

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements.....	vi
Introduction	1
Contexte théorique	4
Le perfectionnisme	5
L'évolution des théories sur le perfectionnisme	5
Évolution des appuis empiriques à la notion de perfectionnisme sain/malsain... ..	10
Différents types d'approches.....	11
De la perspective multidimensionnelle à la perspective bidimensionnelle.....	12
Un débat toujours actuel.....	14
La flexibilité cognitive	22
La flexibilité cognitive selon différentes approches psychologiques	22
La théorie gestaltiste.	22
La thérapie d'acceptation et d'engagement.....	25
La flexibilité cognitive selon l'approche neuropsychologique	29
L'étude de la flexibilité cognitive comme fonction exécutive.....	29
Évaluation de la flexibilité cognitive.	34
Wisconsin Card Sorting Test (WCST).....	35

Fluence verbale.....	37
Le Stroop Color Word Interference Test (Stroop).....	38
L'étude de la flexibilité par des mesures auto-rapportées.....	41
L'étude de la relation entre le perfectionnisme et la flexibilité cognitive.....	47
Une avenue prometteuse	47
Retombées cliniques proximales et distales.....	48
Conclusion	51
Références	54

Remerciements

Au moment de la présentation de cet essai, j'exprime ma reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué à divers titres à sa forme définitive. Je remercie tout particulièrement mon directeur de recherche, le professeur Frédéric Langlois (Ph.D.), pour son soutien, ses idées et son professionnalisme. Je voudrais également le remercier pour le temps consacré aux relectures de mon essai et de ses nombreuses critiques constructives sans quoi je n'aurai su effectuer un travail de cette envergure. Aussi, sa compréhension envers mes différents choix de vie m'a également permis de m'accomplir pleinement durant ces quatre années. Je voudrais également remercier monsieur Frédéric Dionne (Ph.D.) et madame Caroline Cellard (Ph.D.), professeurs et membres du conseil de révision pour les correctifs suggérés afin d'améliorer mon essai. Finalement, je remercie Marilyn Bineau pour tout le soutien moral au cours de ce processus de rédaction, sans qui je n'aurai su le terminer d'aussi bonne humeur.

Introduction

Dans la société actuelle, la nécessité de toujours être plus performant et plus qualifié est observée depuis plusieurs années. Selon Statistique Canada, entre 1997 et 2011, le nombre d'étudiants inscrits dans des programmes du premier cycle universitaire a augmenté d'environ 19 %, et de plus en plus de programmes demandent un contingentement afin d'y accéder. Les jeunes doivent acquérir suffisamment de connaissances avant d'entamer leur entrée sur le marché du travail. Aussi, on leur demande de se démarquer afin d'obtenir un diplôme ou d'intégrer un programme d'étude souvent fortement contingenté. Compte tenu de ces nouvelles normes de société, différentes problématiques psychologiques surgissent chez les étudiants et les jeunes travailleurs. Ce faisant, la frontière entre le sain désir de dépassement, la recherche de perfection et l'évitement de l'échec est mince. Cependant, il semble que la conquête de la perfection s'avère être perdue d'avance puisque celle-ci est inatteignable. Quelle est la différence entre une personne qui recherche la perfection et celle qui désire se dépasser et performer du mieux qu'elle peut ? Différentes caractéristiques individuelles pourraient être en cause et la flexibilité cognitive pourrait en être une.

Dans cet essai, une description du phénomène du perfectionnisme sera présentée ainsi que de la flexibilité cognitive. La relation entre le perfectionnisme et la flexibilité cognitive sera présentée. La mesure de la flexibilité cognitive est décrite selon

différentes perspectives. Aussi, l'importance et le rôle de la flexibilité cognitive sur le perfectionnisme seront exposés. Finalement, une discussion entourant les impacts et les avenues futures viendra clore ce travail.

Contexte théorique

Le perfectionnisme

L'évolution des théories sur le perfectionnisme

Lorsque l'on analyse l'évolution des théories sur le perfectionnisme, on observe que les premières définitions comportaient davantage des modèles unidimensionnels décrivant principalement des manifestations négatives de cette problématique (Ashby & Kottman, 1996; Todorov & Bazinet, 1996). Les premières définitions du terme « perfectionnisme » remontent au début du 20^e siècle et demeurent depuis une source de débat. Un des premiers chercheurs ayant ciblé le perfectionnisme fut Adler en 1931. Il suggérait que le sentiment d'infériorité provenait de l'incapacité à atteindre ses propres standards de perfection. Chez le perfectionniste, ces standards sont des idéaux de perfection inatteignables qui créent un sentiment d'infériorité, mais qui motivent de surcroit son atteinte (Ashby & Kottman, 1996). Adler a également mentionné que la recherche de perfection est normale et que la personne qui présente un perfectionnisme sain recherchait des buts atteignables (cité dans Rice & Preusser, 2002). Hamachek (1978) définit quant à lui les perfectionnistes comme des individus qui exigent d'eux-mêmes un niveau de performance plus élevé que ce qui est possible d'obtenir. De plus, les perfectionnistes établissent des standards personnels irréalisables et surévaluent leur potentiel de performance. Hamachek (1978) propose de distinguer deux formes de perfectionnisme : la forme normale et névrotique. C'est seulement en 1977 que la notion

de perfectionnisme fut intégrée dans le vocabulaire psychiatrique. En fait, le perfectionnisme fait partie des critères diagnostiques pour le trouble de personnalité obsessive-compulsive du DSM-III. Dans le même sens, Hollender (1978) est le premier à considérer le perfectionnisme comme étant un trait de personnalité qu'il définit comme le fait de se demander, ainsi qu'aux autres, un niveau supérieur de qualité et de performance que ne l'exigerait la situation (cité dans Shafran & Mansell, 2001). Burns (1980) pour sa part, décrit le perfectionnisme comme un réseau de cognitions qui inclut les attentes personnelles, l'interprétation individuelle des évènements et l'évaluation de ses propres comportements et celui des autres. Il décrit l'individu perfectionniste comme une personne ayant de hauts standards irréalistes et une opinion rigide d'elle-même. Le perfectionniste a tendance à établir des standards élevés irréalistes auxquels il adhérera de façon stricte et par lesquels il se définira (Burns, 1980).

En considérant ces différentes définitions, quelques points communs se présentent : 1) une obligation personnelle de standards élevés et 2) une attention importante sur la possibilité d'échec faisant entrave à la réussite (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Par ailleurs, des auteurs ont proposé que la peur de l'échec soit associée à cette recherche de hauts standards. Cette peur de l'échec serait donc motivée par des comportements perfectionnistes (vérification minutieuse, recherche de réconfort, tendance à corriger les autres et analyse excessive avant la prise de décision) qui auraient pour but d'aider l'individu à atteindre ses standards élevés (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Shafran & Mansell, 2001). Toutefois, selon Lundh (2004), la recherche de perfection est

vouée à l'échec puisqu'il est impossible de l'atteindre. L'acceptation de l'imperfection serait une forme de protection pour les individus qui considèrent que la perfection est inatteignable.

Si l'on s'attarde davantage aux écrits d'Adler (1964), on note qu'il est le premier à proposer une conception bidimensionnelle du perfectionnisme. Pour ce dernier, le perfectionniste sain s'efforce de choisir des buts atteignables contrairement au perfectionniste inadapté, qui lui, se fixe des objectifs irréalistes et qui recherche une performance toujours supérieure. À ce moment, Adler décrit le perfectionnisme inadapté comme une peur intense de la critique, des préoccupations concernant les erreurs, une exagération de l'ordre ainsi que la recherche d'admiration (Adler, 1964; cité dans Rice & Preusser, 2002). De son côté, Hollender (1965) suggère que le perfectionnisme pathologique présente six caractéristiques : 1) le perfectionnisme est une fin en soi, 2) une pensée rigide et un comportement inflexible, 3) une préoccupation exagérée pour les erreurs, 4) une productivité diminuée, 5) de la procrastination et 6) des comportements perfectionnistes dans des évènements mineurs de leur vie (Hollender, 1965). Cette théorisation amena Hamacheck (1978) à distinguer le perfectionnisme normal du névrotique. D'une part, il caractérise le perfectionnisme normal comme l'établissement de hauts standards pour soi-même en considérant le degré de méticulosité possible selon la situation. Il décrit le perfectionnisme normal comme étant une motivation où la recherche de perfection demeure flexible permettant de décider où et quand on doit arrêter une tâche. D'autre part, le perfectionnisme névrotique impose l'atteinte de hauts

standards dans toutes les situations et sans laisser place à l'erreur et tout en étant continuellement insatisfait de l'effort fournit (Ashby & Kottman, 1996). Hamachek (1978), définit le perfectionnisme pathologique « névrotique » comme étant une guerre continue empreinte d'une sensation de vide, d'insatisfaction, de confusion, d'un sentiment de honte et de culpabilité et de la tendance à fixer des exigences trop élevées pour soi dans toutes les situations qu'il rencontre (cité dans Ashby & Kottman, 1996).

Dans le même ordre d'idée, d'autres auteurs considèrent que le perfectionnisme présente deux dimensions. Notamment, Frost et collaborateurs (1993) abordent les manifestations saines et malsaines du perfectionnisme sous le nom de recherche positive de réussite ou *positive achievement strivings* et préoccupations inadaptées quant à la critique ou *maladaptive evaluation concerns* (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & et al., 1993). D'autres différencient perfectionnismes positif et négatif (Stoeber & Otto, 2006; Terry-Short, Glynn Owens, Slade, & Dewey, 1995). Adkins et Parker (1996) ont proposé l'idée de perfectionnisme passif et actif (Adkins & Parker, 1996). Selon ces chercheurs, le perfectionnisme passif caractérise les personnes qui ont anormalement peur de faire des erreurs, qui critiquent leurs propres décisions, qui procrastinent et dont le perfectionnisme devient un obstacle à leurs actions. L'évitement sera pour eux le comportement privilégié. Le perfectionnisme actif est plutôt caractérisé par une motivation saine de recherche de perfection plutôt que la procrastination par peur de l'échec. Ceux-ci sont considérés « actifs » puisque le perfectionnisme les pousse à avancer vers un but. D'autres catégories bidimensionnelles ont été proposées,

notamment le perfectionnisme adapté et mal adapté (Rice, Ashby, & Slaney, 1998), le perfectionnisme fonctionnel et dysfonctionnel (Rhéaume et al., 2000), les standards personnels versus l'évaluation des inquiétudes perfectionnistes (Blankstein & Dunkley, 2002) et enfin, le perfectionnisme consciencieux et auto-évaluatif (Hill et al., 2004). En somme, ces nombreuses définitions du concept de perfectionnisme créent une certaine confusion et rendent la comparaison des concepts plus ardu. De plus, certains auteurs remettent en question les termes basés sur la théorie de Hamachek. Selon Greenspon (2000), la sémantique propre du terme perfectionnisme suggère que la perfection est inatteignable et qu'il ne pourrait ainsi pas y avoir de formes saines ou adaptées (Greenspon, 2000).

Bien que toutes ces catégorisations et définitions visent un même concept, il est possible de se questionner sur l'impact que cela peut avoir sur l'élaboration de la recherche dans le domaine du perfectionnisme. Cette diversité des appellations crée une certaine cohue. Cet éventail de termes met en évidence la diversité des concepts sous-jacents au perfectionnisme. Malgré cela, est-il possible de faire ressortir une convergence afin d'arriver à une conception plus uniforme ? Est-il possible de réunir les concepts en un tout plus cohérents ?

