

IL RUOLO DEL PERFEZIONISMO MALADATTIVO NEL DISTURBO DEPRESSIVO

Elisa De Simoni

Psicologa, psicoterapeuta

Corrispondenza

E-mail: elisadesimoni@libero.it

Riassunto

Il presente lavoro prende in esame diversi contributi sul perfezionismo maladattivo e lo sviluppo o il mantenimento della sintomatologia depressiva. In particolare, la prima parte dell'articolo affronta aspetti teorici, strumenti di misura e modelli di sviluppo del perfezionismo. Mentre, la seconda parte è dedicata alla recente letteratura che ha indagato la relazione tra perfezionismo maladattivo e sintomi depressivi, a partire dalle principali teorie cognitive della depressione, il ruolo di certe dimensioni del perfezionismo come fattore predisponente per cognizioni depressive e il coinvolgimento di specifiche variabili come possibili mediatori della relazione tra perfezionismo maladattivo e depressione.

Parole chiave: perfezionismo adattivo e maladattivo, sintomi depressivi, teorie cognitive

THE ROLE OF MALADAPTIVE PERFECTIONISM IN DEPRESSIVE DISORDER

Abstract

The present paper reviewed the different contributions on maladaptive perfectionism and development or maintenance of depressive symptomatology. Particularly, the first part of the article deals with theoretical aspects, measures and models of the development of perfectionism. While, the second part is devoted to the recent literature that has investigated the relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms, starting from the main cognitive theories of depression, the role of certain dimensions of perfectionism as a predisposing factor for depressive cognitions and the involvement of specific variables as potential mediators of the relationship between maladaptive perfectionism and depression..

Key words: adaptive and maladaptive perfectionism, depressive symptoms, cognitive theories

1. Introduzione

Il perfezionismo ha ricevuto un'attenzione specifica fin dalla seconda metà del 900, ottenendo progressivamente molteplici considerazioni in misura direttamente proporzionale al rilevamento di quadri psicopatologici eterogenei con un orientamento principalmente perfezionista. Tale interesse che ha dato luogo al recupero dei primi spunti di riflessione sugli effetti potenzialmente

maladattivi del perfezionismo e a differenti tentativi di definire, interpretare e misurare questa caratteristica personologica (Blatt 1995). Nello specifico, inizialmente sono state proposte teorie focalizzate sugli aspetti auto-riferiti che hanno descritto il perfezionismo come un costrutto unidimensionale (Hollender 1965; Hamacheck 1978; Burns 1980), mentre in seguito, gli autori hanno evidenziato anche gli aspetti interpersonali, proponendo definizioni multidimensionali ed elaborando i relativi strumenti di misura del perfezionismo, che hanno permesso di stimare separatamente il perfezionismo adattivo e maladattivo (Frost et al. 1990; Hewitt et al. 1991a).

In tale contesto, sono stati descritti i principali modelli di sviluppo del perfezionismo, accomunati dall'idea che ambienti familiari perfezionistici determinano l'acquisizione da parte del bambino, nella stessa misura e qualità dello stile educativo genitoriale, di uno stile cognitivo e comportamentale perfezionistico, caratterizzato dal "dovere" di essere perfetto, sopra ogni cosa e in tutti gli ambiti dove agisce e si esprime quotidianamente, ovvero a casa, a scuola, con i coetanei, nello sport (Flett et al. 2002). Quindi, tale modalità genitoriale di rapportarsi agli altri e alla realtà assolutamente irrealizzabile e inaccessibile porterà il bambino a divenire un adulto perfezionista, e un adulto perfezionista avrà molte più probabilità di sviluppare diversi tipi di psicopatologia (Blatt 1995; Sassaroli e Ruggiero 2005). Da questa analisi è stato, perciò, possibile osservare associazioni tra perfezionismo ed espressioni di disadattamento psicologico, analizzando diverse fasce di età (Hewitt et al. 2002; Rice et al. 2007), in particolare, tra perfezionismo e sintomi depressivi (Accordino et al. 2000; McCreary et al. 2004; Di Bartolo et al. 2008).

Il disturbo depressivo è tra le malattie mentali più diffuse ed in continua crescita (*World Health Organization* 1999) i cui effetti comportano un significativo e progressivo deterioramento nel funzionamento psico-sociale e in diverse aree della vita. A partire da tali evidenze, molti studi hanno valutato le caratteristiche psicologiche e di personalità che si associano alla depressione e che possono favorire lo sviluppo dei sintomi con lo scopo di contribuire a comprendere l'eziologia del disturbo. Tra queste caratteristiche, attualmente, il perfezionismo viene ritenuto uno dei principali fattori predisponenti al disturbo depressivo. Beck (1976), per primo, nella sua classica teoria cognitiva della depressione, descrivendo le assunzioni disfunzionali tipiche delle persone con depressione, aveva sottolineato la presenza di una inclinazione a pensare di dovere essere perfetti in qualsiasi compito o comportamento, spesso associata ad una propensione a valutarsi come non capaci o non adatti.

La letteratura rivolta a comprendere il complesso rapporto tra perfezionismo e depressione ha così collezionato, negli ultimi anni, un numero significativo di ricerche che, sebbene necessitano di ulteriori approfondimenti, rappresentano un valido bagaglio di conoscenze sulla relazione tra le singole dimensioni del perfezionismo e la sintomatologia depressiva, così come sul ruolo di possibili mediatori o modulatori nel coinvolgimento del perfezionismo per lo sviluppo e mantenimento della depressione (Parker et al. 2005).

2. Il perfezionismo: aspetti teorici e modelli di sviluppo

2.1 Il perfezionismo come un costrutto multidimensionale

Il perfezionismo è stato definito come una caratteristica personale che si delinea lungo molteplici dimensioni, osservabili tramite vari comportamenti, pensieri ed emozioni, coinvolgendo, quindi, aspetti dell'esperienza cognitiva, affettiva, relazionale e sociale (Frost et al. 1990; Hewitt e Flett 1991b; Chang 2006). Tale costrutto multidimensionale è principalmente caratterizzato da standard personali eccessivamente elevati, idee rigide che stabiliscono quali comportamenti devono essere

attuati e la giusta punizione in presenza di un fallimento. Inoltre, si evidenzia un'elevata critica nei confronti della propria *performance*, in quanto deve essere sempre all'altezza della situazione, ottenere risultati eccellenti e socialmente apprezzati, ed essere eseguita con attenzione minuziosa alle regole e ai dettagli, al fine di controllare ogni possibile errore e prevenire l'incertezza (Hamachek 1978; Burns 1980; Frost et al. 1990; Hewitt e Flett 1991b; Chang 2006).

Le teorie sul perfezionismo e la sua relazione con lo sviluppo della psicopatologia risalgono a più di un secolo fa. Le opere principali portano il nome di Janet, Straus, Horney, Missildine, Hollender, sebbene autori come Hamachek e Burns hanno fornito le prime concettualizzazioni teoriche, più ampiamente accettate del perfezionismo (Frost et al. 1990).

Hamachek (1978) ha descritto due sottotipi di perfezionisti: i perfezionisti "normali" e i perfezionisti "nevrotici". I primi sono quelli che adottano standard e aspettative del sé elevati, ottengono un forte senso di soddisfazione dall'agire in modo preciso e corretto, ma, allo stesso tempo, accettano la possibilità di errore e il fatto che i loro standard potrebbero non essere sempre rispettati. I perfezionisti "nevrotici", come i primi, fissano standard elevati, ma non permettono a se stessi qualsiasi forma di flessibilità nel rispetto delle regole auto-imposte, restando continuamente in allerta per evitare ogni possibile errore. Inoltre, credono che ogni loro azione non sia stata fatta abbastanza bene da poter essere soddisfatti, non ottenendo, in questo modo, piacere dai propri successi. I perfezionisti "nevrotici", oltre ad essere eccessivamente critici della propria *performance*, sono eccessivamente preoccupati dell'esito delle loro prestazioni (Hamachek 1978; Burns 1980). Nello specifico, Hamachek (1978) descrive i perfezionisti "nevrotici" come persone così eccessivamente preoccupate di commettere errori che nell'eseguire compiti sono fortemente condizionate dalla paura di fallire piuttosto che dal bisogno di realizzazione o dal piacere di un lavoro ben fatto. Burns (1980) ha sottolineato che tali perfezionisti sono particolarmente organizzati ed esigenti, hanno necessità di ordine e controllo nella loro vita quotidiana e ogni leggera deviazione dallo standard fissato viene da loro interpretata come fallimento totale e certezza di insuccessi futuri. L'autore conclude affermando che queste persone tendono ad usare un pensiero del tipo "tutto-o-niente", ovvero come risultato finale sussiste o solamente il successo totale o solamente la distruzione totale.

