

Psychiatria i Psychoterapia 2016; tom 12, numer 2: strony 20-41

wersja pierwotna – elektroniczna

**Perfekcjonizm i myślenie dychotomiczne w paradygmacie poznawczo-behavioralnym  
– przejawy oraz techniki terapeutyczne**

**Perfectionism and dichotomous thinking in cognitive-behavioral therapy**

**– manifestations and therapeutic techniques**

Monika Słodka, Dagna Skrzypińska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

**Streszczenie**

Celem artykułu jest zaprezentowanie podejścia do perfekcjonizmu klinicznego, z głównym naciskiem położonym na jeden z jego przejawów – skłonność do myślenia dychotomicznego (ang. *dichotomous thinking*; nazywane w literaturze przedmiotu myśleniem czarno-białym, myśleniem typu „wszystko albo nic”, myśleniem w kategoriach 0-1, myśleniem spolaryzowanym) w ramach paradygmatu poznawczo-behavioralnego w psychoterapii. Przedstawione zostaną podstawowe założenia tego nurtu terapii, wyjaśnione zostanie, czym jest perfekcjonizm kliniczny oraz omówiona zostanie definicja myślenia dychotomicznego w kontekście zniekształceń poznawczych, czyli błędów logicznych we wnioskowaniu oraz sposobie myślenia, które mają charakter uniwersalny. Myślenie czarno-białe występuje w przebiegu różnego rodzaju problemów o nasileniu klinicznym oraz zaburzeń psychicznych. W artykule skupiono się jednak na przejawach myślenia czarno-białego w kontekście perfekcjonizmu klinicznego w przebiegu zaburzeń takich jak: depresja, zaburzenia odżywiania, fobia społeczna oraz zaburzenia osobowości. Zaproponowano sposób rozumienia tendencji do perfekcjonizmu i myślenia dychotomicznego w tych jednostkach chorobowych oraz przedstawiono wyniki badań na ten temat. W terapii poznawczo-behavioralnej obecny jest szeroki repertuar technik pozwalających na modyfikację takiego sposobu myślenia. Przedstawiono oraz omówiono najważniejsze z nich., takie jak: tworzenie i rozpoznanie fałszywej dychotomii, skalowanie, technika „podzielonego tortu”, metoda skrajnych przykładów czy eksperyment behavioralny.

**Summary**

The aim of the article is to present an approach to clinical perfectionism, with the main emphasis on one of its manifestations – tendency to dichotomous thinking (named in the literature also as black-and-white thinking, thinking "all or nothing", thinking in categories 0-1, polarized thinking) within a paradigm of cognitive-behavioral psychotherapy. The underlying assumptions of this kind of therapy and the definition of clinical perfectionism and dichotomous thinking in the context of cognitive distortions, which are universal errors in reasoning and logical thinking, are presented. Black-and-white thinking occurs in the course of almost all sorts

of clinical problems and psychological disorders. The article focuses on aspects of thinking in categories 0-1 in the context of perfectionism in the course of clinical disorders such as depression, eating disorders, social phobia, and personality disorders. A way of understanding the tendency to clinical perfectionism and dichotomous thinking in these disorders and the results of research on the subject are presented. In cognitive-behavioral therapy there is a wide range of techniques allowing to work on changing this way of distorted thinking. The most important methods, such as the creation and recognition of a false dichotomy, scaling, technique "split the pie", method of extreme examples, and behavioral experiment, are presented and discussed.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia poznawczo-behawioralna, depresja, fobia społeczna

**Key words:** cognitive-behavioural therapy, depression, social phobia

### Wstęp

Podjęcie poznawczo-behawioralne w psychoterapii w pełni obecne jest w naszym kraju od końca lat 90. XX wieku, kiedy to powstało pierwsze polskie towarzystwo zajmujące się promocją i rozwojem tego nurtu psychoterapii (Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, PTTPiB). Od tego czasu coraz więcej psychologów oraz lekarzy psychiatrów szkoli się w tym nurcie terapeutycznym [1]. Główne zasady psychoterapii poznawczo-behawioralnej zostały sformułowane przez jej pionierów, m. in. Alberta Ellisa i Aarona T. Becka, którzy czerpali z prac twórców terapii behawioralnej oraz psychologii poznawczej.

U podstaw podejścia poznawczo-behawioralnego w psychoterapii leży założenie, że procesy uczenia się wpływają na myśli, zachowanie oraz emocje człowieka. W każdego rodzaju sytuacji, mamy do czynienia z czterema elementami – myślami, zachowaniem, emocjami oraz reakcjami fizjologicznymi. Zachodzą między nimi wielokierunkowe interakcje, w związku z czym zmiana jednej z tych części pociąga za sobą modyfikację pozostałych składowych. Przyjmuje się, że w procesie terapii dyskusja z myślami automatycznymi oraz przekonaniami pacjenta i modyfikacja jego nawyków behawioralnych będzie wiązała się także ze zmianami w doświadczanych przez niego emocjach [2]. Jednym z rodzajów pracy z myślami automatycznymi i przekonaniami jest identyfikacja i weryfikacja występujących w nich zniekształceń poznawczych, w tym szerzej omawianej w niniejszej pracy skłonności do myślenia dychotomicznego. Przed podjęciem problemu perfekcjonizmu klinicznego i jego przejawów pod postacią skłonności do myślenia czarno-białego w poszczególnych zaburzeniach psychicznych, przybliżono problematykę zniekształceń poznawczych.

## **Zniekształcenia poznawcze**

Zniekształcenia poznawcze (nazywane też błędami w myśleniu) to błędy logiczne we wnioskowaniu oraz sposobie myślenia. Mają one charakter uniwersalny, ponieważ w ujęciu psychologii poznawczej wszyscy ludzie są „skąpcami poznawczymi” (ang. *cognitive misers*) [3]. Oznacza to, że mają skłonność do oszczędzania swoich zasobów poznawczych oraz bardzo niechętnie wdają się w szczegółowe analizowanie i przetwarzanie wszystkich informacji o ludziach i otoczeniu. W związku z tym, nikt nie jest logikiem doskonałym. Człowiek ma skłonność do częstego posługiwania się heurystykami oraz skrótami i nawykami myślowymi. Błędy w myśleniu są także wynikiem chęci zaoszczędzenia energii poznawczej. Zazwyczaj są niezauważane przez popełniającą je osobę i występują powszechnie. Jednak u osób z zaburzeniami psychicznymi zdarzają się częściej niż u zdrowej populacji, są bardziej utrwalone, pojawiają się bardziej systematycznie oraz zwracają treści myślenia w negatywnym kierunku. David Burns, klinicysta i badacz zajmujący się m.in. zniekształceniami poznawczymi, uważa, że stanowią one „rzeczywiste podstawy *samooszukiwania się*” ([4] s. 41), dlatego zachęca pacjentów do zwracania szczególnej uwagi na swoje myśli i wyszukiwanie w nich błędów. Podobnie, Aron T. Beck podkreślał rolę zniekształceń poznawczych w powstawaniu i utrzymywaniu się m.in. depresji [5].

