

## LE PERFECTIONNISME ET LES TROUBLES ANXIEUX

Isabelle BOIVIN

Université du Québec à Montréal  
Centre de recherche Fernand-Seguin

André MARCHAND<sup>1</sup>

Université du Québec à Montréal  
Centre de recherche Fernand-Seguin

### Résumé

*Le présent article se veut une introduction à la notion de perfectionnisme et à l'impact de cette attitude au niveau du développement et du maintien de certains troubles anxieux, dont le trouble obsessionnel-compulsif. Il s'adresse aux professionnels qui ont une expérience en psychothérapie et aux chercheurs cliniciens qui tentent d'identifier, afin de les modifier, certains schémas cognitifs dysfonctionnels que l'on retrouve dans plusieurs pathologies. Il a comme principal objectif de faire le point sur l'état des connaissances concernant la notion de perfectionnisme et les caractéristiques des individus aux prises avec cette façon de penser et d'agir. L'article se divise en quatre sections. Après avoir présenté un bref historique de la notion de perfectionnisme et de son association avec la psychopathologie, la première partie tente de définir la notion de perfectionnisme, d'établir des points de repère afin de bien distinguer le perfectionnisme sain du perfectionnisme pathologique et de cerner les caractéristiques cognitives particulières des individus perfectionnistes. Deuxièmement, des facteurs pouvant expliquer le développement de ces croyances dysfonctionnelles sont proposés. La troisième partie tente de préciser son impact comme facteur étiologique et de maintien de certains troubles anxieux. Finalement, les auteurs suggèrent des moyens pratiques afin d'identifier et de modifier les croyances perfectionnistes qui nuisent à la qualité de vie et à la santé d'un individu anxieux. Quelques techniques d'intervention issues de l'approche cognitivo-comportementale sont proposées afin de*

---

<sup>1</sup> Cet article a partiellement été rendu possible grâce à l'obtention d'une subvention de recherche provenant du programme conjoint en santé mentale CQRS (no : RS-2272) par le deuxième auteur et d'une bourse FCAR par la première auteure.

Les auteurs tiennent à remercier Suzanne Comeau pour son aide appréciée ainsi que les évaluateurs anonymes qui ont parcouru attentivement ce manuscrit et ont permis de le bonifier à la lumière de leurs commentaires judicieux.

L'adresse de correspondance est la suivante : André Marchand Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8.

*restructurer cette façon de penser, ainsi que les limites de celles-ci avec des individus perfectionnistes.*

## **POURQUOI ÉTUDIER LE PERFECTIONNISME ?**

La notion de perfectionnisme n'est pas nouvelle. Elle a été étudiée sous plusieurs angles depuis les débuts de la psychologie moderne. Alfred Adler (1956), le père de la psychologie individualiste et théoricien de la personnalité, décrivait la recherche de la supériorité comme une des principales motivations partagée de tous. Selon lui, cette quête de la perfection vise à combler un sentiment d'infériorité quant à un aspect de sa personne, afin d'atteindre un pouvoir de contrôle sur notre environnement. La théorie psychanalytique associait également le perfectionnisme au développement et au maintien des névroses. La psychanalyste Karen Horney (1950) a décrit ce qu'elle nommait la tyrannie des «il faut» (*tyranny of shoulds*) comme étant une caractéristique du perfectionnisme pathologique sous-tendant certains états névrotiques. Elle désignait par ce terme la tendance à ressentir des obligations de façon excessive et l'impression que peu importe ce que fait l'individu, ce n'est jamais suffisant.

Le concept de perfectionnisme s'inscrit également dans le modèle béhavioriste, puisque l'individu qui n'est récompensé que par une performance parfaite sera motivé à se comporter selon des standards élevés afin d'éviter les imperfections et la réprobation des autres. La croyance que tout doit être parfait a également été décrite par les tenants du cognitivisme tels que Ellis, Beck et Young. Selon la théorie rationnelle-émotive de Ellis (1962), le perfectionnisme peut être considéré comme une croyance erronée qui peut mener à une mauvaise interprétation de l'environnement par l'individu, à des pensées et des émotions négatives et à un comportement autodéfaitiste de l'individu. Selon la théorie cognitive de Beck et collaborateurs (1979,1985) et de Young (1994), le perfectionnisme peut être décrit comme un schéma cognitif de base, c'est-à-dire une structure cognitive profonde qui s'installe tôt dans la vie de l'individu en fonction de ses expériences et qui organise l'information qu'il reçoit. Si ces schémas cognitifs sont mésadaptés et irréalistes, ils peuvent mener à des distorsions de l'information reçue par l'individu, à des pensées négatives et ainsi à des difficultés psychologiques telles que les troubles anxieux.

De nombreuses études ont établi un lien entre les croyances perfectionnistes et différentes psychopathologies telles que la dépression (Blatt, Quinlan, Pilkonis et Shea, 1995; Burns, 1980; Flett, Hewitt, Blankstein et O'Brien, 1991; Hewitt et Dyck, 1986; Hewitt et Flett, 1990, 1991a, 1991b, 1993; Hewitt et Genest, 1990; Hewitt, Mittelstaedt et Flett, 1990; Preusser, Rice et Ashby, 1994), le suicide (Beck et Burns, 1979; Delisle, 1986; Hewitt, Flett et Turnbull-Donovan, 1992; Hewitt, Flett et Weber, 1994), les troubles alimentaires (Bruch, 1978; Garner, Olmstead et Polivy, 1983), le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (APA,

1994), la dysmorphophobie (Andreasen et Bardach, 1977), les problèmes érectiles (Quadland, 1980), la personnalité de type A reliée aux maladies cardio-vasculaires (Flett, Hewitt, Blankstein et Dynin, 1994; Smith et Brehm, 1981), l'angoisse de la page blanche (*writer's block*) et la procrastination (Ferrari, 1992; Flett, Blankstein, Hewitt et Koledin, 1992; Solomon et Rothblum, 1984) et finalement les problèmes d'anxiété (Christensen, Danko, et Johnson, 1993; Craske *et al.*, 1992; Flett, Hewitt et Dyck, 1989; Flett, Hewitt, Endler et Tassone, 1995; Freeman, Pretzer, Fleming et Simon, 1990; Frost, Marten, Lahart et Rosenblate, 1990; Nekanda-Trepka, 1984; Zwemer et Deffenbacher, 1984).

Ces études associent le perfectionnisme à une tendance générale à l'anxiété mesurée par l'*Inventaire d'anxiété de trait et d'état* (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970) ou le *Brief Symptom Inventory* (Derogatis et Melisaratos, 1983). Cependant, ce n'est que récemment que des chercheurs se sont penchés sur la présence et la description du perfectionnisme dans les pensées et comportements de certaines populations cliniques constituant les troubles anxieux, c'est-à-dire le trouble obsessionnel-compulsif, la phobie sociale, le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée. Quelques études ont établi un lien corrélationnel entre le perfectionnisme et certains troubles anxieux, sans toutefois décrire de façon précise l'implication de cette façon de penser et d'agir dans le développement et le maintien de certains troubles anxieux en particulier. Cet article tente de décrire précisément le rôle du perfectionnisme dans certaines problématiques anxieuses spécifiques telles qu'elles sont présentées au clinicien. Nous soulignerons, entre autres, les différentes manifestations comportementales et cognitives du perfectionnisme que nous retrouvons dans ces populations cliniques. Selon l'approche cognitive décrite précédemment, si le perfectionnisme constitue bien un schéma cognitif important sous-jacent aux différentes symptomatologies anxieuses, il est important de pouvoir l'identifier et d'en faire une analyse fonctionnelle afin de réduire son impact sur le fonctionnement et la qualité de vie d'un individu.

## **QU'EST-CE QUE LE PERFECTIONNISME ?**

Le perfectionnisme peut être considéré à la fois comme un trait de personnalité, une motivation (*drive*), un comportement ou une maladie. Quoique l'on puisse décrire les diverses manifestations du perfectionnisme à partir de différents types de réponses (cognitives, affectives, comportementales et physiologiques), nous allons adopter, au cours de cet exposé, une position cognitiviste du perfectionnisme. En effet, nous croyons que les principales manifestations comportementales proviennent, dans un premier temps, de la façon de penser des individus concernant certaines situations ou tâches. Nous allons donc considérer le perfectionnisme comme une façon de penser, une attitude, une croyance ou un schéma de base au sens des cognitivistes cités précédemment (Beck *et al.*, 1979; Beck et Emery, 1985; Ellis, 1962; Young, 1994), c'est-à-

dire une structure profonde de la pensée qui se manifeste par certains comportements ou émotions à la surface. Cette structure cognitive peut donc se présenter de façon positive, en donnant à l'individu la motivation et l'énergie nécessaire pour atteindre ses buts, ou de façon négative, nuisant à sa qualité de vie et entraînant des problèmes d'anxiété, de dépression et de surmenage. On peut donc supposer que les différentes manifestations du perfectionnisme se situent le long d'un continuum, allant d'un perfectionnisme sain à un perfectionnisme pathologique. Les auteurs Hollander (1965), Hamachek (1978), Burns (1980) et Pacht (1984) nous fournissent une bonne description de cette typologie.