La precoce e dettagliata concettualizzazione del perfezionismo ha portato altri ricercatori a comprendere meglio la natura multidimensionale di tale caratteristica personale, comprendente non solamente gli aspetti auto-riferiti ma anche quelli interpersonali (Hewitt et al. 1991; Lundh et al. 2004; Stoeber e Otto 2006).

Frost e colleghi (1990) descrivono sei dimensioni di perfezionismo, definito come un insieme di standard di comportamento eccessivamente elevati e di auto ed etero-valutazioni alquanto critiche.

Nello specifico, quattro dimensioni del perfezionismo sono auto-dirette:

- *preoccupazione per gli errori*, si riferisce alle reazioni negative di fronte ad errori, interpretati come totale fallimento che inevitabilmente determina la perdita del rispetto degli altri. Tale dimensione ha mostrato correlazioni positive con diversi disturbi psicologici e permette di distinguere maggiormente il perfezionismo negativo dal comportamento di persone competenti e di successo per quanto riguarda la definizione e gestione di standard elevati.
- *Dubbi sulle proprie azioni*, correla con le prime teorizzazioni relative al dubitare ossessivo dei perfezionismi per le azioni compiute (Hollender 1965; Hamachek 1978) e riguarda le incertezze sulle proprie competenze, su quale sia l'azione giusta da compiere e il modo corretto per eseguire un compito.
- *Standard personali*, include l'insieme degli standard eccessivamente elevati e le

auto-valutazioni delle azioni compiute per raggiungerli. Tale dimensione ha ottenuto molta attenzione dai teorici del perfezionismo; tuttavia sono state evidenziate ridotte correlazioni con la psicopatologia, mentre elevate correlazioni sono state riportate tra questa dimensione e gli sforzi per ottenere un successo positivo (Lundh 2004; Stoeber e Otto 2006).

- *Organizzazione*, riguarda l'impegno costante ad essere ordinati ed organizzati, che, precedentemente, era stata descritta come la tendenza ad essere esigenti e rigidi (Hollender 1965).

Le altre due dimensioni riflettono le percezioni delle richieste e delle valutazioni da parte dei genitori:

- *aspettative dei genitori*
- *critiche genitoriali*.

Queste dimensioni indicano la percezione di aver avuto genitori con grandi aspettative nei loro confronti e fortemente critici rispetto agli sforzi e alle prestazioni eseguite. Tale ruolo genitoriale è stato ampiamente discusso fin dai primi lavori che si sono interessati dello sviluppo del perfezionismo (Frost et al. 1993).

Hewitt e Flett (1991b) descrivono tre dimensioni di perfezionismo, distinguendo l'origine e l'obiettivo del comportamento perfezionista a partire da standard eccessivamente alti. In particolare, gli autori distinguono, sia tra aspettative perfezionistiche derivanti da se stessi e dagli altri, sia tra standard diretti verso di sé e verso altro.

Nello specifico, gli autori individuano:

- un *perfezionismo auto-orientato*, si riferisce alla tendenza degli individui a fissare standard elevati e irrealistici per se stessi, essere eccessivamente auto-critici quando tali standard non vengono soddisfatti. Tali individui sono così fortemente motivati dal bisogno di raggiungere la perfezione che si concentrano minuziosamente anche su piccole mancanze fino a percepire un totale fallimento.
- Un *perfezionismo orientato verso l'altro*, è caratterizzato dalla tendenza a definire standard eccessivamente elevati e irrealistici per gli altri con valutazioni rigorose e critiche rivolte alla prestazione degli altri.
- Un *perfezionismo socialmente prescritto*, esprime la tendenza degli individui a credere che le altre persone abbiano alte aspettative sulle loro prestazioni e prevedano elevati standard da raggiungere, mostrando un atteggiamento fortemente critico per il fallimento. Questi individui spesso sentono che non potranno mai soddisfare le aspettative espresse dagli altri, vivendo una costante preoccupazione per una propria mancanza di perfezione.

Gli autori (Hewitt et al. 1995), oltre alle dimensioni di tratto, hanno descritto aspetti sociali del perfezionismo che includono gli stili di auto-presentazione. In particolare, secondo gli autori l'auto-presentazione perfezionista comprende tre componenti fondamentali, ossia il bisogno di apparire perfetti, il bisogno di evitare di apparire imperfetti e il bisogno di evitare di mostrare le proprie imperfezioni. Tale bisogno di presentarsi perfetti, fortemente maturato, può influenzare il comportamento in molti disturbi psicopatologici, non permettendo alla persona di mostrare i propri difetti o di ammettere ed accettare le proprie difficoltà.

2.1.1 Valutazione del Perfezionismo

A partire dai modelli teorici descritti nel paragrafo precedente, sono stati elaborati i due principali strumenti di misura per indagare il perfezionismo:

- la *Multidimensional Perfectionism Scale* di Frost (FMPS; 1990), composta da 35 item, suddivisi nelle sei dimensioni di perfezionismo descritte dagli autori (preoccupazione per gli errori, dubbi sulle proprie azioni, standard personali, organizzazione, aspettative dei genitori, critiche genitoriali).
- la *Multidimensional Perfectionism Scale* di Hewitt e Flett (HFMPMS; 1991), composta da 45 item, suddivisi nelle tre dimensioni di perfezionismo descritte dagli autori (perfezionismo auto-orientato, perfezionismo orientato verso l'altro, perfezionismo socialmente prescritto).

Numerose ricerche scientifiche hanno dimostrato l'attendibilità e la validità delle dimensioni incluse nei due modelli, che, sebbene concettualizzate in modo diverso, si sovrappongono in maniera significativa. Nello specifico, un confronto tra i due strumenti è stato fatto da Frost e collaboratori nel 1993 (Frost et al. 1993); l'analisi fattoriale degli item dei due strumenti ha evidenziato l'esistenza di due fattori gerarchicamente superiori, il PAS, lo sforzo per il successo positivo, e il MEC, le preoccupazioni maladattive per la valutazione. Il primo fattore include il perfezionismo auto ed etero-orientato di Hewitt e gli standard personali e l'organizzazione di Frost, mentre il secondo fattore è formato dal perfezionismo socialmente prescritto e dalle sottoscale preoccupazioni per errori, dubbi sulle azioni, aspettative dei genitori e critiche genitoriali.

Analisi fattoriali successive hanno replicato questo modello a due fattori e gran parte della ricerca ha confermato tale struttura bidimensionale del perfezionismo, sebbene ci siano state sfumature nei significati, nelle etichette delle sottoscale e nelle modalità di misura (Adkins et al. 1996; Slade e Owens 1998; Stumpf e Parker 2000; Slaney et al. 2001; Dunkley et al. 2003).

Merita di essere citato il questionario di Slaney e collaboratori (2001), ossia la *Almost Perfect Scale Revised*, composto da due dimensioni: la prima è *standard elevati*, corrisponde alle sottoscale standard personali e organizzazione della MPS di Frost, la seconda è *discrepanza*, una nuova dimensione, esprime la discrepanza percepita tra gli standard auto-imposti e il punto fino a cui questi standard sono raggiunti. Tale sottoscala, quindi, permette di esaminare come gli individui reagiscono alle situazioni in cui i propri standard non possono essere raggiunti, arrivando a cogliere la tendenza dei perfezionisti maladattivi a perseverare sul loro fallimento quando la propria esecuzione non soddisfa gli standard elevati imposti.