Do najczęstszych zniekształceń poznawczych zalicza się m.in.: myślenie dychotomiczne, katastrofizację (przewidywanie negatywnej przyszłości), nadmierne uogólnianie (wyciąganie negatywnych wniosków bez dostatecznych przesłanek) oraz personifikację (branie odpowiedzialności za wypowiedzi i zachowanie innych osób bez uwzględniania bardziej prawdopodobnych motywów ich czynów). Niektóre ze zniekształceń poznawczych są bardziej typowe dla konkretnych zaburzeń psychicznych niż inne. Co ważne, błędy w myśleniu nie tworzą kategorii rozłącznych, więc często jedna myśl mieści w sobie wiele z nich. Błędy te zniekształcają percepcję i interpretację bodźców w taki sposób, że odbierane są tylko informacje zgodne z przekonaniami, a następnie interpretowane w sposób, który podtrzymuje ten styl myślenia. Co więcej, zniekształcenia poznawcze wzmacniają negatywne emocje oraz nieadaptacyjne zachowania [1].

## **Charakterystyka myślenia dychotomicznego**

Myślenie dychotomiczne (nazywane również myśleniem czarno-białym, myśleniem typu „wszystko albo nic”, myśleniem w kategoriach 0-1, myśleniem spolaryzowanym, ang.

*dichotomous thinking* – DT) definiowane jest jako dostrzeganie lub podkreślanie dwóch, zwykle skrajnych możliwości, przy istnieniu wielu pośrednich. Dlatego czasem określa się je także jako błąd fałszywego dylematu [1]. Judith Beck [2] określa myślenie dychotomiczne bardzo podobnie – jako patrzeć na sytuację w kategoriach dwóch skrajności, a nie kontinuum. Przykłady myśli automatycznych zawierających ten błąd poznawczy to: „Jeśli nie zdam tego egzaminu, to jestem przegrana”, „Jeśli wszyscy tutaj mnie nie polubią, to jestem do niczego”, „Liczy się tylko pierwsze miejsce, drugie nie ma znaczenia” itd.

Popiel i Pragłowska [1] zauważają, że myślenie czarno-białe to pochodna błędu poznawczego nazywanego uogólnianiem, które polega na wyciąganiu ogólnych, negatywnych wniosków, daleko wykraczających poza bieżącą sytuację. Przejawia się ono w postaci nadużywania kwantyfikatorów typu: „zawsze”, „nigdy” i „wszystko”. Myśli automatyczne zawierające uogólnianie to na przykład: „Zawsze będę najgorszy”, „Nigdy nie odniosę sukcesu”, „Wszystko robię źle”.

Oshio [6] twierdzi, że myślenie dychotomiczne może być użyteczne w sytuacji, gdy zachodzi wyjątkowa potrzeba szybkiego podjęcia decyzji. Co jednak istotne, występuje ono często w przebiegu zaburzeń osobowości i różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, gdzie jest czynnikiem je podtrzymującym i wymagającym modyfikacji w procesie terapeutycznym.

### **Perfekcjonizm kliniczny**

Perfekcjonizm kliniczny jest pojęciem, którym określa się stawianie sobie bardzo wysokich standardów co do wykonania zadań, nadmierne przejmowanie się każdą porażką oraz rozdzwięk między realnymi osiągnięciami a założonymi wymaganiami [7]. Wyróżnia się jego trzy rodzaje – po pierwsze, perfekcjonizm zorientowany na własne „ja” (stawianie sobie wysokich wymagań i potrzeba bycia doskonałym), po drugie – perfekcjonizm zorientowany na innych (wymagany wobec innych osób) oraz – po trzecie – uwarunkowany czynnikami społecznymi perfekcjonizm „ustalony społecznie”, czyli spowodowany wiarą, że inni wymagają od osoby perfekcjonistycznego zachowania [8]. Perfekcjonizm kliniczny nazywa się czasem również perfekcjonizmem dysfunkcyjnym lub negatywnym [9]. W przeciwieństwie do perfekcjonizmu funkcjonalnego, perfekcjonizm o nasileniu klinicznym wiąże się ze stawianiem sobie standardów, których spełnienie jest niemożliwe. Możliwy jest także wariant, w którym dana osoba spełnia któryś ze swoich standardów, jednak stwierdza wtedy, że ten standard był za niski i wyznacza sobie kolejny, trudniejszy do zrealizowania cel. W efekcie, narażona jest na ciągłe doznawanie porażek, z którymi nie potrafi sobie skutecznie

radzić [10]. Frost i współpracownicy [11] łączą ten rodzaj perfekcjonizmu z samokrytyką, która jest nieobecna w pozytywnym perfekcjonizmie rozumianym jako orientacja na zdobywanie osiągnięć.

Shafran, Cooper i Fairburn [12] zaproponowali model perfekcjonizmu klinicznego, w którym perfekcjonizm definiują jako „*uzależnienie samooceny od zdeterminowanej pogoni za osobiście narzuconymi standardami w przynajmniej jednej domenie życia, pomimo negatywnych konsekwencji*” ([12] s. 778). W ramach tej koncepcji autorzy zakładają, że myślenie czarno-białe jest centralnym czynnikiem podtrzymującym perfekcjonizm kliniczny. Sugerują, że perfekcjonistyczne osoby określają w dychotomiczny sposób, czy spełniły jakiś wysoki, prywatny standard czy nie w kategoriach pełnego sukcesu lub jego całkowitego braku. Riley i Shafran [13] ocenili, że myślenie dychotomiczne było obecne u większości osób badanych zakwalifikowanych w sposób jakościowy jako przejawiające perfekcjonizm kliniczny. Co więcej, myślenie czarno-białe koreluje pozytywnie z negatywnym perfekcjonizmem ( $r=0,36$ ) w przeciwieństwie do pozytywnego perfekcjonizmu ( $r=0,01$ ) [14]. Dane te sugerują, że myślenie dychotomiczne jest związane bardziej z negatywnym niż z pozytywnym perfekcjonizmem.

Do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznych nad związkami perfekcjonizmu klinicznego i myślenia czarno-białego. W jednym z nielicznych takich doniesień autorstwa Egan i współpracowników [15], poświęconemu związkom perfekcjonizmu z myśleniem dychotomicznym i sztywnością myślenia, okazało się, że poziom perfekcjonizmu negatywnego jest wyższy w grupie klinicznej osób z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi niż w grupie sportowców (w tej grupie poziom był najniższy) i studentów. Przy pomocy metody kwestionariuszowej sprawdzano również poziom perfekcjonizmu pozytywnego w tych trzech grupach badanych. Co ciekawe, nie znaleziono tutaj istotnych różnic. Autorzy wyciągają wniosek, że dystres psychologiczny jest bardziej związany z obecnością wysokiego poziomu negatywnego perfekcjonizmu niż niskiego poziomu pozytywnego perfekcjonizmu. Osoba może mieć średni poziom perfekcjonizmu pozytywnego, natomiast jeśli posiada także niski poziom negatywnego perfekcjonizmu, to jej poziom dystresu jest niższy niż osoby, która posiada dodatkowo wysoki poziom perfekcjonizmu negatywnego. Pozytywny perfekcjonizm może zatem wywierać mniejszy wpływ na nastrój niż perfekcjonizm kliniczny. Wniosek ten jest zgodny z opinią Rheaume i współpracowników [16-18], którzy uważają, że pozytywny perfekcjonizm można zdefiniować jako brak negatywnych konsekwencji perfekcjonizmu.

