez Shafran i współpracowników (2002) pojęcia perfekcjonizmu klinicznego, definiowanego jako uporczywe dążenie do nadmiernie wysokich standardów mimo ich negatywnych konsekwencji oraz uzależnianie samooceny od zdolności ich realizacji. Ujęcie to przesuwaa akcent z opisu cechy osobowości na analizę funkcji perfekcjonizmu w utrzymywaniu trudności psychicznych.

Model perfekcjonizmu klinicznego uwzględnia czynniki podtrzymujące, takie jak nieelastyczne standardy, selektywna uwaga na błędy, zniekształcenia poznawcze, unikanie sytuacji potencjalnej porażki oraz powtarzalne zachowania sprawdzające (Egan i in., 2011; Shafran i in., 2002). Nawet osiągnięcia przynoszą zwykle jedynie krótkotrwałą ulgę, po której pojawiają się kolejne wymagania, co prowadzi do samopodtrzymującego się cyklu eskalacji standardów i coraz silniejszego uzależniania poczucia własnej wartości od ich realizacji.

Współczesne ujęcia wskazują, że perfekcjonizm można rozumieć zarówno jako względnie trwałą cechę, jak i mechanizm psychologiczny, którego znaczenie zależy od kontekstu klinicznego oraz współwystępujących procesów psychologicznych.

Geneza i czynniki rozwojowe perfekcjonizmu

W literaturze od dawna podkreśla się znaczenie środowiska rodzinnego w rozwoju perfekcjonizmu. Wczesne ujęcia wskazywały, że może on wiązać się ze stylem przywiązania oraz sposobem, w jaki dziecko doświadcza oceny i akceptacji ze strony osób znaczących (Hamachek, 1978; Pacht, 1984). Późniejsze koncepcje podkreślały, że kluczowe znaczenie ma nie tylko sama wysokość standardów, lecz także sposób ich komunikowania oraz emocjonalne konsekwencje ich niespełnienia (Frost i in., 1990; Hewitt, 1991). Postrzeganie rodziców jako nadmiernie oceniających i krytycznych może sprzyjać kształtowaniu kruchego poczucia własnej wartości oraz nasilonej obawy przed błędami oraz odrzuceniem (Frost i in., 1990; Hewitt, 1991). W takich warunkach dążenie do doskonałości może pełnić funkcję strategii regulowania poczucia własnej wartości oraz ograniczania ryzyka krytyki. Internalizacja wysokich standardów sprzyja powiązaniu samooceny z osiągnięciami. Utrwala się wówczas przekonanie, że błędy zagrażają relacjom z innymi (Domocus i Damian, 2018; Neumeister, 2004; Stoeber i Otto, 2006). Współczesne analizy wskazują również na znaczenie subtelniejszych form

presji rodzicielskiej, takich jak warunkowa akceptacja, psychologiczna kontrola czy nadmierne skupienie na sukcesach dziecka (Curran i Hill, 2019; Flett i in., 2002; Hewitt i in., 2017).

Oprócz doświadczeń rodzinnych na rozwój perfekcjonizmu mogą wpływać także indywidualne predyspozycje temperamentalne i biologiczne (Egan i in., 2011; por. Kwarcieńska i in., 2022). Temperament rozumiany jest jako względnie trwałe wzorce reaktywności emocjonalnej i samoregulacji. Wpływa on na sposób, w jaki jednostka reaguje na wymagania środowiska (Rothbart, 2004; Strelau, 2008). Badania wskazują na umiarkowany udział czynników genetycznych w rozwoju perfekcjonizmu, szacowany na około 25–40% wariancji w różnych jego wymiarach (Iranzo-Tatay i in., 2015; Kamakura i in., 2003; Wade i Bulik, 2007). Jednocześnie określone cechy temperamentalne, takie jak wysoka reaktywność emocjonalna, zahamowanie behawioralne czy perseweratywność mogą zwiększać podatność na rozwój dezadaptacyjnych form perfekcjonizmu (Affrunti i in., 2016; Chęć i in., 2024; Hong i in., 2016). Rozwój perfekcjonizmu jest zatem efektem współdziałania czynników dyspozycyjnych i środowiskowych. Temperament może przy tym modulować wpływ doświadczeń rodzinnych (Oliveira i in., 2025).