Infine, Hill e collaboratori (2004) hanno costruito un nuovo questionario sul perfezionismo, costituito da otto sottoscale, guidati dagli strumenti di misura di Frost e Hewitt. Le analisi statistiche hanno indicato una struttura gerarchica con un livello di secondo ordine costituito da due fattori, rispettivamente denominati dagli autori come perfezionismo coscienzioso e perfezionismo auto-valutativo. Nel primo fattore sono incluse le scale misuranti l'organizzazione, la pianificazione, la tendenza all'eccellenza ed elevati standard nei confronti degli altri; nel secondo fattore sono incluse le scale misuranti la preoccupazione per gli errori, le pressioni genitoriali, la ruminazione e il bisogno di approvazione.

Nella lingua italiana, data l'assenza di misure specifiche per il perfezionismo, è stato realizzato un adattamento della MPS di Frost, costituito da una struttura a cinque fattori, in quanto, negli ultimi anni, risulta sempre più necessario indagare tale dimensione di personalità per molti disturbi psicopatologici (Lombardo et al. 2008).

2.2 Perfezionismo adattivo versus Perfezionismo maladattivo

La recente letteratura di riferimento ha adottato un'ulteriore distinzione per indicare le due dimensioni generali del perfezionismo: perfezionismo adattivo o positivo e perfezionismo maladattivo o negativo; due dimensioni generali che sottendono tutte quelle indicate nella letteratura precedente e che sono state ampiamente utilizzate nella recente attività di ricerca (Slade e Owens 1998; Enns e Cox 2002). La dimensione del perfezionismo maladattivo è caratterizzata da standard eccessivamente elevati, dalla presenza costante di dubbi sulle proprie azioni, preoccupazioni di sbagliare, intolleranza dell'incertezza, adozione di modelli socialmente desiderabili ma non auto-determinati, spesso irrealizzabili, senza alcuna possibilità di riuscire a compiacersi della propria *performance*. Quindi, si presenta come una "forma patologica" che reca svantaggi agli individui, costantemente insoddisfatti perché convinti di non fare mai abbastanza, in un stato di ansia e di paura rispetto al giudizio degli altri e al fallimento.

Shafran e collaboratori (2001) parlano di perfezionismo clinico, in cui l'elemento centrale è costituito da uno schema disfunzionale di auto-valutazione basata sul raggiungimento di risultati molto elevati. In questi termini, l'autostima, esclusivamente legata ad un unico ambito, è molto precaria, e deve fare continuamente i conti con l'auto-critica e l'auto-svalutazione. Inoltre, gli autori affermano che, spesso, i perfezionisti perseverano nell'inseguire alti standard, nonostante questo implichi una serie di conseguenze negative, come dimostrazione del proprio impegno e come prezzo da pagare per ottenere la stima di sé. Da un punto di vista emotivo, appaiono razionali, freddi, controllanti, arroganti; tale immagine non li rende amabili, sebbene loro stessi non si sentano degni di esserlo, fino a dubitare se qualcuno, invece, gli mostra affetto e vicinanza.

La dimensione del perfezionismo positivo, invece, può essere definita come una "forma sana", caratterizzata da standard prestazionali elevati, alti livelli di organizzazione, impegno costante per raggiungere i propri obiettivi, nella misura in cui le persone sono in grado di adattarsi in modo flessibile e ri-valutare i loro standard in conformità ad eventi di vita, esperienze e richieste situazionali. Tale consapevolezza determina soddisfazione personale, capacità di attribuzione realistica di cause di successo e insuccesso, riuscendo a compiacersi di aver agito, indipendentemente dall'esito della propria prestazione.

A partire da tale distinzione, diversi autori hanno evidenziato come ci sia una correlazione significativa tra perfezionismo adattivo, soddisfazione della propria vita e *positive affect*, mentre per il perfezionismo maladattivo è stata evidenziata una correlazione significativa con la depressione e il *negative affect* (Enns e Cox 2002). Inoltre, studi quantitativi con campioni di adulti riferiscono che gli aspetti adattivi del perfezionismo siano associati ad elevata autostima ed adattamento sociale (Ashby et al. 2006; Stoeber e Otto 2006), così come a bassi livelli di stress percepito (Rice et al. 2006; Rice e Ashby 2007).

Tuttavia, queste distinte definizioni hanno suscitato una discussione circa la natura del perfezionismo (Owens e Slade 2008). Gli autori, infatti, hanno affermato che la definizione di una dimensione positiva o adattiva del perfezionismo faccia riferimento ad un'eccessiva scrupolosità dell'individuo piuttosto che al perfezionismo vero e proprio. Il perfezionismo, al contrario, è un costrutto clinico associato, esclusivamente, ad un funzionamento maladattivo. Infatti, secondo gli autori, anche il perfezionismo auto-orientato, spesso incluso nel perfezionismo positivo o adattivo, non è assolutamente positivo, ma include la natura di perfezionismo clinico, quando l'individuo diviene eccessivamente preoccupato per gli errori e la valutazione da parte degli altri. Inoltre, concludono affermando che il perfezionismo non è un concetto astratto, ma è fortemente plasmato dalle varie componenti del contesto di riferimento in cui lo si sta analizzando.

2.3 Modelli di Sviluppo del Perfezionismo

La maggior parte dei primi teorici (Missildine 1963; Hollender 1965; Hamachek 1978; Burns 1980; Pacht 1984) ha attribuito alle aspettative e alle critiche genitoriali un ruolo fondamentale nello sviluppo del perfezionismo e della sintomatologia negativa. Missildine (1963), per esempio, ha evidenziato che i bambini esposti ad aspettative genitoriali eccessivamente elevate maturavano la sensazione di non riuscire ad agire abbastanza bene da essere accettati. Quindi, arrivavano a dedurre che fosse necessario agire in modo impeccabile per poter essere amati, invece di essere indistintamente accettati. In questo modo i bambini erano sempre orientati al raggiungimento dell'eccellenza, ma nello stesso tempo apparivano ansiosi, insicuri, incapaci di comprendere quale poteva essere una *performance* sufficientemente buona. Hollender (1965) ha sottolineato che, inizialmente, tale processo avviene in modo totalmente inconsapevole e ciò rende i genitori incapaci di comprendere le conseguenze delle loro aspettative sui figli. Tuttavia, da adulti, ogni azione sarà condizionata dal timore del fallimento, ogni piccolo errore potrà causare grandi difficoltà e nessun livello di successo potrà essere gratificante, perché accompagnato dalla sensazione di "poter e dover far meglio". Quindi, l'autore ha ipotizzato che tali standard irrazionali, inizialmente appresi dai propri genitori, precocemente diventano parte dei criteri personali su cui si costruisce la propria autostima. Inoltre, Missildine ha osservato che il perfezionismo diventa, attraverso generazioni, un tratto familiare, in quanto, qualora quel bambino divenuto adulto, a sua volta, sarà genitore, adotterà le stesse pratiche educative utilizzate dai suoi genitori, poiché, anche per lui, avere un figlio non perfetto è il riflesso della propria imperfezione.

Blatt (1995) ha ipotizzato che i bambini i quali percepiscono i loro genitori impostati su standard elevati e sul rispetto di determinate norme e prestazioni, possono sviluppare una immagine di sé in cui il perseguimento delle aspettative perfezionistiche è fondamentale. Questa rappresentazione cognitivo-affettiva del sé può creare una vulnerabilità alla psicopatologia in età adolescenziale.

Malgrado, negli ultimi anni, stia emergendo un interesse verso le determinanti genetiche del perfezionismo (Tozzi et al. 2004), un'analisi della letteratura specifica sottolinea una componente di apprendimento piuttosto che una trasmissione ereditaria. In particolare, è stato evidenziato che, in molti studi genetici, il perfezionismo non è stato indagato direttamente, ma come manifestazione di una sintomatologia psicologica più o meno complessa.