Globalement, les aspects fonctionnels du perfectionnisme semblent caractérisés par l'attribution de buts et la recherche de récompenses tout en maintenant une flexibilité et une satisfaction de soi (Todorov & Bazinet, 1996). Pour ce qui est des aspects négatifs

du perfectionnisme, on note généralement une poursuite « rigide » de buts, des standards personnels élevés et l'incapacité d'atteindre un sentiment d'accomplissement (Cox, Enns, & Clara, 2002). Il semble donc possible de considérer deux grandes manifestations du perfectionnisme qui pourraient englober toutes les catégories proposées jusqu'à maintenant : le perfectionnisme sain et le perfectionnisme malsain. Afin de conceptualiser les deux grandes manifestations du perfectionnisme, il est important de comprendre d'où provient ce concept et quel chemin il a emprunté pour se définir finalement comme le perfectionnisme sain et malsain.

Évolution des appuis empiriques à la notion de perfectionnisme sain/malsain.

Dans les années 1950, la théorie psychodynamique considère le perfectionnisme comme un signe de névrotisme et un trouble de personnalité (Horney, 1950; Missildine, 1963). Plusieurs études cliniques ont associé le perfectionnisme à la psychopathologie dont : la dépression (Burns, 1980; Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Preusser, Rice, & Ashby, 1994), le trouble obsessionnel-compulsif (Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996) et le trouble alimentaire (Cooper, Cooper, & Fairburn, 1985; Stoeber & Otto, 2006). De plus, des études analogues non cliniques démontrent l'association entre le perfectionnisme et des symptômes dépressifs, anxieux et des troubles alimentaires (Flett, Hewitt, & Dyck, 1989). Comme mentionnées précédemment, ces études ont souvent mesuré le perfectionnisme de façon unidimensionnel où le perfectionnisme était considéré comme étant uniquement pathologique et dysfonctionnel.

C'est graduellement au cours des dernières années que les auteurs ont amené l'idée de l'existence d'un perfectionnisme sain ou positif. Des termes, tels que la recherche de perfection, l'inquiétude face au perfectionnisme, le perfectionnisme sain et malsain, semblent être diverses combinaisons de processus visant à conceptualiser les deux formes de perfectionnisme. Dans le but de définir les éléments qui permettent de distinguer ces deux dimensions du perfectionnisme, les chercheurs ont donc comparé ces deux construits. Pour ce faire, ils ont utilisé deux approches principales, dimensionnelle ou l'approche de comparaison de groupe, afin de démontrer l'existence de cette dualité dans le perfectionnisme (Stoeber & Otto, 2006; Todorov & Bazinet, 1996).

Différents types d'approches. Dans l'approche dimensionnelle, le perfectionnisme est séparé en deux composantes, soit la recherche générale de perfection, composante positive du perfectionnisme, et les préoccupations perfectionnistes qui seraient plutôt liées aux manifestations négatives. Ces composantes seront vues sur un continuum d'intensité. Ces études adoptent une méthode corrélationnelle. Dans un exemple d'étude dimensionnelle, Rice et al. (2005) ont pu associer la recherche générale de perfection et un haut niveau d'extraversion au fait d'être consciencieux. De plus, elle était associée à un haut niveau d'endurance et un bas niveau de locus de contrôle externe. Ils ont associé la recherche générale de perfection à un plus grand sentiment de bien-être subjectif tel que des affects positifs, de la satisfaction de vie, à un bas niveau d'évitement de l'attachement, un bas niveau d'attachement anxieux et peu d'idéation suicidaire. Aussi, ils ont pu associer le perfectionnisme dysfonctionnel avec un haut niveau d'anxiété, un

isolement social et une humeur changeante (Rice, Lopez, & Vergara, 2005; Rice & Mirzadeh, 2000; Rice & Preusser, 2002).

En ce qui concerne l'approche de comparaison de groupe, des groupes sont créés sur la base de scores critères et comparés entre eux. Dans les études utilisant la comparaison de groupe, une grande majorité d'études ont pu démontrer qu'un groupe comportant des individus au perfectionnisme sain présentait davantage de caractéristiques positives comparativement à un groupe d'individu au perfectionnisme malsain ou non perfectionniste. À l'inverse, les études démontrent que les participants de groupe perfectionnisme malsain présentent une tendance plus élevée à ressentir un sentiment d'infériorité et une plus grande détresse émotionnelle (Ashby & Bruner, 2005; Ashby & Kottman, 1996; Dickinson & Ashby, 2005; Gilman, Ashby, Sverko, Florell, & Varjas, 2005; LoCicero, Ashby, & Kern, 2000; Mobley, Slaney, & Rice, 2005; Rice & Mirzadeh, 2000; Rice & Slaney, 2002).

De la perspective multidimensionnelle à la perspective bidimensionnelle.

Certains auteurs arguent en faveur d'un modèle multidimensionnel du perfectionnisme (Frost, et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). En effet, ces auteurs mentionnent que la perspective unidimensionnelle serait une simplification d'un seul concept compris dans le modèle multidimensionnel et que cela ne permettrait pas de cerner tous les aspects du perfectionnisme, dont les enjeux interpersonnels qui semblent jouer un rôle important sur le plan clinique (Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee, 2003). Au début des

années 90, deux groupes de recherches ont proposé des modèles multidimensionnels du perfectionnisme qui engloberait la totalité des aspects personnels et interpersonnels du perfectionnisme (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). L'échelle de Hewitt et Flett (1991) est constituée de trois construits. D'abord, le perfectionnisme orienté vers soi, qui est décrit comme l'établissement de hauts standards pour soi-même et l'évaluation de ses propres comportements de façon stricte. Ensuite, le perfectionnisme orienté vers les autres qui est décrit comme le fait d'avoir de hautes attentes envers les autres et leurs capacités. Finalement, le perfectionnisme socialement prescrit se définit comme la surimportance accordée au besoin de répondre aux attentes des autres personnes pour soi. Pour leur part, Frost et al. (1990) suggèrent six dimensions au perfectionnisme : les inquiétudes face aux erreurs, les doutes sur les actions, les standards personnels élevés, les attentes parentales élevées, les critiques parentales et l'organisation. Ces deux modèles ont été associés à des mesures validées et utilisées dans une multitude de recherches. À la base, les études supportent l'idée que le perfectionnisme revêt plusieurs dimensions.

Même si à la base ces mesures ne visaient pas à cibler des manifestations saines et malsaines du perfectionnisme, il s'avère étonnant de voir que rapidement, des liens entre cette perspective et les manifestations saines et malsaines ont été testés. Dans une étude de Frost et al. (1993), les auteurs démontrent une corrélation positive entre les construits tels les standards personnels, l'organisation, le perfectionnisme orienté vers soi et le perfectionnisme orienté vers les autres à des affects positifs tels qu'une meilleure estime

de soi et moins d'affects dépressifs. D'autres construits, comme les préoccupations perfectionnistes (l'inquiétude face aux erreurs, la critique parentale, les attentes parentales, le doute envers les actions et le perfectionnisme socialement prescrit) étaient corrélées à des affects négatifs tels que l'anxiété et la dépression. Slaney et al. (1995), pour leur part, ont voulu démontrer que les deux dimensions saines et malsaines pouvaient être observées dans les différentes mesures de perfectionnisme. À l'aide d'analyses factorielles, ils ont inclus les items des échelles de Burns (1980), de Hewitt et Flett (1991) et de Frost et al. (1990). Les résultats suggèrent une structure globale à deux facteurs représentant le perfectionnisme adapté et le perfectionnisme inadapté (Slaney, Ashby, & Trippi, 1995). Ceci appuie la présence d'une conceptualisation saine/malsaine malgré le fait que les mesures aient été conceptualisées de façon multidimensionnelle. Par ailleurs, il est intéressant de noter que fréquemment, la sous-échelle « perfectionnisme orienté vers les autres » a été exclue des études puisqu'elle s'avérait la dimension la plus faiblement corrélée avec le score total de perfectionnisme (Cox et al., 2002; Frost et al., 1993). Ainsi, dans ces cas, les auteurs choisi une constitution à deux dimensions afin d'évaluer le perfectionnisme, appuyant du même coup la conception saine/malsaine du perfectionnisme.

Un débat toujours actuel. Malgré les recherches de Hewitt et Flett (1991) et de Frost et al. (1990), plusieurs chercheurs semblent toujours être en désaccord autant sur la terminologie que sur l'existence d'un perfectionnisme sain (Greenspon, 2000; Hewitt et al., 2003; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2003; Shafran & Mansell, 2001). Toutefois, un

nombre grandissant de chercheurs tentent de clarifier les différents concepts tout en amenant des preuves empiriques sur lesquelles s'appuyer. Il est vrai que dans plusieurs domaines de la société où la performance est évaluée, le perfectionnisme semble être considéré comme une variable pouvant augmenter et améliorer cette performance. Cet aspect apparaît aussi comme un facteur valorisé dans la réussite sociale. Toutefois, des chercheurs sont sceptiques et doutent toujours de l'existence d'un perfectionnisme sain, positif ou fonctionnel (Greenspon, 2000; Hewitt et al., 2003).

Un des arguments supportant l'inexistence du perfectionnisme sain stipule que les recherches effectuées n'ont pas toutes été concluantes, certaines associaient la recherche générale de perfection (*perfectionism striving*) et le perfectionnisme sain avec des caractéristiques autant positives que négatives alors que d'autres mettent l'emphasis uniquement avec les caractéristiques négatives (Bieling, Israeli, Smith, & Antony, 2003; Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Cox et al., 2002; Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Greenspon, 2000; Hill et al., 2004; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999; Rice et al., 1998). Il importe toutefois de noter que dans ces études, un chevauchement entre le concept de recherche général de perfection (perfectionnisme sain) et les préoccupations face la perfection (manifestation de perfectionnisme malsain) existe étant donné les corrélations entre les deux concepts (Stoeber & Otto, 2006). De plus, il est possible que l'association entre la recherche générale de perfection avec des caractéristiques négatives soit explicable par la variance commune entre les deux conceptions du perfectionnisme. Par ailleurs, il est attendu

d'observer des corrélations entre la tendance générale au perfectionnisme et les manifestations de perfectionnisme malsain car les gens ayant une tendance générale au perfectionnisme sont plus susceptibles de présenter des caractéristiques ou des préoccupations perfectionnistes. Ainsi, un meilleur contrôle statistique du chevauchement de ces deux composantes permettrait de faire ressortir plus clairement la relation entre la recherche générale de perfection et des caractéristiques positives (Stoeber & Otto, 2006). En d'autres termes, une forte tendance au perfectionnisme sans préoccupation perfectionniste devrait être associée à des caractéristiques positives et saines tandis qu'une forte tendance au perfectionnisme accompagnée de préoccupations perfectionnistes devrait être davantage associée à des caractéristiques négatives, voire même des symptômes psychopathologiques. Or, il semble que ce type de contrôle statistique n'ait pas toujours été effectué (Stoeber & Otto, 2006).