### **Le perfectionniste sain**

L'individu présentant une attitude et des comportements perfectionnistes sains a des standards élevés pour lui-même, mais se sent généralement libre d'être plus ou moins précis ou parfait selon la situation. Son investissement est proportionnel à l'importance de la tâche. Il possède des critères réalistes de succès ou d'accomplissement d'une tâche. Il sait quand s'arrêter lorsqu'il a investi suffisamment de temps et d'efforts dans une tâche quelconque. Il retire une satisfaction du travail bien fait et aussi d'avoir fait de son mieux. Il adopte une attitude perfectionniste pour lui-même, à cause de la satisfaction personnelle qu'une bonne performance lui procure, et non pas seulement afin de recevoir l'approbation des autres ou d'éviter des conséquences négatives. Le succès est donc possible pour lui, car il a des attentes réalistes et accessibles selon ses capacités. Son estime personnelle s'en trouve augmentée. Il a une attitude détendue et soignée face à son travail ou à ses loisirs et en retire du plaisir et non pas de l'anxiété. En bout de ligne, il reconnaît qu'il peut commettre des erreurs sans être jugé négativement par les autres, puisque sa valeur personnelle ne dépend pas de ses performances aux yeux des autres.

### **Le perfectionniste pathologique**

L'individu présentant des idéaux perfectionnistes pathologiques possède des exigences très élevées pour lui-même et entretient la conviction qu'il ne peut se permettre de commettre des erreurs. Il exagère l'importance des tâches et situations et doit donc être parfait dans tout ce qu'il fait malgré qu'il ne puisse atteindre cet objectif. La rédaction d'une liste d'épicerie ou d'un chèque de loyer revêt donc autant d'importance que celle d'un curriculum vitae. Ses efforts ne lui semblent jamais suffisants et il n'est jamais satisfait, puisqu'il s'établit des critères de réussite trop élevés et inaccessibles pour lui-même ou pour qui que ce soit. Cette croyance vis-à-vis de la perfection ne provient pas d'un désir de satisfaction personnelle, mais plutôt du besoin de plaire aux autres afin de ne pas être jugé négativement ou d'éviter les conséquences négatives. Il est donc davantage motivé par la peur de l'échec que par le désir de succès. Très souvent, il érige des critères de performance différents pour lui-même et pour les autres. Il reconnaît souvent que ses critères face à son propre comportement sont peut-être trop sévères, tandis que les autres peuvent

se permettre des erreurs, car ils ne sont pas infaillibles. Il lui arrive cependant d'être aussi exigeant envers les autres qu'envers lui-même et ces exigences peuvent nuire à ses relations avec les autres. Il peut avoir l'impression que ce sont les autres qui lui imposent ces standards élevés et inatteignables ou bien reconnaître que ce n'est que lui qui s'impose ce fardeau. Dans son travail ou ses loisirs, au lieu de se concentrer sur ses capacités, il se concentre sur ses faiblesses et cherche à les éviter. Il craint toute expérience où le succès n'est pas garanti, ce qui risquerait de confirmer sa croyance s'il tentait cette expérience en démontrant une performance moins que parfaite. Il évite donc souvent les expériences nouvelles, comme un sport ou un loisir avec lequel il n'est pas familier et dans lequel il risque de commettre des erreurs et ne pas être le meilleur. Il réagit généralement très mal aux critiques, même si elles sont constructives, car celles-ci confirment son schéma de pensée initial, c'est-à-dire qu'il doit toujours faire mieux. Chaque expérience de succès ne sert qu'à placer la barre plus haute pour la prochaine expérience et il en retire donc peu de satisfaction. Ces standards élevés peuvent découler d'une piètre estime de soi, mais aussi conduire à un appauvrissement de son estime personnelle, formant un cercle vicieux. Aussi, ses attentes négatives quant à sa capacité d'atteindre ses objectifs le conduisent souvent à l'évitement et à la procrastination et le rendent anxieux, confus et épuisé vis-à-vis de certaines tâches ou situations avant même de les affronter. Il est donc constamment en état d'alerte pour éviter ce qu'il craint, c'est-à-dire les imperfections, et se démène jusqu'à l'épuisement.

Si l'on se base sur le modèle cognitif de Beck *et al.* (1979) et Beck et Emery (1985), on peut reconnaître dans l'attitude et la façon d'agir du perfectionniste pathologique certaines distorsions cognitives, c'est-à-dire de mauvaises interprétations de l'information fournie par l'environnement. Premièrement, il démontre une façon de penser qui est dichotomique où tout doit être parfait, sinon c'est l'échec et le rejet. Cette vision en noir ou blanc ne laisse pas de place pour des imperfections, des zones grises. Il a également tendance à disqualifier ou à minimiser les aspects positifs de son comportement ou de sa performance. Il se trouve toujours dans une situation où il ne peut gagner. S'il réussit, son succès était prévu et non surprenant et il n'en retire donc pas de plaisir. S'il ne réussit pas, il est frustré et devient encore plus exigeant quant à ses prochaines performances. Il dramatise l'importance que revêtirait une erreur s'il en commettait une et a tendance à s'étiqueter en fonction de sa performance. S'il commet une erreur, il conclut qu'il **est** un échec, plutôt que de parler d'imperfections dans son comportement, c'est-à-dire ce qu'il **fait**. Il a un sens exagéré de l'obligation qui se reflète dans ses pensées automatiques et ses verbalisations sous la forme d'affirmations de type «il faut» ou «il faudrait» (*should statements*). Il a également tendance à surgénéraliser à partir des erreurs qu'il fait. Il croit que s'il fait une erreur à un moment donné, il en fera nécessairement encore et en fera toujours. Ces façons d'interpréter les événements et les situations mènent inéluctablement à des symptômes d'anxiété et à des comportements nuisant à la qualité de vie à long terme de l'individu.

## COMMENT DEVIENT-ON PERFECTIONNISTE ?

Comme c'est le cas pour bien des manifestations pathologiques chez un individu, plusieurs auteurs croient que les parents sont responsables de l'acquisition de ce schéma cognitif dès le jeune âge (Barrow et Moore, 1983; Burns, 1980; Frost, Lahart et Rosenblate, 1991; Hamachek, 1978; Hollander, 1965; Missildine, 1963). Selon ces auteurs, plusieurs types de discipline ou d'attitudes parentales peuvent être en cause, même si les intentions des parents sont souvent louables. Les parents peuvent démontrer une attitude fréquente de désapprobation où l'enfant reçoit rarement de renforcement positif pour ses comportements et essaie toujours de faire mieux afin d'obtenir ce renforcement. Il a peu de modèles de ce qu'est une bonne performance et peut développer un sentiment d'impuissance se manifestant par des réflexions de type : «*Ce que je fais n'est jamais suffisant.*» Deuxièmement, l'approbation des parents peut être présente, mais inconsistante. Dans ce cas, l'enfant est parfois renforcé pour ses bons comportements, mais pas suffisamment. Il en résulte une insécurité qui le pousse à toujours vouloir faire mieux pour satisfaire ses parents et éviter de se sentir rejeté. Le plus souvent, l'approbation des parents est conditionnelle à ce que l'enfant ait une performance parfaite. Il entendra alors des commentaires du genre : «*Tu aurais pu faire mieux que ça!*» Les parents peuvent être ouvertement exigeants et critiques à l'endroit de l'enfant ou bien la critique peut être implicite dans les attentes parentales, se reflétant par un sentiment perceptible de déception chez les parents si l'enfant encaisse un échec. Il est possible que les parents, sans être exigeants envers l'enfant, soient perfectionnistes envers eux-mêmes. Ils servent alors de modèles de perfectionnisme pour l'enfant. Le schéma cognitif «*Il faut être parfait pour être aimé*» ainsi appris durant l'enfance à cause de ses contingences peut avoir des répercussions à l'âge adulte.

Peu d'études ont tenté de démontrer empiriquement l'incidence de standards parentaux élevés sur le développement des manifestations perfectionnistes à l'âge adulte. Frost *et al.* (1991) ont étudié l'incidence du perfectionnisme dans des familles d'étudiantes de niveau collégial. Les résultats de cette étude ont révélé que les étudiantes qui avaient une mère perfectionniste l'étaient davantage elles-mêmes. De plus, le perfectionnisme chez les mères était relié à une plus grande sévérité de symptômes chez les filles selon une échelle globale de psychopathologie (*Brief Symptom Inventory*, Derogatis et Melisaratos, 1983). Les deux parents des étudiantes perfectionnistes étaient jugés par celles-ci comme ayant un style parental plus sévère que celui des étudiantes moins perfectionnistes.

Malgré que le style de discipline et l'attitude parental jouent clairement un rôle dans l'étiologie du schéma cognitif qu'est le perfectionnisme, d'autres facteurs non négligeables peuvent également en être responsables. Les croyances perfectionnistes peuvent être suscitées par

les médias, les croyances morales et religieuses, le contexte économique, académique et professionnel dans lequel vit et se développe l'individu, les querelles dans la fratrie et les pressions des pairs. Comme le suggérait Adler (1956), on peut imaginer qu'un enfant présentant un sentiment d'infériorité quant à ses capacités ou caractéristiques physiques (par exemple être nul dans les sports, avoir une petite stature, de grandes oreilles, etc.) et subissant des brimades de la part de ses pairs pour ces faiblesses pourrait sentir le besoin de compenser pour ce sentiment d'infériorité en recherchant la perfection dans le travail ou les études par exemple. Cette tendance peut persister jusqu'à l'âge adulte et mener à des problèmes d'anxiété, de dépression et de surmenage et à des difficultés interpersonnelles.

