

UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE ET BASÉE SUR LES PROCESSUS DU PERFECTIONNISME INADAPTÉ

A TRANSDIAGNOSTIC AND PROCESS-BASED APPROACH OF MALADAPTIVE PERFECTIONISM

Bérénice Delor, Céline Douilliez, & Pierre Philippot

Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain

RÉSUMÉ

Le perfectionnisme fait l'objet d'un intérêt grandissant parmi les chercheurs et les professionnels de la santé. Pourtant, il n'existe pas de consensus à propos de sa définition, et les études expérimentales et longitudinales sont encore insuffisantes. L'objectif de cet article est d'examiner le perfectionnisme avec une approche basée sur les processus. Dans un premier volet, nous introduisons l'évolution théorique et conceptuelle du construit de perfectionnisme. Nous faisons la distinction entre les conceptualisations multidimensionnelles et la conceptualisation cognitivo-comportementale. Dans tous les cas, nous suggérons que le perfectionnisme est caractérisé par une inflexibilité cognitive et comportementale. Cette dernière maintient un impact fonctionnel et peut mener à des troubles psychopathologiques. Dans un second volet, nous passons en revue les processus psychologiques transdiagnostiques des conceptualisations du premier volet, qui sous-tendent l'inflexibilité. Nous examinons la fixation de standards exigeants et auto-imposés, les préoccupations évaluatives, les autocritiques, la pensée dichotomique, les biais cognitifs, et l'évitement expérientiel. Nous abordons aussi brièvement les conséquences interpersonnelles liées au perfectionnisme. Dans un troisième volet, nous proposons des lignes directrices cliniques pour cibler le perfectionnisme au sein de traitements thérapeutiques. Nous détaillons le traitement cognitivo-comportemental de Egan, Wade, Shafran, et Antony (2014) parce qu'il aborde plusieurs processus transdiagnostiques, sous-jacents et de maintien, du perfectionnisme et a reçu un support empirique plus important.

Mots clefs : perfectionnisme ; processus ; transdiagnostique ; standards personnels ; préoccupations évaluatives ; autocritique ; pensée dichotomique ; biais cognitifs ; évitement expérientiel ; traitement ; cognitivo-comportemental

ABSTRACT

Perfectionism is a phenomenon that is gaining an increasing interest among researchers and health practitioners. However, no consensus currently exists concerning its definition, and there is still a lack of experimental and longitudinal studies. The purpose of this article is to shed light on this phenomenon using a process-based approach. As a first step, we introduce the theoretical and conceptual evolution of perfectionism. We distinguish between multidimensional conceptualizations and the cognitive-behavioural conceptualization of this construct. Across both, perfectionism is characterized by a cognitive and behavioural inflexibility. The latter maintains a functional impact and can lead to psychopathological disorders. In a second step, we review the psychological transdiagnostic processes of the first step conceptualizations, which underline inflexibility. We examine self-imposed personally demanding standards setting, evaluative concerns, self-criticism, dichotomous thinking, cognitive biases, ruminations, and experiential avoidance. We also briefly discuss the interpersonal consequences linked to perfectionism. As a third and final step, we outline clinical guidelines for targeting perfectionism within therapeutic treatments. We further detail the cognitive-behavioural treatment of Egan, Wade, Shafran, and Antony (2014) as it tackles the transdiagnostic processes of perfectionism and has received stronger empirical support.

Keywords: perfectionism; processes; transdiagnostic; personal standards; evaluative concerns; self-criticism; dichotomous thinking; cognitive biases; experiential avoidance; cognitive behavioural treatment

UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE ET BASÉE SUR LES PROCESSUS DU PERFECTIONNISME INADAPTÉ

Le perfectionnisme fait l'objet d'un intérêt grandissant compte tenu de son rôle dans l'apparition et / ou le maintien de nombreux troubles psychopathologiques (p.ex., Douilliez, Rivière, & Dupont, 2016 ; Egan, Wade, & Shafran, 2011). Le perfectionnisme serait un facteur de maintien (Egan, Wade, Shafran, & Antony, 2014) pour des troubles tels que la dépression (p.ex., Flett, Madorsky, Hewitt, & Heisel, 2002 ; Sherry, Richards, Sherry, & Stewart, 2014), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (p.ex., Pinto, Dargani, Wheaton, Cervoni, Rees, & Egan, 2017), les troubles des conduites alimentaires (TCA) (p.ex., Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson, & Smith, 2009) ou encore le syndrome de fatigue chronique (p.ex., Brooks, Chalder, & Rimes, 2017 ; Deary & Chalder, 2010).

Pourtant, sa définition tout comme les processus psychologiques qui le constituent et ses échelles de mesure, ne font pas encore l'objet d'un consensus (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2006). Ceci est notamment dû à la nature corrélationnelle et transversale de la majorité des études réalisées jusqu'à présent : les inférences causales qui peuvent s'ensuivre sont extrêmement limitées (Aldea, Rice, Gormley, & Rojas, 2010).

Egan et al. (2011) insistent par ailleurs sur le caractère transdiagnostique des processus psychologiques qui sous-tendent le perfectionnisme. Adopter une approche transdiagnostique basée sur les processus du perfectionnisme permettrait de cibler des processus communs responsables de l'apparition et / ou du maintien des différents troubles psychopathologiques cités précédemment (Boone, Soenens, & Luyten, 2014). Elle permettrait également de pallier l'une des limites de certaines approches du perfectionnisme, à savoir celle de définir le perfectionnisme de façon athéorique et tautologique sur base de ses échelles de mesure (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Cibler ces processus permettra enfin de proposer des interventions cliniques centrées sur les caractéristiques individuelles des personnes perfectionnistes qui sous-tendent leurs difficultés comorbides, plutôt que d'accumuler des protocoles de traitement centrés sur les catégories nosographiques prédéfinies (Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012).

Cet article vise à mettre en lumière l'avancée des recherches scientifiques dans le domaine du perfectionnisme. Le premier volet présentera l'évolution et la confrontation des différentes conceptualisations de ce phénomène. Le second volet sera focalisé sur les processus psychologiques susceptibles de maintenir les difficultés fonctionnelles des personnes perfectionnistes. Enfin, un troisième volet proposera quelques pistes de prise en

charge du perfectionnisme, avec des interventions qui visent les processus psychologiques identifiés précédemment.

I. UN BREF APERÇU THÉORIQUE

a. L'arrivée des conceptions multidimensionnelles du perfectionnisme

Le perfectionnisme a, dans un premier temps, été considéré comme un construit unidimensionnel, c'est-à-dire centré sur les aspects inadaptés intimement liés aux troubles psychopathologiques (Burns, 1980). A partir des années 90', certains auteurs proposent de considérer le perfectionnisme de façon multidimensionnelle, c'est-à-dire en tenant aussi compte des aspects fonctionnels et interpersonnels. Deux échelles de mesure principales sont apparues : la *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS, Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990) et la *Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale* (HFMPs, Hewitt & Flett, 1991).

L'échelle de Frost et al. (1990) part du postulat que le perfectionnisme est composé de six dimensions : *Concern over Mistakes* (CM ; percevoir chaque erreur comme un échec et y réagir négativement), *Personal Standards* (PS ; se fixer des standards exigeants), *Parental Criticism* (PC ; considérer ses parents comme étant extrêmement critiques face à l'erreur), *Parental Expectations* (PE ; considérer ses parents comme ayant de fortes exigences en termes de standards à atteindre), *Doubts About Actions* (DA ; douter de la qualité de ses propres performances et ne jamais en tirer une complète satisfaction), et *Organization* (O ; propreté et organisation). Pour eux, être critique vis-à-vis de ses propres comportements représente une composante centrale du perfectionnisme inadapté, et ce de manière plus importante que le fait de se fixer des standards élevés et rigides (Bieling, Israeli, & Antony, 2004).