Il modello di Slade e Owens (1998), in cui sono spiegate le due diverse dimensioni del perfezionismo, positiva e negativa, presentate nel paragrafo precedente (cfr. Par. 2.2), descrive la differente storia di apprendimento che sembra caratterizzare queste due dimensioni. Quindi, il perfezionismo positivo sarebbe il risultato di un contesto in cui l'impegno, il perseguimento del successo e i buoni risultati sono stati rinforzati positivamente. Al contrario, il perfezionismo negativo sarebbe il risultato di un contesto in cui *performance* non all'altezza dei criteri imposti da parte di genitori ipercritici e svalutanti erano inevitabilmente accompagnate da aspri giudizi e severe punizioni, che rinforzavano condotte di procrastinazione, ruminazione e ripetuti controlli, messe in atto al fine di evitare "la condanna" attesa.

Recentemente, Flett e collaboratori (2002) hanno incluso i diversi fattori ipotizzati alla base dello sviluppo del perfezionismo in tre distinti modelli: il modello delle aspettative sociali, il modello dell'apprendimento sociale e il modello della reazione sociale. I tre modelli di sviluppo del perfezionismo condividono credenze comuni relative al fatto che i bambini perfezionisti siano il risultato di frequenti esposizioni a precisi ambienti familiari e particolari influenze

parentali di chiara impronta perfezionista.

Nello specifico, il modello delle aspettative sociali teorizza che i perfezionisti siano cresciuti in famiglie dove l'amore e l'approvazione erano condizionate dai livelli di *performance* raggiunti e dal soddisfacimento delle alte aspettative genitoriali. Una realizzazione insufficiente di quanto richiesto avrebbe di conseguenza provocato evidenti restrizioni delle dimostrazioni di affetto da parte dei genitori. In questo modo, i bambini e poi gli adolescenti avrebbero maturato l'idea di una profonda incapacità di soddisfare gli standard imposti dai loro genitori, fissando bassi livelli di auto-valore ed un elevato senso di impotenza e disperazione a causa della loro incapacità di appagare i propri genitori (Rice et al. 2002). Tuttavia, alcuni autori hanno osservato che elevate aspettative genitoriali, di per sé, determinano, nei figli, sforzi perfezionistici con un buon adattamento psicologico, mentre è l'associazione tra aspettative perfezionistiche e critiche severe che determina forti preoccupazioni e sintomi maladattivi (Flett et al. 2002; Rice et al. 2005; Stoeber e Otto, 2006; Stoeber et al. 2007; Wang et al. 2009).

Il modello dell'apprendimento sociale del perfezionismo, basato sulla *Social Learning Theory* di Bandura (1977), afferma che i bambini con genitori perfezionisti, attraverso l'osservazione e l'imitazione, diventeranno a loro volta perfezionisti. Il possibile ruolo dell'apprendimento sociale per lo sviluppo di tendenze perfezionistiche si basa sull'evidenza che bambini esposti a modelli di adulto in grado di premiare se stessi solo dopo aver raggiunto alti standard prestazionali imparano a premiarsi solo dopo aver soddisfatto standard similmente elevati (Bandura et al. 1986). D'altra parte, bambini esposti a modelli di adulto che apparivano soddisfatti anche dopo aver raggiunto standard più bassi imitavano lo stesso modello di auto-ricompensa (Bandura e Küpers 1964). Da questi primi studi, la ricerca sul perfezionismo ha sperimentato prove a sostegno della teoria dell'apprendimento sociale, osservando frequenti associazioni tra i livelli di perfezionismo nei genitori ed i livelli di perfezionismo nei loro figli (Vieth e Trull 1999; Chang 2000; Flynn et al. 2001; Soenens et al. 2005). In un studio è stato possibile osservare anche una differenza di genere nel processo di modellamento, in quanto sono state osservate più alte correlazioni tra il perfezionismo della coppia madre-figlia e padre-figlio, rispetto alle correlazioni nelle coppie di sesso opposto (Vieth e Trull 1999).

Infine, il modello della reazione sociale del perfezionismo si basa sulle teorie di stile della reazione sociale, le quali affermano che i modi in cui gli individui pensano, si comportano, e percepiscono le altre persone, così come i loro genitori, in ogni situazione e contesto, sono il risultato delle loro risposte ai loro ambienti sociali (Eronen et al. 1997). Tale modello sostiene che i bambini cresciuti in ambienti difficili perché esposti a violenza psicologica, come la vergogna, l'umiliazione e la privazione di affetto, o esposti ad ambienti familiari caotici, sviluppano tendenze perfezionistiche come strategia di adattamento, nel tentativo di minimizzare l'abuso subito, o di ridurre la vergogna e la sofferenza emotiva, o ancora, nel tentativo di ottenere un senso di controllo e predittività in un ambiente imprevedibile. Sebbene sembri esistere una sostanziale sovrapposizione tra il modello dell'aspettativa sociale e il modello della reazione sociale, ciò che marcatamente distingue i due modelli è il fatto che il primo si concentra sulle alte aspettative dei genitori e sul conseguente controllo esercitato sul comportamento dei figli, mentre il secondo modello sottolinea gli elementi di durezza e le tendenze punitive dei genitori verso i propri figli, in assenza di una corrispondenza con i loro modelli prestazionali perfezionistici (Frost et al. 1991).

Si può, quindi, affermare che il perfezionismo è una caratteristica che si sviluppa attraverso le prime interazioni con l'ambiente circostante, che determina particolari convinzioni, schemi cognitivi, durante i primi anni di vita e la prima infanzia, caratterizzati fondamentalmente

dall'idea che ci si merita amore e attenzione solo se si è perfetti. Tali schemi diventano la modalità di pensiero individuale che si attiva automaticamente in determinate situazioni influenzando le azioni e le reazioni della persona (Todisco 2005).

Numerosi studi hanno confermato l'associazione tra stili genitoriali autoritari, severi e rigidi, e lo sviluppo di tendenze e preoccupazioni perfezionistiche nei bambini e negli adolescenti, come strumento, secondo gli autori, per contenere tale genitorialità (Flett et al. 1995; Macdonald et al. 1995; Enns et al. 2002; Flett et al. 2002; Soenens et al. 2008). Al contrario, uno stile genitoriale positivo, comunicativo e supportivo è stato associato a bassi livelli di preoccupazioni perfezionistiche (Miller et al. 2001).

Inoltre, è stata presentata un'ulteriore valutazione per comprendere come la sensibilità all'incerto, e quindi il bisogno di certezza, venga appreso e caratterizzi il perfezionismo maladattivo. Accanto alla necessità di adottare un comportamento perfezionista al fine di evitare una punizione in un contesto dove è fortemente prevedibile una critica o un insuccesso della decisione presa, ciò può avvenire anche in un contesto caratterizzato da totale imprevedibilità e ingovernabilità delle conseguenze. In questi termini, viene preteso un certo tipo di comportamento senza fornire indicazioni precise o i genitori tendono a svalutarsi reciprocamente, suggerendo di ignorare le regole imposte dall'altro. Quindi, i comportamenti perfezionisti, da parte del bambino, verrebbero messi in atto come tentativo per controllare e ridurre la costante sensazione di incertezza e, allo stesso tempo, evitare l'inequivocabile punizione (Mosticoni 2006).