Istotną rolę odgrywają również procesy poznawcze związane z kształtowaniem przekonań na temat własnej wartości oraz znaczenia osiągnięć. W literaturze podkreśla się, że kluczowe znaczenie ma powiązanie poczucia własnej wartości z realizacją wysokich standardów oraz oceną ze strony innych osób (Egan i in., 2011; Shafran i in., 2002). W takich warunkach osiągnięcia stają się podstawowym kryterium samooceny, a niespełnienie wymagań może prowadzić do nasilonej samokrytyki i poczucia porażki (Flett i Hewitt, 2002; Limburg i in., 2017). Znaczenie ma także sposób interpretowania błędów i niedoskonałości – u osób rozwijających perfekcjonistyczne tendencje mogą być one postrzegane jako dowód osobistej niekompetencji lub zagrożenie dla poczucia własnej wartości (Egan i in., 2011; Frost i in., 1990).

Rozwój perfekcjonizmu można również rozumieć w kategoriach procesów uczenia się. W tym ujęciu wysokie standardy i zachowania perfekcjonistyczne mogą utrzymywać się w wyniku doświadczeń, w których osiągnięcia lub brak błędów prowadzą do pozytywnych konsekwencji, takich jak uznanie czy uniknięcie krytyki (Flett i Hewitt, 2002; Shafran i in., 2002). W literaturze opisano dwa komplementarne mechanizmy wyjaśniające ten proces. Zgodnie z modelem oczekiwanych społecznych perfekcjonizm może rozwijać się w sytuacji warunkowej aprobaty i wysokich wymagań ze strony osób znaczących (Flett i in., 2002). Z kolei model uczenia społecznego podkreśla rolę modelowania, czyli obserwowania i naśladowania perfekcjonistycznych przekonań oraz zachowań prezentowanych przez osoby z otoczenia (Damian i in., 2013; Flett i in., 2002). Dodatkowo mechanizmy negatywnego wzmocnienia mogą utrzymywać perfekcjonistyczne strategie, gdy perfekcyjne wykonanie zadania pozwala uniknąć krytyki lub poczucia wstydu (Shafran i in., 2002).

Rozwój perfekcjonizmu analizowany jest również w kontekście społeczno-kulturowym, który kształtuje normy dotyczące osiągnięć i sukcesu. Współczesne społeczeństwa silnie akcentują konkurencję i konieczność ciągłego doskonalenia się, co może sprzyjać internalizacji wysokich, często trudnych do spełnienia

standardów (Curran i Hill, 2019; Flett i Hewitt, 2014). Analizy różnic między kohortami urodzeniowymi wskazują ponadto, że nasilenie perfekcjonizmu wśród młodych dorosłych wzrosło w ostatnich dekadach, co bywa interpretowane jako efekt rosnącej presji osiągnięć i nasilonych porównań społecznych (Curran i Hill, 2019). Współczesne środowisko medialne może dodatkowo wzmacniać takie porównania poprzez ekspozycję na idealizowane standardy wyglądu i sukcesu (Fardouly i Vartanian, 2016; Vogel i in., 2014). Badania wskazują również, że perfekcjonizm, zwłaszcza jego samokrytyczny wymiar, może zwiększać wrażliwość na porównania społeczne oraz wiązać się z większym nasileniem objawów depresyjnych i niższą akceptacją własnego ciała (Ethersen i in., 2022).

Perfekcjonizm jako proces transdiagnostyczny

Koncepcja procesów transdiagnostycznych zakłada, że niektóre mechanizmy psychologiczne nie są specyficzne dla pojedynczych kategorii diagnostycznych, lecz mogą odgrywać rolę w rozwoju i podtrzymywaniu różnych zaburzeń psychicznych oraz współwystępowaniu objawów (Harvey i in., 2004; Mansell i in., 2009). Zgromadzone badania sugerują, że perfekcjonizm może spełniać wiele kryteriów tak rozumianego procesu, ponieważ obserwowany jest w różnych zaburzeniach psychicznych oraz może wiązać się zarówno z ich rozwojem, jak i utrzymywaniem objawów (Egan i in., 2012; Limburg i in., 2017).