L'échelle d'Hewitt et Flett (1991) regroupe quant à elle trois dimensions distinctes selon que le comportement soit motivé par des aspects inter- ou intrapersonnels : *Self-Oriented Perfectionism* (SOP), *Other-Oriented Perfectionism* (OOP) et *Socially Prescribed Perfectionism* (SPP). La dimension SOP renvoie au perfectionnisme décrit dans les conceptions unidimensionnelles : se fixer des standards de performance très élevés, et se juger sévèrement lorsqu'ils ne sont pas atteints. Hewitt et Flett (1991) insistent également sur la présence d'une forte composante motivationnelle : tout comportement est réalisé en vue d'atteindre la perfection et d'éviter l'échec. La détresse psychologique apparaît en raison d'un écart perçu entre le soi actuel et le soi idéal ; ce qui peut par la suite mener à des troubles tels que la dépression, l'anorexie mentale ou l'anxiété (Arpin-Cribbie, Irvine, Ritvo,

Cribbie, Flett, & Hewitt, 2008 ; Hewitt & Flett, 1991). La dimension OOP renvoie aux standards de performance que l'on fixe pour les autres. Le contenu des exigences est généralement le même que celui de la première dimension, mais est adressé à autrui plutôt qu'à soi-même. Enfin, la dimension SPP renvoie au fait de penser que les autres ont des standards de performance élevés à notre égard, et qu'ils nous jugent sévèrement. La personne perfectionniste pense que l'acceptation par autrui est conditionnelle à l'atteinte des standards qu'ils fixent à son égard (Stoeber & Stoeber, 2009). Cela devient problématique lorsque la personne perçoit les attentes d'autrui comme irréalistes et incontrôlables, situant le *locus* de contrôle¹ à l'extérieur de soi. Ceci a pour conséquence une baisse de la motivation intrinsèque au profit de la motivation extrinsèque ; conséquence qui peut à son tour mener à une impuissance apprise ou à des difficultés interpersonnelles.

b. Une unification factorielle des modèles multidimensionnels

Plusieurs études ont tenté de préciser et d'unifier les conceptualisations multidimensionnelles du perfectionnisme. Deux dimensions principales sont ressorties des analyses factorielles des FMPS (Frost et al., 1990) et HFMP (Hewitt & Flett, 1991) : « Préoccupations évaluatives » (reprenant les dimensions CM, DA, PC et PE, ainsi que SPP pour définir la sensation que les autres fixent des standards exigeants pour nous ainsi que la présence de fortes autocritiques de ses propres comportements et performances) et « Standards personnels » (reprenant les dimensions PS et O, ainsi que SOP et OOP pour définir le fait de fixer des standards exigeants pour soi ou autrui tout en valorisant l'ordre et l'organisation)² (DiBartolo, Li, & Frost, 2008 ; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993 ; Stoeber & Otto, 2006). Ces deux facteurs sont retrouvés tant dans les populations générales que cliniques (Dunkley et al., 2006).

c. Une approche cognitivo-comportementale du perfectionnisme

Une décennie après l'arrivée des conceptions multidimensionnelles, Shafran et al. (2002) proposent une nouvelle conceptualisation du perfectionnisme. Celle-ci est centrée sur les processus psychologiques qui le maintiennent, qui en font un facteur de risque et / ou de maintien de nombreux troubles psychopathologiques ainsi que d'une faible estime de soi.

Pour Shafran et al. (2002), le passage aux conceptions multidimensionnelles a eu pour conséquence de réduire la définition du perfectionnisme à ses échelles de mesure. De plus, Shafran et al. (2002) dénoncent le fait que de telles échelles standardisées ciblent certes un grand nombre de variables pertinentes d'un point de vue clinique,

mais qui sont plus ou moins proches du perfectionnisme tel que défini par les cliniciens et théoriciens. Cette limite s'appliquerait particulièrement aux dimensions OOP et SPP qui, d'après Shafran et al. (2002), n'appartiendraient pas au construit de perfectionnisme clinique tel qu'ils le définissent (voir *infra*).

Ces limites ainsi posées ont mené Shafran et al. (2002) à proposer le terme de « perfectionnisme clinique » qu'ils définissent comme une « *dépendance excessive de l'auto-évaluation à la poursuite de standards exigeants et auto-imposés malgré des conséquences négatives* » (Shafran et al., 2002, p.778). Ce versant inadapté du perfectionnisme regrouperait les dimensions PS et CM proposées par Frost et al. (1990), ainsi que la dimension SOP proposée par Hewitt et Flett (1991). Les principaux processus psychologiques envisagés sont : (1) une fixation inflexible de standards exigeants et auto-imposés (c.-à-d., la performance personnelle est formulée sous forme de règles rigides), (2) une évaluation dichotomique de ces standards, (3) une surveillance hyper-vigilante et une sur-généralisation de l'échec avec une discréditation parallèle des réalisations positives, (4) une réévaluation des standards s'ils sont atteints, (5) des autocritiques, (6) des évitements expérientiels en vue d'échapper à l'erreur et aux réactions émotionnelles qu'elle engendrerait, et (7) des comportements de vérification ou de comparaison. L'ensemble de ces processus de maintien sont détaillés dans le second volet.

d. Synthèse du premier volet

Ce premier volet explorait l'évolution du perfectionnisme dans sa définition et ses échelles de mesure. Le perfectionnisme est progressivement passé d'une conception unidimensionnelle à multidimensionnelle pour y inclure les aspects fonctionnels et interpersonnels. A ce jour, deux conceptualisations prévalent : celle de Frost et al. (1990) subdivisant le perfectionnisme en six dimensions, et celle d'Hewitt et Flett (1991) subdivisant le perfectionnisme en trois dimensions.

Les analyses factorielles de ces deux conceptualisations ont permis de réduire le perfectionnisme à deux dimensions super-ordonnées permettant d'intégrer les conséquences possiblement positives du perfectionnisme : « Standards personnels » et « Préoccupations évaluatives ». Cependant, la structure factorielle du perfectionnisme ne préjuge pas des processus psychologiques qui le sous-tendent : elle ne reflète que les covariances entre les éléments de mesure du perfectionnisme, ce qui peut mener à approcher ce phénomène de façon athéorique et tautologique. C'est pourquoi Shafran et al., (2002) ont proposé une conception cognitivo-comportementale du perfectionnisme. Cette conception met en évidence l'influence négative du

perfectionnisme clinique sur l'estime de soi, ainsi que les processus psychologiques qui maintiennent l'impact fonctionnel.

Que l'on prenne les définition uni- et multi-dimensionnelles ou la définition cognitivo-comportementale du perfectionnisme, toutes intègrent le manque de flexibilité qui caractérise le perfectionnisme inadapté. Morris et Mansell (2018, p.4) définissent la flexibilité de la façon suivante : « *Bien qu'un individu adopte un pattern de réponse cognitif / comportemental particulier face à une situation spécifique, il est capable de se désengager de ce pattern initial si ce pattern initial de réponse n'est plus efficace pour la situation spécifique* ».

II. LES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES QUI SOUS-TENDENT LE PERFECTIONNISME INADAPTÉ

a. Des standards personnels dont l'atteinte est conditionnée par des préoccupations évaluatives et une pensée autocritique

Une caractéristique inhérente au perfectionnisme clinique de Shafran et al. (2002) est la fixation de standards exigeants et auto-imposés. Ces standards contribuent à une auto-évaluation biaisée de deux manières.

Premièrement, la confiance en soi d'une personne souffrant de perfectionnisme clinique est définie en fonction de ce qu'elle a accompli. Il en découle une estime de soi hautement fragilisée : le besoin d'accomplissement n'étant jamais atteint en raison d'exigences trop élevées, les personnes perfectionnistes sont souvent caractérisées par de fortes autocritiques qui maintiennent une faible estime de soi (Aldea et al., 2010 ; Shafran et al., 2002).

Deuxièmement, ces standards exigeants et auto-imposés s'expriment dans au moins un domaine de vie important pour la personne (p.ex., le domaine professionnel, relationnel ou corporel) (Shafran et al., 2002).

L'expression symptomatique dépendra donc du ou des domaine(s) dans le(s)quel(s) le perfectionnisme s'exerce (p.ex., un TOC, un TCA, ou une dépression). Le nombre de domaines investis de manière perfectionniste ne fait toutefois pas encore l'objet d'un consensus. Par exemple, contrairement à Shafran et al. (2002), Flett et Hewitt (2006, p.5) décrivent les personnes perfectionnistes comme des personnes qui veulent être parfaites dans *tous* les aspects de leur vie ; et l'étude de Stoeber et Stoeber (2009) montre en effet une corrélation positive entre les scores à la sous-échelle SOP (Hewitt & Flett, 1991) et le nombre de domaines de la vie quotidienne investis de façon perfectionniste (mesurés avec la *Domains Scale* du *Perfectionism Questionnaire* ; Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1994).