Badanie Egan i współpracowników [15] potwierdziło centralną rolę myślenia dychotomicznego w perfekcjonizmie, zwłaszcza w tym określanym jako negatywny. Myślenie dychotomiczne było najsilniejszym predyktorem negatywnego perfekcjonizmu, silniejszym niż np. sztywność myślenia. W grupie klinicznej myślenie dychotomiczne wyjaśniało 43% zróżnicowania poziomu perfekcjonizmu negatywnego, w grupie sportowców – 12%, a studentów – 14% wariacji. Autorzy konkludują, iż jeśli chcemy zrozumieć naturę perfekcjonizmu negatywnego, konieczne są kolejne badania nad rolą myślenia dychotomicznego jako konstruktów poznawczych. Pozytywny perfekcjonizm i myślenie dychotomiczne nie były ze sobą silnie związane, co sugeruje, że osoby mogą być w stanie dążyć do zrealizowania wysokich standardów, jednocześnie nie oceniając swoich postępów w dychotomiczny sposób. W związku z tym, ich perfekcjonizm może łączyć się z mniej negatywnymi konsekwencjami. Natomiast u osób, które posiadają wysoki poziom klinicznego perfekcjonizmu myślenie dychotomiczne powinno być ważnym celem leczenia.

Badacze podkreślają, że przytoczone wyżej wyniki opisujące związek między myśleniem dychotomicznym a negatywnym perfekcjonizmem sugerują, iż ten styl myślenia należy włączyć do modelu negatywnego perfekcjonizmu [15]. Możliwa jest sytuacja, gdy dana osoba posiada podwyższony poziom myślenia czarno-białego, ale nie przejawia perfekcjonizmu klinicznego. Być może myślenie dychotomiczne jest warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym do przejawiania negatywnego perfekcjonizmu. Potrzebne są dalsze badania nad charakterem związku myślenia czarno-białego i perfekcjonizmu klinicznego.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie przejawów oraz pracy terapeutycznej związanej z perfekcjonizmem oraz myśleniem dychotomicznym w problemach o nasileniu klinicznym, zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach osobowości. Wyboru zaburzeń dokonano ze względu na istotną rolę, jaką pełni w nich perfekcjonizm kliniczny.

## **Przejawy perfekcjonizmu oraz myślenia dychotomicznego w wybranych zaburzeniach psychicznych**

### **Depresja**

Twórcą pierwszej koncepcji depresji w ujęciu poznawczym oraz metody jej leczenia był Aaron Beck [19]. Zakładał on, że osoby przejawiające podatność poznawczą do zachorowania na depresję posiadają określone przekonania dotyczące świata oraz na temat siebie i innych ludzi. Często uwidacznia się w nich niefunkcjonalny perfekcjonizm, który łączy się z myśleniem w kategoriach „wszystko albo nic”. Przekonania te mogą brzmieć następująco: „Muszę mieć nad wszystkim kontrolę, inaczej jestem beznadziejny”, „Jeśli osiągnę jakiś standard to znaczy, że był on za niski”, „Wszystko, co robię, musi być idealne, inaczej nie ma to sensu”, „Mogę być szczęśliwy tylko wtedy, jeśli moje życie to pasmo sukcesów” itp. W przekonaniach tych wyraźnie uwidacznia się czarno-biały sposób myślenia.

Tego typu przekonania związane z nieadaptacyjnym perfekcjonizmem stanowią czynnik predysponujący do zachorowania na depresję, gdyż osoba je posiadająca interpretuje większość swoich rzeczywistych sukcesów i zrealizowanych zadań jako porażkę – szacuje standard ich wykonania jako zbyt niski lub ocenia pracę zrealizowaną bezbłędnie nawet w 99% jako katastrofę. W związku z tym, często zmuszona jest do radzenia sobie z wyimaginowaną porażką, czego nie potrafi czynić adekwatnie. Perfekcjonisci mają również skłonność do odcinania się od źródeł pozytywnych bodźców, co dodatkowo pozbawia ich mechanizmów regulacji nastroju. Przedłużający się stan funkcjonowania w taki sposób, jako jeden z czynników, predysponuje do rozwinięcia objawów depresyjnych. Co więcej, przekonania perfekcjonistyczne podtrzymują depresję oraz są czynnikiem ryzyka nawrotu tego zaburzenia [5]. Dlatego jednym z celów terapii depresji w nurcie poznawczo-behawioralnym jest modyfikacja perfekcjonistycznych przekonań opartych na myśleniu dychotomicznym. Gilbert [10] stwierdza wręcz, iż zaskoczenie dla osób depresyjnych stanowi odkrycie, że „*sekret sukcesu to umiejętność przegrywania*” ([10] s. 231).

Prowadzono liczne badania na temat związków perfekcjonizmu, który wiąże się z myśleniem w kategoriach dychotomicznych, oraz depresji. Noble, Ashby i Gnilka [20] dowiedli, że dysfunkcjonalny perfekcjonizm związany jest z odmiennym poziomem nasilenia objawów depresyjnych w grupie studentów niż perfekcjonizm adaptacyjny oraz brak perfekcjonizmu. Ponadto, tym trzem stanom towarzyszą różne metody radzenia sobie ze

stresem – dowiedziono, że styl unikający jest mediatorem między negatywnym i pozytywnym perfekcjonizmem a depresją. Inne doniesienia także potwierdzają związek między perfekcjonizmem a depresją, odkrywając istnienie kolejnych jego mediatorów, m. in. optymizmu [20-22]. Sherry i współpracownicy [23] przeprowadzili badanie podłużne z udziałem kobiet w wieku średnim. Autorzy zauważyli, że perfekcjonizm związany z samokrytyką (czyli m. in. negatywne reakcje na postrzegane porażki, koncentracja na krytyce i oczekiwaniach ze strony innych, wątpliwości odnośnie własnych umiejętności, intensywne samokaranie) zwiększa podatność na zachorowanie na depresję nawet wtedy, gdy statystycznie kontroluje się neurotyczność osób badanych. Zatem perfekcjonizm związany z samokrytyką można uznać za część osobowości przedchorobowej osób podatnych na zachorowanie na depresję w przyszłości.

### **Fobia społeczna**

Głównym przejawem myślenia czarno-białego w lęku społecznym są przekonania perfekcjonistyczne związane z wysokimi standardami funkcjonowania społecznego [24-27]. Wyniki badań przeprowadzone przez autorów protokołu leczenia lęku społecznego w podejściu poznawczo-behawioralnym wskazują, że ponad połowa myśli opisywanych przez pacjentów cierpiących na lęk społeczny dotyczy niepokojów dotyczących porażki we właściwym wykonaniu zadań społecznych (np. „Nie wywrę dobrego wrażenia”) [25]. Oznacza to, że nadmierny perfekcjonizm stanowi istotny element psychopatologii lęku społecznego. Z związku z tym, wydaje się konieczne uwzględnienie jego leczenia w przebiegu psychoterapii pacjentów z tą diagnozą.