Podwyższone nasilenie perfekcjonizmu obserwuje się w różnych grupach klinicznych, w tym u osób z zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami nastroju oraz zaburzeniami lękowymi (Egan i in., 2012; Limburg i in., 2017). Badania wskazują również, że może on wiązać się z nasileniem objawów oraz trudnościami w procesie leczenia, m.in. poprzez zwiększoną samokrytykę i sztywność poznawczą (Egan i in., 2011). Ponadto większa liczba współwystępujących diagnoz może wiązać się z nasileniem perfekcjonistycznych obaw, co sugeruje możliwy udział perfekcjonizmu w zjawisku współchorobowości w psychopatologii (Bieling i in., 2004; Harvey i in., 2004).

Jednocześnie rola perfekcjonizmu nie jest jednakowa we wszystkich zaburzeniach psychicznych. W zależności od kontekstu klinicznego może on pełnić funkcję czynnika ryzyka, mechanizmu podtrzymującego objawy lub konsekwencji doświadczeń porażki i nasilonej samokrytyki. Dodatkowym ograniczeniem jest heterogeniczność samego konstruktu perfekcjonizmu. Badania wskazują, że jego różne wymiary, zwłaszcza perfekcjonistyczne obawy i dążenia, mogą w odmienny sposób wiązać się z funkcjonowaniem psychicznym (Limburg i in., 2017; Stoeber i Otto, 2006).

Mechanizmy podtrzymujące perfekcjonizm

W modelu perfekcjonizmu klinicznego centralną rolę odgrywa uzależnienie poczucia własnej wartości od realizacji wysokich standardów (Shafran i in., 2002). Oznacza to, że wartość jednostki staje się warunkowa i zależna od osiągnięć,

produktywności lub unikania błędów. W rezultacie realizacja wysokich standardów staje się głównym sposobem regulowania poczucia własnej wartości.

Model perfekcjonizmu klinicznego opisuje także mechanizmy poznawcze i behawioralne sprzyjające utrwalaniu tego wzorca. Należą do nich m.in. selektywna uwaga na błędy i niedoskonałości, sztywne standardy wykonania oraz tendencja do interpretowania pomyłek jako dowodu osobistej niekompetencji (Egan i in., 2011; Shafran i in., 2002). W odpowiedzi na te przekonania jednostki mogą podejmować strategie, takie jak nadmierne przygotowanie, powtarzalne sprawdzanie własnych działań czy unikanie sytuacji potencjalnie związanych z oceną.

Strategie te często prowadzą do krótkotrwałej redukcji napięcia lub uniknięcia krytyki, co wzmacnia przekonanie o konieczności utrzymywania wysokich standardów. W dłuższej perspektywie sprzyja to powstaniu samopodtrzymującego się cyklu, w którym wysokie wymagania, nasilona samokrytyka oraz strategie kontrolowania błędów wzajemnie się wzmacniają (Egan i in., 2011; Shafran i in., 2002).

Istotną rolę w podtrzymywaniu perfekcjonizmu odgrywają również procesy interpersonalne. Osoby z wysokim nasileniem perfekcjonizmu mogą poszukiwać zewnętrznego potwierdzenia swoich osiągnięć lub unikać sytuacji społecznych, w których mogłyby zostać ocenione negatywnie. Takie strategie, choć krótkotrwanie redukują napięcie, wzmacniają przekonanie o konieczności spełniania wysokich standardów oraz utrudniają weryfikację zniekształconych przekonań na temat własnej wartości (Flett i Hewitt, 2002; Hewitt i in., 2006).

Perfekcjonizm w wybranych grupach zaburzeń

Perfekcjonizm coraz częściej analizowany jest w kontekście różnych zaburzeń psychicznych. Metaanalizy wskazują, że zarówno perfekcjonistyczne dążenia, jak i perfekcjonistyczne obawy wiążą się z objawami depresji, zaburzeń lękowych oraz OCD (Callaghan i in., 2024; Claus i in., 2025; Limburg i in., 2017). Wyniki te sugerują, że perfekcjonizm może pełnić rolę procesu obecnego w różnych obszarach psychopatologii (Egan i in., 2011).

Najsilniejsze związki perfekcjonizmu z zaburzeniami odżywiania opisano zwłaszcza w przypadku anoreksji i bulimii (Fairburn i in., 2003). Osoby z tymi zaburzeniami uzyskują wyższe wyniki w natężeniu perfekcjonizmu niż grupy kontrolne, a jego wysokie nasilenie często utrzymuje się także po remisji objawów, zwiększając ryzyko nawrotu (Bardone-Cone i in., 2007). W modelu transdiagnostycznym zaburzeń odżywiania perfekcjonizm kliniczny uznaje się za jeden z mechanizmów podtrzymujących objawy, związany m.in. ze sztywnością poznawczą, nadmierną kontrolą masy ciała oraz chronicznym niezadowoleniem z siebie (Fairburn i in., 2003; Reivan Ortiz i in., 2022).