La conceptualisation de Shafran et al. (2002) est donc basée sur le postulat que l'estime de soi est hautement fragilisée en étant uniquement définie par l'atteinte de standards exigeants et préalablement auto-imposés. Ce ne sont pas les standards en tant que tels qui sont problématiques, mais bien les autocritiques qui découlent de la non-atteinte de ces standards et qui attaquent directement l'estime de soi (Riley, Lee, Cooper, Fairburn, & Shafran, 2007). Ce présupposé rejoint la conceptualisation de Frost et al. (1990). Ceux-ci postulent en effet que la fixation de standards de performance élevés est une caractéristique nécessaire mais non suffisante pour distinguer les personnes perfectionnistes des personnes compétentes et efficaces. Pour Frost et al. (1990), cette tendance devient problématique si et seulement si elle est systématiquement accompagnée d'auto-évaluations inflexibles et d'autocritiques. Ces évaluations sont gouvernées par la peur de commettre des erreurs, ainsi que par une intolérance face à l'échec et des doutes quant à la qualité des performances (Frost et al., 1990 ; Shafran et al., 2002). Frost et al. (1990) en viennent ainsi à la conclusion que les préoccupations évaluatives (en l'occurrence, le souci de commettre des erreurs) constituent le concept central du perfectionnisme fonctionnellement problématique.

Conformément à ce postulat, Bieling et al. (2004) confirment que la dimension « Préoccupations évaluatives » est plus fortement associée à la détresse psychologique que la dimension « Standards personnels ». Autrement dit, ce n'est pas l'exigence des standards personnels qui est problématique en tant que telle, mais bien les pensées ruminatives et anticipatrices qui y sont associées. Une nuance est toutefois apportée dans le cas des TCA : alors que la dimension « Standards personnels » est généralement accompagnée de conséquences positives (telles que l'absence de procrastination, de bonnes performances académiques ou une motivation intrinsèque à travailler assidument), elle peut être considérée comme un facteur de vulnérabilité dans le cas des TCA (Arslan, Hamarta, Ürea, & Özyesila, 2010 ; Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala, & Simonich, 2007 ; Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007). De plus, Bieling et al. (2004) observent une corrélation positive entre les deux dimensions « Préoccupations évaluatives » et « Standards personnels », peu importe le trouble psychopathologique ciblé, suggérant que ces deux dimensions sous-tendent un même construit. Ils proposent ainsi que la dimension « Standards personnels » incarne un « perfectionnisme neutre » (c.-à-d., sans implication positive ou négative systématique), tandis que la dimension « Préoccupations évaluatives » incarne un « perfectionnisme inadapté ».

b. Des biais cognitifs susceptibles d'alimenter des ruminations mentales et des comportements de vérification

Les biais cognitifs jouent un rôle important dans le maintien du perfectionnisme clinique. Shafran et al. (2002) accordent une importance particulière à ceux liés à l'attention sélective (incluant une surveillance hyper-vigilante des erreurs), ainsi qu'à ceux liés à une sur-généralisation de l'échec (incitant la personne à surévaluer la fréquence à laquelle les standards n'ont pas été atteints tout en sous-évaluant les réalisations positives) (Hewitt & Flett, 1991 ; Shafran et al., 2002). De tels biais peuvent favoriser les ruminations mentales évaluatives centrées sur ces erreurs perçues. Les ruminations, à leur tour, diminuent la probabilité d'atteindre les standards et augmentent la probabilité de comportements rigides et / ou de vérification ; ces derniers ayant comme objectif un soulagement temporaire des affects négatifs engendrés par les ruminations (Shafran et al., 2002).

Dans leur étude, Howell, McEvoy, Grafton, Macleod, Kane, Anderson, et Egan (2016) visaient à mettre en évidence expérimentalement (c.-à-d., en utilisant une tâche *dot probe*³) la présence d'un biais d'attention sélective dans le perfectionnisme. Comme attendu, ils ont montré que les personnes perfectionnistes allouaient davantage de ressources attentionnelles aux informations négatives, mais uniquement lorsque celles-ci sont pertinentes d'un point de vue de la performance. Cependant, la méthodologie utilisée ne permet pas de faire d'inférences causales quant à l'implication des biais cognitifs dans le maintien du perfectionnisme.

Par ailleurs, Yiend, Savulich, Coughtrey, et Shafran (2011) ont aussi démontré expérimentalement que les personnes hautement perfectionnistes présentaient des biais cognitifs orientés vers les informations signalant l'atteinte ou non de l'objectif. Les personnes hautement perfectionnistes adoptaient des interprétations perfectionnistes négatives de situations ambiguës portant sur un contenu spécifique, contrairement aux biais d'interprétation plus diffus (aussi surnommés « les lunettes noires ») que l'on peut retrouver dans les troubles anxiodépressifs. Les auteurs ont également montré que des comportements de vérification découlaient de ces biais d'interprétation. Enfin, dans cette étude, les auteurs ont proposé une tâche visant à modifier le biais d'interprétation et ont mis en évidence que les comportements de vérification diminuaient lorsque que les biais étaient manipulés. Ces biais peuvent donc être considérés comme un facteur de maintien du perfectionnisme et des conséquences négatives qui l'accompagnent.

c. Des évitements comportementaux et cognitifs

i. La procrastination

Certains auteurs proposent que ce couplage standards exigeants et auto-imposés – peur de l'échec mène à un sentiment de perte de contrôle qui, à son tour, mène à la procrastination (c.-à-d., *reporter volontairement un plan d'action prédéfini, même si on s'attend à être moins bien loti en raison de ce délai* ; Steel, 2007, p.66). Dans leur étude longitudinale visant à étudier les liens entre perfectionnisme, procrastination et détresse psychologique au sein de la population étudiante, Rice, Richardson, et Clark (2012) ont montré que le perfectionnisme et la procrastination étaient tous deux fortement liés à la détresse psychologique, peu importe le temps de mesure et le niveau d'exigence académique (qui, typiquement, varie tout au long du semestre). D'ailleurs, leur étude révèle que tant les niveaux de perfectionnisme que de procrastination restent extrêmement stables tout au long du semestre. Leur hypothèse d'une médiation de la relation entre le perfectionnisme et la détresse psychologique par la procrastination n'a cependant pas été soutenue. Rice et al. (2012) corroborent ainsi l'idée que le perfectionnisme soit un trait dispositionnel, mais soutiennent surtout que la procrastination soit également un trait et non pas une caractéristique d'adaptation⁴ du perfectionnisme. Si l'on s'en tient à ces résultats, il est nécessaire d'inclure, dans la prise en charge, un module directement centré sur la procrastination en plus de celui ciblant directement le perfectionnisme.

Par ailleurs, Santanello et Gardner (2007) proposent que l'évitement expérientiel soit un médiateur partiel de la relation entre le perfectionnisme et les inquiétudes (dont le thème porte souvent sur l'échec et l'incapacité à atteindre les standards fixés). Concrètement, la procrastination maintiendrait la problématique en alimentant les ruminations mentales centrées sur l'échec à rencontrer les exigences personnelles (Shafran et al., 2002). Et de tels comportements d'évitement seraient maintenus par la personne perfectionniste avec un mécanisme de renforcement négatif (le soulagement de l'anxiété qui découle d'une peur de l'échec) (Rice et al., 2012).

Les études tendent donc à démontrer des liens étroits entre le perfectionnisme (en particulier sa dimension d'intolérance à l'échec, « CM »), l'évitement expérientiel et la détresse psychologique. Des recherches ultérieures restent cependant nécessaires pour préciser la nature de ces liens. Par exemple, la question se pose de savoir si la procrastination est une conséquence du perfectionnisme, ou un trait indépendant qui agit parallèlement aux tendances perfectionnistes. A noter que, récemment, Smith, Sherry, Saklofske, et Mushqaush (2017) ont analysé dans une étude longitudinale la procrastination et les écarts entre le soi actuel et le soi idéal.