Flett e collaboratori (2002) concludono affermando che, sebbene vi sia accordo generale sul fatto che il perfezionismo ha le sue radici nell'infanzia e che i fattori genitoriali costituiscono le determinanti principali per lo sviluppo di tendenze perfezionistiche nei bambini e negli adolescenti, come più volte indicato dagli alti punteggi alle sottoscale di Frost (1990), *aspettative dei genitori e critiche genitoriali*, è necessario prendere in considerazione anche i fattori ambientali e culturali, come ad esempio, i coetanei, gli insegnanti, l'ambiente scolastico e sportivo (Stoeber e Eismann 2007) e i fattori individuali, ossia il temperamento e la personalità (Stoeber et al. 2008). Inoltre, è stata sottolineata la necessità di potenziare gli studi longitudinali con tale popolazione di soggetti, al fine di evidenziare, più chiaramente, le influenze causali e le traiettorie di sviluppo, rispetto a quanto è possibile osservare con studi trasversali o retrospettivi (Flett et al. 2002).

3. Perfezionismo e depressione

Recentemente, numerosi studi empirici hanno osservato, analizzando diverse fasce di età, associazioni tra le varie dimensioni del perfezionismo e alcune espressioni di disadattamento psicologico (Hewitt et al. 2002; Rice et al. 2007). Nello specifico, alcune ricerche hanno dimostrato correlazioni positive tra perfezionismo maladattivo e ansia (Suddarth e Slaney 2001; Bieling et al. 2004; Mobley et al. 2005), minore rendimento scolastico (Rice et al. 2002; Grzegorek et al. 2004; Leenaars e Lester 2006; Rice e Ashby 2007), depressione e impotenza appresa (Frost e DiBartolo 2002; Nakano 2009), disturbi del comportamento alimentare (Sassaroli e Ruggiero 2005; Chang et al. 2006; Bardone-Cone et al. 2007; Welch et al. 2009), tratti ossessivo-compulsivi (Rheaume et al. 2000; Rice et al. 2006; Moretz e McKay 2009), e ideazione suicidaria (Hunter e O'Connor 2003).

In particolare, una delle correlazioni, più comunemente studiate, è quella presente tra perfezionismo e depressione (Accordino et al. 2000; McCreary et al. 2004).

Alcune ricerche hanno dimostrato che il perfezionismo maladattivo rappresenta un fattore

predisponente la comparsa di sintomi depressivi (Mobley et al. 2005; Zhiang 2008), mentre altri autori hanno suggerito che fattori come la bassa autostima (Stumpf e Parker 2000; Ashby et al. 2006), l'ansia di tratto (Gilman e Ashby 2003b; Harris et al. 2008), lo stress sociale (Shumaker et al. 2009; Wang et al. 2009) o le ridotte capacità di *coping* (Nounopoulos et al. 2006) possano mediare la relazione tra le due variabili. Inoltre, studi recenti hanno indicato che sottotipi diversi di perfezionismo presentano differenti correlazioni con lo stato depressivo a seconda della gravità della sintomatologia presentata (Grialou 2007; Wang et al. 2009). Altri ricercatori hanno anche esplorato, in campioni di adolescenti appartenenti a culture differenti, la relazione tra perfezionismo e livello di soddisfazione della propria vita (Gilman et al. 2006; Ongen 2009). I risultati hanno suggerito che, indipendentemente dalla cultura di appartenenza, i perfezionisti adattivi presentano livelli elevati di soddisfazione ed una maggiore flessibilità, rispetto ai perfezionisti maladattivi, i quali risultano essere meno realizzati, rigidi e spesso dominati dalla tristezza.

Nello specifico, numerose ricerche utilizzando sia campioni di studenti adolescenti (Frost et al. 1993; Kawamura et al. 2002; Enns et al. 2002; Di Bartolo et al. 2008) sia campioni clinici (Norman et al. 1998; Enns et al. 2001; Sassaroli et al. 2008) hanno evidenziato correlazioni significative e positive tra i punteggi nelle dimensioni della scala di Frost, che rappresentano il cosiddetto perfezionismo maladattivo (Frost et al. 1990), soprattutto per quanto riguarda le sottoscale *preoccupazione per gli errori, dubbi sulle azioni e critiche genitoriali*, e i punteggi alla *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al. 1967). Viceversa, la relazione tra perfezionismo adattivo, ovvero le dimensioni *standard personali* ed *organizzazione*, e depressione presenta caratteristiche differenti. Infatti, alcuni studi hanno evidenziato l'assenza di relazioni significative tra le sottoscale del perfezionismo positivo e la depressione (Frost et al. 1993; Norman et al. 1998; Enns e Cox 1999), altri, invece, hanno riportato una relazione significativa ma negativa tra la sottoscala *organizzazione* e i sintomi depressivi (Lynd-Stevenson e Bearne 1999) e tra entrambe le sottoscale del perfezionismo adattivo e i punteggi alla *Beck Depression Inventory* (Kawamura et al. 2001; Enns et al. 2002).

Altre ricerche, utilizzando la scala di Hewitt e Flett (1991), in campioni identici di soggetti, hanno riportato correlazioni significative e positive tra le sottoscale *perfezionismo socialmente prescritto* e *perfezionismo autodiretto* e i sintomi depressivi (Frost et al. 1993; Flett et al. 1995; Saddler et al. 1995; Cook et al. 2009), indicando come stati emotivi negativi si verificano quando gli individui non riescono a soddisfare le elevate aspettative espresse dagli altri, portando a sentimenti di inutilità e aspre critiche verso se stessi (Hewitt e Flett 1991b).

Studi longitudinali hanno evidenziato che il perfezionismo maladattivo non si limita a correlare con sintomi di disadattamento psicologico nel momento specifico della valutazione, ma predice un incremento nel tempo della sintomatologia evidenziata. Chang e Rand (2000), per esempio, hanno osservato che il perfezionismo socialmente prescritto predice un aumento dei livelli di stress in studenti universitari nel corso di un periodo di 1 mese. Shahar e collaboratori (2004) e Rice e collaboratori (2006), invece, in un campione di adolescenti, hanno osservato che l'autocritica, caratteristica di personalità strettamente legata al perfezionismo maladattivo (Blatt 1995), ha predetto un aumento dei livelli di depressione nel corso di un intervallo di 1 anno, nel primo studio, e di 2 mesi, nel secondo studio, seppur solamente nelle ragazze del campione.

In tale contesto, alcuni autori hanno sottolineato come le diverse caratteristiche del perfezionismo possano costituire una condizione di vulnerabilità per lo sviluppo di sintomi depressivi in quanto esercitano un'influenza sullo stress attraverso tre specifici processi: "generazione dello stress", "anticipazione dello stress", "perpetuazione dello stress" (Hewitt

e Flett 2002). In primo luogo, gli autori ritengono che la necessità di raggiungere eccessivi standard si traduce in un approccio irrealistico alla vita che crea e mantiene elevati livelli di stress (Monroe e Simons 1991). In associazione a questo, gli autori hanno sottolineato la tendenza a valutare rigorosamente se stessi e gli altri, la mancanza di flessibilità e adattabilità, la costante attenzione agli aspetti negativi della prestazione, caratteristiche che mantengono livelli molto bassi di soddisfazione della propria *performance* ed un umore negativo (Monroe e Simons 1991; Hewitt e Flett 2002). In secondo luogo, è stata evidenziata la tendenza dei perfezionisti ad anticipare il fallimento, insieme a persistenti emozioni negative legate alla percezione di un'improbabile realizzazione futura, che determinano preoccupazioni persistenti fino ad uno stato di profonda disperazione (Flett et al. 1995; Hewitt e Flett 2002). Infine, gli autori ritengono che i perfezionisti siano dominati da frequenti ruminazioni, durante le quali si concentrano minuziosamente sui dettagli delle loro azioni, sulle loro esperienze di disagio, o su eventi di vita negativi, che mantengono e prolungano gli episodi stressanti (Hewitt e Flett 2002).

3.1 Teorie cognitive della depressione e perfezionismo

L'approccio cognitivo ha posto molta attenzione alla comprensione del disturbo depressivo così come alla sua cura e ricorrenza. In termini generali, tali teorie affermano che il modo in cui gli individui percepiscono ed interpretano le proprie esperienze è in grado di plasmare la loro comprensione di stimoli interni ed esterni e le successive reazioni ed emozioni che, a loro volta, andranno a rinforzare il contenuto degli schemi cognitivi depressogeni di ciascun individuo (Hewitt e Flett 2002).