Perfekcjonizm odgrywa również istotną rolę w zaburzeniach nastroju. Badania wskazują, że szczególnie silnie wiąże się on z wymiarem perfekcjonizmu narzuconego społecznie oraz z obawami przed błędami (Dunkley i in., 2006). Negatywne aspekty perfekcjonizmu mogą przewidywać utrzymywanie się objawów

depresyjnych w czasie (Dunkley i in., 2009). Wskazuje się również, że związek perfekcjonizmu z depresją jest częściowo wyjaśniany przez nasilony autokrytycyzm oraz ruminacje, które sprzyjają utrwalaniu negatywnego obrazu siebie (De Rosa i Keegan, 2024; De Rosa i in., 2021).

Zwiększone nasilenie perfekcjonizmu obserwuje się także w zaburzeniach lękowych, szczególnie w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym oraz fobii społecznej (Frost i DiBartolo, 2002). W OCD wiąże się on z trudnościami w tolerowaniu błędów, nadmiernym sprawdzaniem oraz wysokimi standardami kontroli. Natomiast w fobii społecznej z nasilonym lękiem przed oceną i unikaniem sytuacji społecznych (Heimberg i in., 1995).

Konceptualizacja perfekcjonizmu w modelu CBT

W terapii poznawczo-behawioralnej konceptualizacja przypadku stanowi podstawę planowania interwencji terapeutycznych. Jest ona próbą odpowiedzi na trzy podstawowe pytania: jaki problem zgłasza pacjent, jakie mechanizmy podtrzymują jego trudności oraz jakie czynniki doprowadziły do ich powstania (Popiel i Pragłowska, 2022). W tym kontekście perfekcjonizm może być ujmowany jako jeden z istotnych procesów uwzględnianych w konceptualizacji przypadku. Ponieważ nieadaptacyjny perfekcjonizm może pełnić zarówno funkcję czynnika ryzyka, jak i mechanizmu podtrzymującego różne formy psychopatologii, bywa on traktowany jako istotny cel interwencji terapeutycznej. W podejściu poznawczo-behawioralnym interwencje te opierają się na konceptualizacji przypadku bazującej na modelu perfekcjonizmu klinicznego (Keegan, 2024; Egan i in., 2024).

Model zaproponowany przez Shafran i współpracowników (2002) opisuje perfekcjonizm jako wzorzec funkcjonowania, w którym poczucie własnej wartości jest nadmiernie uzależnione od zdolności spełniania wymagających standardów w co najmniej jednej ważnej dziedzinie życia. Problemem nie są same wysokie standardy, lecz uzależnianie samooceny od ich realizacji. W rezultacie osiągnięcia stają się podstawowym kryterium oceny siebie.

W konceptualizacji poznawczo-behawioralnej perfekcjonizm może być analizowany na poziomie mechanizmów poznawczych, takich jak przekonania kluczowe, schematy oraz sztywne zasady działania, a także w strategiach behawioralnych podtrzymujących problem. Mechanizmy te są zwykle kształtowane w procesie uczenia się i stanowią ważny element indywidualnej konceptualizacji przypadku.

W praktyce klinicznej oznacza to, że perfekcjonizm może być ujmowany w konceptualizacji na kilku poziomach funkcjonowania pacjenta. Może być związany z przekonaniami kluczowymi dotyczącymi własnej wartości (np. „jestem niekompetentny”, „jestem niewart miłości”), z których wynikają przekonania warunkowe oraz zniekształcenia poznawcze (np. „jeśli nie zrobię czegoś idealnie, to lepiej tego nie robić”, „jeśli popełnię błąd, to znaczy, że jestem niekompetentny”). Przekonania te prowadzą do określonych strategii behawioralnych, m.in. nadmiernego przygotowania, sprawdzania, porównywania się z innymi czy unikania sytuacji, w których istnieje ryzyko popełnienia błędu. Strategie te mogą przynosić krótkotrwałą ulgę, jednak w dłuższej perspektywie podtrzymują samokrytycyzm

oraz wzmacniają zależność poczucia własnej wartości od osiągnięć. W tym ujęciu perfekcjonizm staje się ważnym elementem indywidualnej konceptualizacji przypadku i może stanowić istotny cel interwencji terapeutycznych w terapii poznawczo-behawioralnej.