Istnieje wiele wymiarów perfekcjonizmu i sposobów jego manifestowania się. W przebiegu fobii społecznej, widoczne są w szczególności jego dwa aspekty. Pierwszy z nich to koncentracja na błędach, czyli ocenianie siebie negatywnie w kontekście społecznym [7]. To centralny aspekt perfekcjonizmu w ogóle. W fobii społecznej, polega on na negatywnym reagowaniu na wszelkie odstępstwa od idealnego zachowania w sytuacjach społecznych, zrównywaniu ich jednoznacznie z porażką oraz oczekiwaniu negatywnej reakcji innych w odpowiedzi na te błędy. Osoby cierpiące na fobię społeczną mają nawyk ciągłego martwienia się tym, jak wypadli w sytuacjach społecznych. Przyjmują perspektywę zewnętrznego obserwatora wobec siebie. Nieustannie oceniają własne zachowanie oraz ruminują na temat tego, jak inni ludzie odbierają ich sposób mówienia, poruszania się, wygląd czy zachowanie [26]. Drugi ważny element perfekcjonizmu obecny w fobii społecznej to wątpliwości co do



pozytywnego rezultatu własnych działań, zwłaszcza tendencja do wątpienia na temat jakości własnego funkcjonowania społecznego. Przy czym im większe nasilenie objawów fobii społecznej, tym większe nasilenie obu tych przejawów perfekcjonizmu. Częstoimi perfekcjonistycznymi przekonaniemii występującymi w fobii społecznej są na przykład: „Nie mogę popełniać publicznie błędów”, „W sytuacjach społecznych muszę wypadać idealnie”, „Zawsze muszę mówić tylko interesujące rzeczy” itp. Widoczne jest w nich zero-jedynkowe ocenianie własnego zachowania przez osoby cierpiące na to zaburzenie lękowe.

Doniesienia z badań wyraźnie wskazują na podwyższony poziom perfekcjonizmu dotyczącego funkcjonowania społecznego wśród osób z diagnozą lęku społecznego. Co więcej, towarzyszy mu niska ocena własnych umiejętności społecznych oraz przekonanie, że inni mają wobec pacjentów wysokie oczekiwania co do ich zachowania w sytuacjach społecznych [28]. W fobii społecznej obecne jest większe skoncentrowanie na błędach oraz więcej wątpliwości co do własnej skuteczności niż w przebiegu innych zaburzeń lękowych, m. in. zespołu napadów paniki z agorafobią i bez agorafobii. Perfekcjonizm w tym zaburzeniu jest ponadto w większym stopniu związany z lękiem niż ze stanem samoświadomości, czyli analizowaniem siebie z perspektywy zewnętrznego obserwatora [29].

Terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną formą redukcji nasilenia poziomu perfekcjonizmu w fobii społecznej. Ashbaugh i współpracownicy [30] zbadali wpływ dwunastosecyjnej grupowej terapii fobii społecznej w nurcie poznawczo-behawioralnym na przejawy perfekcjonizmu, zwłaszcza dwa wyżej opisane wymiary – koncentrację na błędach i wątpliwości co do jakości funkcjonowania społecznego. Poza polepszeniem wskaźników nasilenia samego lęku społecznego, okazało się, że udział w zaproponowanej terapii skutkował znaczącym obniżeniem ogólnego poziomu perfekcjonizmu oraz wyszczególnionych dwóch wymiarów. Lundh i Öst [31] wykazali skuteczność terapii indywidualnej w podejściu poznawczo-behawioralnym w zakresie obniżenia perfekcjonizmu do poziomu obserwowanego w populacji nieklinicznej.

### **Zaburzenia odżywiania**

Perfekcjonizm jest jednym z czynników prowadzących do i podtrzymujących zaburzenia odżywiania [32, 33]. Liczne badania wskazują na jego powiązania z anoreksją psychiczną, natomiast związki z bulimią psychiczną są dopiero ustalane [34-36]. Jednakże pacjenci z obu tych grup mają istotnie wyższy poziom perfekcjonizmu klinicznego niż osoby z grupy kontrolnej [36]. Co więcej, w przypadku pacjentów z anoreksją, im bardziej nasilony

perfekcjonizm, tym przewidywalnie gorszy będzie rezultat leczenia [36]. Ocena nasilenia perfekcjonizmu u osób z zaburzeniami odżywiania jest bardzo istotna pod względem wyboru najodpowiedniejszej możliwej formy terapii: moduł dotyczący tego zagadnienia stanowi element wersji rozszerzonej (ale nie skoncentrowanej) wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania opracowanej przez Christophera Fairburna [37].

Jak wspomniano, myślenie w kategoriach czarno-białych stanowi przejaw perfekcjonizmu. Badania nad stylem poznawczym w zaburzeniach odżywiania wykazują jego znaczną sztywność, wynikającą w dużej mierze z nasilonej tendencji do myślenia dychotomicznego, czego rezultatem jest między innymi określanie konkretnych zachowań związanych z jedzeniem, czy nawet poszczególnych składników odżywczych jako jednoznacznie dobrych lub złych [35].

Myślenie dychotomiczne uznawane jest za jeden z kluczowych czynników wpływających na utrzymywanie się zaburzeń odżywiania [37]. Dzieje się tak z dwóch powodów: po pierwsze – sprzyja rozwojowi sztywnych reguł dietetycznych, po drugie – zwiększa ryzyko napadowego objadania się po złamaniu którejkolwiek z przyjętych zasad [37]. Teoria poznawczo-behawioralna zakłada, że napadowe objadanie się jest konsekwencją ograniczeń dietetycznych. Jak wspomniano, reguły te są niezwykle restrykcyjne i wymagające, przez co ich łamanie jest niemal nieuniknione. W takich przypadkach pojawia się tendencja do negatywnego reagowania, czego przejawem jest tymczasowe porzucenie diety oraz podążanie za impulsem do jedzenia, co w przebiegu bulimii lub anoreksji z napadami objadania się / przeczyszczania kończy się utratą kontroli nad przyjmowanym jedzeniem i objedzeniem się. Praca nad sztywnymi regułami dietetycznymi w celu ich uelastycznienia jest jednym z elementów wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej [35, 38-41].

Tendencja do myślenia w kategoriach czarno-białych wpływa negatywnie na proces poprawy jakości życia nie tylko w anoreksji i bulimii, ale także w przypadku osób z otyłością. Badanie przeprowadzone przez Byrne i współpracowników [42] wskazuje na to, że skłonność do myślenia dychotomicznego jest także predyktorem odzyskiwania wagi w przeciągu nadchodzącego roku przez otyłe kobiety, którym udało się stracić 10% wyjściowej masy ciała. Jego wyniki sugerują, że osoby, które myślą w sposób dychotomiczny mogą interpretować mniejszy niż początkowo zakładany spadek wagi jako niepowodzenie, co prowadzić może do zupełnego zaprzestania wysiłków w celu utrzymania osiągniętej wagi lub jej dalszego obniżania.