Nell'ambito degli studi sul perfezionismo, alcuni autori ritengono che i principali modelli cognitivi, ossia la Teoria cognitiva di Beck (1967), la Hopelessness Theory of Depression di Abramson e collaboratori (1989) e la Teoria dello stile di risposta di Nolen-Hoeksema (1991) possano contribuire a spiegare l'associazione tra perfezionismo e depressione, fin dalle sue prime manifestazioni (Hewitt e Flett 2002).

I perfezionisti hanno dimostrato di impiegare ciò che Beck (1967) ha definito con il termine di distorsioni o errori cognitivi tra cui il pensiero dicotomico, l'ipergeneralizzazione e la personalizzazione. Infatti, i perfezionisti, adottando uno schema disfunzionale di auto-valutazione, giudicano la prestazione o "totalmente corretta" o "totalmente sbagliata", non consentendo alcun margine di errore, ma immaginano solamente o totale successo o totale fallimento. Una singola prestazione, deviando dalla perfezione, può portare i perfezionisti a credere che quel fallimento sia la prova di una totale e ricorrente incapacità, aumentando l'autocritica, l'attribuzione di colpe e diminuendo la propria autostima. La valutazione negativa di sé e l'auto-critica è potenziata dal monitoraggio iper-vigilante della prestazione e dall'attenzione selettiva accompagnata da comportamenti di *checking*. Nello specifico, recenti studi longitudinali, condotti in campioni di studenti, hanno confermato che alti punteggi di autocritica, in associazione con una tendenza ad un perfezionismo maladattivo, rappresentino un significativo predittore dello stato depressivo (Gilbert et al. 2006; Mongrain et al. 2007).

Inoltre, l'ansia ricorrente di sbagliare porta il perfezionista a temporeggiare e, poiché deve fare la scelta giusta in assoluto, ne consegue una ponderazione infinita per definire con certezza totale la decisione ottimale. Tuttavia, come i depressi, imponendosi, spesso, attività molto impegnative, vedono la mancata esecuzione come prova dello scarso valore personale, che aumenta il loro stato di tristezza e angoscia, portandoli ad esitare, procrastinare, o ad evitare il successivo compito (Dunkley et al. 2009).

Hewitt e Flett (2002) affermano, infine, che alti livelli di ruminazione attiva ciò che Beck ha definito “triade cognitiva” nei pazienti depressi, la quale, nei perfezionisti, si esprime con la presenza di auto-valutazioni negative, di credenze sull’eccessivo criticismo da parte degli altri e di un fallimento futuro, inevitabile e immutabile. Studi successivi confermano che alti livelli alle sottoscale *perfezionismo autodiretto* e *perfezionismo socialmente prescritto*, insieme ad alti livelli di ruminazione, correlano con la presenza di sintomi depressivi (O’Connor et al. 2007; Blankstein e Lumley 2008), o predicono alti punteggi alla DBI un mese dopo la somministrazione (Olson e Kwon 2008).

Nella Hopelessness Theory of Depression (Abramson et al. 1989) con il termine *hopelessness* gli autori indicano una condizione a partire dalla quale si struttura un sottotipo di depressione la Hopelessness Depression. Tale condizione è caratterizzata dall’attesa che eventi molto desiderati non si verifichino e/o eventi dannosi si verifichino, senza alcuna speranza di poter impedire questi accadimenti o modificare la situazione. Gli autori affermano che esistono almeno tre tipi di inferenze in grado di determinare il livello di vulnerabilità a questo tipo di patologia, osservabili nei soggetti con perfezionismo maladattivo: le inferenze sulla causa dell’evento, le inferenze sulle conseguenze dell’evento e le inferenze sul sé alla luce del verificarsi dell’evento.

In particolare, i perfezionisti compiono costantemente attribuzioni interne per gli eventi negativi, per il mancato raggiungimento di specifici standard imposti, con evidente diminuzione della propria autostima ed umore triste. Flett e collaboratori (1998) avevano già precedentemente affermato che i perfezionisti e i non-perfezionisti differiscono nei loro modi di spiegare i risultati positivi e negativi raggiunti, in quanto i primi fanno, principalmente, attribuzioni esterne per i risultati positivi e attribuzioni interne per i risultati negativi, mentre i non-perfezionisti fanno attribuzioni interne per i risultati positivi e attribuzioni esterne per gli esiti negativi. In questo modo, i perfezionisti non potranno mai ottenere auto-rinforzo a causa delle loro attribuzioni esterne per gli esiti positivi, mentre matureranno progressivamente *hopelessness*, e quindi depressione, a causa delle mancanze personali che si attribuiscono, responsabili di provocare esiti negativi inevitabili.

Inoltre, le conseguenze derivanti da tale fallimento sono considerate difficilmente modificabili ed in grado di danneggiare molte aree della propria vita, compromettendo anche la qualità dei rapporti con gli altri e la stima e considerazione sociale, a cui aspirano, in particolare, le persone con perfezionismo socialmente prescritto, le quali maturano, come conseguenza di tali valutazioni, un forte senso di colpa. Infine, i perfezionismi, a partire da un evento negativo, tendono ad attribuirsi caratteristiche negative, stabili e generalizzate che contribuiscono al vissuto di *hopelessness* e quindi alla comparsa di sintomi depressivi.

La terza teoria cognitiva che gli autori (Hewitt e Flett 2002) prendono in esame per spiegare la relazione tra perfezionismo e depressione è la Teoria dello stile di risposta di Nolen-Hoeksema (1991). L’autrice afferma che esistono differenti reazioni agli stati depressivi, caratterizzate, o da un’elevata focalizzazione su di sé, o da uno spostamento dell’attenzione all’esterno. Nel primo caso, denominato *stile di risposta ruminante*, l’individuo sperimenta una serie di pensieri e comportamenti, i quali lo portano a concentrarsi sui suoi sintomi, sulle cause e conseguenze stabilite, che incrementano progressivamente l’umore depresso. Questo atteggiamento si osserva anche nelle persone perfezionistiche, particolarmente orientate a “ruminare” sulle loro prestazioni imperfette, e focalizzate, passivamente, sui loro stati emotivi. Tali risposte ruminative interferiscono sull’attenzione, sulla concentrazione, sulle valutazioni e sul controllo dell’ambiente, così come sulle capacità di *problem solving* e sulle abilità strumentali, aumentando la possibilità di fallimento nelle successive *performance* auto-imposte, e quindi, il tono dell’umore depresso.

3.2 Il ruolo di specifici mediatori nella relazione tra perfezionismo e depressione

La letteratura descritta nei paragrafi precedenti evidenzia una relazione chiara, in diverse popolazioni e attraverso studi correlazionali e longitudinali, tra perfezionismo maladattivo e depressione, in particolare utilizzando le sottoscale *preoccupazioni per gli errori e dubbi per le azioni* dello strumento di misura di Frost (1990), e la sottoscala *perfezionismo socialmente prescritto* dello strumento di misura di Hewitt e Flett (1991). Tuttavia, Blatt e collaboratori (1982; 1992; 1995) hanno più volte ribadito che il percorso dal perfezionismo maladattivo alla depressione non può essere diretto, ma mediato da specifiche variabili. In particolare, nell'esaminare la letteratura empirica di riferimento, Blatt ha affermato che “*gli individui perfezionisti sperimentano depressione quando si concentrano principalmente su autocritica e autostima: rimproverano, criticano e attaccano se stessi, e vivono intensi sentimenti di colpa, paura cronica di disapprovazione, rifiuto, vergogna, fallimento, e inutilità*”. In questi termini, gli eccessivi standard perfezionistici producono numerosi pensieri di autocritica, seguiti da sentimenti di vergogna e abbassamento dell'autostima, i quali, in ultima analisi, predispongono l'individuo perfezionista a stati disforici e umore depresso. In tale contesto Blatt e collaboratori hanno differenziato due tipi di esperienza depressiva, uno caratterizzato da forti bisogni di dipendenza e di vicinanza e l'altro da frequente autocritica, ed hanno sviluppato una specifica misura per la loro valutazione, il *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ). L'autocritica misurata da tale strumento è stata associata ad una varietà di deficit personali e interpersonali ed ha significativamente correlato con le misure di perfezionismo, così come entrambi hanno ottenuto correlazioni positive con la valutazione di disagio psicologico e tendenze suicidarie.