### **QUI SONT CES PERFECTIONNISTES ANXIEUX ?**

Le perfectionnisme pathologique a été associé, entre autres, à certains troubles anxieux, grâce à des instruments mesurant le perfectionnisme (voir section «Évaluation») et semble être un des facteurs prédisposant aux problèmes d'anxiété et contribuant au maintien de ces problématiques. Freeman *et al.* (1990) décrivent le besoin de perfection personnelle comme étant une des croyances caractéristiques des individus anxieux en général. La croyance que l'on doit être tout à fait compétent et avoir du succès dans tout pour être considéré comme une personne de valeur a été empiriquement observée par certains auteurs auprès de populations cliniques et non cliniques d'individus anxieux (Christensen *et al.*, 1993; Flett *et al.*, 1989; Flett et Hewitt, 1992; Flett *et al.*, 1995; Hewitt *et al.*, 1991; Hewitt et Flett, 1991; Zwemer et Deffenbacher, 1984). Ces croyances perfectionnistes peuvent se manifester différemment en fonction des autres croyances et comportements propres à une population spécifique d'anxieux. Nous allons maintenant aborder ces différentes manifestations cognitives et comportementales selon les regroupements diagnostiques, ainsi que l'étude empirique dont ils ont fait l'objet, le cas échéant.

## **Le perfectionniste compulsif**

La notion de perfectionnisme est souvent associée au trouble obsessionnel-compulsif, en grande partie à cause du caractère compulsif des comportements démontrés par les individus qui en souffrent. Dans la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, l'individu a souvent un idéal de perfection quant à son environnement, sa vie professionnelle ou morale. Il a l'impression qu'il doit atteindre à tout prix cette perfection et il tente de l'atteindre grâce à un comportement compulsif et répétitif. De plus, ces standards excessivement élevés procurent à l'individu un sentiment d'inadéquation face à certaines tâches ou situations. Jumelées au doute obsessionnel (de soi, de ses sens et des autres) et à l'indécision, les croyances perfectionnistes peuvent motiver l'individu à répéter ces actes afin d'atteindre la perfection. Hollander (1965) met cependant en garde contre la confusion entre les phénomènes de compulsivité et de perfectionnisme, car certains utilisent à tort ces termes de façon interchangeable. Nous tenons à distinguer ces deux termes. Selon nous, le perfectionnisme constitue la croyance que tout doit être fait avec perfection. La compulsivité peut être une des stratégies comportementales choisies par l'individu obsessionnel-compulsif afin d'atteindre un idéal de perfection. Pour cet individu, l'émission d'un comportement répétitif provient de sa conception perfectionniste de son identité et de son environnement et il cherche dans cette façon de faire l'atteinte de son objectif, soit la perfection. Ainsi, l'individu perfectionniste peut émettre un comportement compulsif afin d'atteindre la perfection de son environnement physique ou personnel (p. ex. propreté ou beauté corporelle, propreté ou ordre de l'environnement, travail réussi parfaitement, geste effectué parfaitement, etc.) ou la perfection morale (p. ex. être dans un état de grâce, pur et sans imperfection morale qui pourrait condamner l'individu aux yeux de Dieu, etc.). Il est donc possible que le perfectionnisme interagisse avec d'autres caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif (doute, indécision, responsabilité exagérée, pensées magiques) en tant que facteur de développement et de maintien de ce trouble. Il est également possible que le perfectionnisme ne soit qu'une caractéristique du trouble obsessionnel-compulsif résultant de la répétition excessive d'un comportement, sans en être l'objectif final. Étant donné la nature corrélationnelle des études effectuées à ce sujet, il est difficile de démontrer un ordre de causalité.

McFall et Wollersheim (1979) identifient chez les obsessionnels-compulsifs la croyance irréaliste que l'on doit être parfaitement compétent dans tout, sinon on doit être puni. Selon ces auteurs, cette croyance erronée mène à des surestimations de danger si l'état de perfection n'est pas atteint. De plus, l'obsessionnel-compulsif dramatise à l'extrême les conséquences de son imperfection. Pitman (1987) associe les actes perfectionnistes de cette population à un besoin excessif de contrôle sur l'environnement où l'individu doit faire concorder ses perceptions avec une certaine image mentale de perfection. Deux études menées par Frost et ses collaborateurs (Frost, Marten, Lahart et Rosenblate, 1990; Frost, Steketee,



Cohn et Griess, 1991), à l'aide d'une échelle multidimensionnelle du perfectionnisme (*Multidimensional Perfectionism Scale - MPS*), démontrent, grâce à un échantillon d'étudiants, que les scores globaux de ce test et de ses sous-échelles «Standards personnels», «Préoccupation face aux erreurs» et «Doute à propos des actions» étaient significativement associés aux résultats de deux échelles mesurant l'obsession-compulsion (*Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, Everyday Checking Behavior Scale*). Actuellement, une équipe de chercheurs de l'Université Laval observe l'incidence des croyances perfectionnistes dans la population obsessionnelle-compulsive. Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte et Ladouceur (1995) obtiennent une corrélation modérée entre les résultats d'une version québécoise du MPS de Frost et ceux d'une mesure de symptomatologie obsessionnelle-compulsive (Inventaire de Padova) chez une population non clinique. Ces auteurs suggèrent que le perfectionnisme pathologique chez certains obsessifs-compulsifs pourrait être lié à leur perception exagérée de la notion de responsabilité. Ferrari (1995) observe également une relation entre des cognitions perfectionnistes et des symptômes de ce trouble auprès de populations étudiantes et obsessionnelles-compulsives.

Cependant, l'individu obsessif-compulsif n'associe pas toujours les imperfections à une catastrophe redoutée. Certains individus présentant un trouble obsessionnel-compulsif ressentent un besoin impérieux ou absolu d'ordre et de propreté concernant leur environnement ou leur apparence. On peut comparer ce besoin à une démangeaison. Tout doit être parfait dans leur environnement immédiat ou leur travail ou au niveau de leur apparence. Ils agissent compulsivement afin d'atteindre et de maintenir cet état de perfection. Ils ne se sentent pas menacés par un danger ou une catastrophe s'ils n'exécutent pas une tâche à la perfection, mais éprouvent plutôt le besoin d'être excessivement ordonnés et propres dans tout. Ils expriment parfois une crainte diffuse et inexplicable si jamais quelque chose ne rencontrait pas leurs exigences personnelles. On retrouve également cette manifestation dans deux troubles apparentés et souvent coexistant avec le trouble obsessionnel-compulsif, c'est-à-dire le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive et la dysmorphophobie. Le perfectionnisme est considéré comme un critère diagnostique du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (APA, 1994). Ces individus présentent des croyances et comportements compulsifs qui sont egosyntones, c'est-à-dire qu'ils perçoivent ces croyances et leurs manifestations comme non dérangeantes et faisant partie de leur personnalité. Ces croyances et comportements perfectionnistes affectent principalement les tâches domestiques, professionnelles et académiques. Il y a souvent comorbidité entre le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive et le trouble anxieux du même nom. Les croyances perfectionnistes présentes au niveau du trouble de personnalité peuvent sans doute influencer l'apparition d'un trouble obsessionnel-compulsif chez ces individus.

Un besoin de perfection au niveau corporel se retrouve clairement chez les individus souffrant de dysmorphophobie, un trouble somatoforme (Andreasen et Bardach, 1977). Ces individus démontrent une phobie d'être déformés ou défigurés et une croyance qu'ils présentent effectivement ces déformations. La moindre imperfection corporelle est dramatisée à l'extrême et la personne agit compulsivement afin de se défaire de ces imperfections et de maintenir un aspect physique parfait. Il arrive que ce trouble coexiste avec le trouble obsessionnel-compulsif et il est souvent difficile de dissocier ces deux problématiques. Certains voient la dysmorphophobie comme une manifestation du trouble obsessionnel-compulsif et traitent ces individus par les mêmes techniques.

Les croyances perfectionnistes ne sont pas à la base de tous les symptômes obsessionnels-compulsifs, mais elles semblent jouer un rôle important dans l'étiologie et le maintien de certaines manifestations du trouble obsessionnel-compulsif. Dans ce cas, la répétition de l'acte compulsif afin d'atteindre un idéal de perfection empêche l'individu de rendre compte que la catastrophe prévue ne surviendrait pas même si son comportement, son environnement ou son apparence présentaient des imperfections. Le geste compulsif est donc renforcé. De plus, certaines pensées obsédantes représentant une imperfection morale aux yeux de l'individu (p. ex. images sexuelles ou agressives) seraient mieux acceptées et chassées de l'esprit de l'individu si celui-ci reconnaissait que ces imperfections sont anodines et normales, tel que le démontrent certaines recherches.

**Tableau 1**            **Vignette décrivant le cas de Luc, un individu perfectionniste**

***L'analyste financier méticuleux***

Luc est un cadre de 37 ans oeuvrant dans le domaine financier, marié et père de deux enfants. Il consulte pour ce qui semble être un trouble obsessionnel-compulsif. Luc se décrit comme quelqu'un qui a toujours été assez perfectionniste, même avant de développer ce problème. Depuis quelques années, il éprouve des difficultés au travail lorsqu'il doit produire un rapport écrit ou effectuer une analyse de bilan financier. Il y a environ cinq ans, il s'est mis graduellement à vérifier de façon répétitive les bilans financiers pour s'assurer de l'exactitude des calculs, au lieu de se contenter d'analyser le bilan tel que soumis par ses employés. Il exige que le travail soit effectué parfaitement et doute de la qualité du travail de ses employés, de ses sens et de sa propre compétence. Il en va de même lorsqu'il doit produire un rapport écrit. Il passe de longues heures à modifier son texte et la mise en page et lorsqu'il imprime enfin le rapport, il le jette et le recommence parfois au complet, insatisfait de ses efforts.