## Zaburzenia osobowości

Perfekcjonizm kliniczny jest skorelowany z pewnymi dysfunkcjonalnymi wzorcami występującymi w problemach o podłożu osobowościowym, takimi jak na przykład wysokie wymagania w stosunku do siebie i do innych, skłonność do myślenia dychotomicznego, nieumiejętność podjęcia decyzji czy skłonność do prokrastynacji. Wciąż jednak brakuje wyczerpujących badań w obszarze korelacji pomiędzy perfekcjonizmem a zaburzeniami osobowości [43]. Z kolei styl myślenia związany z myśleniem dychotomicznym występuje w wielu, jeśli nie wszystkich, zaburzeniach osobowości [4].

Dotychczas przeprowadzono najwięcej badań w obszarze związków pomiędzy perfekcjonizmem i obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem osobowości. W tym przypadku podstawowe przekonanie brzmi: „Nie wolno mi popełniać błędów”, a zasadnicza strategia radzenia sobie z nim zakłada właśnie zachowania perfekcjonistyczne [44]. Kryteria diagnostyczne tego zaburzenia osobowości, zarówno te zawarte w Kryteriach Diagnostycznych z DSM-V [45], jak i w Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 [46], uwzględniają perfekcjonizm zakłócający wypełnienie zadania. To właśnie perfekcjonizm, sztywność poznawcza, zahamowanie emocjonalne i zachowania podporządkowane rygorystycznym zasadom prowadzą do przewlekłego napięcia, typowego dla osób z diagnozą obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości, które jest jedną z najczęstszych powodów zgłaszania się przez nie do terapeutów [44].

Perfekcjonizm kliniczny pojawia się także m.in. u osób z diagnozą bierno-agresywnego zaburzenia osobowości pod postacią tendencji do bycia nadmiernie krytycznym w stosunku do siebie i do innych, u osób narcystycznych, które narzucają sobie i innym wysokie standardy, oraz u osób z unikającym zaburzeniem osobowości, które wymagają od siebie spełniania nadmiernych wymagań w sytuacjach społecznych. Podwyższony poziom perfekcjonizmu związanego z funkcjonowaniem społecznym może występować również w zależnym zaburzeniu osobowości oraz w zaburzeniu osobowości typu borderline [43].

Aktualnie w przypadku zaburzeń osobowości coraz szerzej stosowana jest terapia schematu opracowana przez Jeffrey'a Younga, wpisująca się w trzecią falę terapii poznawczo-behawioralnej. Zgodnie z tą teorią, u podstaw zaburzeń osobowości leżą wczesne nieadaptacyjne schematy (ang. *early maladaptive schemas*), które definiowane są jako „ogólne, wszechogarniające motywy lub wzorce, składające się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych, dotyczących jednostki oraz jej relacji z innymi,

*wykształcone w dzieciństwie lub okresie dojrzewania, rozwijane przez całe życie, w znacznym stopniu dysfunkcyjne*” ([47] s. 26). Jeden ze schematów, nazwany „Nadmierne Wymagania / Nadmierny Krytycyzm” związany jest z perfekcjonizmem.

U podłoża schematu „Nadmiernych Wymagań / Nadmiernego Krytycyzmu” leży przekonanie o konieczności spełniania bardzo wysokich zinternalizowanych standardów. Ma to na celu uniknięcie krytyki. Schemat ten wiąże się z uczuciem presji, nieumiejętnością odpoczynku i relaksu, nadmiernym krytycyzmem w stosunku do siebie i do innych osób, pogorszeniem stanu zdrowia, zmniejszonym poczuciem własnej wartości, małą satysfakcją z osiągnięć oraz z trudnością w nawiązywaniu relacji interpersonalnych. Dodatkowym przejawem tego schematu jest bardzo silna tendencja do myślenia dychotomicznego. Osoby, u których rozpoznaje się „Nadmierne Wymagania / Nadmierny Krytycyzm” uważają, że niespełnienie swoich wymagań w stu procentach oznacza całkowitą porażkę. Nadmierne wymagania mogą przybrać formę: perfekcjonizmu, czyli przykładania nadmiernej wagi do szczegółów oraz nie dostrzeganiem faktycznych osiągnięć w porównaniu do normy; sztywnych reguł i powinności; zaabsorbowania czasem i wydajnością [47].

Schemat nie jest zachowaniem, dlatego w odpowiedzi na schematy kształtują się style radzenia sobie. Young wyróżnia trzy nieadaptacyjne style: podporządkowanie się schematowi, czyli akceptacja go jako prawdy o sobie; unikanie schematu – dbanie o to, by schemat się nie uruchamiał; oraz nadmierna kompensacja schematu – nadmierna walka ze schematem, postępowanie przeciwne do niego, co prowadzi zazwyczaj do izolacji i cierpienia. W przypadku „Nadmiernych Wymagań / Nadmiernego Krytycyzmu” style te będą polegać kolejno na: poświęcaniu niemal całego czasu na dążenie do doskonałości (podporządkowanie); unikaniu sytuacji i zadań, które podlegają ocenie lub odwlekaniu rozpoczynania takich zadań (unikanie); nieprzejmowaniu się standardami – wykonywanie zadań niedbale (nadmierna kompensacja) [48].

### **Techniki zmiany**

Pierwszym etapem zmniejszania tendencji do perfekcjonizmu i tym samym myślenia czarno-białego jest psychoedukacja pacjenta na temat istnienia takiego zjawiska, jak i istnienia zniekształceń poznawczych, a w szczególności myślenia dychotomicznego. Niezbędne jest, aby miał on świadomość, że przejawia skłonność do myślenia w sposób zero-jedynkowy. Leahy [49] nazywa ten etap pracy w terapii „tworzeniem fałszywych dychotomii”. Ważne jest, aby zwrócić uwagę pacjenta na fakt, że interpretuje rzeczywistość

jako składającą się tylko z dwóch możliwości, z których żadna nie jest atrakcyjna. Służy to rozwijaniu zdolności metapoznawczych pacjenta [1].

Pierwszym krokiem jest zatem rozpoznanie fałszywej dychotomii. Niezbędne jest rozważenie większej liczby alternatyw we wspólnej analizie z pacjentem oraz sformułowanie innych możliwości rozwiązania problemowej sytuacji. Przydatny jest zapis myśli w formie tabeli, gdzie w jednej kolumnie wypisuje się przykłady myślenia w kategoriach „wszystko albo nic”, a w następnej szuka przykładów takich sytuacji, w których takie myślenie było niesłuszne. W ostatniej kolumnie prosi się pacjenta o przeformułowanie swojej myśli w formie zdania, które zawiera elementy pozytywne i negatywne, na przykład: „Czasami idzie mi dobrze, czasami gorzej”. Gdy negatywna myśl dotyczy wyboru, pacjent ma za zadanie wymyślić jedną dodatkową możliwość [49]. Przykładowo, pacjent uważa, że jest zawsze odrzucany, ponieważ przyjaciele odmawiają mu spotkań towarzyskich (przekonanie: „Przyjaciele mnie odrzucają, bo ze mną nie wychodzą”). Terapeuta pyta go o przykłady sytuacji, kiedy to myślenie było niesłuszne, ponieważ pacjent znał konkretny powód odmowy lub przyjaciele spotykali się z nim przy innej okazji. Ponadto, poszukuje wspólnie z pacjentem możliwych przyczyn odmowy wspólnego wyjścia innych niż odrzucanie go przez znajomych. Poniżej zamieszczono formularz przydatny w zapisie wniosków z tej techniki ([49] s. 206).