Leur étude a révélé que la dimension « Préoccupations évaluatives » mène à la procrastination avec, comme médiateur, l'écart entre le soi actuel et le soi idéal. Autrement dit, les personnes chez qui la dimension « Préoccupations évaluatives » est élevée (peu importe leur niveau à la dimension « Standards Personnels ») rapportent un écart entre le soi actuel et le soi idéal plus important, et cet écart augmente la propension à procrastiner. Cette étude étant l'une des premières à tester le lien entre le perfectionnisme et la procrastination de façon longitudinale, il serait utile d'en conduire davantage, notamment en ayant recours à divers types de populations ou en incorporant d'autres processus susceptibles de jouer un rôle médiateur.

ii. *Les ruminations mentales*

Dans leur revue de la littérature, Flett, Nepon, et Hewitt (2016) suggèrent que les personnes perfectionnistes présentent de multiples persévérations cognitives en réponse à un stressor réel ou anticipé. Parmi celles-ci, on retrouve les ruminations qui portent sur la peur de l'échec (réel ou anticipé) et le besoin d'être parfait, et qui ont pour conséquence d'accentuer l'écart perçu entre le soi actuel et le soi idéal. Macedo, Marques, et Pereira (2014) proposent que les personnes perfectionnistes perçoivent leurs ruminations comme étant fonctionnelles en ce qu'elles permettent d'anticiper un échec, une imperfection, une menace, ou une situation ambiguë. Ces anticipations permettraient selon elles d'éviter des réactions émotionnelles trop fortes et intolérables si l'évènement anticipé a effectivement lieu. Pourtant, sur le long terme, ces ruminations peuvent nuire à la performance en mobilisant les ressources attentionnelles et cognitives de la personne, formant dès lors un cercle vicieux : les ruminations centrées sur l'échec entraînent l'échec objectif qui – à son tour – renforce les ruminations centrées sur l'échec (Desnoyers & Arpin-Cribbie, 2015 ; Flett et al., 2016).

Flett et al. (2002), ainsi que Harris, Pepper, et Maack (2008) ont démontré que les ruminations constituent un médiateur de la relation entre le perfectionnisme et la détresse psychologique (en particulier la dépression ou l'anxiété) faisant suite à un évènement stressant. Autrement dit, c'est parce que les personnes perfectionnistes ont tendance à ruminer, qu'elles expérimentent plus de détresse. Ces ruminations seraient particulièrement associées à la dimension CM, et c'est précisément ce qui a été révélé dans l'étude d'Harris et al. (2008) : les scores aux dimensions CM et DA étaient positivement associées aux ruminations « *brooding* » (versus « *reflection* »)⁵ portant sur les derniers tests auxquels les participants espéraient avoir une meilleure performance, et les ruminations « *brooding* » étaient un médiateur complet de la relation entre le

perfectionnisme inadapté et les symptômes dépressifs. Les ruminations « *reflection* » constituaient un médiateur partiel de cette relation. Ceci a été en partie confirmé dans l'étude de Di Schiena, Luminet, Philippot, et Douilliez (2012), au sein de laquelle les ruminations abstraites-analytiques (et non les concrètes-expérientielles) était un médiateur du lien entre le perfectionnisme inadapté (en particulier, les dimensions CM et DA) et les symptômes dépressifs. Le perfectionnisme adapté (en particulier, la dimension PS) ne présentait, quant à lui, aucun lien avec les ruminations (abstraites-analytiques et concrètes-expérientielles). Enfin, Gentles et Ruscio (2014) ont montré que les personnes présentant de fortes inquiétudes, avec ou sans TAG, avaient des niveaux de perfectionnisme (tels que mesurés par le score total à l'échelle de Frost et al., 1990) significativement plus élevés que les personnes sans inquiétudes importantes. Les analyses supplémentaires ont par ailleurs révélé que les personnes souffrant de fortes inquiétudes obtenaient des scores particulièrement élevés sur les dimensions PS et CM. Autrement dit, il semblerait que la dimension PS ne soit pas adaptative chez les personnes qui s'engagent dans de fortes ruminations. Au contraire : tout évènement susceptible d'indiquer une perte de contrôle ou une erreur vis-à-vis de ces standards mènera à une accentuation des ruminations.

Comme discuté dans le premier point de ce second volet, cet ensemble d'études suggère que la dimension « Standards personnels » n'est pas une caractéristique pathologique en soi, mais qu'elle peut le devenir en présence de certains modérateurs (tels que la présence d'un stressor ou de préoccupations évaluatives). Ainsi, Flett et al. (2016) ont développé un modèle processuel appelé « la théorie de la cognition perfectionniste » visant à synthétiser le lien entre le perfectionnisme et les ruminations. Ils postulent que les ruminations apparaissent plus rapidement et fréquemment chez les personnes perfectionnistes, tout en étant maintenues de manière plus importante. Le contenu de ces ruminations (c.-à-d., l'anticipation des erreurs, les erreurs commises, ainsi que l'importance d'être et paraître parfait) diffère de celui retrouvé dans des psychopathologies telles que les troubles anxiodépressifs. Bien que les personnes perfectionnistes voient des avantages à ruminer, les coûts et conséquences de tels processus cognitifs sont objectivement plus importants que les bénéfices (p.ex., une diminution des capacités attentionnelles et de mémoire de travail en présence de stressors et, sur le long-terme, le développement de troubles psychopathologiques, mais aussi physiques.). De plus, la persistance des ruminations mène à un surdéveloppement des souvenirs liés aux erreurs, aux échecs, et aux expériences (sociales) négatives. Ce surdéveloppement accompagné de biais cognitifs (c.-à-d., une surveillance hyper-vigilante des erreurs) affecte directement l'estime de soi, en particulier chez les personnes perfectionnistes

caractérisées par une sur-généralisation du *self* (c.-à-d., *la croyance qu'un défaut reflète le self entier* ; Flett et al., 2016, p.139) et un besoin irréprouvable d'être parfait. L'attention constante portée sur le *self* augmente, par la suite, les affects négatifs (tels que la honte ou les remords) qui, à leur tour, augmentent les ruminations et réduisent la capacité de régulation émotionnelle et cognitive. Une des possibles conséquences de cette difficulté d'autorégulation est une prolongation et une intensification des réactions physiologiques dues au stress, ainsi que des affects négatifs. La personne perfectionniste peut ainsi progressivement entrer dans un état de fatigue émotionnelle et physique. A cela s'ajoute également des métacognitions, où la personne perfectionniste se sent désemparée du fait de ressentir des affects négatifs : pour elle, ressentir des affects négatifs est en effet annonciateur d'un plus grand écart entre le soi actuel et le soi idéal (parfait).

iii. Des comportements excessifs

La mise en forme de standards sous forme de règles dichotomiques nécessite un contrôle de soi omniprésent. Ce surcontrôle peut mener à des excès lorsque ces règles sont brisées et que les standards ne sont donc pas atteints. C'est principalement le cas lors des comportements impulsifs retrouvés dans les TCA (épisodes de *binge eating*) : paradoxalement, la recherche rigide de contrôle mène à une perte totale de contrôle. Plusieurs auteurs parlent de la théorie échappatoire du *binge eating*, le perfectionnisme étant alors un facteur de vulnérabilité (p.ex., Abramson, Bardone-Cone, Vohs, Joiner, & Heatherton, 2006 ; Heatherton & Baumeister, 1991). Selon cette théorie, lorsque les standards perfectionnistes ne sont pas atteints (p.ex., la personne se sent en surpoids), ceci génère un écart entre les sois qui, à son tour, génère des affects négatifs qui poussent à « s'échapper » dans un épisode de *binge eating* (Bardone-Cone et al., 2007). Par exemple, Joiner, Heatherton, Rudd, et Schmidt (1997) ont montré que, parmi leurs participantes qui se considéraient comme étant en surpoids, celles qui étaient le plus perfectionnistes étaient aussi celles qui présentaient le plus de symptômes boulimiques (en l'occurrence, des épisodes de *binge eating* suivis de purges).

De même, certains auteurs proposent que les troubles du comportement puissent, dans certaines circonstances, être expliqués par un phénomène tel que celui du perfectionnisme (p.ex., Taylor, Couper, & Butler, 2017). Devoir sans cesse se surpasser ou répondre aux attentes des autres peut mener la personne à se situer sur l'autre extrême, c'est-à-dire exprimer des comportements considérés comme socialement inacceptables. Taylor et al. (2017) parlent de débordement de problèmes de comportement.

d. Des difficultés interpersonnelles

Selon Hewitt, Flett, Sherry, et Caelian (2006), la dimension SPP serait la plus délétère en ce qu'elle est liée à de nombreuses conséquences négatives et difficultés dans les relations interpersonnelles. Ils proposent de le conceptualiser à l'aide du modèle de déconnexion sociale du perfectionnisme. Ce modèle préconise une médiation du lien entre la dimension SPP et les troubles dépressifs par le sentiment d'être insignifiant aux yeux des autres / déconnecté socialement. Ce faisant, la dimension SPP est considérée comme un facteur de risque pour les idéations et comportements suicidaires, les difficultés en termes d'ajustement intra- et interpersonnel, ainsi que les perturbations émotionnelles (p.ex., Cha, 2016).