Ces doutes et ces comportements compulsifs l'amènent souvent à travailler ainsi jusqu'aux petites heures du matin. Il lui arrive même de retourner au bureau en pleine nuit ou la fin de semaine, envahi par un doute concernant la qualité de son travail. Il voit peu souvent son épouse et ses enfants et même lorsqu'il est chez lui avec sa famille, il éprouve de la difficulté à se détendre, car il rumine à propos d'un rapport ou d'un calcul qui est peut-être mal fait. C'est, entre autres, la détresse de son épouse qui le pousse à consulter pour ce problème qui devient de plus en plus handicapant. Son emploi lui-même est également menacé, car il prend toujours du retard dans la remise de rapports ou d'analyses de bilans financiers et subit des critiques sévères de la part de ses supérieurs depuis quelques mois. S'il ne corrige pas ce problème bientôt, il s'expose à la perte de son emploi et à une rupture conjugale. Luc est très conscient de ce problème, mais se dit incapable de remettre un travail qui pourrait comporter des erreurs. Pour lui, ce serait une preuve d'incompétence et il craint fortement d'être congédié si ses supérieurs découvraient une erreur. De plus, il craint que, si une simple erreur se glisse dans son travail, ceci pourrait avoir des répercussions catastrophiques pour l'entreprise pour laquelle il travaille ou pour les clients qui font appel aux services de cette entreprise.

## Le perfectionniste évitant

Les croyances dysfonctionnelles perfectionnistes peuvent se manifester sous la forme d'un autre comportement problématique, soit l'évitement. Si un individu est très exigeant envers lui-même, il peut ressentir beaucoup d'anxiété face à la possibilité de faire des erreurs. Si cet individu croit que ses imperfections sont inacceptables aux yeux des autres, que ces derniers le jugent selon ses performances et que sa valeur personnelle dépend de l'approbation des autres, il peut en résulter beaucoup d'anxiété sociale. Cet individu est donc motivé à éviter la possibilité d'émettre des comportements imparfaits et d'être jugé négativement. Cette tendance à l'évitement de situations où l'individu a l'impression d'être jugé se retrouve chez le phobique social. Ce dernier adopte une attitude perfectionniste dans sa recherche de l'approbation des autres. Bien qu'il soit généralement beaucoup moins exigeant envers les autres qu'envers lui-même, il perçoit que ses exigences élevées ont été fixées par les autres. Ainsi, il possède la croyance : «*Je dois être parfait sinon les autres ne m'aimeront pas*», alors que d'autres individus perfectionnistes sans phobie sociale sont conscients qu'ils se fixent eux-mêmes ces exigences trop élevées et possèdent la croyance : «*Je dois être parfait, sinon je ne m'aimerai/me respecterai pas.*»

Quelques études empiriques viennent confirmer le rôle du perfectionnisme dans les cognitions de la personne souffrant d'anxiété sociale. Goldfried et Sobocinski (1975) et Deffenbacher, Zwemer, Whisman, Hill et Sloan (1986) observent une corrélation modérée entre les résultats de la sous-échelle «Besoin de perfection personnelle» du *Irrational Beliefs Test* (Jones, 1968) et ceux des échelles *Fear of Negative Evaluation* et *Social Avoidance and Distress* (Watson et Friend, 1969). Conformément à leur modèle social du perfectionnisme, Hewitt et Flett (1991a) obtiennent des corrélations positives entre leur sous-échelle «Perfectionnisme socialement prescrit» (c'est-à-dire fixé par autrui) et les scores du questionnaire *Brief Fear of Negative Evaluation* (Leary, 1983). Cette composante du perfectionnisme est également reliée à la sous-échelle «Besoin d'approbation des autres» du *Irrational Beliefs Test* (Jones, 1968), ainsi qu'aux sous-échelles «Surgénéralisation de l'échec» et «Autocritique» du *Attitudes Toward Self Scale* (Carver et al., 1988). Blankstein et al. (1993), à l'aide du FSS-III (Wolpe et Lang, 1964), démontrent de faibles corrélations positives entre les sous-échelles reliées à l'évaluation sociale (c'est-à-dire peur de faire des erreurs, d'être critiqué par des gens en position d'autorité, de perdre le contrôle et d'avoir l'air fou) et les dimensions «Perfectionnisme orienté vers soi» et «Perfectionnisme socialement prescrit» du MPS de Hewitt et al. (1991a). Alden, Bieling et Wallace (1994), pour leur part, observent que les personnes présentant une anxiété sociale élevée ont l'impression qu'elles doivent performer au-delà de leurs habiletés sociales pour être acceptées par les autres, tel que mesuré par le MPS de Hewitt et al. (1991a) et par une échelle évaluant l'efficacité sociale. Ces études établissent donc un lien entre le

perfectionnisme et diverses caractéristiques cognitives de l'anxiété sociale chez une population non clinique.

### **Le perfectionniste inquiet**

Les croyances perfectionnistes peuvent également mener à des inquiétudes excessives, un des symptômes que l'on retrouve dans le trouble d'anxiété généralisée. Pour Craske, Barlow et O'Leary (1992), l'individu souffrant du trouble d'anxiété généralisée éprouve un besoin constant de contrôle et de certitude concernant son environnement, ses relations interpersonnelles et sa sécurité physique. La reconnaissance que cet état de perfection est rarement possible provoque une anxiété chronique chez lui, puisqu'il est toujours confronté à un événement inévitable ou à une tâche qui n'est peut-être pas accomplie parfaitement. Cette inquiétude est souvent reliée à une certaine anxiété sociale : *« Qu'est-ce qu'ils vont penser de moi si le ménage n'est pas fait ? Ils vont dire que je suis une mauvaise mère. Je n'aurai pas le temps de tout faire et ils vont me faire des reproches. Que vont-ils dire si j'arrive en retard ? »* Ces croyances perfectionnistes erronées peuvent se manifester par des inquiétudes quant à des événements négatifs susceptibles d'arriver à soi-même ou à autrui et qui sont souvent imprévisibles : peur d'être blessé ou d'être malade ou qu'un proche le soit, de subir une perte matérielle ou affective importante, de ne pas réussir, de faillir à ses responsabilités, de ne pas être à la hauteur, de perdre le contrôle sur sa vie. Craske et al. (1992) mentionnent que le perfectionnisme est une des caractéristiques cognitives presque toujours présentes chez les individus souffrant d'anxiété généralisée. Cependant, il existe peu d'études empiriques reliant le perfectionnisme à cette pathologie. Cette relation est actuellement étudiée par une équipe de l'Université Laval à l'aide d'une version québécoise du MPS de Frost.

### **Le perfectionniste agoraphobique**

Il n'y a pas, à ce jour, d'étude empirique observant la présence du perfectionnisme dans les pensées et les comportements typiques du trouble panique avec agoraphobie. Cependant, notre expérience clinique ainsi que certaines descriptions des caractéristiques cognitives des personnes agoraphobes (Wilson, 1987) nous portent à croire que les croyances perfectionnistes excessives sont également présentes chez certains individus souffrant de ce trouble. Ces derniers se décrivent souvent comme étant perfectionnistes et cette façon de penser les amène souvent à endosser de nombreuses responsabilités domestiques, familiales et professionnelles. Ces conséquences sont parfois identifiées comme étant des stressors ayant précipité la ou les premières attaques de panique qui caractérisent ce trouble anxieux. Les premières crises de panique apparaissent souvent à un moment où l'individu est confronté à de nouvelles responsabilités. Selon Beck et Emery (1985), ces nouvelles responsabilités représentent une menace pour l'individu, car il entretient l'idée que si ses performances sont inadéquates, il pourrait en résulter des

conséquences désastreuses. Il est donc possible que les croyances perfectionnistes jouent un rôle dans l'étiologie du trouble panique.

De plus, le perfectionnisme peut favoriser l'évitement agoraphobique. En effet, le perfectionnisme chez ces individus serait associé au besoin de contrôle absolu sur les événements et sur leurs réactions physiques. En effet, pour l'individu agoraphobe et perfectionniste, l'anxiété et les attaques de panique, de par leur nature imprévisible et incontrôlable, représentent un état imparfait (Freeman *et al.*, 1990). Or, afin d'être confronté le moins possible à cet état, l'agoraphobe évite le plus possible les situations où les réactions anxieuses peuvent se produire, favorisant ainsi le maintien du comportement d'évitement. L'implication des croyances perfectionnistes dans le trouble panique avec agoraphobie peut également revêtir un caractère social. L'individu agoraphobique présentant également une anxiété sociale importante peut craindre les attaques de panique dans des situations sociales puisque ces crises représentent un état de faiblesse et nuisent à une image parfaite qu'il désire projeter. Les recherches de Blankstein *et al.* (1993) reliant les résultats du FSS-III au MPS de Hewitt *et al.* (1991a) viennent confirmer partiellement cette impression clinique. Cette étude démontre une corrélation entre les sous-échelles «Perfectionnisme orienté vers soi» et «Perfectionnisme socialement prescrit» d'une part et la peur de perdre le contrôle et d'avoir l'air fou d'autre part, tel que mesuré par le FSS. Certaines peurs reliées aux attaques de panique et caractéristiques des personnes agoraphobes semblent donc reliées à la notion de perfectionnisme. Il est clair que ces tendances perfectionnistes ne sont pas présentes chez tous les individus agoraphobes. Il serait cependant intéressant de vérifier de façon empirique l'incidence réelle des pensées et comportements perfectionnistes chez une population clinique d'agoraphobes, afin de cibler cette caractéristique lors de l'intervention.