Recentemente diversi studi hanno indagato il ruolo dell'autocritica come possibile fattore in grado di interagire con le varie dimensioni del perfezionismo e, nello stesso tempo, costituire una condizione di vulnerabilità per lo sviluppo di sintomi depressivi nei soggetti perfezionisti.

Nello specifico, Powers e collaboratori (2004) sono partiti dall'ipotesi, in un campione non clinico di studenti universitari, che esperienze interne di autocritica e perfezionismo si combinano con espressioni manifeste di autocritica e sintomi depressivi. Gli autori hanno utilizzato i seguenti strumenti di misura: la *self-Criticism Scale* (Powers e Zuroff 1992), al fine di valutare l'autocritica *overt*, la sottoscala *autocritica* della *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt et al. 1976), la *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt e Flett 1991), escludendo la sottoscala perfezionismo orientato verso l'altro, e la *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost et al. 1990), escludendo le sottoscale del comportamento parentale. Inoltre, la *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman e Beck 1978), scala ideata per misurare la vulnerabilità cognitiva alla depressione, in cui dall'analisi delle componenti principali sono emersi due fattori, bisogno di approvazione e perfezionismo, e la *Beck Inventory* (Beck et al. 1979), misura *self-report* dei sintomi depressivi.

I risultati hanno evidenziato che l'autocritica, sia *overt* che *covert*, insieme al perfezionismo sono risultati essere un importante fattore predittivo dei sintomi depressivi. Tuttavia, gli autori hanno concluso affermando che, nonostante la validità di tale ricerca, l'uso di un campione universitario non clinico non consente di generalizzare le correlazioni evidenziate per popolazioni con depressione clinica, e quindi, perfezionismo e manifestazioni di autocritica dovrebbero essere misurate prendendo in considerazione diverse fasce di età e, soprattutto, campioni clinici, al fine di sviluppare strategie di intervento più specifici e mirati al trattamento di tali caratteristiche di personalità implicate.

Soggetti clinicamente depressi sono stati utilizzati in uno studio successivo, effettuato da

Clara e Cox (2007), interessati a validare una precisa distinzione tra “perfezionismo autocritico”, costruito proposto da Dunkley e Blankstein (2000), ed una componente adattiva di perfezionismo. Il campione è stato sottoposto a due misure di perfezionismo, la *Multidimensional Perfectionism Scale* di Frost (1990) e la *Multidimensional Perfectionism Scale* di Hewitt e Flett (1991), ed ha una misura di autocritica, la *DEQ-Reconstructed* (DEQR; Bagby et al. 1994), versione successiva revisionata della DEQ (Blatt et al. 1976). Inoltre, i soggetti hanno compilato la *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al. 1979), la *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS; Lovibond e Lovibond 1995) e il *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa e McCrae 1992).

Gli autori hanno riportato alte correlazioni tra i punteggi alla DEQR e tre specifiche scale di perfezionismo, *perfezionismo socialmente prescritto*, *preoccupazioni per gli errori e dubbi sulle proprie azioni*, nel campione di soggetti depressi. Inoltre, hanno evidenziato significative correlazioni positive tra il costrutto “perfezionismo autocritico” (composto dalle sottoscale *perfezionismo socialmente prescritto*, *preoccupazioni per gli errori, dubbi sulle proprie azioni* e punteggio di autocritica) e i punteggi alle scale BDI e DASS, e con il fattore nevroticismo del NEO-FFI. Al contrario, assenza di correlazioni significative tra il costrutto “perfezionismo positivo” (composto dalle sottoscale *perfezionismo auto-orientato*, *standard personali e organizzazione*) e i punteggi alle scale BDI e DASS, costruito che ha ottenuto correlazioni significative solamente con il fattore coscienziosità ed estroversione della NEO-FFI.

Mongrain e Leather (2007) e Dunkley (2009) hanno, invece, condotto uno studio longitudinale, in cui hanno evidenziato, nel primo studio, alti livelli di autocritica in grado di predire, in un campione di studenti universitari con una storia passata di almeno un episodio depressivo, sia la sintomatologia depressiva pregressa sia l’insorgenza di tali sintomi a distanza di venti mesi dalla prima valutazione, attraverso l’interazione con alti livelli di dipendenza. Allo stesso modo, nel secondo studio, alti livelli di autocritica hanno predetto sia l’insorgenza di sintomi depressivi sia un globale declino del funzionamento psico-sociale del campione clinico durante i quattro anni di osservazione.

Una parallela linea di indagine si è focalizzata sulla presenza negli individui perfezionisti di pensieri frequenti e ripetitivi circa la discrepanza percepita tra il sé reale e il sé ideale e i principali autori si sono chiesti se questa tendenza a sperimentare tali processi ruminativi possa mediare la relazione tra perfezionismo maladattivo e disagio psicologico (Flett et al. 1998). La ruminazione è stata definita come uno stile di *coping* maladattivo caratterizzato da una tendenza involontaria a pensare, ripetitivamente e passivamente, alle proprie emozioni negative, concentrandosi, in particolare, su uno dei sintomi depressivi e sul suo significato. La ruminazione, quindi, riguarda quei comportamenti e pensieri che inducono la focalizzazione dell’attenzione di un individuo sul suo stato d’animo depresso e sulle possibili cause e conseguenze di tale stato d’animo (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1995; Koole et al. 1999; Nolen-Hoeksema 2000). Questo atteggiamento impedisce ogni tentativo di soluzione del problema o di distrazione da fonti di stress, mentre aumenta il rischio di insorgenza di un episodio depressivo (Just e Alloy 1997; Nolen-Hoeksema 2000), la tendenza ad isolarsi, e causa un maggiore livello di stress percepito (Just e Alloy 1997; Lyubomirsky et al. 1998; Nolen Hoeksema 2000). Tale stato è, perciò, in grado di prolungare gli episodi depressivi in quanto favorisce pensieri irrazionali, interpretazioni negative di eventi di vita, dubbi sulle proprie capacità, perdendo la speranza di una risoluzione dei problemi (Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema 1995; Lyubomirsky et al. 1999). Infine, una tale risposta di coping può incrementare la gravità degli episodi depressivi in quanto gli individui tendono a rimanere intrappolati in un circolo vizioso: le loro ruminazioni incrementano lo stato depressivo che a sua volta innesca un numero maggiore di ruminazioni, responsabili di

umentare i sintomi emotivi e cognitivi (Spasojevic e Alloy 2001).

Lo strumento di misura più comunemente utilizzato per studiare il livello di ruminazione è la *Ruminative Responses Scale* (RSQ) sviluppata da Nolen-Hoeksema e Morrow (1991). Analisi statistiche successive (Treyner et al. 2003) hanno eliminato gli elementi più corrispondenti a sintomi depressivi e sottolineato l'esistenza di due fattori principali misurati dalla scala: la tendenza a riflettere e la tendenza ad essere penserosi, assorti. Il primo fattore è risultato essere adattivo in quanto spinge ad analizzare il problema che si sta vivendo al fine di giungere ad una soluzione, alleviando i sintomi depressivi, mentre, il secondo, maladattivo, in quanto spinge le persone ad orientare la propria attenzione sul proprio "passato incompleto". Gli autori hanno evidenziato, con analisi trasversali e longitudinali che, in particolare, il secondo fattore è associato ad alti livelli di depressione; inoltre, hanno suggerito che tale componente della ruminazione possa essere definita come "un continuo confronto passivo della situazione attuale, con uno standard incompiuto". In questi termini, gli autori hanno concluso affermando che, in particolare, tale specifica componente della ruminazione è presente nelle persone con perfezionismo maladattivo, in cui si osserva, come la maggior parte dei ricercatori ha osservato, la presenza di una costante valutazione della discrepanza tra gli standard attuali e quelli ideali, ed è, quindi, questa componente che mette in relazione perfezionismo e depressione.