Sachant qu'il existe des biais de traitement de l'information, certaines études ont démontré que les personnes perfectionnistes se perçoivent plus rapidement comme étant socialement exclues et / ou incapables de rencontrer les exigences d'autrui (p.ex., Hewitt et al., 2006 ; Sherry, Law, Hewitt, Flett, & Besser, 2008 ; Stoeber, 2012). Selon Hewitt et al. (2006), un cercle vicieux s'installe progressivement. Dans un premier temps, les biais dans la cognition sociale accompagnés de difficultés interpersonnelles générées par les tendances perfectionnistes (telles qu'une sur-sensibilité aux critiques, un besoin excessif d'obtenir l'approbation d'autrui ou de l'hostilité) renforcent la déconnexion sociale perçue, le sentiment d'aliénation ou le peu d'espoir quant à une amélioration des relations interpersonnelles. Un fort sentiment de solitude apparaît alors, la personne perfectionniste ayant la perception objective et subjective de ne pas pouvoir compter sur un quelconque support social ; ce qui renforce en retour l'isolement social de la personne perfectionniste.

Dans une étude visant à tester empiriquement ce modèle de déconnexion sociale du perfectionnisme, Sherry et al. (2008) en sont venus à la conclusion que le support social subjectif (mais pas objectif) était un médiateur partiel du lien entre la dimension SPP et les symptômes dépressifs. Autrement dit, la dimension SPP influence la manière dont la personne se sent soutenue par son entourage (surtout au travers de distorsions cognitives), mais n'influence pas la probabilité que cette personne soit objectivement soutenue par son entourage. La dimension SPP mène alors à une déconnexion sociale perçue qui, à son tour, mène à des symptômes dépressifs. Dans cette même optique, Flett, Galfi-Pechenkov, Molnar, Hewitt, et Goldstein (2012) ont démontré que le sentiment d'être important pour autrui (« *materring* ») est un médiateur du lien entre la dimension SPP et la dépression.

A noter que la question se pose encore de savoir si le support social perçu est un médiateur uniquement en présence de la dimension SPP, ou peu importe le type de perfectionnisme qui caractérise la personne. En effet, récemment, Hewitt, Flett, et Mikail (2017) ont suggéré que ce modèle de déconnexion sociale du perfectionnisme s'applique aux trois dimensions du modèle d'Hewitt et Flett (1991), à savoir SOP, OOP et SPP. Toutefois, Stoeber, Noland, Mawenu, Henderson, & Kent (2017) ont établi une corrélation positive entre le perfectionnisme d'une part et une déconnexion sociale ou de l'hostilité d'autre part uniquement pour les dimensions OOP et SPP. Il reste que de telles découvertes attestent l'importance d'inclure des personnes significatives dans les interventions psychothérapeutiques, de travailler sur le support social perçu, mais aussi de travailler sur les comportements qui tendent à diminuer le support social objectif (Sherry et al., 2008).

e. Synthèse du second volet

Ce second volet met en lumière les différents processus qui sous-tendent le perfectionnisme et qui sont susceptibles de maintenir un impact fonctionnel intra- et / ou interpersonnel. Sachant qu'une caractéristique inhérente au perfectionnisme est la fixation de standards exigeants et auto-imposés, il a été suggéré que cette fixation devient problématique si et seulement si l'estime de soi de la personne dépend principalement de l'atteinte de ces standards. Dans ce cas, cette faible estime de soi est entretenue par des ruminations (surtout abstraites-analytiques) et des autocritiques dénonçant la non-atteinte des objectifs fixés, elles-mêmes alimentées par des biais cognitifs orientés vers l'erreur qui augmentent la perception d'échec. Autrement dit, les standards exigeants et auto-imposés deviennent problématiques en raison d'une inflexibilité cognitive alimentée par des biais cognitifs. Cette constatation a mené Flett et al. (2016) à proposer un modèle processuel appelé « la théorie de la cognition perfectionniste », au sein duquel les ruminations mentales constituent un médiateur du lien entre le perfectionnisme et la détresse psychologique. Cette constatation a également mené Hewitt et al. (2006) à proposer un modèle processuel et centré sur les relations interpersonnelles appelé « le modèle de déconnexion sociale ». Dans ce dernier, le support social perçu est un médiateur partiel du lien entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs.

L'inflexibilité cognitive s'accompagne aussi d'une inflexibilité comportementale, elle-même renforcée négativement par un soulagement des affects négatifs. Celle-ci se marque notamment par des comportements de vérification excessive ou de procrastination menant à un manque d'efficacité qui, finalement, alimente les

ruminations mentales et cognitives en intensifiant l'écart entre le soi perçu et le soi idéal, ainsi que les affects négatifs qui les accompagnent. Recommence donc un cycle sans fin doté de renforcements mutuels entre inflexibilité cognitive et comportementale. Ces boucles de rétroaction peuvent, dans certains cas, mener à des comportements excessifs tels que des épisodes de *binge eating* ou des troubles du comportement.

III. UNE PRISE EN CHARGE DU PERFECTIONNISME INADAPTÉ

Le caractère transdiagnostique du perfectionnisme nécessite qu'il soit pris en compte dans les prises en charge, celui-ci ayant un impact direct sur l'adhérence au traitement et l'alliance thérapeutique (Zuroff, Blatt, Sotsky, Krupnick, Martin, Sanislow, & Simmens, 2000). Pourtant, les études empiriquement validées ciblant ce phénomène au sein d'interventions psychothérapeutiques se comptent sur les doigts d'une main (Aldea et al., 2010 ; Arpin-Cribbie et al., 2008). Par exemple, Lloyd, Schmidt, Khondoker, et Tchanturia (2015) n'ont pu retenir que huit études dans leur méta-analyse ayant pour objectif de vérifier l'efficacité des interventions centrées sur le perfectionnisme. Cette méta-analyse a tout de même permis de révéler de larges effets des interventions cliniques sur les deux facteurs sous-jacents au perfectionnisme (« Standards personnels » et « Préoccupations évaluatives ») et sur la dimension SOP. Elle a également permis de révéler des effets moyens des interventions cliniques sur la dimension SPP, ainsi que sur les symptômes anxiodépressifs.

Les interventions cognitivo-comportementales sont actuellement celles qui ont fait l'objet d'une plus grande validation empirique si l'on souhaite cibler le perfectionnisme – et, plus précisément, la rigidité cognitive qui le caractérise – au sein de la prise en charge (DiBartolo, Frost, Dixon, & Almodovar, 2001 ; Egan et al., 2014 ; Pleva & Wade, 2006 ; Shafran et al., 2002). Pleva et Wade (2006), ainsi que Steele et Wade (2008) proposent même que les stratégies cognitivo-comportementales, en particulier celle développée par Antony et Swinson (1998) dans leur livre « *When Perfect Isn't Good Enough* », puissent être appliquées en autothérapie

L'accent mis sur les processus psychologiques qui maintiennent le perfectionnisme a inspiré divers traitements (p.ex., Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003 ; Glover, Brown, Fairburn, & Shafran, 2007 ; Riley et al., 2007 ; Shafran et al., 2002). Ces traitements se présentent sous forme d'une intervention brève : la méta analyse de Lloyd et al. (2015) nous indique en effet que la durée de traitement oscille entre 10 et 14 séances de 50 minutes, sur une période 7 à 11 semaines.

a. Une approche clinique et basée sur les processus du perfectionnisme (Egan et al., 2014)

Dans un ouvrage récent, Egan et al. (2014) proposent un traitement cognitivo-comportemental synthétisant les interventions précédemment développées qui ciblent les processus psychologiques susceptibles de maintenir un impact fonctionnel. Nous terminerons le dernier volet en évoquant ses grandes lignes et en suivant la même structure que celle proposée par Egan et al. (2014). Notons que les facteurs interpersonnels ne sont pas explicitement pris en compte dans ce modèle d'intervention. Nous ne perdons pas de vue qu'ils sont des médiateurs potentiels de la relation entre le perfectionnisme et certains troubles psychopathologiques. Le support empirique d'interventions les ciblant étant toutefois faible, nous nous concentrerons sur ce modèle qui est l'approche ayant la meilleure validité scientifique.

i. Etablir le plan de traitement : une analyse fonctionnelle et une évaluation de l'ambiguïté au changement

Traiter le perfectionnisme peut mener à une amélioration du bien-être physique et / ou psychologique, que le perfectionnisme soit le trouble primaire ou secondaire. Néanmoins, une analyse fonctionnelle est recommandée pour prendre en considération l'individualité de chaque personne. En effet, dans certains cas, le perfectionnisme est l'aspect clinique central dans la conceptualisation de cas. Cependant, dans la plupart des cas, la personne met plutôt en avant des symptômes causés par un ou plusieurs trouble(s) psychopathologique(s). Le perfectionnisme est dans ce cas un facteur de risque ou un processus responsable du maintien des difficultés, et est traité comme trouble secondaire. Ceci a déjà été le cas auprès de personnes souffrant d'un trouble dépressif, d'un trouble anxieux, d'une peur d'une dysmorphie corporelle, du syndrome de fatigue chronique, ou encore d'un TCA (Lloyd et al., 2015). Notons toutefois que, si le perfectionnisme n'interfère pas avec l'adhérence au traitement, il sera parfois plus approprié de traiter les symptômes psychopathologiques en premier lieu, pour éventuellement aborder la thématique du perfectionnisme dans la phase de prévention de la rechute.