## **LE PERFECTIONNISME SE TRAITE-T-IL ?**

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semble être la méthode d'intervention de choix pour traiter le perfectionnisme pathologique puisqu'elle agit directement sur les cognitions (voir Marchand et Brillon, 1995). Cette approche postule, entre autres, que les symptômes anxieux découlent et sont maintenus par l'interprétation erronée des situations vécues par l'individu. Ces interprétations prennent la forme de pensées apparaissant de façon automatique à l'esprit de l'individu et sont généralement associées à des principes fondamentaux acquis depuis l'enfance, des schémas de base. C'est en modifiant le type et le contenu des pensées automatiques dysfonctionnelles, ainsi que les schémas inadéquats qui sous-tendent ces pensées, que l'on peut diminuer la symptomatologie. La principale intervention consiste à modifier les anticipations, les attentes et les croyances négatives et irrationnelles que l'individu perfectionniste entretient par rapport à des événements de la vie courante, afin qu'il perçoive la situation de manière plus réaliste et modifie

son attitude perfectionniste. Ce changement cognitif sera accompagné de modifications de ses comportements problématiques et d'une diminution de son anxiété.

### **L'évaluation**

Lorsque le clinicien soupçonne que les difficultés de son client découlent d'idéaux perfectionnistes, la première étape, la plus importante, consiste à bien identifier les pensées perfectionnistes et leur impact sur les symptômes anxieux de l'individu. Il importe de cerner adéquatement toutes les cognitions, les croyances dysfonctionnelles du client, ainsi que les comportements inadéquats. C'est à partir de ce travail d'identification des processus cognitifs reliés au perfectionnisme que le travail de confrontation et de correction pourra ensuite prendre place. Généralement, l'identification et la modification des schémas de base s'effectuent ultérieurement dans le processus thérapeutique, car ils sont moins accessibles à la conscience. Cependant, même les pensées automatiques dysfonctionnelles sont parfois difficiles à reconnaître et les thérapeutes cognitivo-comportementalistes doivent avoir

**Tableau 2      Analyse fonctionnelle et plan d'intervention du problème de Luc**

Le problème de Luc représente un cas typique de trouble obsessionnel-compulsif. On pourrait administrer un traitement comportemental conventionnel afin de diminuer les obsessions et les compulsions. Cependant, puisque Luc se décrit comme étant perfectionniste depuis plusieurs années, bien avant de développer ce trouble anxieux, il est nécessaire de cibler cette attitude puisqu'elle semble avoir prédisposé le client à ces problèmes compulsifs. La prise de nouvelles responsabilités au travail en tant que cadre a probablement précipité cet épisode. On peut supposer que si l'on traite le problème compulsif de Luc sans porter attention à ses croyances perfectionnistes, celles-ci pourraient continuer de maintenir le problème et rendre le traitement difficile, favoriser des rechutes à la suite du traitement ou réapparaître sous forme d'un autre épisode compulsif ou d'un problème d'anxiété différent. Le traitement cognitivo-comportemental devrait donc être structuré en fonction de cette tendance perfectionniste excessive, alliant des stratégies cognitives et comportementales visant à diminuer l'importance de cette croyance, ainsi que les vérifications répétitives qui y sont associées. Une combinaison des techniques suivantes pourrait être utilisée :

- Restructuration cognitive** : identification des pensées automatiques en situation de travail (p. ex. *Si je fais une erreur, je vais être congédié*), confrontation de ces pensées quant à leur fondement rationnel (p. ex. questionner la probabilité que son travail comporte des erreurs; vérifier les conséquences réelles de ces erreurs quant à son emploi; questionner l'efficacité réelle de ce comportement compulsif à préserver son emploi puisque ce sont actuellement les retards et non les erreurs qui rendent ses supérieurs furieux; questionner la croyance que sa compétence dépend d'une performance parfaite; vérifier sa réaction face aux erreurs de ses propres employés; vérifier la réaction de ses supérieurs face à ses erreurs passées), remplacement par des pensées plus réalistes (p. ex. *Si je fais une erreur, mes supérieurs comprendront*).

- Exposition et prévention des vérifications excessives** : s'exposer à une performance imparfaite sans effectuer de vérifications, c'est-à-dire remettre un travail qui n'a été vérifié qu'une fois ou pas du tout; se contenter d'analyser les bilans financiers comme il se doit sans refaire tous les calculs de façon répétitive; s'exposer à la pensée obsédante que son travail comporte une erreur sans effectuer de vérification; ajouter des erreurs au travail afin d'en vérifier les conséquences réelles; limiter le nombre d'heures de travail (p. ex. quitter le bureau aux heures de fermeture, que la tâche soit terminée ou non; s'arrêter à l'heure des pauses; ne pas travailler la fin de semaine; ne pas revenir au bureau lorsqu'il est envahi par un doute; ne pas apporter de travail à la maison); effectuer ces exercices graduellement, par ordre croissant de difficulté, selon une hiérarchie préétablie.



recours à diverses techniques spécifiques. Le thérapeute encourage le client à accroître son attention face à ses pensées et aux processus cognitifs sous-jacents qui influencent ses symptômes anxieux. Il demande à l'individu de décrire les circonstances exactes de la vie courante qui ont suscité ses malaises, d'énumérer les sentiments négatifs reliés à ces circonstances et, finalement, de noter les pensées perfectionnistes qui ont pu apparaître avant, pendant et après l'événement. Cette stratégie favorise grandement l'identification des pensées automatiques et, par la suite, des schémas perfectionnistes inadaptés qui sont sous-jacents si c'est le cas.

Les questionnaires sur le perfectionnisme favorisent également l'identification des cognitions erronées et des événements déclencheurs. L'administration de ceux-ci permet d'obtenir une information précise sur le type de perfectionnisme que présente l'individu (p. ex. exigences élevées pour soi ou pour les autres, exigences de l'entourage, doute à propos de l'exactitude d'actions), ses croyances perfectionnistes dysfonctionnelles, la source possible de ces croyances, les sphères de sa vie qui en sont affectées, ainsi que l'intensité de ce problème. Il existe principalement deux instruments autorapportés qui évaluent le perfectionnisme. Ces deux questionnaires portent le même nom (*Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS)) et mesurent le perfectionnisme selon plusieurs dimensions. Le premier a été élaboré par Frost *et al.* (1990) et le deuxième par Hewitt *et al.* (1991a). Bien qu'ils portent le même nom et se recoupent à un certain degré, ils mesurent des dimensions différentes du perfectionnisme et sont complémentaires. Des versions québécoises de ces deux questionnaires sont actuellement disponibles et sont en cours de validation.

Une grille d'auto-observation peut également être utilisée dans la vie de tous les jours afin de permettre au clinicien et au client d'explorer les différentes composantes du perfectionnisme qui suscitent des symptômes anxieux. À l'aide de cette grille, l'individu doit décrire l'événement anxiogène, puis préciser l'émotion qui lui est associée et en évaluer l'intensité. Enfin, il doit inscrire les pensées automatiques ou schémas de type perfectionniste qui précèdent, accompagnent ou suivent ces réactions émotives. La personne remplit cette grille à chaque fois qu'elle ressent une forte émotion. La grille est par la suite étudiée avec le thérapeute et constitue une base de discussion pour fixer les objectifs de travail de chaque séance (voir au tableau 3 un exemple de grille d'auto-





observation des pensées). La technique de visualisation et les jeux de rôles sont également utiles afin d'identifier et de recréer les manifestations du perfectionnisme dans la vie quotidienne et dans les interactions sociales du client.

Les schémas de base de l'individu perfectionniste sont identifiés par le thérapeute et le client au fur et à mesure de l'identification des pensées automatiques. Le cumul des pensées automatiques dans un domaine précis et la mise en évidence d'une certaine permanence parmi celles-ci permet en effet de révéler certains thèmes principaux plus fondamentaux (schémas) qui structurent l'expérience du client, dont le perfectionnisme. La technique de «la flèche descendante» permet, à partir d'une pensée automatique négative, de remonter jusqu'à la croyance qui en est la source. À partir d'un questionnement successif, il devient possible de mettre en évidence la cascade de pensées de plus en plus fondamentales qui sous-tendent la première pensée automatique. Pour ce faire, le thérapeute demande au client quelle fâcheuse conséquence entraînerait pour lui le fait de commettre des erreurs, de ne pas être ou ne pas paraître parfait. Ce sera en général une autre pensée négative, plus grave encore à ses yeux. Il descend (par questionnement) pas à pas jusqu'aux postulats qui sont à la source de la pensée. Le thérapeute demande ainsi au client à chaque pensée subséquente : *«Et si cela se produisait, quelles conséquences néfastes cela aurait-il pour vous ? Qu'est-ce que ces conséquences impliquent pour vous ?»* Une autre technique pour débusquer les schémas perfectionnistes inadaptés consiste à inciter le client à se remémorer les expériences anxiogènes et douloureuses de son passé qui pourraient être reliées au perfectionnisme (p. ex. exigences parentales).