Quelques recherches récentes ont considéré cet aspect méthodologique. Notamment, l'étude de Langlois, Vanasse Larochelle, Roy, Aubé, & Bineau (2009) présente quatre études supportant la validité d'une version adaptée du questionnaire sur le perfectionnisme (QP). Dans ces études, les auteurs prennent soin de contrôler la part commune de variance entre le perfectionnisme sain et malsain. Dans un premier contexte analogue, ils démontrent que seules les manifestations malsaines du perfectionnisme sont associées à des symptômes de psychopathologie. Les manifestations saines du perfectionnisme ne sont pas associées aux mesures de symptômes. La même démonstration a été faite dans un échantillon clinique. Les

chercheurs ont démontré que les manifestations malsaines du perfectionnisme permettaient de discriminer un groupe clinique d'un groupe non clinique alors que les résultats ne sont pas concluants avec le perfectionnisme sain. Les résultats ont été répliqués dans un autre échantillon. Les auteurs ont observé que les manifestations malsaines du perfectionnisme sont associées à des symptômes négatifs (anxiété et humeur dépressive) ainsi qu'à une motivation introjectée (besoin de faire les choses pour éviter de se sentir coupable ou mal). De plus, le perfectionnisme sain est associé à une bonne satisfaction de vie et à une motivation intrinsèque (Langlois et al., 2009). Notons que la variance commune aux deux formes de perfectionnisme a également été contrôlée dans cette étude.

Une autre façon de contrôler ce chevauchement des deux dimensions du perfectionnisme est de créer des groupes de profils de perfectionniste sur la base des deux dimensions. Une seconde recherche de Langlois et al., (2009) teste la relation entre le perfectionnisme sain, malsain et la flexibilité cognitive. Les résultats démontrent que les personnes présentant une forte tendance au perfectionnisme sain (forte tendance au perfectionnisme sans conséquence négative du perfectionnisme) présentent une meilleure flexibilité cognitive que ceux avec la tendance au perfectionnisme malsain (forte tendance au perfectionnisme et fortes conséquences négatives du perfectionnisme). De plus, une relation négative a été observée entre la flexibilité cognitive et les symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une relation positive entre la qualité de vie et la flexibilité cognitive (Vanasse Larochelle, Roy, Aubé, & Langlois,

2009). En somme, plusieurs groupes de recherche distincts ont démontré la présence d'un fonctionnement sain dans le perfectionnisme. En effet, l'apport d'un concept bidimensionnel du perfectionnisme amène une meilleure compréhension de l'interaction des processus en jeu chez un perfectionniste. Aussi, ce concept ouvre une nouvelle voie au niveau de la recherche et particulièrement en ce qui à trait à la clinique.

Néanmoins, malgré plusieurs résultats satisfaisants concernant l'existence du perfectionnisme sain, les effets positifs de la dimension de recherche de perfection méritent qu'on s'y attarde davantage afin de consolider son assise théorique. Il est donc difficile d'utiliser les termes fonctionnels ou adaptatifs pour se référer au perfectionnisme sain puisqu'ils posséderaient une forte connotation qui ne serait pas acceptée par tous les chercheurs (Hewitt et al., 2003). De plus, ces termes seraient plutôt associés à la psychologie évolutionniste où l'adaptation d'une personne à son environnement favorise la survie (Stoeber & Otto, 2006). Ainsi, puisque peu de recherches ont démontré que les manifestations saines du perfectionnisme favorisent le développement personnel, il s'avère plus difficile de parler de perfectionnisme adaptatif ou fonctionnel. Ainsi, il semble plus approprié d'utiliser le terme sain et malsain puisque ces termes évoquent davantage la capacité à stimuler ou non le plaisir et la santé (Parker, 1997, 2000; Stumpf & Parker, 2000). De plus, selon le Larousse 2013, le terme sain comporte l'idée d'un équilibre psychique sans pathologie, tandis que le terme malsain fait référence à ce qui est susceptible de nuire à la santé et qui est pernicieux pour

l'esprit. Pour ces diverses raisons, l'utilisation des termes sain et malsain pour désigner les différents concepts du perfectionnisme semble justifiée.

Néanmoins, que le perfectionnisme soit sain ou malsain, il peut être vu comme un trouble distinct, mais également comme facteur de vulnérabilité. En effet, certains auteurs mentionnent que les caractéristiques des perfectionnistes pourraient les rendre plus vulnérables à un grand éventail de troubles d'adaptations (Flett & Hewitt, 2002; Shafran et al., 2002). Aussi, d'autres auteurs ont démontré que le perfectionnisme apparaissait comme un facteur de risque dans certains troubles dont l'anorexie et la boulimie (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997). Également, une étude récente a démontré la présence de lien direct et indirect du perfectionnisme avec l'épuisement professionnel (D'Souza, Egan, & Rees, 2011). De plus, certaines études ont soulevé les effets nuisibles de traits perfectionnistes dans le traitement de la dépression (Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow, & Pilkonis, 1998). Le perfectionnisme pourrait aider à prédire les mauvaises réponses à un traitement pour la dépression, sans égard aux types de traitement. Le perfectionnisme viendrait également interférer dans le développement de l'alliance thérapeutique (Blatt et al., 1998; Zuroff et al., 2000). Ces résultats suggèrent que le perfectionnisme pourrait interférer sur différents plans (motivation, objectif à atteindre ou recherche de satisfaction) lors d'un traitement psychologique. Certains auteurs vont jusqu'à suggérer que la présence du perfectionnisme devrait toujours être prise en compte lorsqu'elle est associée à un autre trouble psychologique afin d'évaluer son rôle dans la maladie et le

traitement. En effet, si un individu présente des attentes perfectionnistes sur le plan des performances sociales et qu'il souffre de phobie sociale, la présence du perfectionnisme viendra s'additionner à ses difficultés et maintiendra ses mécanismes malsains, ce qui pourrait entraver le succès du traitement rendant ainsi la phobie sociale plus difficile à traiter (Shafran et al., 2002). Il semble donc que le perfectionnisme pourrait être vu à la fois comme un trouble, comme un facteur de vulnérabilité ou un facteur aggravant. Dans ce contexte, existerait-il d'autres processus psychologiques ou cognitifs ayant un rôle modérateur entre le perfectionnisme et les différentes problématiques psychiatriques ? En ce sens, des recherches ont démontré qu'il existerait une relation entre des capacités de résolutions de problèmes déficitaires et le perfectionnisme socialement prescrit (Flett, Hewitt, Blankstein, Solnik, et al., 1996). En effet, cette dimension serait corrélée avec une orientation plus négative de la résolution de problèmes sur les plans cognitifs, émotionnels et comportementaux (Flett et al., 1996). Ainsi, le changement d'orientation au niveau de la résolution de problèmes pourrait peut-être venir transformer certains comportements perfectionnistes, ce qui viendrait altérer son rôle dans le traitement de la dépression ou d'une autre problématique psychologique. Afin de pouvoir intervenir sur l'orientation dans la résolution de problèmes, il serait intéressant de considérer le rôle de la flexibilité cognitive qui semble avoir une place importante dans la résolution de problèmes (Clément, 2006, 2009). Quelques auteurs ont pu observer un lien positif entre la flexibilité et le perfectionnisme sain (Cox et al., 2002; Hollender, 1965; Langlois, Rhéaume, et al., 2009; Rhéaume, Freeston, Dugas, & Letarte, 1995; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996; Vanasse Larochelle et al., 2009).

Néanmoins, l'étude de la relation entre la flexibilité cognitive et le perfectionnisme n'a que très peu été investiguée jusqu'à présent. Ceux déjà existants semblent se limiter à des recherches de type corrélationnelles. Dans l'étude de Langlois et al. (2009), une relation similaire a été observée entre le perfectionnisme sain, la flexibilité cognitive et la qualité de vie (Langlois, Rhéaume, et al., 2009). La flexibilité cognitive pourrait donc être un des éléments permettant de distinguer les manifestations du perfectionnisme sain et malsain. Cette variable pourrait consister en un élément modérateur dans l'impact du perfectionnisme sur la santé mentale. La prochaine section sera consacrée entièrement aux différents concepts de la flexibilité cognitive pour éventuellement mettre en relation ce construit au perfectionnisme.

La flexibilité cognitive

La flexibilité cognitive selon différentes approches psychologiques

La flexibilité cognitive peut être définie comme la capacité à s'adapter au changement dans des situations nouvelles où les stratégies et procédures disponibles ne sont pas suffisantes pour une réponse adaptée déjà apprise. La flexibilité cognitive peut être vue comme un changement de point de vue d'un individu face à une situation et permet d'élaborer de nouvelles procédures qui ne font pas déjà partie du répertoire (Clément, 2006). Cette capacité à changer sa perspective est différente pour tous. Des différences peuvent être observées au niveau de la manière qu'ont les individus à encoder les différentes propriétés d'une situation ou dans leur sensibilité et leur adaptabilité aux changements. La flexibilité psychologique peut également être décrite comme l'habileté à prendre entièrement conscience du moment présent et changer ou poursuivre un comportement émis afin d'atteindre un but précis (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2006). Cet aspect est traité sous différentes approches théoriques.

La théorie gestaltiste. Selon la théorie gestaltiste, la restructuration d'un problème est déterminante pour la résolution de problème par « insight » impliquant une pensée créative contrairement à une pensée reproductive, qui consiste à répéter un

comportement ou une stratégie déjà apprise sans que cela soit nécessairement adéquat (Wertheimer, 1959). La restructuration d'un problème peut être considérée comme étant un changement de point de vue. Ainsi, pour résoudre un problème, ce changement de point de vue de la situation est essentiel afin de pouvoir réorienter sa perception et ajuster l'analyse de nouvelles informations sur la situation menant à l'insight (Ansburg, 2000). L'insight se produit lorsqu'une personne figure une nouvelle compréhension de ce qui doit être fait face à une situation problématique sans issue (Ansburg, 2000). Différents auteurs ont tenté de mettre à jour les processus sous-jacents à l'insight et à la résolution de problèmes afin de comprendre les différences individuelles lors de situations de résolution de problèmes (Ansburg, 2000; Schooler & Melcber, 1995). Les chercheurs ont pu démontrer que les personnes qui étaient capables d'appréhender les relations entre divers éléments dans les problèmes sans issue étaient généralement capables de résoudre d'autres problèmes par insight. De plus, une autre habileté reliée positivement à la résolution de problème par insight est la capacité à générer et tester plusieurs solutions face à un problème (Ansburg, 2000). Cela s'applique au perfectionniste qui s'impose habituellement des objectifs précis et élevés sans être capables de prendre du recul. Son incapacité à changer de point de vue limite sa capacité de résolution de problème (Ansburg, 2000). Un individu qui présente une plus grande flexibilité cognitive reconnaît plus facilement que ses stratégies de résolution de problèmes ne sont pas adéquates et sera capable de prendre un nouvel angle d'observation pour essayer une stratégie plus adaptée. C'est à ce moment que l'insight se produit : une nouvelle compréhension de la situation se produit.