L'analyse fonctionnelle doit également inclure une évaluation motivationnelle (p.ex., la personne est-elle venue de son plein gré ou en raison d'une pression sociale ?). Shafran et al. (2002) précisait déjà que le perfectionnisme clinique est caractérisé par une poursuite du comportement malgré les conséquences négatives de nature émotionnelle, sociale, physique, cognitive et / ou comportementale. Ces conséquences ayant un lien direct avec l'estime soi, elles sont acceptées par la personne perfectionniste. Par conséquent, l'impact

fonctionnel n'est pas toujours perçu ou identifié comme négatif, voire dangereux. Au contraire, il s'agit pour la personne d'une preuve de mobilisation extrême pour atteindre les standards auto-imposés.

ii. Favoriser l'alliance thérapeutique : une formulation de cas collaborative et une participation active de la personne perfectionniste entre les séances

Les personnes perfectionnistes présentent souvent une forte ambivalence au changement. Il sera alors primordial d'assurer une alliance thérapeutique forte. Egan et al. (2014, pp.125-133) suggèrent d'être attentif à cinq facteurs permettant de lier alliance thérapeutique et perfectionnisme : (1) la collaboration (c.-à-d., *le thérapeute et le client travaillent ensemble comme une équipe*), (2) la structure et la flexibilité (c.-à-d., bien que la structure soit essentielle dans tout processus thérapeutique, il importe de se limiter à des lignes directrices individualisées pour ne pas reproduire de règles rigides caractéristiques du perfectionnisme inadapté), (3) la validation (c.-à-d., *le thérapeute explore les bénéfices et les coûts du comportement actuel associé au perfectionnisme (...) et aide le client à considérer des réponses alternatives qui permettent d'atteindre les objectifs avec moins de coûts et davantage de bénéfices*), (4) les croyances du thérapeute à propos de la thérapie (p.ex., l'influence de son propre degré de perfectionnisme), et (5) les croyances et les réparations des ruptures thérapeutiques (p.ex., remettre en question les mythes tels que « au plus on fournit d'efforts, au meilleur le résultat sera » en présentant la courbe de la « zone optimale de performance »⁶, et proposer des métacommunications sur l'alliance thérapeutique pour réparer une rupture).

iii. Les auto-observations comme outil général

Egan et al. (2014) soulignent l'importance des devoirs à réaliser entre les différentes séances. Ces tâches prescrites sont d'autant plus importantes lorsque l'on travaille avec des personnes perfectionnistes : ceci permettra de voir leurs comportements habituels face à une tâche de performance (p.ex., procrastiner, détailler plus qu'il n'en faut, ou vérifier de façon extrême) tout en augmentant la participation active au changement. Le thérapeute doit par ailleurs veiller à ce que les devoirs soient munis de consignes précises : il ne faut pas que la personne y exerce son perfectionnisme en vue d'être le « patient parfait ».

Entre les séances, la personne perfectionniste va surtout être invitée à faire de l'auto-observation de ses pensées, émotions et comportements, pour ensuite les mettre à l'épreuve des faits dans des expériences

comportementales. Par exemple, le thérapeute peut proposer un journal de bord (ou « agenda des pensées ») pour prendre conscience des autocritiques et des pensées répétitives abstraites-analytiques en vue de s'en affranchir.

iv. Elargir le champ d'attention aux exploits positifs – diminuer la surveillance hyper-vigilante et la sur-généralisation de l'échec

Pour aborder les biais en lien avec l'attention sélective, Egan et al. (2014) proposent d'utiliser la « métaphore du préjugé » de Padesky (1990). L'objectif est d'amener la personne perfectionniste à constater qu'elle se comporte de la même façon qu'un individu ayant des préjugés. Par exemple, une personne ayant des préjugés raciaux ne retiendra que les informations qui confirment que les personnes étrangères sont dangereuses ou, du moins, différentes. Toutes les informations qui remettraient ses préjugés en question sont discréditées et oubliées. La personne perfectionniste agit exactement de la même façon, comme si elle avait des préjugés à son égard : elle ne retiendra que les informations qui la mettent en défaut, et oubliera sélectivement les informations qui pourrait lui suggérer qu'elle a (au moins partiellement) fait une belle performance.

v. Restructurer le contenu des ruminations mentales et inquiétudes

Les personnes perfectionnistes présentent souvent une tendance à catastrophiser. L'imagerie mentale peut alors aider à envisager un scénario alternatif, plus rationnel (Egan et al., 2014). Dans cette lignée, DiBartolo et al. (2001) recommandent la restructuration cognitive en partant du présupposé selon lequel, en situation d'évaluation, les personnes perfectionnistes présentent de fortes ruminations et inquiétudes quant à leur performance et la possibilité de commettre des erreurs. Concrètement, ils proposent trois étapes dans la restructuration cognitive. Premièrement, le thérapeute propose à la personne perfectionniste d'examiner le principe de surestimation de la probabilité. Pour ce faire, elle doit nommer les pensées négatives ou inquiétudes qui apparaissent dès l'anticipation d'une situation d'évaluation. Elle est ensuite invitée à estimer la probabilité que ces pensées négatives ou inquiétudes se produisent réellement dans la situation d'évaluation. À la suite de ce rappel, une réévaluation de la probabilité est suggérée.

Deuxièmement, le thérapeute propose une stratégie pour dédramatiser les conséquences anticipées. Après avoir évalué le caractère dramatique des conséquences anticipées, la personne perfectionniste doit juger à quel point elle serait capable de faire face à de telles conséquences si elles avaient réellement lieu. Elle doit ensuite

donner des exemples de conséquences qui seraient encore plus dramatiques que celles anticipées. À la suite de cette comparaison, une réévaluation du caractère dramatique des conséquences anticipées ainsi que de la capacité à y faire face est suggérée.

Troisièmement, la personne perfectionniste propose une pensée ou une phrase permettant de faire face à l'apparition des pensées négatives ou inquiétudes lors de la situation d'évaluation. L'étude de DiBartolo et al. (2001) a été réalisée au sein d'un échantillon non-clinique d'étudiants, et a mené à des résultats significatifs en termes de réduction de l'anxiété provoquée par une situation d'évaluation.

vi. Passer d'un monde dichotomique à un monde nuancé

En plus du journal des pensées, l'analogie du continuum est utilisée pour défier la pensée dichotomique ; accepter qu'une performance reste bonne, même si elle n'est pas atteinte à la perfection. Un exemple est celui du continuum orthogonal proposé par Padesky (1994). Si ce continuum est appliqué à la pensée perfectionniste « je ne suis rien si je fais une erreur », les deux extrêmes de l'axe horizontal sont « un échec total en tant que personne » et « un succès total en tant que personne ». Les deux extrêmes de l'axe vertical sont « un grand nombre d'erreurs » et « pas d'erreur » (Egan et al., 2014, p.179). En prenant le parcours de célébrités, le thérapeute va expliquer à la personne perfectionniste qu'il est possible de faire quelques erreurs, mais d'atteindre un certain niveau de succès. De tels exemples permettront de montrer à la personne perfectionniste que la vie se ne résume pas à faire et être tout, ou faire et être rien. Progressivement, la personne est amenée à accepter une performance imparfaite.

vii. Les expériences comportementales comme technique centrale pour le changement

Dans la majorité des interventions visant le perfectionnisme inadapté, les expériences comportementales occupent une place importante. Elles peuvent être réalisées à l'aide de l'imagerie (avec des expériences antérieures ou imaginaires), mais aussi de manière concrète durant et après la séance. Par exemple, une expérience comportementale permettant de mettre les biais cognitifs (c.-à-d., la surveillance hyper-vigilante et sur-généralisation de l'échec) à l'épreuve des faits, pourrait être de demander un *feedback* honnête à son supérieur après une présentation orale. Ce *feedback* permettrait de connaître objectivement ses qualités et ses faiblesses.