Metody ocen perfekcjonizmu

Ocena perfekcjonizmu w badaniach i praktyce klinicznej bazuje głównie na narzędziach psychometrycznych odzwierciedlających różne ujęcia teoretyczne tego procesu. Najczęściej stosowane są dwie skale wielowymiarowe: *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS) oraz *Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS). FMPS obejmuje sześć wymiarów, m.in. standardy osobiste, obawy przed błędami oraz wątpienie w jakość własnych działań (Frost i in., 1990), natomiast HMPS wyróżnia trzy formy perfekcjonizmu: zorientowany na siebie, zorientowany na innych oraz społecznie przypisany (Hewitt i Flett, 1991). Badania wskazują, że szczególnie silne związki z psychopatologią wykazują wymiary związane z obawami przed błędami oraz perfekcjonizmem społecznie przypisanym (Enns i Cox, 2002; Hewitt i in., 2006).

Analizy czynnikowe obu skal doprowadziły do wyróżnienia dwóch szerszych kategorii perfekcjonizmu: perfekcjonistycznych dążeń (*perfectionistic strivings*) oraz perfekcjonistycznych obaw (*perfectionistic concerns*) (Bieling i in., 2004; Stoeber i Otto, 2006). Podział ten okazał się szczególnie użyteczny w badaniach nad psychopatologią, ponieważ wskazuje, że obawy związane z błędami i oceną są silniej powiązane z zaburzeniami psychicznymi niż same wysokie standardy (Stoeber i Otto, 2006).

W praktyce klinicznej stosuje się również narzędzia ukierunkowane na bardziej specyficzne aspekty perfekcjonizmu. Przykładem jest *Clinical Perfectionism Questionnaire* (CPQ) opracowany przez Fairburna i współpracowników (2003), który mierzy perfekcjonizm kliniczny rozumiany jako uporczywe dążenie do wysokich standardów mimo negatywnych konsekwencji oraz uzależnianie samooceny od ich realizacji (Shafran i in., 2002). Opracowano także inne kwestionariusze: *Almost Perfect Scale – Revised* (APS-R) czy *Perfectionism Cognitions Inventory* (PCI), pozwalające oceniać odpowiednio rozbieżność między standardami a osiągnięciami oraz częstotliwość perfekcjonistycznych myśli (Flett i in., 1998; Slaney i in., 2001).

Perfekcjonizm a skuteczność terapii

Znaczenie perfekcjonizmu jako procesu transdiagnostycznego potwierdzają również badania nad skutecznością terapii. Protokoły poznawczo-behawioralne ukierunkowane bezpośrednio na jego redukcję (*Cognitive Behavioural Therapy for Perfectionism*, CBT-P) prowadzą do obniżenia natężenia perfekcjonizmu oraz zmniejszenia nasilenia objawów depresji, lęku i zaburzeń odżywiania (Egan i in., 2024; Shafran i in., 2010; Suh i in., 2019). Metaanalizy wskazują, że interwencje

skoncentrowane na perfekcjonizmie są skuteczne zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej, a ich efekty obejmują także symptomy, które nie były bezpośrednim celem leczenia (Galloway i in., 2021; Robinson i Wade, 2021).

Badania nad różnymi formami psychoterapii, w tym terapią poznawczo-behawioralną oraz podejściami bazującymi na uważności, potwierdzają możliwość redukcji nasilenia perfekcjonizmu, choć w populacjach klinicznych efekty bywają mniej spójne i mogą wymagać dłuższych interwencji (Smith i in., 2023). Dotychczasowe wyniki podkreślają znaczenie podejścia skoncentrowanego na procesach wspólnych dla wielu zaburzeń, takich jak perfekcjonizm kliniczny, którego uwzględnianie w protokołach CBT może sprzyjać trafniejszej konceptualizacji trudności pacjentów z wieloma współwystępującymi problemami (Egan i in., 2012).