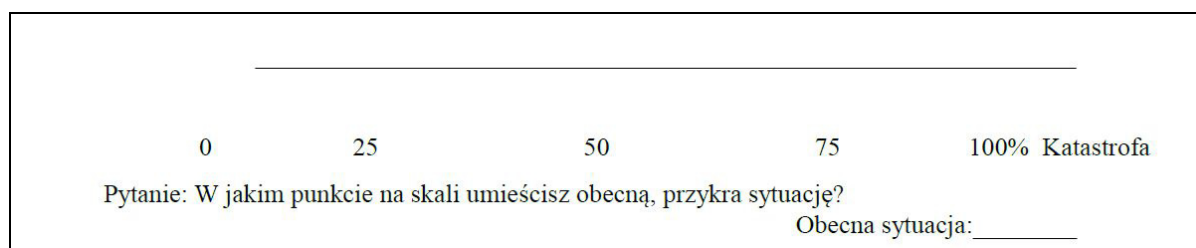
### Tabela 1. Podważanie trafności fałszywych dychotomii.

Czasami myślimy w kategoriach „wszystko albo nic”, tworząc złudzenie, że istnieją tylko dwie możliwości. Takimi myślami są: „Mogę być zwycięzcą albo przegranym” bądź „Zawsze jestem odrzucana”. W lewej kolumnie zapisz własne przykłady myślenia w kategoriach czarno-białych (fałszywych dychotomii). W środkowej kolumnie opisz, kiedy te myśli są niesłuszne. W kolumnie po prawej zapisz negatywną myśl w formie zdania, które zawiera elementy pozytywne i negatywne, na przykład: „Czasami idzie i dobrze, a czasami gorzej”. Jeśli negatywna myśl dotyczy wyboru („albo A, albo B”), wymyśl przynajmniej jedną dodatkową opcję.

Przykład myślenia w kategoriach „wszystko albo nic”	Przykłady sytuacji, w których takie myślenie jest niesłuszne	„Czasami...”

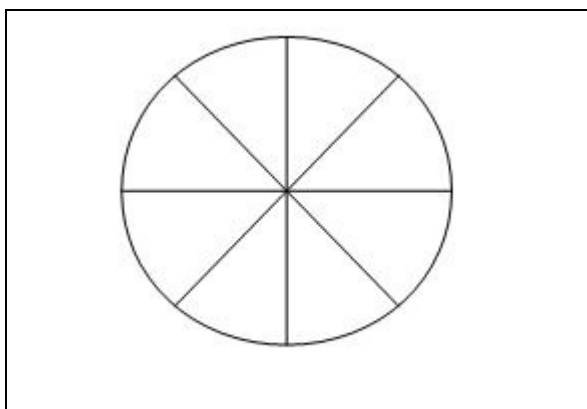
Inną formą pracy z myśleniem dychotomicznym jest skalowanie. Polega ono na odniesieniu myślenia czarno-białego do skali poznawczej przedstawionej obrazowo w postaci

kontinuum [2]. Dzięki temu pacjenci zaczynają myśleć o swoich problemach w kategoriach różnic i stopni zamiast dychotomii „wszystko albo nic” [32]. Prosi się pacjenta o opisanie poszczególnych punktów skali 0-100%, gdzie 0 oznacza brak aspektów negatywnych, a 100% najgorszą sytuację, jaką jest sobie w stanie wyobrazić. Zwykle są to punkty takie jak 25%, 50% i 75%. Na końcu zwykle prosi się pacjenta o ponowną ocenę swojego problemu lub zdarzenia. Przykładowo, pacjent przychodzi na sesję z myślą: „Niezdany egzamin to totalna katastrofa”. Można zadać pacjentowi pytanie o to, gdzie umieściłby niezdany egzamin na skali 0-100%, gdzie 100% oznacza najgorszą katastrofę, jaką pacjent może sobie wyobrazić, a 0 brak katastrofy. Jeśli początkowo pacjent ocenia niezdany egzamin na 85%, określamy wspólnie z pacjentem inne charakterystyczne punkty na skali – pytamy o to, jakie zdarzenie oceniłby na 25%, 50% i 75%. Pacjent ma szansę dojść do wniosku, że niezdany egzamin ocenił zbyt wysoko i że nie jest aż tak negatywne. Wówczas prosimy go o ponowne umiejscowienie niezdanego egzaminu na skali, tym razem biorące pod uwagę ważność zdarzenia w porównaniu do innych negatywnych sytuacji.



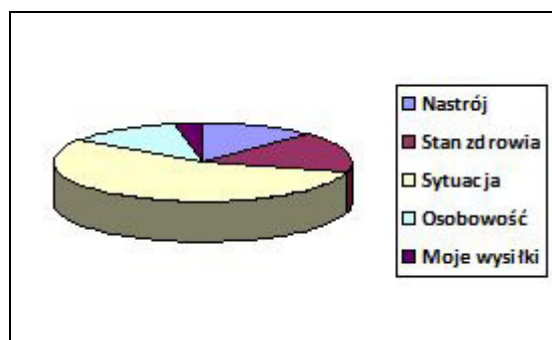
Rysunek 1. Skalowanie.

Odmianą skalowania jest technika „podzielonego tortu”, która polega na rysowaniu wykresu kołowego, np. możliwych przyczyn danego zdarzenia. Wykres dzieli się na różnej wielkości wycinki, które reprezentują poszczególne czynniki, a następnie wspólnie z pacjentem sporządza listę możliwych przyczyn problemu i przypisuje im odpowiednią „porcję” tortu [49]. Dzięki temu pacjent jest w stanie dostrzec inne możliwości poza tymi ekstremalnymi związanymi z myśleniem dychotomicznym.



Rysunek 2. Technika „podzielonego tortu”.

Na przykład, pacjentka mająca problem z nadmierną kontrolą swojego partnera określa, w jak dużym stopniu ma wpływ na jego zachowanie, aby przetestować przekonanie: „Mogę mieć pełną kontrolę nad zachowaniem partnera”. Notuje się wszystkie czynniki, które podaje, mogące mieć wpływ na zachowanie partnera w danej sytuacji, które następnie przedstawia się w formie graficznej. Pacjentka zdaje sobie sprawę z wieloczynnikowego uwarunkowania zachowania partnera w danej sytuacji i realnej możliwości kontroli jego zachowania.



Rysunek 3. Technika „podzielonego tortu” - przykład.