Egan et al. (2014) précisent toutefois de rester vigilant avec une expérience comportementale bien spécifique : celle de demander à la personne perfectionniste de faire une erreur dans une performance (p.ex., envoyer une carte postale avec une faute d'orthographe). L'objectif de cette expérience serait de montrer que commettre une erreur n'est pas si catastrophique que ce qui a pu être envisagé. Seulement, une personne dont l'estime de soi dépend majoritairement du fait d'atteindre ou non la perfection, ne pourrait pas comprendre l'objectif d'une telle expérience si elle est introduite trop tôt dans le traitement.

viii. Améliorer l'estime de soi en attaquant les autocritiques

Le perfectionnisme inadapté est caractérisé par de fortes autocritiques à propos de ses propres performances. Ces autocritiques affectent directement l'estime de soi, elle-même étant largement déterminée par l'atteinte (et, souvent, la non-atteinte) perçue des standards. Il importe donc d'utiliser des techniques pour élargir les champs susceptibles d'améliorer l'estime de soi, mais aussi pour augmenter la compassion que la personne perfectionniste peut avoir envers elle-même (que ce soit en réponse à une bonne performance, à une mauvaise performance ou à un évitement expérientiel).

Pour cibler l'estime de soi, Egan et al. (2014) suggèrent d'utiliser des graphiques en camembert, chaque part représentant, en plus des domaines investis par les standards, des domaines de vie qui alimentent sa valeur personnelle sans être directement liés à la performance. Il importe de cerner les domaines qui la définissent intrinsèquement (qui permettent de renforcer qui elle est et non pas ce qu'elle fait) tout en réduisant l'impact de la performance sur l'estime de soi. Ces graphiques découlent d'auto-observations et peuvent aussi être inspirés de domaines qui ont été investis dans le passé, mais qui ont été abandonnés au profit de standards exigeants et auto-imposés dans un autre domaine. Ensuite, la manière de réagencer l'importance de chaque domaine peut être investiguée (et peut-être révisée) par le biais d'expériences comportementales.

Pour cibler les autocritiques, Egan et al. (2014) suggèrent dans un premier temps de les démystifier : ce n'est pas parce que la personne n'est plus extrêmement sévère envers elle-même, qu'elle deviendra automatiquement paresseuse ou ordinaire. Les personnes perfectionnistes ont en effet tendance à considérer les autocritiques comme un moteur les poussant à travailler plus assidument.

ix. Remettre la procrastination à plus tard et améliorer la gestion du temps

Les personnes perfectionnistes peuvent procrastiner en raison de ruminations trop importantes à propos de la difficulté de la tâche (en termes de temps et de complexité) et / ou par crainte de ne pas être à la hauteur. Ce type de comportement, associé à une estime de soi sur-dépendante de l'atteinte des standards, mène progressivement la personne à s'interdire tout loisir ou moment de relaxation considéré comme une perte de temps. De plus, le mode de pensée dichotomique pousse souvent la personne perfectionniste soit à s'engager pleinement dans la tâche, soit à ne pas l'investir du tout.

Egan et al. (2014) proposent d'amener la personne perfectionniste à lister les avantages et les inconvénients de la procrastination, notamment à l'aide de dialogues socratiques et d'auto-observations. Ils proposent également d'analyser la courbe de performance de Yerkes et Dodson (1908). Cette courbe peut aider à intégrer le fait que l'anxiété peut effectivement augmenter la productivité dans une certaine mesure. Cependant, une fois une certaine zone franchie, l'anxiété va paralyser la personne. Elle peut également illustrer le fait que, une fois qu'une trop grande quantité d'efforts est fournie par rapport à la difficulté de la tâche, la personne franchit la « zone optimale de performance ». L'une des conséquences est que le travail est de moins bonne qualité malgré les efforts supplémentaires investis et / ou la croyance de « mieux travailler sous pression ».

Rappelons que la procrastination est une stratégie comportementale qui peut interférer avec le traitement : la personne perfectionniste peut reporter sans cesse les devoirs à effectuer entre les séances par crainte de ne pas être à la hauteur. Si c'est le cas, les difficultés doivent directement être abordées durant les séances. Par exemple, le thérapeute peut, dans un premier temps, aider la personne à compléter ses auto-observations en séance, pour progressivement l'amener à avoir de l'assurance pour le faire seule entre les séances.

x. La prévention de la rechute

L'objectif du programme de prévention de la rechute est d'anticiper les difficultés auxquelles la personne pourrait faire face dans le futur. Il importe que la personne comprenne que, avant l'intervention, la majorité de sa vie quotidienne était gouvernée par la poursuite irrépressible de standards exigeants et auto-imposés ; et que son perfectionnisme et les processus qui le sous-tendent ont progressivement alimenté une inflexibilité cognitive et comportementale. En séance, la personne a expérimenté l'auto-compassion et a appris à accepter une performance qui n'est pas tout-à-fait parfaite.

Le thérapeute normalise le risque de rechute et, si une rechute est effective, il faut veiller à ce que la personne n'y fasse pas face de façon dichotomique : il ne s'agit pas d'un échec total. Plutôt, le thérapeute propose à la personne perfectionniste, lors des dernières séances, d'identifier certains indices signifiant le retour des anciennes habitudes (p.ex., abandonner les activités de loisirs ou reporter une tâche à plus tard). Les séances se terminent en montrant à la personne perfectionniste qu'elle possède désormais de nombreux outils pour s'épanouir dans un monde complexe et, de ce fait, imparfait.

CONCLUSION

L'objectif principal de cet article était d'apporter certains éclaircissements quant à l'évolution théorique et conceptuelle du construit de perfectionnisme. Pour ce faire, nous avons adopté une approche basée sur les processus visant à mettre en évidence l'inflexibilité cognitive et comportementale sous-jacente à l'aspect clinique de ce phénomène. Dans un premier volet, nous avons présenté certaines conceptualisations du perfectionnisme. Celles-ci s'intéressent surtout aux processus transdiagnostiques qui sous-tendent ce phénomène. Ces processus ont été agrégés et développés dans un second volet avec une visée intégrative. Enfin, dans un troisième et dernier volet, nous avons proposé quelques pistes de traitement du perfectionnisme inadapté. Nous avons particulièrement insisté sur une prise en charge empiriquement validée, intégrative et cognitivo-comportementale proposée par Egan et al. (2014). Cette prise en charge a été sélectionnée non seulement en raison d'un support empirique plus évident, mais aussi en raison de son approche basée sur les processus et transdiagnostique.

Il reste toutefois nécessaire d'approfondir la thématique dans des recherches expérimentales et cliniques. Nous avons notamment souligné l'importance d'investiguer la manière dont la dimension interpersonnelle pourrait être travaillée au sein de prises en charge empiriquement validées. De même, la distinction entre un perfectionnisme « adapté » et « inadapté » ne fait pas encore l'objet d'un consensus. Bien que certains auteurs suggèrent que le facteur « Standards Personnels » puisse mener à des conséquences positives en l'absence du facteur « Préoccupations évaluatives », d'autres réfutent cette hypothèse au sein de leurs études et proposent qu'il existe plutôt un perfectionnisme « neutre » et « inadapté ». Des recherches ultérieures de nature expérimentale, longitudinale et / ou portant sur diverses populations (cliniques et non-cliniques) permettraient probablement de résoudre partiellement ces discordes.

Les propositions de réponse apportées aujourd’hui ouvrent donc à une multitude de nouvelles questions : la recherche sur le perfectionnisme n’est encore qu’à ses débuts. Nous encourageons ainsi les cliniciens à considérer le perfectionnisme comme une potentielle cible dans certaines de leurs prises en charge, et les chercheurs à laisser libre court à leur curiosité pour alimenter ces dernières. Nous les encourageons également à examiner ce phénomène de façon processuelle pour en apprécier sa valeur transdiagnostique, et d’orienter les méthodes de recherche de façon à mieux cerner les liens de causalité entre les différentes variables.