Brièvement, voici quelques exemples de schémas perfectionnistes inadaptés : *«Je dois être parfaitement compétent et apte à réussir dans tout ce que j'entreprends. Il est impardonnable que je manque aux règles que je me suis fixées. Je dois réussir, sinon je ne vauds rien. Les autres n'accepteront jamais mes faiblesses. Je dois toujours me sentir heureux. Je ne dois jamais me sentir anxieux ou déprimé; c'est un signe de faiblesse. Je dois trouver le partenaire idéal et en être toujours amoureux. Je dois toujours me montrer maître de mes émotions et cacher aux autres mes émotions négatives. Je préfère ne rien faire que risquer d'échouer ou de faire quelque chose d'imparfait.»*

## **Le traitement**

### ***La thérapie cognitive***

Lorsque le thérapeute possède une conceptualisation complète du problème et qu'il a bien identifié les pensées automatiques négatives et les schémas perfectionnistes inadaptés reliés aux symptômes anxieux, il peut débiter l'intervention comme telle. Il utilise de préférence diverses techniques issues des thérapies cognitives (Beck *et al.*, 1979; Beck et Emery, 1985; Young, 1994) jumelées à un programme de rééducation comportementale. Il existe une panoplie de stratégies cognitives et comportementales qui peuvent être appliquées à la modification des croyances perfectionnistes (voir Marchand et Brillon, 1995). En bref, l'examen de la validité des pensées automatiques et des schémas de base peut s'effectuer sur trois principaux plans :

1. Examiner la validité de la pensée automatique ou du schéma négatif : Cette étape consiste à confronter le contenu de la pensée afin d'en vérifier la logique. Le thérapeute et le client pourront ainsi identifier quels types de distorsions de la réalité sont responsables de l'irrationalité de la pensée automatique ou du schéma.
2. Évaluer les conséquences réelles de l'événement anticipé : Le client perfectionniste craint les pires conséquences au fait de commettre des erreurs, mais ne reconnaît pas toujours ces conséquences et évite le plus possible d'y penser. Le but de cet exercice est de dédramatiser les conséquences d'un tel événement (p. ex. avoir l'air ridicule).
3. Formuler des interprétations alternatives à la pensée automatique ou au schéma : Les clients perfectionnistes ont souvent une vision rigide et étroite de leur situation et restent collés à leur interprétation des faits. La formulation d'interprétations alternatives à la pensée automatique ou au schéma consiste à élargir leur perspective, à leur apprendre à considérer d'autres possibilités que leurs propres prédictions et interprétations. Il importe qu'ils se rendent compte de l'existence d'autres interprétations de la situation aussi valables, plus justes et plus fonctionnelles que leur première cognition, qui valent la peine d'être considérées.

Il existe différentes techniques qui permettent de confronter les pensées automatiques et schémas dysfonctionnels des individus perfectionnistes. Nous présentons brièvement quelques-unes de ces techniques.

1. Le questionnement socratique : Cette stratégie consiste en la confrontation par le thérapeute de la validité de la logique des pensées automatiques perfectionnistes par des questions bien ciblées. Les questions posées par le thérapeute tentent de confronter la logique sous-jacente à la pensée automatique et d'identifier les distorsions

cognitives (voir section concernant le perfectionnisme pathologique) responsables de celle-ci. Par exemple, si un client est convaincu que tout le monde remarque ses imperfections, le thérapeute peut l'amener à remettre en question cette croyance, à lui demander des preuves qui justifient son interprétation. Enfin, le questionnement socratique est utilisé pour faire préciser au client les conséquences spécifiques qu'il craint s'il démontrait des imperfections. Il doit alors verbaliser les craintes concernant les situations, qu'il évite habituellement de considérer franchement. Le thérapeute peut parvenir à cet objectif en utilisant des questions telles que «*Et alors, qu'est-ce que cela implique que vous ne soyez pas parfait ? Qu'est-ce qui va se produire si vous commettez des erreurs devant votre famille, vos amis, vos collègues ? Qu'elle est la pire chose qui puisse arriver ?*» Cette technique vise à dédramatiser les conséquences perçues par l'individu perfectionniste s'il commet des imperfections ou des erreurs.

Il est important d'examiner l'impact de cette erreur ou imperfection sur le jugement des autres. Le client doit confronter la croyance que les autres ne peuvent accepter ses erreurs et évaluent sa compétence en fonction d'une performance parfaite. Cette croyance est associée à celle qu'il faut être compétent dans tout et toujours projeter une image parfaite pour être aimé. On peut amener le client à se souvenir de certaines situations où il n'a pas démontré une performance parfaite par le passé. Les pensées automatiques ou prédictions qu'il fait dans le présent s'étaient-elles concrétisées dans ces situations passées ? Par exemple, lui est-il déjà arrivé de mourir de honte ? Comment avait réagi son entourage face à une bétise ? Comment s'en était-il sorti ? A-t-il déjà perdu son emploi parce qu'il avait remis un rapport en retard ? Lui a-t-on déjà fait des reproches parce qu'il était arrivé en retard à un rendez-vous ? Le client doit reconnaître que, premièrement, il est peu probable qu'il subisse des conséquences négatives à la suite d'une erreur et que, deuxièmement, il survivrait à ces conséquences négatives, le cas échéant. Il doit effectivement examiner les conséquences réelles si le pire scénario survenait. Comment cet événement affecterait-il vraiment ses relations avec ses collègues de travail ou avec ses proches ? Est-ce si important ce que ces individus pensent de lui ? Comment cet événement changerait-il sa vie dans une semaine, un mois, un an ? Est-ce vraiment la fin du monde ? Plusieurs de ces questions devraient faire sourire le client, l'amenant à réaliser à quel point ses craintes face à ses imperfections sont irrationnelles (voir le tableau 3 à la section confrontation).

2. Informer, démystifier : Le thérapeute peut choisir de donner de l'information spécifique au client quand il réalise que les causes de son anxiété reposent sur l'ignorance. Très souvent, il faut distinguer anxiété, indécision, catastrophe, imperfection, erreur, etc. et il faut préciser les probabilités réelles qu'une conséquence désastreuse survienne. Ces interventions «recadrent» le client, lui donnent un sentiment de contrôle et de compréhension de ses symptômes et

permettent de les dédramatiser et de confronter la validité des anciens schémas. En fait, il faut démystifier les peurs irréalistes, les réactions anxieuses et leurs conséquences.

3. Tester l'hypothèse : Le thérapeute peut encourager le client à inscrire ses prédictions quant à la réalisation d'événements craints. Un examen de la justesse de ces prédictions est par la suite effectué. Cette stratégie se base sur l'observation que les clients perfectionnistes ne se souviennent pas de leurs prédictions catastrophiques qui ne se sont jamais réalisées. Elle vise à démontrer au client que, la plupart du temps, ses prédictions catastrophiques ne se réalisent pas, ce qui peut mener à une modification de ses cognitions.
4. La technique de «décentrage» : Cette technique vise à remettre en question la croyance entretenue par beaucoup de clients perfectionnistes qu'ils sont le centre de l'attention de tous. Cette stratégie est particulièrement adaptée aux clients souffrant, entre autres, d'anxiété sociale, qui se disent par exemple *«Je viens de commettre une erreur; tout le monde me regarde; ils savent que je me sens mal; je ne dois pas démontrer mon anxiété; je ne dois pas montrer de faiblesses; ils vont me juger négativement; c'est la catastrophe; je vais perdre le contrôle; il ne faut pas.»* La stratégie consiste à établir avec le client des critères concrets qui permettront de déterminer s'il est le centre d'attention et quel comportement ou attribut est en cause. Il est également intéressant d'examiner les réactions du client face aux erreurs des autres, car il a généralement des standards différents pour son entourage et pour lui-même. On peut lui demander, par exemple, comment il réagirait si un camarade commettait la même erreur ou démontrait la même imperfection. Il répondra probablement en dédramatisant les erreurs des autres comme étant humaines. La reconnaissance de ce double standard devrait servir à restructurer l'idée qu'il se fait de son image et de ce genre de situation, puisqu'il n'est pas fondamentalement différent des autres.
5. La technique de réattribution : Les individus perfectionnistes s'attribuent souvent un contrôle et une responsabilité excessifs quant à l'occurrence d'un événement potentiellement négatif. La tâche du thérapeute cognitiviste consiste alors à lui faire réaliser que certains éléments sont inévitablement hors de son contrôle et à lui faire prendre conscience de sa propension à se surresponsabiliser et à se blâmer. Il est important que le thérapeute aide le client à faire la différence entre le fait de se surresponsabiliser pour des événements incontrôlables et celui d'exercer de façon responsable son influence dans certaines situations. En fait, le thérapeute tente de guider le client vers une évaluation plus raisonnable de ses responsabilités.

6. Évaluer les avantages et les inconvénients d'être perfectionniste : Burns (1980) propose de susciter une dissonance cognitive chez le client en lui faisant rédiger une liste des coûts et bénéfices ou des avantages et inconvénients d'être perfectionniste. Le client sera généralement surpris de voir une liste de désavantages et de sacrifices plus longue que celle des avantages. L'auteur cite l'exemple d'une femme qui découvrit plusieurs désavantages au fait d'être perfectionniste. Elle procrastinait et n'était pas productive, car chaque tâche devenait anxiogène. Elle s'empêchait de prendre part à des activités nouvelles et stimulantes par peur de l'échec. Elle était constamment en train de se déprécier et de se critiquer. De plus, elle était exigeante envers les autres et ceci lui causait des difficultés interpersonnelles. Elle était toujours à la recherche de lacunes et ne parvenait jamais à se détendre. En dressant une liste semblable, le client sera probablement surpris de constater qu'en étant perfectionniste, loin d'atteindre son but, il est généralement moins productif, puisqu'il remet les choses à plus tard et consacre trop de temps à des détails. Il risque ainsi d'être mal vu aux yeux des autres, ce qu'il veut justement éviter en étant perfectionniste. Le client se rendra compte qu'en abandonnant son idéal de perfection, il ne sera peut-être jamais parfait, mais sera certainement plus heureux.