Pour pouvoir modifier sa perspective, faut-il déjà reconnaître que la façon de gérer un problème n'est pas optimale. Pour les gestaltistes, l'insight a longtemps été un concept unidimensionnel qui était défini comme la conscience d'avoir des difficultés et la capacité de reconnaître la nécessité d'obtenir un traitement quand les problématiques sont de sévérité clinique (Amador et al., 1993). Plus récemment, ce concept a été étendu afin d'englober trois catégories d'insight : clinique, cognitif et neurocognitif. Néanmoins, elles reflètent toutes les habiletés métacognitives soit la réflexion sur une pensée (Burton, Vella, & Twamley, 2011; Lysaker et al., 2010). Ces trois catégories font référence à des processus différents tout en utilisant le même sens commun du terme insight. L'insight clinique ferait référence à la capacité d'une personne souffrant de troubles mentaux de reconnaître son trouble (Amador et al., 1993). Cette catégorie permet d'obtenir un niveau de conscience des patients concernant leurs symptômes et leurs problématiques, ce qui est très utile lors des traitements psychologiques ou médicaux (Amador et al., 1993). L'insight cognitif quant à lui réfère davantage à la métacognition. Il impliquerait les capacités individuelles d'une personne à évaluer une expérience inhabituelle et à questionner les conclusions imparfaites tout en éloignant les croyances et les interprétations erronées pour faire cette nouvelle évaluation (Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004). Cette capacité de réfléchir sur ses expériences et à prendre conscience des conclusions erronées peu être réduite par la présence de distorsions cognitives, une perte de capacité à prendre du recul face à un problème ou une trop grande confiance en ses propres conclusions. Une dernière catégorie d'insight, l'insight neurocognitif, serait liée de près à l'insight cognitif. Il fait référence à la

capacité d'une personne à être conscient de ses limites au niveau de ses fonctions cognitives lorsque cette dernière souffre d'un trouble comme la schizophrénie. Ces dysfonctions peuvent être liées à l'attention, la mémoire ou la résolution de problème (Medalia & Thysen, 2008). Divers instruments ont été développés afin de mesurer l'insight neurocognitif, cognitif et clinique permettant d'objectiver les déficits cognitifs d'un individu (Medalia & Thysen, 2010). Une étude neuropsychologique a démontré que les patients ayant un bon insight clinique et cognitif avaient de meilleures fonctions exécutives et moins de symptômes négatifs. Ainsi, l'insight pourrait être associé au fonctionnement exécutif et donc à la résolution de problèmes et à la flexibilité cognitive (Burton et al., 2011). En effet, la capacité à percevoir ses propres limites facilite la mise à distance face à une situation problématique. Cette mise à distance est donc directement liée à la capacité individuelle de flexibilité cognitive puisque pour décider de changer de point de vue, il faut être capable de voir ses échecs précédents pour adapter ses nouveaux comportements.

La thérapie d'acceptation et d'engagement. L'« *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) » (thérapie d'acceptation et d'engagement) est une autre approche thérapeutique qui intègre grandement la notion de flexibilité psychologique (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Il s'agit d'un courant récent qui s'inscrit dans la thérapie cognitive et comportementale. Plutôt que de se centrer directement sur les changements des manifestations psychologiques, cette thérapie cherche plutôt à modifier la fonction de ses manifestations et leur relation avec le patient par le biais de la pleine conscience,

l'acceptation ou la défusion cognitive (c'est-à-dire une distanciation par rapport aux pensées). Contrairement à l'approche de Beck, où l'on stipule qu'il existe des pensées irréalistes ou des distorsions cognitives, l'ACT propose une analyse plus « contextualiste » des problèmes où une stratégie est adaptée ou non selon le contexte. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réactions, la réaction doit être évaluée selon la situation, le comportement et les conséquences. Un élément central de ce modèle est donc la flexibilité psychologique qu'ils définissent par le contact avec le moment présent, se basant sur ce que la situation offre, agissant conformément avec ses propres choix et ses valeurs (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). Cette définition comprend plusieurs éléments importants pouvant être détaillés davantage afin d'obtenir une compréhension globale de cette approche.

Selon cette approche six éléments clés seraient inter-reliés afin de permettre l'augmentation de la flexibilité psychologique d'un individu. Ces six éléments sont conceptualisés comme étant des habiletés psychologiques saines et non comme des facteurs de protection pour éviter la psychopathologie (Hayes et al. 2006; Hayes et al., 1999, 2011). Ces six éléments sont l'acceptation, la défusion cognitive (qui consiste en une diminution de l'utilisation excessive et rigide du sens, de la symbolique et la sémantique), la présence de soi, le soi comme contexte, les valeurs et l'engagement¹. Ainsi, par l'application de ses concepts, cette thérapie tente d'appliquer le processus de pleine conscience « *mindfulness* », d'acceptation, d'engagement et de changement de

¹ Pour plus de détails concernant les différents concepts de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, veuillez vous référer aux livres de Hayes et al. (1999, 2011).

comportement afin de créer une meilleure flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 1999). Dans l'ACT, la flexibilité mentale ou psychologique serait l'habileté centrale à la santé mentale, à l'amélioration de la qualité de vie et à la résolution de conflits personnels (Hayes et al., 1999). Plusieurs éléments peuvent mener à l'inflexibilité psychologique telle que des comportements persistants d'évitement, la conformité excessive, l'impulsivité, l'inaction, l'évitement expérientiel et fusion cognitive (c'est dire la tendance à vivre et interpréter les pensées comme si elle était la réalité (Hayes et al., 1999)). Tous ces facteurs amènent un questionnement sur l'impact de la flexibilité cognitive sur les troubles psychologiques.

Jusqu'à présent, plusieurs domaines de la psychologie clinique ont démontré l'impact de flexibilité cognitive pour le bien-être individuel. Ils ont souvent utilisé des termes différents pour y faire référence, mais la définition fournie concernait toujours l'adaptation du comportement face à un problème ou une impasse, que ce soit dans la résolution de problème, face à sa propre difficulté de percevoir un trouble psychologique ou tout simplement lors de prises de décisions. En effet, ceci est cohérent avec la surutilisation de certaines stratégies inefficaces des perfectionnistes (par exemple : les préoccupations excessives pour les détails au détriment de l'essentiel, la faible considération pour le contexte de l'activité). Il est normal de constater chez eux une difficulté accrue dans la résolution de problème autant interpersonnel que personnel. En effet, face à une situation conflictuelle, le patient peut difficilement prendre du recul face à ses premières réactions et stratégies pour considérer d'autres avenues, encore moins si

cette dernière est suggérée par un pair. Un autre exemple du milieu académique illustre bien la situation : un individu perfectionniste aurait beaucoup de difficulté à poursuivre son examen si ce dernier n'a pu répondre adéquatement à l'une des questions. Le manque de flexibilité l'empêche même de voir l'inefficacité de sa stratégie. Néanmoins, malgré l'utilisation de diverses définitions adaptées à chacun des courants théoriques, les mêmes éléments centraux constituent le cœur des définitions. Chacune des définitions précédemment citées ont tous une tangente spécifique à leur fondement qui permettent parfois d'englober une plus grande part des variables rattachées à la flexibilité psychologique comme de le fait l'ACT ou de se centrer plus spécifiquement sur les processus qui s'y sont associés comme en neuropsychologie. Ceci nous amène donc à penser que l'utilisation de plus d'un courant théorique peut être nécessaire afin de bien comprendre l'impact d'un construit aussi complexe que la flexibilité cognitive.

Un des aspects importants qui a été discuté précédemment est la relation importante entre la résolution de problème, l'insight et le fonctionnement exécutif. Cette association laisse supposer l'importance de la flexibilité cognitive et du fonctionnement exécutif dans un processus thérapeutique. De plus, comme Hayes et al. (1999, 2006, 2011) l'ont expliqué, plusieurs difficultés psychologiques comme l'évitement, l'impulsivité et la conformité excessive peuvent venir nuire à l'établissement d'une saine flexibilité psychologique. Aussi, la flexibilité cognitive a été largement étudiée dans une autre perspective : la neuropsychologie. Il serait donc légitime de questionner davantage les processus psychologique et neuropsychologique pouvant affecter la flexibilité cognitive

et inversement. Afin d'approfondir la compréhension de la flexibilité cognitive, qui fait partie des fonctions exécutives, une incursion dans le domaine de la neuropsychologie sera proposée. Certaines études considèrent ce concept comme une fonction qui correspond au déplacement volontaire du foyer attentionnel d'une catégorie de stimuli à un autre (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, & Howerter, 2000). Encore ici, la définition se rapproche des précédentes à un niveau : l'individu doit inhiber volontairement les premières options habituellement envisagées au profit d'autre pouvant être plus efficace. Ici, cette habileté sera discutée sous l'approche neuropsychologique afin de pouvoir la mettre en relation avec certains processus psychologiques, dont le perfectionnisme. Néanmoins, les définitions des différentes approches préalablement mentionnées seront également utilisées et permettront de lier les différents concepts neuropsychologique et psychologique.

La flexibilité cognitive selon l'approche neuropsychologique

L'étude de la flexibilité cognitive comme fonction exécutive. Selon l'approche neuropsychologique, la flexibilité cognitive fait partie des fonctions exécutives qui participent au contrôle exécutif (Clément, 2009). La notion de fonctions exécutives est apparue pour la première fois avec Baddeley et Hitch (1974). Ensuite, ce fut Baddeley (1986) ainsi que Norman et Shallice (1986) qui proposèrent un modèle plus détaillé. Chez l'adulte, il n'y a pas de définition exclusive. La communauté scientifique s'entend sur le fait que les fonctions exécutives sont des fonctions spécifiques, mais essentielles à tout comportement dirigé, autonome et adapté. Elles sont également appelées fonctions

de haut niveau puisqu'elles interviennent dans des situations complexes, non routinières ou conflictuelles. Ces dernières permettent donc un contrôle exécutif chez les individus. Ce contrôle permet à un ensemble de processus cognitifs d'intervenir dans l'adaptation face à des situations nouvelles dans lesquelles les routines d'exécution ne suffisent pas à accomplir la tâche (Shallice, 1982). Les premières propositions théoriques ont été introduites par Baddeley (1986) dans le cadre de son modèle en trois sections de la mémoire de travail. Cette dernière étant considérée comme une composante centrale dénommée l'administrateur central assurant le contrôle attentionnel ainsi que la gestion et la coordination de l'information. Cette composante, à capacité limitée, est responsable de la sélection stratégique et de la planification dans la résolution des tâches. Elle s'appuie sur deux systèmes mnésiques interdépendants, soit la boucle phonologique et le registre visuo-spatial. Ce n'est que dans les années 2000 qu'une nouvelle distinction de certaines composantes fit son apparition. En effet, Miyake et al. (2000) ont démontré empiriquement la différenciation de trois sous composantes des fonctions exécutives : 1) la capacité à passer d'une tâche à l'autre ou d'un ensemble de représentations mentales à un autre (*mental set shifting*), 2) l'actualisation et le contrôle de l'information et 3) l'inhibition de réponse prédominante. Ces auteurs, par une analyse factorielle confirmatoire, ont démontré que ses trois composantes des fonctions exécutives étaient modérément corrélées l'une à l'autre, mais également qu'ils étaient clairement distincts et agissaient différemment sur les performances d'une tâche exécutive complexe. De plus, à l'aide de ces recherches, les auteurs ont démontré l'importance des sous composantes des fonctions exécutives et principalement leur spécificité à un type de

tâches comme l’alternance ou l’inhibition. Ces résultats sont d’autant plus importants puisqu’ils sont démontrés empiriquement et théoriquement, ce que très peu de modèles ont pu faire. Due à la multitude de définitions et du grand éventail de fonction que les différents auteurs intègrent dans les fonctions exécutives, Packwood, Hodgetts et Tremblay (2011) ont fait un relevé de littérature permettant de quantifier et réduire le nombre de sous-composantes exécutifs afin d’arriver à une définition claire et concise des fonctions exécutives. Ce faisant, l’utilisation des mêmes termes permettrait de pouvoir mieux comparer les différents résultats des recherches concernant les fonctions exécutives. Suite à leur relevé de littérature, ces auteurs considèrent également un autre aspect selon lequel les nombreuses sous-composantes des fonctions exécutives telles que la planification, l’organisation, l’impulsivité, la résolution de problème, etc, pourraient ne pas être complètement distinct, mais plutôt être des comportements manifestés suite à une demande spécifique d’une tâche et pouvant même se chevaucher dépendamment la tâche. Néanmoins, tous les auteurs sont d’accord pour dire que les fonctions exécutives sont généralement considérées comme étant l’administrateur de tous les processus de prises de décisions (Packwood, Hodgetts, & Tremblay, 2011). Ces mêmes auteurs laissent supposer que si nous considérons les nombreux sous-composantes comme des comportements exécutifs plutôt que plusieurs fonctions exécutives, le modèle théorique des fonctions exécutives serait beaucoup plus simple. Des études en neuroimagerie indiquent que l’activité de plusieurs neurones du cortex préfrontal (le centre des fonctions exécutives) serait dépendante de la nature de la tâche à exécuter. De fait, ce n’est pas parce qu’une tâche active un nouveau groupe de neurones que cela signifie