Podsumowanie

Zgromadzone badania wskazują, że perfekcjonizm odgrywa istotną rolę w zaburzeniach odżywiania, zaburzeniach nastroju i zaburzeniach lękowych, wpływając zarówno na nasilenie objawów, jak i przebieg leczenia (Egan i in., 2012; Limburg i in., 2017). Jednocześnie dostępne dane sugerują, że nie stanowi on uniwersalnego rdzenia psychopatologii. Jego znaczenie zależy od kontekstu klinicznego oraz współwystępujących procesów psychologicznych, a szczególną rolę odgrywają perfekcjonistyczne obawy związane z samokrytycyzmem i lękiem przed oceną.

Z perspektywy poznawczo-behawioralnej perfekcjonizm może stanowić ważny element konceptualizacji przypadku oraz cel interwencji terapeutycznych. Badania pokazują, że oddziaływania ukierunkowane na jego redukcję prowadzą do zmniejszenia nasilenia perfekcjonizmu oraz objawów współwystępujących zaburzeń (Galloway i in., 2021; Robinson i Wade, 2021).

Przyszłe badania mogą koncentrować się na roli poszczególnych wymiarów perfekcjonizmu oraz trwałości efektów terapii. Mimo tych ograniczeń perfekcjonizm kliniczny pozostaje konstruktem o istotnym znaczeniu teoretycznym i praktycznym, szczególnie w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej.

Oświadczenia

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorka oświadcza, że nie występuje potencjalny konflikt interesów w odniesieniu do badań, autorstwa ani publikacji niniejszego artykułu. Autorka nie posiada istotnych interesów finansowych ani niefinansowych, które wymagałyby ujawnienia, ani żadnych konkurencyjnych interesów związanych z treścią artykułu. Autorka potwierdza również, że nie jest powiązana ani zaangażowana w działalność żadnej organizacji lub podmiotu, który mógłby mieć interes finansowy lub niefinansowy w tematyce lub materiałach omówionych w niniejszym manuskrypcie.

Podmioty, które wniosły wkład w powstanie publikacji oraz ich udział

Nie dotyczy

Zgody etyczne

Nie dotyczy

Oświadczenie o dostępności danych

Nie dotyczy

Oświadczenie o finansowaniu

Nie dotyczy

Oświadczenia i deklaracje dotyczące wykorzystania AI

W procesie przygotowania artykułu wykorzystano ChatGPT w celu poprawek stylistycznych. Wszelkie zmiany dokonane przez narzędzia sztucznej inteligencji zostały starannie przejrane przez Autorkę, która bierze pełną odpowiedzialność za ostatecznie przesłaną wersję tekstu.

Deklaracja wkładu autorów w powstanie manuskryptu

Anna Ussorowska-Krokosz: Konceptualizacja, Analiza formalna, Zarządzanie projektem, Pisanie – wersja pierwotna, Pisanie – przegląd i redakcja

Bibliografia

- Affrunti, N. W., Gramszlo, C., Woodruff-Borden, J. (2016). Executive function moderates the association between fearful temperament and dimensions of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 89, 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.012>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 wyd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Upala, 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., Israeli, A. L., Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373–1385. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00235-6)
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. William Morrow.
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>

- Chęć, M., Michalowska, S., Gnych-Pietrzak, A., Rybarska, A., Stochalska, K. (2024). Temperament and the experience of tension and self-injurious behaviour in adolescents—The mediating role of maladaptive perfectionism. *Brain Sciences*, 14(11), artykuł 1140. <https://doi.org/10.3390/brainsci14111140>
- Claus, N., Cludius, B., Egan, S. J., Shafran, R., Ehring, T., Takano, K., Limburg, K. (2025). Perfectionism as a risk factor for psychopathology in a community sample of young women: Disorder-specific pathways to disordered eating or obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54(5), 664–684. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2461472>
- 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. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Damian, L. E., Stoeber, J., Negru, O., Băban, A. (2013). On the development of perfectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal increases in socially prescribed perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 688–693. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.021>
- De Rosa, L., Keegan, E. (2024). Implicaciones clínicas del perfeccionismo: Relación entre autocrítica, rumiación y malestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 20, artykuł e20240467. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20240467>
- De Rosa, L., Miracco, M. C., Galarregui, M. S., Keegan, E. G. (2021). Perfectionism and rumination in depression. *Current Psychology*, 42, 4851–4861. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01834-0>
- Domocus, I. M., Damian, L. E. (2018). The role of parents and teachers in changing adolescents' perfectionism: A short-term longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 131, 244–248. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.012>
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., Winkworth, G. (2009). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 437–453. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.437>
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.003>
- 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., Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279–294. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., Antony, M. M. (2024). *Terapia perfekcjonizmu w podejściu poznawczo-behawioralnym* (A. Pawełczyk, red. wyd. pol.). Edra Urban & Partner.
- Enns, M. W., Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. W: G. L. Flett, P. L. Hewitt (red.), *Perfectionism: Theory, research, and*