De façon générale, la restructuration cognitive des croyances perfectionnistes vise à briser les liens entre le besoin de perfection, l'estime de soi, le sentiment de sécurité, le succès et l'approbation des autres. L'exercice de restructuration cognitive devrait permettre de trouver des pensées plus réalistes et constructives qui résument le travail cognitif qui a été fait et qui serviront d'auto-instructions lors de l'affrontement de situations anxiogènes qui suscitent des pensées perfectionnistes.

### **La thérapie comportementale**

Le changement cognitif peut également se faire par le biais de techniques comportementales (voir tableau 2). Dans ce cas, le client est encouragé à tester les hypothèses relatives à son attitude perfectionniste. Le client doit être encouragé à planifier des exercices précis à accomplir dans son milieu naturel afin de tester ses croyances perfectionnistes. La meilleure façon de connaître les conséquences négatives de ses erreurs consiste à en commettre. Pour cette raison, le client est invité à se placer dans des situations où il commettra délibérément des erreurs. Le phobique social peut échapper un objet, bafouiller ou bégayer, dire des paroles incohérentes, oublier ce qu'il devait dire, raconter une blague de mauvais goût, etc. Pour l'obsessif-compulsif, il s'agit d'abandonner une tâche incomplète (selon ses propres critères) ou d'émettre des comportements imparfaits (laisser un endroit sale ou ajouter de la saleté, commettre délibérément des erreurs dans son travail ou en ajouter, etc.). Ces exercices d'exposition et de prévention de la réponse font habituellement partie du traitement comportemental de plusieurs troubles anxieux, dont le



trouble obsessionnel-compulsif, mais certains peuvent être planifiés afin de cibler de manière précise les croyances perfectionnistes.

Ces exercices peuvent être perçus comme étant très anxiogènes, puisqu'ils visent à exposer l'individu à ses imperfections, ce qu'il tente d'éviter depuis des années. Il est suggéré d'affronter ces situations par ordre croissant de difficulté. Le client débute le traitement par les items figurant en bas d'une hiérarchie et progresse vers les items les plus difficiles de cette hiérarchie. Afin de rendre ces exercices plus fonctionnels, le client est invité à inscrire dans une grille d'auto-observation la fréquence, l'intensité et le type d'exercices effectués entre les sessions. En plus d'inscrire ses pensées dysfonctionnelles, ses émotions et ses pensées alternatives plus adéquates, le client peut inscrire, avant de débiter l'exercice, les conséquences désastreuses appréhendées et la probabilité d'apparition de ces conséquences. Lorsque l'exercice est terminé, il indique si la prédiction anticipée s'est concrétisée, ses pensées alternatives, ainsi que son degré d'anxiété face à cet événement. En progressant à travers la hiérarchie, sa capacité de prédire les conséquences reliées à une erreur devient plus juste et sa croyance négative face à ses erreurs se modifie.

Hamachek (1978) et Burns (1980) proposent au client perfectionniste de sélectionner une série d'activités à mettre en pratique sans se soucier de les faire parfaitement. Cet exercice vise à pratiquer des activités agréables sans ressentir d'anxiété de performance. L'activité peut être du domaine des loisirs, du sport, de l'éducation ou une tâche domestique, des activités qui pourraient être source de renforcement, mais qui sont généralement évitées par l'individu perfectionniste, car il craint de ne pas être satisfait de sa performance. Burns propose au client de dresser un tableau concernant ses prédictions de plaisir en relation avec ces activités. Dans ce tableau, le client décrit l'activité et prédit à quel point l'activité sera satisfaisante et agréable. Après avoir exécuté l'exercice, il doit coter jusqu'à quel point l'activité fut réellement satisfaisante et agréable et si elle fut réussie parfaitement. Généralement, on observe un écart entre la satisfaction retirée et le degré de réussite, c'est-à-dire même une activité accomplie imparfaitement peut être satisfaisante et agréable. Le but de cet exercice vise à amener le client à se rendre compte qu'une activité peut être satisfaisante même s'il ne l'accomplit pas à la perfection. Cette stratégie favorise un comportement d'approche face aux activités ou situations nouvelles et incertaines et permet au client de vivre des expériences positives rehaussant son estime de soi. Le client doit apprendre à se donner la chance de faire des erreurs et d'apprendre de celles-ci, comme tout le monde. Il fera ainsi des découvertes inespérées et agréables.

Burns suggère au client d'expérimenter différents standards personnels dans l'accomplissement de ses tâches et de ses activités, d'une performance supérieure à la moyenne sans pour autant être parfaite, jusqu'à médiocre. Le client prend généralement conscience que le fait de

rechercher une performance imparfaite suscite beaucoup moins d'anxiété et que, paradoxalement, il est moins inhibé et plus productif. Le client perfectionniste se doit de modifier ses objectifs en fonction de l'importance de la tâche, de ses capacités, du temps disponible et doit se fixer des sous-objectifs.

### **Le traitement parfait ?**

L'ensemble des stratégies décrites peut être très efficace afin de diminuer les croyances perfectionnistes des individus présentant ce type de pensées. Le clinicien devrait choisir les techniques cognitives et comportementales les mieux adaptées au problème précis du client. Vous trouverez en encadré un exemple d'adaptation de ce type d'intervention en fonction d'une problématique anxieuse spécifique (voir tableaux 2 et 3). Certains auteurs (Barrow et Moore, 1983; Ferguson et Rodway, 1994) observent que l'administration d'une thérapie cognitivo-comportementale brève chez des individus perfectionnistes réussit à diminuer l'importance de leurs symptômes attribuables au perfectionnisme. L'ensemble de ces outils contribue à diminuer l'anxiété du client face à des situations quotidiennes et à rendre plus réalistes les interprétations qu'il fait de certaines situations problématiques. L'apprentissage des stratégies cognitives devrait amener l'individu à identifier et restructurer ses pensées automatiques négatives, à utiliser des auto-instructions permettant de faire face à des situations problématiques et à remettre en question ses croyances fondamentales perfectionnistes. Une diminution des distorsions cognitives et des pensées dépréciatives est généralement observée. Le client devrait acquérir la capacité de dédramatiser les erreurs potentielles et accepter plus favorablement les critiques qu'il reçoit à la suite des erreurs qu'il commet. Les techniques comportementales permettent à l'individu d'apprendre à se fixer des objectifs et des sous-objectifs réalistes et à limiter le temps qu'il accorde à certaines tâches. Il sera plus en mesure de demander et d'accepter les opinions de son entourage face à ses performances, à accepter les compliments et à se féliciter pour le travail qu'il accomplit, aussi imparfait ou incomplet qu'il soit. Ces stratégies favorisent également un comportement d'approche de situations où le succès n'est pas garanti, tels les situations interpersonnelles ou les loisirs. Une diminution de la compulsivité et de la procrastination devrait également être observée. L'estime de soi sera nettement rehaussée grâce à l'atteinte de ces objectifs. Finalement, il est souhaité que la diminution des tendances perfectionnistes ait un impact permanent sur la problématique anxieuse.

Ce type d'intervention a cependant ses limites. Premièrement, puisque les croyances perfectionnistes apparaissent généralement en bas âge, il est douteux que l'on puisse radicalement modifier ce schéma cognitif. Plus probablement, le schéma perfectionniste demeure, mais son impact est plus sain et ses manifestations comportementales dysfonctionnelles en sont diminuées. Deuxièmement, les individus perfectionnistes sont souvent difficiles à traiter, précisément parce qu'ils sont perfectionnistes. Ils sont

souvent très exigeants quant à leur démarche thérapeutique et peuvent avoir tendance à abandonner la démarche après quelques rencontres s'ils considèrent que les progrès ne sont pas assez rapides. Ils sont impatients quant à l'amélioration de leurs symptômes et ont du mal à accepter que cette amélioration soit graduelle et peut-être lente. Cette impatience vient s'ajouter à l'anxiété qu'ils désirent justement diminuer. Il est possible que ces individus soient aussi très exigeants à l'égard du thérapeute. Ils ont également plus de difficulté à exécuter les exercices prescrits que la majorité de la clientèle anxieuse qui, elle, se permettra de procéder par essais-erreurs. Le client perfectionniste peut avoir peur de ne pas réussir l'exercice qui vise justement à traiter sa peur de l'échec. Il peut donc être porté à remettre les exercices à plus tard ou à inventer des excuses pour ne pas les faire. Les exercices écrits pourront, par exemple, être effacés et recommencés de nombreuses fois, par crainte que le contenu ou la forme soient imparfaits. Il peut également être très réticent à effectuer les exercices d'exposition aux imperfections, puisque ceux-ci viennent ébranler un de ses principes fondamentaux. Cet évitement ralentit nécessairement le processus de traitement. Aussi, certains clients n'ont simplement pas envie de modifier leurs idéaux perfectionnistes. Si un individu croit que tout ce qui est moins que parfait est sans valeur, il ne sera peut-être pas prêt à accepter qu'il n'atteindra jamais cet idéal de perfection et voudra conserver ce principe. Il voudra simplement diminuer son anxiété, tout en étant résistant à la confrontation des croyances perfectionnistes qui sont peut-être à l'origine de cette anxiété. On retrouve cette attitude, entre autres, chez les personnes obsessives-compulsives, particulièrement celles qui présentent également un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive. Certaines de ces personnes retirent une certaine fierté du fait d'être perfectionnistes, n'y voient aucun problème et n'ont aucune envie d'être «moyens». La capacité du thérapeute à modifier les croyances perfectionnistes est nécessairement limitée par la motivation du client à changer son attitude.