obligatoirement qu'elle est associée à une fonction spécifique (Rainer, Asaad, & Miller, 1998). En neuroscience cognitive, les chercheurs peuvent utiliser deux tâches différentes (paradigmes) afin d'activer différents groupes de neurone, mais permettant d'évaluer la même fonction cognitive (Jolicœur & Dell' Acqua, 1998). En résumé, les recherches orientées vers l'identification et la caractérisation de composantes exécutives isolées semblent plutôt complexifier le concept de fonctions exécutives plutôt que de le simplifier. Ceci vient donc renforcer l'idée que les fonctions exécutives pourraient être considérées comme une fonction unitaire sans nécessiter une multitude de sous-composantes. Ainsi, Packwood et al (2001) décrivent les fonctions exécutives comme un système responsable de l'acquisition contextuelle d'une tâche et de la mise en œuvre de règles utilisées pour guider le comportement sans égard à un comportement spécifique ou d'une réponse précise demander lors d'une tâche. L'utilisation d'une définition de la sorte permettrait de rapprocher le concept de fonctions exécutives de celui du facteur g de l'intelligence, qui fait toujours partie d'un débat (Packwood et al., 2011). Malgré ces nombreux débats et nombreuses définitions, il est certain que le concept de flexibilité cognitive, qu'il soit discuté dans une approche multidimensionnelle ou unitaire, fait partie prenante des fonctions exécutives (Packwood et al., 2011).

Considérant un modèle unitaire, il n'est pas surprenant d'observer la déficience de plusieurs composantes lorsqu'il est question d'un déficit de flexibilité cognitive. En effet, ce déficit peut être considéré comme une rigidité mentale, un trouble de persévération ou un trouble d'inhibition. Ainsi, la rigidité mentale est considérée comme

la conséquence des effets d'une certaine attitude prédisposant immédiatement l'individu à un type d'acte conscient ou moteur (Clément, 2006). Ainsi, les conséquences de l'habituation et des apprentissages antérieurs font partie des déterminants des comportements rigides (Luchins, 1950). La rigidité mentale est également observée chez les individus sains dans une moindre mesure. Ce déficit a été étudié par Luchin (1942) lors des résolutions des problèmes de jarres. Il désirait connaître les facteurs qui augmenteraient ou diminueraient les phénomènes d'habituation pouvant amener les comportements rigides. Un trouble de flexibilité cognitive est observé chez de nombreux patients qui répètent indéfiniment la même action ou le même mot, cela témoigne d'une difficulté à se désengager de l'action en cours et à en engager une nouvelle. Cette difficulté s'approche d'une conduite de persévération (Berthoz, 2003). Cet auteur conceptualise la persévération comme l'effet d'un taux d'activation trop élevé de l'activité en cours. Ceci empêcherait l'expression d'une activité adaptée à la situation. Ainsi, le défaut de persévération ne serait pas automatiquement lié à un trouble d'inhibition. Toutefois, pour prévenir la persévération, un mécanisme d'inhibition est nécessaire afin de rejeter les différentes alternatives en fonctions de la meilleure pour une situation donnée (Hauser, 1999). Par exemple, une personne présentant une forte tendance au perfectionnisme malsain pourrait avoir tendance à établir des objectifs précis. Cette dernière présenterait une difficulté à s'ajuster au fur et à mesure dans le processus. Elle aurait du mal à éliminer différentes alternatives afin de trouver la meilleure solution pour la situation. Elle aurait plutôt tendance à investir la tâche en persévrant sur son objectif de base, et ce, même si ce dernier s'avère être inatteignable.

ou irréalisable au cours du processus. Cette persévération maintiendrait donc la personne en échec dû à un manque de flexibilité afin de s'ajuster adéquatement.

Évaluation de la flexibilité cognitive. Afin de mieux détecter les lacunes au niveau de la flexibilité cognitive, l'inhibition et certains processus émotionnels, différents outils d'évaluation sont utilisés autant dans le domaine des épreuves neuropsychologiques que des questionnaires auto-rapportés. Une description des outils les plus sensibles et les plus utilisés dans la littérature sera développée, ce qui permettra une meilleure compréhension de l'utilité d'outils diversifiés. La présentation se concentre sur les mesures disponibles pour la population adulte.

Lorsqu'il est question d'évaluer les fonctions exécutives, dont la flexibilité cognitive, plusieurs épreuves neuropsychologiques sont utilisées. Trois d'entre elles ont particulièrement démontré leur efficacité à activer le lobe frontal chez des individus sains (Alvarez & Emory, 2006; Baldo, Shimamura, Delis, Kramer, & Kaplan, 2001; Hauser, 1999). Elles sont également les plus fréquemment utilisées dans les études de lésions frontales qui ont un impact majeur sur la flexibilité cognitive. Le *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), le *Phonemic Verbal Fluency* et le *Stroop Color Word Interference Test* (Stroop) sont les trois épreuves les plus utilisées dans la littérature. Le WCST est le test le plus utilisé lorsqu'il est question de mesurer les fonctions exécutives et il a la plus forte relation avec l'activation des lobes frontaux. Le *Phonemic Verbal Fluency* possède la seconde plus forte relation avec l'activation du lobe frontal suivie du Stroop (Alvarez

& Emory, 2006). Afin de mieux comprendre l'impact comportemental de ces différents tests, une description détaillée est nécessaire.

Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Ainsi, le WCST a été développé par Grant et Berg (1948) afin d'évaluer, par tri de cartes, le raisonnement abstrait et l'alternance de concept chez les humains et chez les animaux. Au cours des années, ce test est devenu une référence en évaluation des lésions frontales, puisqu'il permettait de bien cibler les différentes lacunes vécues suite à une telle lésion (Milner, 1963). La version standard du WSCT est un test de classement de carte comportant 128 cartes sur lesquelles des formes géométriques sont définies en trois dimensions, soit leur forme, leur couleur ou leur nombre. Après chaque carte distribuée, l'évaluateur informe le patient si la carte classée correspond au critère ou non. Après un certain nombre de cartes distribuées, le critère change sans que le patient ne le sache, et il doit trouver le nouveau critère. Ce processus se poursuivra jusqu'à ce que l'ensemble des cartes soit utilisé (Clément, 2009; Heaton, 1981). Tout au long de l'épreuve, l'examinateur enregistra le nombre de tentatives nécessaire pour le patient avant de trouver le nouveau critère de catégorisation. Le changement de catégorie est l'aspect important de ce test. Ainsi, un plus nombre d'erreurs commises par le patient après un changement de catégorie est considéré comme une persévération. Selon Heaton (1981), une persévération est une réponse incorrecte qui aurait été appropriée dans la catégorie précédente. Ainsi, les patients frontaux (que l'on dit caractérisés par un déficit d'inhibition frontale) auront plus de difficulté à changer les paramètres de la catégorie afin de trouver la nouvelle

(Strauss, Sherman, & Spreen, 2006). Cette épreuve n'a encore jamais été administrée auprès de perfectionnistes, cependant, un test similaire, soit le *Category test* (Reitan & Wolfson, 1993) a été utilisé dans une étude de Slade, Coppel et Townes (2009). Cette étude est l'une des rares qui a administré différentes épreuves neuropsychologiques ainsi qu'un inventaire de perfectionnisme, le *Positive and Negative Perfectionism Scale* (PANPS) (Terry-Short et al., 1995). Les auteurs désiraient observer la relation qui pouvait exister entre le perfectionnisme et différentes mesures neurocognitives, dont les fonctions sensori-perceptuelles, les fonctions motrices, l'intelligence, la réussite scolaire et les fonctions de haut niveau dont la mémoire de travail et les fonctions exécutives. Initialement, ils ont posé l'hypothèse qu'un patient avec un haut niveau de perfectionnisme positif, soit une forte tendance à la recherche de perfection avec un faible niveau de conséquence lié à cette recherche, performerait mieux aux épreuves demandant un effort positif (actif), que se soit physique ou mental. De plus, ils prédisaient qu'un perfectionnisme négatif, soit une forte tendance à la recherche de perfection avec un haut niveau de conséquence lié à cette recherche, serait déficitaire sur les tâches demandant de la vitesse et de la précision. Ils ont donc démontré une relation significative entre la vitesse, la force motrice et le perfectionnisme positif ainsi qu'une relation entre le perfectionnisme positif et la performance académique. De plus, ils ont pu démontrer une relation négative entre le perfectionnisme négatif et l'écart entre vitesse et précision. Finalement, les personnes avec un haut niveau de perfectionnisme négatif réussissaient moins bien sur les tests d'attention, des fonctions exécutives et de mémoire de travail que ceux avec un haut niveau de perfectionnisme positif.

Fluence verbale. La seconde épreuve pour évaluer les fonctions exécutives est la *Verbal Fluency* (fluence verbale). Cette tâche est l'une des plus utilisées pour évaluer les fonctions exécutives, l'intégrité du matériel lexico-sémantique et les processus stratégiques de récupération des mots en mémoire. Elle est utilisée autant en clinique qu'en recherche (Baddeley & Sala, 1996; Baldo et al., 2001; Strauss et al., 2006). De plus, des études en imagerie cérébrale fonctionnelle auprès de diverses populations tendent à montrer que les tâches d'évocation lexicale seraient davantage dépendantes du lobe frontal, alors que les tâches d'évocation catégorielle seraient davantage dépendantes du lobe temporal (Gierski & Ergis, 2004). Toutefois, d'autres auteurs se sont attardés aux processus cognitifs déployés plutôt qu'aux tâches (Gierski & Ergis, 2004). Troyer et al. (1997) présentent une approche assez complète de cette question. En effet, ces auteurs ont proposé une analyse qualitative des productions afin de pouvoir mieux comprendre la nature précise des déficits observés dans la performance à ce test. Pour ce faire, ils ont proposé l'utilisation d'une méthode d'analyse selon deux processus. Le premier processus constitue le « *clustering* » ou regroupement sémantique qui correspond à la production des mots appartenant aux mêmes catégories sémantiques ou phonémiques. Le second processus est le « *switching* », ce qui correspond à analyser l'alternance entre les regroupements. Le premier processus serait plutôt associé à des processus temporaux tels que la mémoire verbale sémantique et le lexique phonologique tandis que le second processus impliquerait des processus qui seraient dépendants du lobe frontal tel que la flexibilité cognitive, l'alternance et les processus stratégiques de recherche (Alvarez & Emory, 2006; Troyer, Moscovitch, & Winocur, 1997). De plus,

des auteurs ont démontré la spécificité anatomique de l'évocation lexicale et sémantique (Martin, Wiggs, Lalonde, & Mack, 1994). Ainsi, il serait utile d'utiliser ces deux sections dans l'évaluation de la flexibilité cognitive dans le perfectionnisme, puisque n'étant pas associé au même processus cognitif, une différence de performance devrait être visible. Néanmoins, aucune étude n'a utilisé cette tâche auprès de cette clientèle. Toutefois, une étude récente a démontré la relation entre la fluence verbale et les différents traits de personnalité. Ainsi, une plus grande performance à cette épreuve était associée avec une plus grande disposition au bonheur. Inversement, des traits anxieux amenaient les participants à produire moins de mots lors de la tâche (Sutin et al., 2011). Ceci démontre la pertinence d'utiliser une telle mesure au sein d'une population présentant différents niveaux de perfectionnisme. Ce test pourrait s'avérer très utile dans certaines populations cliniques telles que le perfectionnisme puisqu'il implique la gestion adéquate d'un ratio vitesse/précision dans la qualité/quantité de mots mentionnés (Slade et al., 2009). En somme, l'épreuve de fluence verbale permet une analyse détaillée de la flexibilité cognitive spontanée et réactive, soit l'alternance, ce qui englobe les différentes facettes de cette fonction.