RÉFÉRENCES

- Abramson, L. Y., Bardone-Cone, A. M., Vohs, K. D., Joiner, T. E., & Heatherton, T. F. (2006). Cognitive vulnerability to bulimia. In L. B. Alloy, & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 329-364). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Aldea, M. A., Rice, K. G., Gormley, B., & Rojas, A. (2010). Telling perfectionists about their perfectionism: Effects of providing feedback on emotional reactivity and psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1194-1203.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and Psychological Distress: A Modeling Approach to Understanding their Therapeutic Relationship. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(3), 151-167.
- Arslan, C., Hamarta, E., Ürea, O., & Özyesila, Z. (2010). An investigation of loneliness and perfectionism in university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 814-818.
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2009). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 139-148.
- 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.
- 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.
- Blankstein, K. R., & Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns self-critical and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 285-315). Washington, DC: American Psychological Association.

- Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or Why Does Perfectionism Translate Into Eating Disorder Pathology? A Longitudinal Examination of the Moderating and Mediating Role of Body Dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 412-418.
- Brooks, S. K., Chalder, T., & Rimes, K. A. (2017). Chronic Fatigue Syndrome: Cognitive, Behavioural and Emotional Processing Vulnerability Factors. *Behavioral Cognitive Psychotherapy, 45*(2), 156-169.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*(6), 34-52.
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences, 88*, 148-159.
- Deary, V., & Chalder, T. (2010). Personality and perfectionism in chronic fatigue syndrome: A closer look. *Psychology & Health, 25*(4), 465-475.
- Desnoyers, A., & Arpin-Cribbie, C. (2015). Examining cognitive performance: Do perfectionism and rumination matter? *Personality and Individual Differences, 76*, 94-98.
- 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.
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y., & Frost, R. O. (2008). How Do the Dimensions of Perfectionism Relate to Mental Health? *Cognitive Therapy and Research, 32*(3), 401-417.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences, 53*(6), 774-778.
- Douilliez, C., Rivière, J., & Dupont M. (2016). Le patient perfectionniste, un patient idéal? Vers une approche transdiagnostique du perfectionnisme. In J.-L. Monestès & C. Baeyens (Eds). *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Paris : Dunod.

- 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.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Murray, J. D., Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1813-1822.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Egan, S.J., Wade, T.D., Shafran, R., & Antony, M.M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Flett, G. L., Galfi-Pechenkov, I., Molnar, D.S., Hewitt, P.L., & Goldstein, A.L. (2012). Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*, 52, 828-832.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive Versus Negative Perfectionism in Psychopathology: A Comment on Slade and Owens’s Dual Process Model. *Behavior Modification*, 30(4), 472-495.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 33-47.
- Flett, G. L., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism. In F. M. Sirois, & D. S. Molnar (Éd.), *Perfectionism, Health, and Well-Being* (pp. 121-155). Cham: Springer International Publishing.
- 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, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy*

and Research, 14(5), 449-468.

Frost, R. O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost and G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 91-105). New York: Pergamon.

Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2014). Perceptions of functioning in worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 518-529.

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.

Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 150-160.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

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.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment. New York: Guilford.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide* (pp. 215-235). Washington, DC: APA.

Howell, J. A., McEvoy, P. M., Grafton, B., Macleod, C., Kane, R. T., Anderson, R. A., & Egan, S. J. (2016). Selective attention in perfectionism: Dissociating valence from perfectionism-relevance. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 100-108.

Joiner, T. E., Jr., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.

- 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.
- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A.T. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1, 6.
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2007). The role of theory in personality research. In R. W. Robins, R. C. Fraley, & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 3-20). New York, NY: Guilford Press.
- Morris, M., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1-40.
- Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17(3), 4-23.
- Padesky, C. (1990). Schema as self prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 6-7.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102-108.
- 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.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1994). *Perfectionism Questionnaire (PQ)* (J. Rhéaume, M. H. Freeston, & C. Bouchard, Trans.). Montréal, Canada: Université Laval, Unpublished manuscript.

Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Clark, D. (2012). Perfectionism, procrastination, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 59*(2), 288-302.

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.

Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Worry. *Cognitive Therapy and Research, 30*(3), 319-332.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*(7), 773-791.

Sherry, S. B., Law, A., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Besser, A. (2008). Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences, 45*(5), 339-344.

Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave, longitudinal study. *Journal of Research in Personality, 52*, 1-5.

Smith, M. M., Sherry, S. B., Saklofske, D. H., & Mushqaush, A. R. (2017). Clarifying the perfectionism-procrastination relationship using a 7-day, 14-occasion daily diary study. *Personality and Individual Differences, 112*, 117-123.

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133*, 65-94.

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*, 1316-1323.

Steele, A. L., Waite, S., Egan, S.J., Finnigan, J., Handley, H., & Wade, T.D. (2013). Psychoeducation and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: a case series evaluation. *Behavioural and*

- Cognitive Psychotherapy*, 41, 129-143.
- Stoeber, J. (2012). Dyadic perfectionism in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*, 53, 300-305.
- Stoeber, J., Noland, A. B., Mawenu, T. W. N., Henderson, T. M., & Kent, D. N. P. (2017). Perfectionism, social disconnection, and interpersonal hostility: Not all perfectionists don't play nicely with others. *Personality and Individual Differences*, 119, 112-117.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530-535.
- Taylor, E. P., Couper, R., & Butler, C. M. (2017). Adolescent perfectionism: Structural features of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale and correlates with attachment and psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 686-704.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Yiend, J., Savulich, G., Coughtrey, A., & Shafran, R. (2011). Biased interpretation in perfectionism and its modification. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 892-900.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D.J., Sanislow, C.A., & 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.

NOTES DE BAS DE PAGE

¹ *La conception du locus de contrôle externe capture principalement les croyances des individus voulant que leur vie soit contrôlée par la chance, un plus faible niveau de locus de contrôle externe étant considéré comme une caractéristique positive.* (Stoeber & Otto, 2006, pp.4-16).

² Ces deux facteurs, bien que définissant la même chose, ont été dénommés différemment selon les auteurs. Par exemple, Frost et al. (1993) parlent de « réalisation positive » et de « préoccupations évaluatives non-adaptatives ». Terry-Short, Owens, Slade, et Dewey (1995) parlent de perfectionnisme « positif » ou « négatif ». Pour éviter les connotations positives et négatives, nous utilisons dans cet article la terminologie de et Blankstein Dunkley (2002) qui traduit les termes « *personal standards* » and « *evaluative concerns* ».

³ Dans ce type de tâche, les participants aperçoivent brièvement une paire de mots / images. Cette paire est immédiatement suivie d'un stimulus (« *probe* ») que les participants doivent détecter (par exemple, en cliquant dessus), celui-ci apparaissant derrière l'un des deux mots / images. Les temps de réaction nous indiquent si les participants présentent ou non un biais attentionnel. En effet, si les temps de réaction sont significativement plus faibles lorsque le stimulus apparaît derrière une certaine catégorie de mots / images (par exemple, ceux liés à l'échec), ceci indique que l'attention des participants est automatiquement attirée par cette catégorie.

⁴ *Les traits dispositionnels expliquent les grandes différences individuelles en matière de tendances comportementales à travers les situations et le temps" et "les caractéristiques d'adaptation tiennent compte de ce que les personnes veulent dans la vie et comment elles l'obtiennent, en évitant ce qu'elles ne veulent pas, dans de périodes de développement particulières, dans des situations et contextes particuliers, et avec des rôles sociaux particuliers.* (McAdams & Pals, 2007, pp.7-8).

⁵ *Le facteur 'brooding' est défini comme des inquiétudes anxieuses et a été associé à des symptômes dépressifs plus importants sur le BDI-II. Le facteur 'reflection' est défini comme le fait de penser à la manière de faire face aux difficultés efficacement, et a été moins associé au BDI-II que le facteur 'brooding'.* (Harris et al., 2008, p.157).

⁶ *La performance augmente avec l'activation, mais cette relation n'est pas linéaire indéfiniment. La loi de Yerkes et Dodson (1908) nous indique quand le niveau d'activation devient trop élevé, et la performance se détériore.* (Egan et al., 2014, p.146).