En conclusion, nous avons vu que le perfectionnisme peut jouer un rôle important dans le développement et le maintien de certains troubles anxieux. Nous ne suggérons pas que tout individu anxieux possède des exigences élevées pour lui-même. Cependant, les recherches effectuées jusqu'à ce jour ainsi que notre expérience clinique nous convainquent de l'importance d'évaluer ce problème chez le client anxieux lorsque le clinicien a un doute que cette tendance contribue à la problématique principale. Il n'est pas toujours essentiel de modifier le schéma perfectionniste afin de traiter le trouble anxieux, mais lorsque le clinicien s'aperçoit que ce schéma joue un rôle important dans le maintien de la problématique, la modification de celui-ci assure un meilleur taux de succès et diminue les chances de rechutes. Il n'est pas non plus nécessaire d'éliminer ce schéma en entier, puisque nous avons vu qu'une certaine dose de perfectionnisme sain peut en effet être synonyme de succès et de motivation. L'important est de réduire les pensées et comportements dysfonctionnels en relation avec cette attitude, afin d'améliorer la qualité de vie du client.

## Abstract

This article presents an introduction to the concept of perfectionism and the impact of this type of attitude on the development and maintenance of some anxiety disorders, such as obsessive-compulsive disorder. It is aimed at professionals who have some experience in psychotherapy and at scientist-practitioners who are attempting to identify the dysfunctional cognitive schemata underlying several pathologies. Its main objectives are to take stock of our current knowledge concerning perfectionism, characterize the individuals who are affected by this way of thinking and behaving and propose therapeutic strategies to help treat them. The article is divided into four sections. After presenting a brief history of the concept of perfectionism and its association with psychopathology, the first section attempts to define perfectionism, offers guidelines to distinguish between healthy and pathological perfectionism and describes the cognitive characteristics of perfectionistic individuals. Secondly, several explanations of the development of these dysfunctional beliefs are proposed. The third section explores the role of perfectionism as an etiological or maintaining factor underlying some anxiety disorders. Finally, the authors suggest practical means of identifying and modifying perfectionistic beliefs that interfere with an individual's quality of life and psychological health. Cognitive-behavioural strategies are presented here, as well as the limits of this type of intervention with perfectionists.

## Références

- Adler, A. (1956). The neurotic disposition. In H.L. Ansbacher et R.R. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler*. New York : Harper.
- Alden, L.E., Bieling, P.J. et Wallace, S.T. (1994). Perfectionism in interpersonal context : A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 297-316.
- Andreasen, N.C. et Bardach, J. (1977). Dysmorphophobia : Symptom or disease ? *American Journal of Psychiatry*, 134, 673-676.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- Barrow, J.C. et Moore, C.A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 612-615.
- Beck, A.T. et Burns, D.D. (1979). Anxiety and depression in law students : Cognitive intervention. *Journal of Legal Education*, 30, 270-290.
- Beck, A.T. et Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective*. New York : Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Blankstein, K.R., Flett, G.L., Hewitt, P.L. et Eng, A. (1993). Dimensions of perfectionism and irrational fears : An examination with the Fear Survey Schedule. *Personality and Individual Differences*, 15, 323-328.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Pilkonis, P.A. et Shea, M.T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Burns, D.D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, Novembre, 34-51.
- Carver, C.S., LaVoie, L., Kuhl, J. et Ganellen, R.J. (1988). Cognitive concomitants of depression : A further examination of the roles of generalization, high standards, and self-criticism. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 350-365.
- Christensen, B.J., Danko, G.P. et Johnson, R.C. (1993). Neuroticism and the belief that one is being scrutinized and evaluated by others. *Personality and Individual Differences*, 15, 349-350.
- Craske, M., Barlow, D.H. et O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. NY : Graywind.

- Deffenbacher, J.L., Zwemer, W.A., Whisman, M.A., Hill, R.A. et Sloan, R.D. (1986). Irrational beliefs and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 281-292.
- Delisle, J. (1986). Death with honors : Suicide among gifted adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 64, 558-560.
- Derogatis, L.R. et Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory : An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York : Lyle Stuart.
- Ferguson, K.L. et Rodway, M.R. (1994). Cognitive-behavioral treatment of perfectionism. *Research on Social Work Practice*, 4(3), 283-308.
- Ferrari, J.R. (1992). Procrastinators and perfect behavior : An exploratory factor analysis of self-presentation, self-awareness, and self-handicapping components. *Journal of Research in Personality*, 26(1), 75-84.
- Ferrari, J.R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(1), 143-156.
- Flett, G.L., Blankstein, K.R., Hewitt, P.L. et Koledin, S. (1992). Components of perfectionism and procrastination in college students. *Social Behavior and Personality*, 20, 85-94.
- Flett, G.L. et Hewitt, P.L. (1992, Juin). *Perfectionism in anxiety and depression : An Investigation with the Perfectionism Cognitions Inventory*. Affiche présentée au World Congress of Cognitive Therapy, Toronto.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. et Dynin, C.B. (1994). Dimensions of perfectionism and Type A behavior. *Personality and Individual Differences*, 16, 477-485.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R. et O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12(1), 61-68.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L. et Dyck, D.G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Endler, N.S. et Tassone, C. (1995). Perfectionism and components of state anxiety and trait anxiety. *Current Psychology*, 13, 326-350.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. et Simon, K. (Eds). (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York : Plenum Press.
- Frost, R.O., Heimberg, R.G., Holt, C.S., Mattia, J.I. et Neubauer, A.L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost, R.O., Lahart, C.M. et Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism : A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15(6), 469-489.
- Frost, R.O., Marten, P.A., Lahart, C.M. et Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Frost, R.O., Steketee, G.S., Cohn, L. et Griess, K.E. (1991, Novembre). *Familial and background characteristics of nonclinical compulsives*. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Goldfried, M.R. et Sobocinski, D. (1975). Effect of irrational beliefs on emotional arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 504-510.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P.L. et Dyck, D.G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 137-142.
- Hewitt, P.L. et Flett, G.L. (1990). Perfectionism and depression : A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(5), 423-438.
- Hewitt, P.L. et Flett, G.L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts : Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 001-0015.
- Hewitt, P.L. et Flett, G.L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P.L. et Flett, G.L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression : A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 58-65.

- Hewitt, P.L., Flett, G.L. et Blankstein, K.R. (1991a). Perfectionism and neuroticism in psychiatric patients and college students. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 273-279.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. et Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 181-190.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. et Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 439-460.
- Hewitt, P.L., et Genest, M. (1990). The ideal self : Schematic processing of perfectionistic content in dysphoric university students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 802-808.
- Hewitt, P.L., Mittelstaedt, W.M. et Flett, G.L. (1990). Self-oriented perfectionism and generalized performance importance in depression. *Individual Psychology : Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 46(1), 67-73.
- Hollander, M.H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York : W.W. Norton.
- Jones, R.G. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief systems with personality and maladjustment correlates*. Wichita, KS : Test Systems.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Marchand, A. et Brillon, P. (1995). Thérapie cognitive et troubles anxieux. *Revue Québécoise de Psychologie*, 16, 55-90.
- McFall, M.E. et Wollersheim, J.P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis : A cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Missildine, W.H. (1963). *Your inner child of the past*. New York : Simon and Schuster.
- Nekanda-Trepka, C. (1984). Perfectionism and the threat to self-esteem in clinical anxiety. In R. Schwarzer (Ed.), *The self in anxiety, stress, and depression* (pp.125-132). North-Holland : Elsevier Science.
- Pacht, A.R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386-390.
- Pitman, R.K. (1987). A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 334-343.
- Preusser, K.J., Rice, K.G., et Ashby, J.S. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism-depression connection. *Journal of College Student Development*, 35, 88-93.
- Quadland, M.C. (1980). Private self-consciousness, attribution of responsibility, and perfectionistic thinking in secondary erectile dysfunction. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 6, 47-55.
- Rhéaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H. et Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 3(7), 785-794.
- Sadler, C.D. et Sacks, L.A. (1993). Multidimensional perfectionism and academic procrastination. *Psychological Reports*, 73, 863-871.
- Solomon, L.L. et Rothblum, E.D. (1984). Academic procrastination : Frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509. McLennan, Education Libs.
- Smith, T.W. et Brehm, S.S. (1981). Cognitive correlates of the Type A coronary-prone behavior pattern. *Motivation and Emotion*, 3, 215-223.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. et Lushene, R.E. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory manual*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Watson, D. et Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wilson, R.R. (1987). *Don't panic : Taking control of anxiety attacks*. New York : Harper Perennial.
- Wolpe, J. et Lang, P.J. (1964). Fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 401-410.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy of personality disorders*. Sarasota, FL : Professional Resource Press.
- Zwemer, W.A. et Deffenbacher, J.L. (1984). Irrational beliefs, anger and anxiety. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 391-393.