Le Stroop Color Word Interference Test (Stroop). La dernière épreuve qui sera discutée est le Stroop Test qui permet d'obtenir une mesure du contrôle cognitif avec lequel une personne peut maintenir un objectif et inhiber une réponse automatique habituelle en fonction d'une réponse moins habituelle. Cette mesure permet également d'observer les capacités d'alternance entre l'inhibition de processus automatique et la

lecture de mots qui est un processus automatique. Ce test a été publié pour la première fois en 1935 par J.R. Stroop dans un article sur l'attention et l'interférence (MacLeod, 1991; Stroop, 1992). Depuis, plusieurs centaines d'articles ont été publiés sur ce sujet, complexifiant l'analyse théorique des processus observés dans l'effet Stroop. Les processus automatiques qui sont impliqués dans la tâche de Stroop sont étudiés depuis longtemps. Catell fut dans les premiers à en discuter en 1886 (MacLeod, 1991). Au fil du temps, plusieurs variantes ont été produites afin de mieux comprendre cet effet. La version à privilégier considérant l'utilité de la carte alternance est celle constituant le sous-test de la *Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)*. Néanmoins, le paradigme de base du Test de Stroop vise le même objectif, c'est à dire la mesure de la performance d'un individu à une tâche primaire (lire un nom de couleur) qui est comparée à sa performance dans une autre tâche similaire dans laquelle une réponse automatique doit être inhibée (p. ex. : nommer la couleur de l'encre d'une couleur écrite en lettre et qui n'est pas la même). Ainsi, l'effet Stroop d'interférence est la différence entre le temps d'exécution de la tâche de base et la tâche d'inhibition. Aussi, dans la version de la *D-KEFS* une autre partie de cette épreuve permet de mesurer les capacités d'alternance entre deux concepts, soit l'exécution d'une tâche de base (processus automatique) et une tâche d'inhibition. Cette tâche est une mesure générale de la flexibilité cognitive, du fonctionnement exécutif et de l'attention sélective (Lezak, Howieson, & Loring, 2004; Strauss et al., 2006; Utzl, 1997). Cet effet est sensible à l'âge, au genre et légèrement à l'éducation (Strauss et al., 2006). De plus, ce test est souvent utilisé pour évaluer différentes problématiques telles que les démences ou les

pathologies cérébrales (Houx, Jolles, & Vreeling, 1993; Strauss et al., 2006; Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen, & Jolles, 2006). La version originale de Stroop contient trois cartes blanches qui possèdent 10 rangées de cinq items chacune. Ce test comprend quatre parties (sous-test), soit la dénomination de couleur, la lecture de mots, l'inhibition et l'alternance. L'effet Stroop sera présent lorsqu'il n'y a pas de correspondance entre la couleur de l'encre et le mot écrit (Strauss et al., 2006). Aussi, par ce phénomène, il est possible d'évaluer les capacités de flexibilité cognitive réactive (alternance). Un autre élément important est l'augmentation du temps nécessaire pour que le participant puisse nommer la couleur de l'encre plutôt que de lire le mot (Partie 4 vs Partie 3). C'est à ce moment que l'effet d'interférence Stroop est observé. L'utilisation de ce test auprès des perfectionnistes permettra d'observer la réaction des patients face à l'erreur tout en comparant l'importance qu'ils porteront sur la nécessité de la rapidité et celle de ne pas se tromper de mots. Dans cette tâche, il est primordial de contrôler le nombre d'erreurs commises puisque la vitesse d'exécution est très importante. De ce fait, les patients présentant une tendance au perfectionnisme malsain risquent d'être affectés par ce dilemme de qualité/performance. Ces informations qualitatives pourront donc être récoltées afin d'enrichir l'évaluation. Néanmoins, aucune expérimentation n'a encore utilisé cette tâche pour mesurer la performance des participants présentant différents niveaux de perfectionnisme.

Ainsi, grâce à ces trois tests, il semble possible d'évaluer les capacités en flexibilité cognitive d'un individu, et ce, d'une façon précise et objective. Ces épreuves étant largement étudiées et validées donnent une mesure stable pour évaluer la flexibilité

cognitive de population clinique. Néanmoins, il est important de mentionner que ces outils ont été conçus pour une population clinique et que leur sensibilité pourrait être mitigée dans le contexte de déficits légers. C'est pourquoi il est primordial d'utiliser plus d'une mesure pour comparer les résultats et s'assurer de mesurer différents aspects d'une même problématique. Aussi, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés pourrait s'avérer efficace dans ces cas puisqu'ils permettent d'obtenir une image rapide et globale des déficits du patient en flexibilité cognitive.

L'étude de la flexibilité par des mesures auto-rapportées. La flexibilité cognitive peut aussi être mesurée par des épreuves autres que neuropsychologiques. Les mesures auto-rapportées sont utilisées dans plusieurs situations cliniques dans laquelle un professionnel désire obtenir une idée globale et rapide des difficultés de son client. Plusieurs questionnaires existent déjà pour aider à détecter une multitude de troubles. Les questionnaires auto-rapportés sont utiles pour mesurer tant des critères diagnostiques, des symptômes que des processus de la pensée, des croyances erronées, etc. Il existe aussi des mesures auto-rapportées pour les fonctions exécutives (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000), mais aussi pour la flexibilité psychologique. Dans ce domaine, l'échelle anglophone de flexibilité cognitive conçue par Martin et Rubin (1995) en est un exemple. Pour ces derniers, la flexibilité cognitive correspond aux capacités de prise de conscience d'une personne selon laquelle il existe dans une situation donnée des options et des alternatives disponibles, la présence d'une volonté à être flexible et à s'adapter à la situation ainsi qu'une auto-efficacité dans cette flexibilité

(Martin & Rubin, 1995). Ainsi, les personnes plus enclines à être flexibles s'adapteront plus facilement en situation interpersonnelle comme lors de communication sociale (Lippard-Justicie, 1989). Partant du fait qu'il est important de mesurer la flexibilité cognitive des individus, un questionnaire permettant d'évaluer ce construit a été conçu par Martin et Rubin (1995), soit le *Cognitive Flexibility Scale*. Cet outil est formé de 12 items gradués de 1 (totalement d'accord) à 6 (totalement en désaccord). Les auteurs ont démontré que cette échelle de flexibilité cognitive était corrélée positivement avec la flexibilité en communication et négativement corrélée avec la rigidité. Martin et Rubin (1995) ont validé leur échelle dans une population universitaire de 275 participants (158 femmes et 117 hommes) par le biais de diverses corrélations avec des mesures préalablement validées. L'échelle de Martin et Rubin (1995) corrèle positivement avec les trois dimensions du questionnaire *Interaction Involvement Scale* et les trois dimensions du *Self-monitoring Scale*. De plus, elle corrèle négativement avec les deux dimensions du *Unwillingness to Communicate Scale*. Ainsi, la validité de l'échelle de flexibilité cognitive a pu être démontrée, et suggère qu'elle peut être utile tant en clinique qu'en recherche. Quelques années plus tard, Martin et Anderson (1998) ont validé plus en détail les construits de son échelle de flexibilité cognitive et avec une plus grande population (Martin & Anderson, 1998). Dans une étude auprès d'étudiants universitaires francophones, une version française de l'échelle de flexibilité de Martin et Rubin (1995) a été utilisée afin de tester sa relation avec l'échelle de perfectionnisme de Langlois, Rhéaume et al. (2009). Il a été démontré que le perfectionnisme sain (haut niveau de recherche de perfection et peu de conséquence lié à la recherche de perfection)

était positivement corrélé avec un haut niveau de flexibilité cognitive et que le perfectionnisme malsain, soit un haut niveau de recherche de perfection et un haut niveau de conséquences liées à la recherche de perfection, était corrélé négativement avec la mesure de flexibilité cognitive (Vanasse Larochelle et al., 2009). Ainsi, il semble que le degré de flexibilité cognitive, mesurée à l'aide d'une mesure auto-révélée, diffère en fonction des manifestations saines et malsaines du perfectionnisme.

Une autre façon d'évaluer la flexibilité cognitive est l'utilisation de questionnaire mesurant le construit inverse : la rigidité cognitive. La rigidité se caractérise par la tendance à persévéérer et résister à l'acquisition d'un nouveau comportement en maintenant ses anciens comportements inadaptés (Ferrari & Mautz, 1997). Certains auteurs ont démontré un lien étroit entre la rigidité et la flexibilité cognitive par l'utilisation d'un questionnaire sur la rigidité, *The test of behavioral rigidity*, et différents tests pour évaluer la flexibilité cognitive (Schaie, 1955; Schaie, Dutta, & Willis, 1991). Cette étude a permis de confirmer la structure factorielle du questionnaire et de confirmer la validité des construits du questionnaire de rigidité. Selon ces études, la rigidité cognitive comprendrait trois dimensions, soit la rigidité psychomotrice, la flexibilité cognitive et la flexibilité des attitudes individuelles permettant une analyse plus détaillée du niveau de rigidité d'une personne (Schaie, 1955; Schaie et al., 1991).

Un autre questionnaire pouvant être utilisé est le *The Cognitive Flexibility Inventory* qui permet de mesurer les différents types de flexibilité cognitive permettant à une

personne de remplacer ou supprimer une pensée inadaptée par une pensée plus nuancée et adaptée à la situation. Ce questionnaire comprend trois sous-échelles : 1) la tendance à percevoir des situations difficiles comme étant contrôlables, 2) l'habileté à percevoir plusieurs explications pour les incidents de la vie et le comportement humain, 3) l'habileté à générer plusieurs solutions alternatives dans une situation difficile (Dennis & Vander Wal, 2010). Ce questionnaire nous semble être le plus prometteur pour l'utilisation clinique. Dans leur étude de validation dans laquelle il démontre le potentiel clinique de cette échelle, les auteurs ont démontré qu'elle avait une excellente consistance interne (temps 1 : 0,90 et temps 2 : 0,91) et une bonne validité convergente puisqu'elle corrélait positivement avec des mesures de flexibilité cognitive (Cognitive Flexibility Scale) et d'adaptation (*Ways of Coping Checklist-Revised*). Une bonne validité divergente est également démontrée avec un questionnaire de rigidité cognitive (*Attributional Style Questionnaire*) et de dépression (*Beck Depression Inventory-Second Edition*). Aussi, cette mesure est conçue pour une utilisation clinique permettant l'identification de comportements flexibles pouvant favoriser le travail en thérapie. Nous considérons donc cette mesure comme étant la plus efficace pour une utilisation en clinique.