Pomocna w zmianie myślenia w kategoriach „wszystko albo nic” jest również technika nazywana skrajnymi przykładami. Jest ona modyfikacją opisaną wyżej skali poznawczej [2]. Pacjent ma za zadanie porównać siebie lub zaistniałą sytuację, w której się znalazł, z inną, istniejącą lub wyobrażoną osobą bądź sytuacją, które obrazuje skrajne nasilenie cechy związanej z przekonaniem pacjenta na temat siebie lub swojego położenia. Następnie prosi się pacjenta o porównanie siebie do tych skrajnych przykładów. Zwykle

okazuje się, że pacjent wypada bardziej pozytywnie niż pierwotnie zakładał. Na przykład, pacjent uważa, że jest najgorszym pracownikiem w swoim dziale w firmie, ponieważ nie uzyskuje najwyższych wyników sprzedaży. Terapeuta prosi go o wyobrażenie sobie możliwie najlepszego pracownika w firmie, a następnie pracowników przeciętnych oraz najgorzej sobie radzących (można również posługiwać się procentami, tzn. poprosić o pracownika wypełniającego swoje zdania na 0%, 25%, 50%, 75% i 100%). Zwraca się uwagę na konsekwencje porównywania się wyłącznie z najlepszymi pracownikami bez brania pod uwagę całego, szerokiego spektrum osiągnięć. Pacjent reflektuje się, że nie wypada tak źle jak początkowo zakładał. Poniżej przedstawiono tabelę pomocną w tej technice ([49] s. 244).

### Tabela 2. Łagodzenie skrajnych porównań

Czasami porównujemy się z osobami najlepszymi, które osiągają w jakiejś dziedzinie najwyższe wyniki. Okazuje się, że trochę nam do nich brakuje. Kiedy się oceniasz, staraj się korzystać z pełnej skali porównań. Pomogą Ci poniższe pytania.

<b>Pytanie</b>	<b>Odpowiedź</b>
Jaką cechę w sobie krytykuję?	
Jak wypadam w porównaniu z osobami, które w ogóle nie mają tej cechy lub przymiotu?	
Mają 25%?	
Mają 50%?	
Mają 75%?	
Mają 100%?	

Bardzo podobną techniką jest ustalenie punktu zerowego w procesie oceny. Chodzi w niej o ocenę danej cechy pacjenta w odniesieniu do punktu zerowego. Warto zadać pacjentowi pytania: „Czy posiada pan coś, co jest lepsze niż nic?”, „Czy osiągnął pan coś, co jest większe od zera?”, „Czy warto ocenić swoje dokonania w odniesieniu do punktu zerowego?” ([49] s. 223). Można poprosić także pacjenta o przekonanie kogoś, kto jest



nieudacznikiem, o tym, że pacjent nic nie ma i jest w punkcie zerowym. Technika ta jest szczególnie przydatna w pracy z osobami krytycznie oceniającymi swoje ogólne cechy jak inteligencja, wygląd, dokonania itp. Terapeuta podkreśla, że uznanie, iż „mamy więcej niż zero” pozwala na spojrzenie na siebie jako na osobę posiadającą pewne cechy pozytywne, a nie kogoś nieidealnego [49].

Istnieją także liczne inne techniki przydatne do pracy z myśleniem w kategoriach 0-1, na przykład metapoznawcze, czyli koncentrujące się na procesie, a nie treści myślenia. Należy do nich przeprowadzanie bilansu zysków i strat z powodu postrzegania siebie w kategoriach czarno-białych, biorącego zwłaszcza pod uwagę wpływ takiego myślenia na motywację, zdolność do realnej oceny rzeczywistości, wpływ na uczucia, myśli i zachowania.

Z kręgu metod behawioralnych, często stosowaną techniką pomocną w zmianie myślenia dychotomicznego jest eksperyment behawioralny. Może służyć on kilku celom: sprawdzaniu prawdziwości myśli (w tym właśnie myśli o charakterze „czarno-białym”) oraz przekonaniom, zarówno pośredniczącym i kluczowym; weryfikacji negatywnych przewidywań; testowaniu nowych perspektyw; jak również poszerzaniu repertuaru zachowań pacjenta. Technika ta obejmuje kilka etapów: etap planowania eksperymentu, etap doświadczenia, czyli realizacji planu oraz etap refleksji – oceny rezultatów [1]. To właśnie na tym etapie dochodzi najczęściej do zmiany myślenia dychotomicznego na bardziej elastyczne.

W terapii schematu, podczas leczenia „Nadmiernych Wymagań / Nadmiernego Krytycyzmu” można wykorzystać wszystkie z opisanych powyżej metod. Pracę ze schematem rozpoczyna się od poszukiwania jego źródeł oraz przejawów w obecnym funkcjonowaniu pacjenta. Kolejnym krokiem jest rozpoznanie stylów radzenia sobie oraz ocena ich skuteczności [47]. Po zastosowaniu powyższych technik, praca z tym konkretnym schematem polega na: wypisaniu sfer, w których osoba przejawia nadmierne standardy; wymienieniu korzyści i kosztów wynikających z prób spełnienia standardów w codziennym życiu; oraz stosowaniu metod wyobrażeniowych koncentrujących się na tym, jak życie danej osoby wyglądałoby bez presji. Dodatkowo analizuje się efekty obniżenia standardów o około 25% , co ma na celu przełamanie myślenia czarno-białego. Wykorzystuje się także techniki zarządzania czasem, poprzez wyliczenie czasu, jaki pacjent poświęca na sprostanie swoim standardom [48]. W terapii osoby z „Nadmiernymi Wymaganiami / Nadmiernym Krytycyzmem” uczą się również ustalania rozsądnych standardów i dążą do stopniowej zmiany zachowania [48].

## Podsumowanie

Podsumowując, należy stwierdzić, że skłonność do perfekcjonizmu i związane z nią myślenie dychotomiczne obserwuje się w przebiegu różnego rodzaju problemów psychologicznych oraz zaburzeń o nasileniu klinicznym. Niezbędne są jednak dalsze badania nad związkiem myślenia dychotomicznego i perfekcjonizmu, zwłaszcza w grupach klinicznych. Dotychczasowe dane wskazują na to, że perfekcjonizm kliniczny jest silnie związany z odczuwaniem cierpienia psychicznego, problemami w relacjach interpersonalnych i szerokim spektrum problemów o podłożu osobowościowym. Nasilony perfekcjonizm w połączeniu z tendencją do myślenia czarno-białego sprzyja m.in. nadmiernej koncentracji na popełnionych błędach, trudnościom w podejmowaniu działań czy wycofaniu społecznemu [43]. Co więcej, perfekcjonizm jest istotnym mediatorem w mechanizmach różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, na przykład odgrywa on istotną rolę w rozwinięciu się zaburzeń odżywiania u osób z zaburzeniem osobowości typu borderline [50]. Na podstawie opisanych wyżej wyników badań można postawić hipotezę o roli myślenia dychotomicznego jako prawdopodobnie istotnego mediatora w mechanizmach psychopatologicznych wymienionych zaburzeń psychicznych. Co więcej, możliwe, że również w innych problemach natury psychologicznej pełni ono ważną funkcję. Przypuszczenie to wymaga dalszych weryfikacji empirycznych, mogących mieć potencjalne zastosowanie praktyczne w pracy psychoterapeutów i innych specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym.