- treatment* (s. 33–62). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-002>
- Etherson, M. E., Curran, T., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hill, A. P. (2022). Perfectionism as a vulnerability following appearance-focussed social comparison: A multi-wave study with female adolescents. *Personality and Individual Differences*, 186, artykuł 111355. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111355>
- Fardouly, J., Vartanian, L. R. (2016). Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>
- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L. (2014). Perfectionism and interpersonal orientations in depression: An analysis of validation seeking and rejection sensitivity in a community sample of young adults. *Psychiatry*, 77(1), 67–85. <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.1.67>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1363–1381. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1363>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. W: G. L. Flett, P. L. Hewitt (red.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (s. 89–132). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-004>
- Frost, R. O., DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive–compulsive disorder. W: G. L. Flett, P. L. Hewitt (red.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (s. 341–371). American Psychological Association.
- 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>
- Galloway, A., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., Egan, S. (2021). The efficacy of cognitive behavioral therapy for perfectionism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(2), 170–184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1859905>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198528883.001.0001>
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A., Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Description, case presentation, and empirical support. W: M. B. Stein (red.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (s. 293–321). American Psychiatric Press.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991). 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., Flett, G. L., Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.276>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. W: S. R. Shankman, T. E. Joiner (red.), *Perfectionism and suicide* (s. 215–230). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-010>
- Hong, R. Y., Lee, S. S., Chng, R. Y., Zhou, Y., Tsai, F. F., Tan, S. H. (2016). Developmental trajectories of maladaptive perfectionism in middle childhood. *Journal of Personality*, 85(3), 409–422. <https://doi.org/10.1111/jopy.12249>
- Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. Á., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*, 230(3), 932–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.020>
- Kamakura, T., Ando, J., Ono, Y., Maekawa, H. (2003). A twin study of genetic and environmental influences on psychological traits of eating disorders in a Japanese female sample. *Twin Research and Human Genetics*, 6(4), 292–296. <https://doi.org/10.1375/136905203322296647>
- Keegan, E. (red.). (2024). *Perfekcjonizm kliniczny. Konceptualizacja i leczenie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kwarcińska, K., Sanna, K., Kamza, A., Piotrowski, K. (2022). Perfekcjonizm w teorii i badaniach. *Przegląd Psychologiczny*, 65(3), 27–42. <https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.8033>
- 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>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Neumeister, K. L. S. (2004). Factors influencing the development of perfectionism in gifted college students. *Gifted Child Quarterly*, 48(4), 259–274. <https://doi.org/10.1177/001698620404800402>
- Oliveira, D., Martins, C., Faísca, L., Brás, M., Nunes, C., Carmo, C. (2025). The role of parental perfectionism and child temperament in the intergenerational transmission of perfectionism: A pilot study. *Children*, 12(11), artykuł 1452. <https://doi.org/10.3390/children12111452>
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386–390. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Reivan Ortiz, G. G., Rivera Tapia, C. J., Elizalde Martínez, B. A., Icaza, D. (2022). Mediating mechanisms of perfectionism: Clinical comorbidity of OCD and ED. *Frontiers in Psychiatry*, 13, artykuł 908926. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.908926>

- 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>
- Rothbart, M. K. (2004). Commentary: Differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 82–87. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_8
- 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.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., Ashby, J. S. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130–145. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Flett, G. L., Kealy, D., Tasca, G. A., Ge, S., Ying, F., Bakken, K. (2023). A meta-analytic test of the efficacy of cognitive behavioural therapy for perfectionism: A replication and extension. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 64(4), 355–376. <https://doi.org/10.1037/cap0000360>
- Stoeber, J., Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Strelau, J. (2008). *Temperament jako regulator zachowania. Z perspektywy półwiecza badań*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 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>
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206–222. <https://doi.org/10.1037/ppm0000047>
- Wade, T. D., Bulik, C. M. (2007). Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychological Medicine*, 37(5), 635–644. <https://doi.org/10.1017/s0033291706009603>