Dans l'ACT, une mesure est utilisée afin d'évaluer la flexibilité psychologique. L'outil se nomme le questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II) qui permet d'évaluer l'évitement d'expériences psychologiques douloureuses puisque la tentative de suppression des événements psychologiques désagréables conduit à une perte de la

flexibilité psychologique, qui est fortement corrélée avec un nombre important et varié de troubles psychologiques (Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bondd, 2009). Ce questionnaire nous apparaît trop large par rapport au concept spécifique de flexibilité cognitive et c'est pourquoi il ne sera pas considéré comme outil spécifique d'évaluation. Néanmoins, il demeure intéressant advenant une recherche d'évaluation de la flexibilité psychologique au sens plus large.

Une dernière mesure intéressante pouvant être à utiliser serait le *Behavior Rating Inventory of Executive Function®-Adult Version* (Roth, Isquith, & Gioia, 2005). Ce questionnaire inclut 75 questions séparées en deux dimensions, la métacognition et la régulation comportementale. Ces deux dimensions comprennent neuf sous-échelles en tout, soit cinq pour la métacognition (mémoire de travail, la planification et l'organisation, la gestion des tâches, l'organisation matérielle et l'initiation) et quatre pour la régulation comportementale (inhibition, alternance, contrôle émotionnel et l'autocontrôle). Ce questionnaire auto-rapporté permet de décrire des problèmes liés au fonctionnement exécutif tels que la planification, la résolution de problème et la flexibilité cognitive. Il utilise une échelle de trois points de type Likert, soit jamais, parfois et souvent. Cinq des questions permettent de détecter un style de réponse inconsistante permettant ainsi de jauger la validité du répondant. Les propriétés psychométriques ont été validées auprès de différentes populations cliniques (Rabin et al., 2006 ; Toglia, Johnston, Goverover, & Dain, 2010).

La mesure de la flexibilité cognitive à l'aide de mesures auto-rapportées est une méthode avantageuse en raison de sa rapidité et parce qu'elle permet de détecter assez facilement et fidèlement des difficultés au niveau exécutif pouvant venir affecter plusieurs aspects psychologiques et miner par le fait même le travail thérapeutique (Bilgin, 2009; Blatt et al., 1998; Deveney & Deldin, 2006; Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007; Ferrari & Mautz, 1997; Kashdan & Rottenberg, 2010; Rolvsjord, Gold, & Stige, 2005). L'utilisation de questionnaires auto-rapportés pour mesurer la flexibilité cognitive peut s'avérer un choix intéressant quand le clinicien est limité dans le temps pour son évaluation. En effet, les épreuves neuropsychologiques sont habituellement plus longues et fastidieuses. C'est le coût associé à la mesure dite plus objective. À l'inverse, le questionnaire auto-rapportée permet rapidement d'avoir une mesure des habiletés cognitives d'une personne, mais au coût de l'objectivité. Ces questionnaires s'avèrent être très pratiques puisqu'ils sont simples et rapides. Ils offrent au clinicien un portrait restreint, mais tout de même valide de la flexibilité cognitive. Néanmoins, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés se limite aux individus possédant un certain niveau d'introspection et d'autocritique. Plusieurs populations en santé mentale n'ont pas suffisamment de capacité d'autocritique pour évaluer leur propre capacité cognitive et leur niveau de flexibilité. C'est pourquoi, afin d'optimiser le recueil d'information, les questionnaires devraient être utilisés en collaboration avec d'autres tests permettant l'évaluation des capacités de flexibilité cognitive, ce qui donnerait une vision plus juste du perfectionnisme et des capacités de flexibilité psychologique.

L'étude de la relation entre le perfectionnisme et la flexibilité cognitive

Une avenue prometteuse

La flexibilité cognitive joue un rôle important dans le maintien de la santé psychologique et le bien-être quotidien (Bond & Flaxman, 2006; Cheng, 200; Kashdan & Rottenberg, 2010). Selon Ferrari et Mautz (1997), la flexibilité cognitive d'un individu serait aussi un facteur important à considérer dans le perfectionnisme. Ferrari et Mautz (1997) ont démontré qu'une attitude flexible, soit la capacité à percevoir et à s'ajuster à une situation nouvelle et non familière, était négativement corrélée avec les trois formes de perfectionnisme de Hewitt et Flett (1991). Les personnes présentant moins de flexibilité cognitive et qui ont de la difficulté à s'ajuster aux nouvelles situations présentent de plus fortes tendances perfectionnistes. Par exemple, ils auraient tendance à maintenir des standards irréalistes, peu importe la situation, et ceci les empêcherait de s'adapter adéquatement aux diverses situations (Flett, Blankstein, & Martin, 1995; Flett, Hewitt, & Martin, 1995; Kobori, Hayakawa, & Tanno, 2009). De ce fait, ces personnes perfectionnistes et rigides pourraient avoir des difficultés à s'adapter face aux problèmes environnementaux et interpersonnels (Ferrari & Mautz, 1997). Ceci supporte l'importance d'étudier la flexibilité cognitive et sa relation avec le perfectionnisme.

L'étude de la relation entre la flexibilité cognitive et le perfectionnisme devra cependant considérer autant ses manifestations saines que malsaines. Même si quelques

études supportent la relation entre la flexibilité cognitive et le perfectionnisme (Ferrari & Mautz, 1997), les recherches dans ce domaine sont pourtant encore rares. La flexibilité cognitive pourrait jouer un rôle médiateur pouvant faire varier le degré de recherche de perfection et l'importance des conséquences négatives associées.

Pour étudier efficacement l'effet médiateur de la flexibilité psychologique entre le perfectionnisme et le fonctionnement, il semblerait important de mesurer ce construit à l'aide des mesures auto-rapportés et de mesures neuropsychologiques plus objectives. Cette analyse multimodale pourrait nous aider grandement à mieux comprendre la relation entre la flexibilité et les manifestations du perfectionnisme.

Enfin, avant de pouvoir développer des interventions qui pourraient favoriser le développement de la flexibilité cognitive, il est primordial d'évaluer de façon précise comment se présente la relation entre la flexibilité et le perfectionnisme sain et malsain.

Retombées cliniques proximales et distales

La recherche sur la relation entre les profils de perfectionnisme sain/malsain et la flexibilité cognitive pourrait faire avancer la communauté scientifique à différents niveaux. Les retombées proximales ont déjà été abordées. Premièrement, ce domaine de recherche peut nous aider au niveau de notre compréhension des facteurs de maintien du perfectionnisme pathologique et de son impact sur le fonctionnement. Deuxièmement, ce thème pourrait donner des indications importantes sur les variables déterminantes du

perfectionnisme qui méritent d'être évaluées pour préparer le plan d'intervention. Enfin, à moyen terme, les résultats obtenus pourraient ouvrir la porte au développement d'intervention visant à développer la flexibilité cognitive d'individus qui souffrent de leur perfectionnisme.

Mais l'étude de la flexibilité psychologique pourrait avoir aussi des retombées plus distales dans la santé mentale en général. De façon plus globale, il semble que ce domaine pourrait aussi avoir des retombés sur l'intervention en psychologie. Si la flexibilité psychologique s'avère une variable qui protège l'individu du perfectionnisme malsain, il devient encore plus intéressant de cibler ce processus cliniquement dans d'autre problématique. Selon certains auteurs, la flexibilité psychologique serait un élément central de la psychothérapie et doit être ciblé en thérapie (Hayes et al. 2011; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2004). Cependant, très peu de programmes ciblent spécifiquement la flexibilité cognitive dans leurs interventions. En neuropsychologie, des interventions existent pour stimuler certaines fonctions cognitives, dont la flexibilité cognitive (Vianin, 2007). Ce domaine d'intervention demeure encore récent et peu développé et puisqu'une faible flexibilité cognitive semble réduire l'effet de toute intervention sur le trouble principal travaillé au cours de la thérapie, l'exploration plus élaborée du concept de flexibilité psychologique devrait être envisagée afin d'optimiser les résultats thérapeutiques (Deveney & Deldin, 2006; Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007; Kashdan & Rottenberg, 2010; Rolvsjord, Gold, & Stige, 2005). Également, l'apprentissage de différentes stratégies favorisant son développement pourrait être utile

tant dans la gestion des problèmes du quotidien que dans l'évolution du patient en thérapie.

Conclusion

Un terrain de recherche novateur et utile cliniquement

L'étude du perfectionnisme est un domaine en plein essor depuis les années 1990. Une simple recherche sur les moteurs de recherche psychologie démontre qu'en 2011, plus de 90 articles publiés comprennent le terme perfectionnisme dans leur titre. Ceux-ci documentent la place du perfectionnisme dans différents troubles et différentes populations. Cependant, parmi ces études très peu abordent directement le traitement de cette problématique, ses enjeux et les difficultés rencontrées lors du processus thérapeutique. Si les programmes d'interventions sont si rares, c'est qu'il existe encore trop de questions sans réponse sur les variables impliquées dans le maintien des manifestations négatives du perfectionnisme.

L'objectif premier de cet essai visait justement à aborder le rôle potentiel d'une variable dans le perfectionnisme : la flexibilité cognitive. Après avoir pris soin de présenter le perfectionnisme dans ses manifestations saines et malsaines, différentes perspectives de la flexibilité cognitive ont été présentées. Les instruments de mesures les plus utilisées pour évaluer ce construct ont également été détaillés. Les études qui ont étudié la relation entre le perfectionnisme et la flexibilité cognitive ont été présentées, mais la rareté de celles-ci supporte l'idée que ce thème est encore embryonnaire. Quelques auteurs ont décrit le rôle médiateur que pourrait jouer la flexibilité cognitive au sein du perfectionnisme (Blatt, 1995; Fairburn et al., 1999; Fairburn et al., 1997;

Hewitt & Dyck, 1986; Parker, 1997; Parker, 2000; Stumpf & Parker, 2000; Zuroff et al., 2000). Cependant le sujet mérite qu'on s'y attarde davantage.

À plus long terme, l'étude de la flexibilité cognitive dans le perfectionnisme pourra ouvrir la porte au développement de stratégies thérapeutiques plus spécifiques pour le perfectionnisme. En effet, comme mentionné précédemment, les personnes souffrant d'anorexie démontrent un haut niveau de perfectionnisme malsain et des déficits de flexibilité cognitive (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Tchanturia et al., 2004; Tchanturia et al., 2004). Ce faisant, des auteurs ont démontré l'efficacité et la pertinence d'utiliser une thérapie par remédiation cognitive centrée sur l'alternance (*set shifting*) afin d'aider les personnes souffrant d'anorexie (Tchanturia et al., 2008; Easter & Tchanturia, 2011). En somme, l'association entre les capacités de flexibilité cognitive, le perfectionnisme et les différents troubles psychologiques demeure très peu explorée, mais fort prometteuse.

Références

- Adkins, K. K., & Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64(2), 529-543.
- Adler, A. (1964). The neurotic disposition. In A. Adler, R. R. Ansbacher & H. L. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler: a systematic presentation in selections from his writings*. (pp. 239-262). New York: Harper and Row.
- Alvarez, J. A., & Emory, E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology Review*, Vol. 16, No. 1.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaumm, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Ansburg, P. I. (2000). Individual differences in problem solving via insight. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality and Social*, 19(2), 143-146.
- Ashby, J. S., & Bruner, L. P. (2005). Multidimensional perfectionism and obsessive-compulsive behaviors. *Journal of College Counseling*, 8(1), 31-40.
- Ashby, J. S., & Kottman, T. (1996). Inferiority as a distinction between normal and neurotic perfectionism. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 52(3), 237-245.
- Baddeley, D., & Hitch, G. J. (1974). Working memory. Dans Bowerg (Éd.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 111). New York: Academic Press.
- Baddeley, A. D. (Ed.). (1986). *Working memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Baddeley, A. D., & Sala, S. D. (1996). Working memory and executive control. *Proceedings of the Royal Society*, 351, 1397-1484.
- Baldo, J. V., Shimamura, A. P., Delis, D. C., Kramer, J., & Kaplan, E. (2001). Verbal and design fluency in patients with frontal lobe lesions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7, 586-596.

- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 319-329.
- Berthoz, A. (Ed.). (2003). *La décision*. Paris : Odile Jacob.
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. M. (2003). Making the grade: The behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 163-178.
- 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.
- Bilgin, M. (2009). Developing a cognitive flexibility scale: Validity and reliability studies. *Social Behavior and Personality* 37(3), 343-354.
- 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: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 113-130.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-52.
- Burton, C. Z., Vella, L., & Twamley, E. W. (2011). Clinical and Cognitive Insight in a Compensatory Cognitive Training Intervention. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 307-326.
- Cheng, S. K. (2001). Life stress, problem solving, perfectionism, and depressive symptoms in Chinese. *Cognitive Therapy and Research*, 25(3), 303-333.

- Clément, É. (2006). Approche de la flexibilité cognitive dans la problématique de la résolution de problème. *L'année psychologique*, 106(3), 415-434.
- Clément, É. (Ed.). (2009). *La résolution de problème : À la découverte de la flexibilité cognitive*. Paris : Armand Colin.
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1985). The specificity of the Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(2), 129-130.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.
- Deveney, C. M., & Deldin, P. J. (2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls. *Emotion*, 6(3), 429-437.
- Dickinson, W. L., & Ashby, J. S. (2005). Multidimensional Perfectionism and Ego Defenses. *Journal of College Student Psychotherapy*, 19(3), 41-54.
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.
- D'Souza, F., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 28(1), 17-28.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of counseling psychology*, 47(4), 437-453.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234-252.
- Easter, A., & Tchanturia, K. (2011). Therapists' experiences of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Implications for working with adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(2), 233-246.

- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1813-1822.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa : A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Ferrari, J. R., & Mautz, W. T. (1997). Predicting perfectionism: Applying tests of rigidity. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 1-6.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Martin, T. R. (1995). Procrastination, negative self-evaluation, and stress in depression and anxiety: A review and preliminary model. Dans J. R. Ferrari, J. L. Johnson & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. (pp. 137-167). New-York : Plenum Press.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., Solnik, M., & et al. (1996). Perfectionism, social problem-solving ability, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 14(4), 245-275.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Martin, T. R. (1995). Dimensions of perfectionism and procrastination. Dans J. R. Ferrari, J. L. Johnson & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. (pp. 113-136). New York : Plenum Press.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & et al. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gierski, F., & Ergis, A.-M. (2004). Les fluences verbales : aspects théoriques et nouvelles approches. *L'année psychologique*, 104(2), 331-359.

- Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D., & Varjas, K. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 155-166.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Greenspon, T. S. (2000). 'Healthy perfectionism' is an oxymoron! Reflections on the psychology of perfectionism and the sociology of science. *Journal of Secondary Gifted Education*, 11(4), 197-208.
- Hauser, M. D. (1999). Perseveration, inhibition and the prefrontal cortex: A new look. *Current Opinion in Neurobiology*, 9(2), 214-222.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (Eds.). (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* : New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2^e Eds.). (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York : Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? Dans S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Ed.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29): New York: Springer-Verlag.
- Heaton, R. K. (Ed.). (1981). *Wisconsin Card Sorting Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10(1), 137-142.
- 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., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221-1236.

- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment, 82*(1), 80-91.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6*(2), 94-103.
- Horney, K. (Ed.). (1950). *Neurosis and human growth : The struggle toward self-realization*. New York: Norton.
- Houx, P. J., Jolles, J., & Vreeling, F. W. (1993). Stroop Interference: Aging effects associated with the Stroop Color-WordTest. *Experimental Aging Research, 19*, 209-224.
- Jolicœur, P., & Dell' Acqua, R. (1998). The demonstration of short-term consolidation. *Cognitive Psychology, 36*(2), 138-202.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 467-480.
- Kobori, O., Hayakawa, M., & Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the revaluation of standard setting in perfectionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(4), 515-521.
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., Vanasse Larochelle, J. P. (2009). Evaluation of perfectionism. (*sous presse*).
- Langlois, F., Vanasse Larochelle, J. P., Roy, P., Aubé, W., & Bineau, M. (2009). *Motivational academic profile and perfectionism in a student sample: The contribution of the self-determined motivational model*. . Paper presented at the Congrès of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New-York, NY.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (Eds.). (2004). *Neuropsychological Assessment* (4e ed.). New York: Oxford University Press.
- Lippard-Justicie, P. (1989). The relationship between intrapersonal and interpersonal communication patterns. In C. V. Roberts, K. Watson & L. L. Barker (Eds.), *Intrapersonal communication processes: original essays*. (pp. 444-455). New Orleans, LA: Spectra.
- LoCicero, K. A., Ashby, J. S., & Kern, R. M. (2000). Multidimensional perfectionism and lifestyle approaches in middle school students. *The Journal of Individual Psychology, 56*(4), 449-461.

- Luchins, A. S. (Ed.). (1942). *Mechanization in problem solving. The effect of 'Einstellung'*. Washington: American Psychological Association
- Luchins, A. S. (Ed.). (1950). *An Examination for Flexibility-Rigidity*. Montrose, N.Y: FDR VA Hospital.
- Lundh, L.-G. (2004). Perfectionism and acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 22(4), 255-269.
- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences*, 26(3), 549-562.
- Lysaker, P. H., Shea, A. M., Buck, K. D., Dimaggio, G., Nicolo, G., & Procacci, M. (2010). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 405-413.
- MacLeod, C. M. (1991). Haifa Century of Research on the Stroop Effect: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163-203.
- Martin A., Wiggs C. L., Lalonde F., & Mack, C. (1994). Word retrieval to letter and semantic cues : A double dissociation in normal subjects using interference tasks. *Neuropsychologia*, 32, 1487-1494.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M. (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11(1), 1-9.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76(2), 623-626.
- Medalia, A., & Thysen, J. (2008). Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1221-1230.
- Medalia, A., & Thysen, J. (2010). A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 118, 134-139.
- Missildine, W. H. (Ed.). (1963). *Your inner child of the past*. New York: Simon and Schuster.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex 'frontal lobe' tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.

- Mobley, M., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2005). Cultural validity of the almost perfect scale-revised for african american college students. *Journal of Counseling psychology, 52*(4), 629-639.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue européenne de psychologie appliquée, 59*, 301-308.
- Norman, W., & Shallice, T. (1986). Attention to action. Dans R. J. Davidson, G. E. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self regulation: Advances in research and theory* (Vol. 4, pp. 1-18): New York: Plenum.
- Packwood, S., Hodgetts, H. M., & Tremblay, S. (2011). A multiperspective approach to the conceptualization of executive functions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(4), 456-470.
- Parker, W. D. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal, 34*(3), 545-562.
- Parker, W. D. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal, 34*(3), 545-562.
- Parker, W. D. (2000). Healthy perfectionism in the gifted. *Journal of Secondary Gifted Education, 11*(4), 173-182.
- Preusser, K. J., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism-depression connection. *Journal of College Student Development, 35*(2), 88-93.
- Rabin, L. A., Roth, R. M., Isquith, P. K., Wishart, H. A., Nutter-Upham, K. E., Pare, N., ... Saykin, A. J. (2006). Self and informant reports of executive function on the BRIEF-A in MCI and older adults with cognitive complaints. *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*, 721-732.
- Rainer, G., Asaad, W. F., & Miller, E. K. (1998). Selective representation of relevant information by neurons in the primate prefrontal cortex. *Nature, 393*(6685), 577-579.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (Eds.). (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Letarte, H. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 33*(7), 785-794.

- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 119-128.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 304-314.
- Rice, K. G., Lopez, F. G., & Vergara, D. (2005). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 580-605.
- Rice, K. G., & Mirzadeh, S. A. (2000). Perfectionism, attachment, and adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 238-250.
- Rice, K. G., & Preusser, K. J. (2002). The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(4), 210-222.
- Rice, K. G., & Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 35-48.
- Rolvsjord, R., Gold, C., & Stige, B. (2005). Research rigour and therapeutic flexibility: Rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 15-32.
- Roth, R., Isquith, P., & Gioia, G. (Éds.). (2005). *Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version*. FL: PAR.
- Schaie, K. W. (1955). A test of behavioral rigidity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 604-610.
- Schaie, K. W., Dutta, R., & Willis, S. L. (1991). Relationship between rigidity-flexibility and cognitive abilities in adulthood. *Psychology and Aging*, 6(3), 371-383.
- Schooler, J. W., & Melcher, J. (Eds.). (1995). *The ineffability of insight*. (S. M. Smith, T. B. Ward and R. A. Finke ed.). Cambridge, MA: MIT Press.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). 'Clinical perfectionism' is not 'multidimensional perfectionism': A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1217-1220.

- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society London*, 298, 199-209.
- Slade, P. D., Coppel, D. B., & Townes, B. D. (2009). Neurocognitive correlates of positive and negative perfectionism. *International Journal of Neuroscience*, 119, 1741-1754.
- Slaney, R. B., Ashby, J. S., & Trippi, J. (1995). Perfectionism: Its measurement and career relevance. *Journal of Career Assessment*, 3(3), 279-297.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (Eds.). (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary* (3e ed.). New-York: Oxford University Press.
- Stroop, J. R. (1992). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 643-662.
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 837-852.
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Kitner-Triolo, M. H., Uda, M., Schlessinger, D., & Zonderman, A. B. (2011). Personality traits prospectively predict verbal fluency in a lifespan sample. *Psychology and Aging*, 26(4), 994-999.
- Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., & Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513-520.
- Tchanturia, K., Davies, H., Lopez, C., Schmidt, U., Treasure, J., & Wykes, T. (2008). Correspondence. *Psychological Medicine*, 38(9), 1371-1373.
- Tchanturia, K., Morris, R. G., Anderluh, M. B., Collier, D. A., Nikolaou, V., & Treasure, J. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: An examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of Psychiatric Research*, 38(5), 545-552.

- Terry-Short, L. A., Glynn Owens, R., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : Aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 41, 291-298.
- Toglia, J., Johnston, M. V., Goverover, Y., & Dain, B. (2010). A multicontext approach to promoting transfer of strategy use and self regulation after brain injury: An exploratory study. *Brain injury*, 24, 664-677.
- Troyer, A. K., Moscovitch, M., & Winocur, G. (1997). Clustering and switching as two components of verbal fluency: Evidence from younger and older healthy adults. *Neuropsychology*, 11(1), 138-146.
- Uttl, B., & Graf, P. (1997). Color-Word Stroop test performance across the adult life span. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 405-420.
- Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P. J., Van Breukelen, G. J. P., & Jolles, J. (2006). The Stroop Color-Word Test: Influence of age, sex, and education : Normative data for a large sample across the adult age range. *Assessment*, 13(1), 62-79.
- Vanasse Larochelle, J. P., Roy, P., Aubé, W., & Langlois, F. (2009, Mars). *Cognitive flexibility in healthy and unhealthy perfectionism*. Affiche présenté au Canadian Society for Psychotherapy Research, Montréal, Québec.
- Vianin, P. (2007). Remédiation cognitive de la schizophrénie : Présentation du programme RECOS. *Annales médico-psychologiques*, 165(3), 200-205.
- Wertheimer, M. (Ed.). (1959). *Productive thinking*. Oxford, England: Harper.
- 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, 114-124.