Opisane w niniejszej pracy techniki modyfikacji myślenia czarno-białego stosuje się w przebiegu protokołów terapii poznawczo-behawioralnej dedykowanych do konkretnych rozpoznań, a ich stosowanie każdorazowo powinno uwzględniać obraz kliniczny oraz specyfikę problemów danego pacjenta. Także terapeuci powinni być świadomi własnych ewentualnych skłonności do perfekcjonizmu, tak by poprzez modelowanie nie wzmacniali takiej tendencji u pacjentów. Warto zwrócić również uwagę na fakt, jak niezwykle ważne jest nawiązanie bezpiecznej relacji terapeutycznej, by zapobiec sytuacji, kiedy pacjenci ocenialiby terapeutę jako krytycznego, a samą terapię – jako zagrażającą [43]. Taka sytuacja mogłaby przyczynić się do szkodliwego wzmacniania u pacjentów tendencji perfekcjonistycznych.

## **Piśmiennictwo**

1. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo – behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
2. Beck JS. Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
3. Fiske ST, Taylor SE. Social cognition. New York: McGraw-Hill; 1991.
4. Burns DD. Radość życia. Terapia zaburzeń nastroju. Poznań: Zysk i S-ka; 2005.
5. Beck AT., Rush JA, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
6. Oshio A. An all-or-nothing thinking turns into darkness: Relations between dichotomous thinking and personality disorders. *Jpn Psychol Res.* 2012; 54(4): 424-429.
7. Hewitt PL, Flett GL, Sherry SB, Habke M, Parkin M, Lam RW, i in. The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 84: 1303-1325.
8. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 60(3): 456-470.
9. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Pers Individ Dif.* 1995; 18: 663–668.
10. Gilbert P. *Przewyciężanie depresji.* Alliance Press: Łódź; 2010.
11. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Ther Res.* 1990; 14; 449–468.
12. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 2002; 40: 773–791.
13. Riley C, Shafran R. Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behav Cogn Psychoth.* 2005; 33: 369–374.
14. Burns LR, Fedewa BA. Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. *Pers Individ Dif.* 2005; 38: 103–113.
15. Egan SJ, Piek JP, Dyck MJ, Rees CS. The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behav Res Ther.* 2007; 45: 1813–1822.
16. Rheaume J, Freeston MH, Ladouceur R. Functional and dysfunctional perfectionism: Construct validity of a new instrument. Paper presented at the world congress of behavioral and cognitive therapies, Copenhagen, Denmark; 1995.

17. Rheume J, Freeston MH, Ladouceur R, Bouchard C, Gallant L, Talbot F, i in. Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behav Res Ther.* 2000; 38: 119–128.
18. Rheume J, Ladouceur R, Freeston MH. The prediction of obsessive-compulsive tendencies. Does perfectionism play a significant role? *Pers Individ Dif.* 2000; 28: 583–592.
19. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber; 1967.
20. Noble ChL, Ashby JS, Gnilka PB. Multidimensional Perfectionism, Coping, and Depression: Differential Prediction of Depression Symptoms by Perfectionism Type. *J Couns Psychol.* 2014; 17: 80-94.
21. Gnilka PB, Ashby JS, Noble ChM. Adaptive and Maladaptive Perfectionism as Mediators of Adult Attachment Styles and Depression, Hopelessness, and Life Satisfaction. *J Couns Dev.* 2013; 19: 78-86.
22. Black J, Reynolds WM. Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Pers Individ Dif.* 2013; 54: 426–431.
23. Sherry SB, Gautreau ChM, Mushquash AR, Sherry DL, Allen LA. Self critical perfectionism confers vulnerability to depression after controlling for neuroticism: A longitudinal study of middle-aged, community-dwelling women. *Pers Individ Dif.* 2014; 69: 1–4.
24. Rachman S. *Zaburzenia lękowe.* Gdańsk: GWP; 2005.
25. Heimberg RG, Juster HR, Hope DA, Mattia JI. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: description, case presentation, and empirical support. W: Stein M. red. *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives.* Washington DC: American Psychiatric Press; 1995. s. 292–321.
26. Wells A, Clark DM, Ahmad S. How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behav Res Ther.* 1998; 36: 631–634.
27. Rosser S, Issakidis C, Peters L. Perfectionism and Social Phobia: Relationship Between the Constructs and Impact on Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Ther Res.* 2003; 27(2): 143–151.
28. Bieling, PS, Alden LE. The consequences of perfectionism for patients with social phobia. *Br J Clin Psychol.* 1997; 36: 387-395.
29. Saboonchi F, Lundh LG, Öst LG. Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther.* 1999; 37: 799-808.

30. Ashbaugh A, Antony MM, Liss A, Summerfeldt LJ, McCabe RE, Swinson R P. Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depress Anxiety* 2007; 24: 169–177.
31. Lundh LG, Öst LG. Attentional Bias, Self-consciousness and Perfectionism in Social Phobia Before and After Cognitive-Behaviour Therapy. *Scand J Behav Ther.* 2001; 30(1): 4–16.
32. Williamson DA, White MA, York-Crowe E., Stewart TM. Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behav Modif.* 2004; 28: 711-738.
33. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41: 509-528.
34. Halmi, KA, Sunday SR, Strober, M., Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry*; 2000; 157: 1799-1805.
35. Franco-Paredes K., Mancilla-Diaz JM, Vázquez-Arèvalo R, Lòpez-Aguilar X, Àlvarez-Rayòn, G. Perfeccionizm and eating disorders: a review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13(1): 61-70.
36. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H. Perfectionism and eating disorders: current status and futher directions. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27: 384-405.
37. Fairburn CG. *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania.* Kraków: WUJ; 2013.
38. Byrne SM, Allen KL, Dove ER, Watt FJ, Nathan PR. The reliability and validity of the dichotomous thinking in eating disorders scale. *Eating Behaviors*, 2008; 9: 154-162.
39. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1995;17(2):147–52.
40. Bardone AM, Vohs KD, Abramson LY, Heatherton TF, Joiner TE. The confluence of perfectionism, body dissatisfaction and low self-esteem predicts bulimic symptoms: clinical implications. *Behav Ther.* 2000; 31: 265-280.
41. Lethbridge J, Watson HJ, Egan SJ, Street H, Nathan PR. The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors* 2011; 12: 200-206.
42. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther.* 2004; 42 (11): 1341-56.

43. Dimaggio G, Lysaker PH, Calarco T, Pedone R, Marsigli N, Riccardi I, Sabatelli B, Carcione A, Paviglanti A. Perfectionism and personality disorders as predictors of symptoms and interpersonal problems. *Am J Psychotherapy*, 2015; 69(3): 317-330.
44. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: WUJ; 2004.
45. American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne z DSM-V*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
46. Światowa Organizacja Zdrowia. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2007.
47. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: GWP; 2014.
48. Young JE, Klosko JS. *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo; 2012.
49. Leahy LL. *Techniki terapii poznawczej*. Kraków: WUJ; 2008.
50. Mas MB, Navarro MLA, Jiménez AML, Pérez IT, Sánchez CDR, Gregorio MAPS. Personality traits and eating disorders: mediating effect of self-esteem and perfectionism. *Int J Clin Health Psychol*, 2011; 11(2):205-227.