Recentemente, Flett e collaboratori (2002) hanno osservato alte correlazioni tra i punteggi alla *Ruminative Responses Scale* (Nolen-Hoeksema e Morrow 1991), i punteggi alle dimensioni di *perfezionismo socialmente prescritto* e *perfezionismo autodiretto* (Hewitt e Flett 1991) e i punteggi alle misure di depressione, ansia e *arousal* (Clark e Watson 1991). Gli autori hanno concluso ribadendo l'ipotesi, presente in letteratura (Nolen-Hoeksema et al. 1993; Lyubomirsky et al. 1995, 1998), che la relazione tra perfezionismo maladattivo e sintomi depressivi sembra essere mediata da alti livelli di ruminazione, e quindi, alti livelli di perfezionismo e alti livelli di ruminazione possono essere in grado di incrementare sia la vulnerabilità di un individuo a sviluppare sintomi depressivi sia la durata di un episodio depressivo.

Studi successivi hanno confermato l'ipotesi di Flett e collaboratori (2002).

In particolare, O'Connor e collaboratori (2007) hanno misurato, in tre campioni diversi, tratti di perfezionismo con la *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Hewitt e Flett 1991), la presenza di ruminazione con la *Ruminative Responses Scale* (Nolen-Hoeksema 1993), disagio e sofferenza psicologica con il *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg e Williams 1988), e sintomi depressivi con la *Center for Epidemiologic Studies Depression scale* (CES-D; Radloff 1977). Gli autori hanno affermato che la ruminazione è un mediatore della relazione tra perfezionismo e depressione, in particolare lo stile di risposta ruminativo di tipo pensiero e assorto, ovvero la ruminazione è un mediatore parziale nella relazione tra perfezionismo socialmente prescritto e sintomi depressivi e un mediatore totale nella relazione tra perfezionismo autodiretto e depressione. Inoltre, il perfezionismo socialmente prescritto è maggiormente associato alla presenza di sintomi depressivi rispetto al perfezionismo autodiretto e la ruminazione è in grado di mediare anche la relazione tra alti livelli di perfezionismo e le tendenze suicidarie, così come la relazione tra perfezionismo e disperazione.

Olson e Kwon (2008) hanno, invece, condotto uno studio longitudinale in un campione di 305 studenti universitari che hanno completato la *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Hewitt e Flett 1991b), il *Response Styles Questionnaire* (RST; Nolen-Hoeksema e Morrow 1991), il Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al. 1996), e, dopo quattro settimane, il BDI-II e il *Inventory of College Students' Recent Life Experiences* (ICSRLE; Kohn et al. 1990). I risultati hanno evidenziato che sia la scala *perfezionismo autodiretto* sia *perfezionismo*

socialmente prescritto, se interagiscono con alti livelli di ruminazione, relativi al secondo fattore (tendenza ad essere pensierosi, assorti) e non al primo (tendenza a riflettere), predicono alti punteggi al BDI-II, quattro settimane dopo la prima somministrazione.

Infine, Blankstein e Lumley (2008) hanno riportato, in un campione di studenti, significative correlazioni tra perfezionismo socialmente prescritto, alti livelli di ruminazione e sintomi depressivi, così come tra perfezionismo, ruminazione e una condizione generale di stress; mentre Randles e collaboratori (2010), dopo aver condotto uno studio su di un campione di studenti universitari, hanno affermato che la relazione tra perfezionismo socialmente prescritto e ruminazione possa essere mediata da un'eccessiva attenzione a stimoli di minaccia e da un elevato livello di autocritica, e portare, in questi termini, a sintomi depressivi.

4. Conclusione

Nonostante ci siano ancora divergenze sulla definizione di perfezionismo, dal gruppo di Oxford che lo descrive come un costrutto unitario (Shafran et al. 2001) a chi invece difende la multidimensionalità del perfezionismo (Tozzi et al. 2004; Sassaroli e Ruggiero 2005), la maggior parte degli autori interessati alla relazione tra perfezionismo e depressione è d'accordo nel cogliere più dimensioni, caratterizzate dal raggiungimento di standard personali eccessivamente elevati, auto-imposti o socialmente prescritti, preoccupazioni per gli errori, dubbi sulle proprie azioni e giudizi severi per la propria *performance*, anche quando quest'ultima rasenta prestazioni eccellenti (Frost et al. 2002). Tale valutazione, quindi, cerca di comprendere quali elementi e quali caratteristiche personologiche, di natura perfezionistica, possano spiegare l'insorgenza e il mantenimento dei sintomi depressivi.

Tuttavia, gli studi riportati nei paragrafi precedenti suggeriscono che la relazione tra perfezionismo e depressione, nella maggior parte dei casi, non sembra diretta, ma mediata, o comunque modulata, da fattori sostanzialmente connessi alle caratteristiche cognitive di ciascun individuo (Egan et al. 2007). Infatti, la presenza di alti livelli di perfezionismo autodiretto di per sé è apparsa essere una caratteristica adattiva di personalità che favorisce il raggiungimento di ottimi risultati durante le proprie *performance* e rappresenta un fattore di protezione per la salute mentale. Viceversa, studi longitudinali hanno evidenziato che in una persona con elevati livelli di perfezionismo autodiretto se vive l'esperienza di un eccessivo stress in relazione al mancato raggiungimento di importanti obiettivi prefissati possono sopraggiungere esiti negativi quali l'insorgenza, il mantenimento o l'incremento di sintomi depressivi (Enns e Cox 2005).

La letteratura di riferimento riporta numerose ricerche che hanno attribuito il ruolo di mediatore a specifiche variabili, come l'autocritica e la ruminazione, nella relazione tra perfezionismo maladattivo e depressione. Tuttavia, diversi autori hanno, recentemente, sottolineato la necessità di indagare il coinvolgimento di altre variabili in tale relazione, variabili sottovalutate dalla precedente ricerca (Aschmy et al. 2006; Dunkley et al. 2006b; Conroy et al. 2007; Rudolph et al. 2007; Chang et al. 2008; Sherry et al. 2008; Sturman et al. 2009). In particolare, Sturman e collaboratori (2009) hanno evidenziato che l'interazione tra alti punteggi alle sottoscale *perfezionismo autodiretto*, *perfezionismo socialmente prescritto*, *preoccupazioni per gli errori* e *dubbi sulle azioni*, e alti punteggi ad una misura dell'autostima basata sull'essere attivi e di successo porterebbe ad un elevato rischio di *burnout* e sviluppo di sintomi depressivi. Inoltre, Aschmy e colleghi (2006) hanno osservato che il perfezionismo maladattivo, misurato attraverso la MPF di Frost (1990), è in grado di predire la depressione sia direttamente sia attraverso la mediazione di bassi livelli di autostima e alti livelli di vergogna. Un altro possibile fattore, che

merita di essere approfondito, è la solitudine, in quanto è stato riportato che il perfezionismo autodiretto e, soprattutto, il perfezionismo socialmente prescritto se in interazione con alti livelli di solitudine sono in grado di predire la comparsa di sintomi depressivi (Chang et al. 2008). Questi risultati fornirebbero un'ulteriore prova del fatto che individui con perfezionismo socialmente prescritto, focalizzati sul bisogno di ottenere l'approvazione degli altri e ritenendosi incapaci di poter compiacere l'altro, assumono atteggiamenti di evitamento sociale che, a loro volta, andrebbero a confermare l'idea di partenza sulle proprie competenze o comunque ne impedirebbero la disconferma, incrementando la sintomatologia depressiva (Sherry et al. 2008). Infine, Rudolph e collaboratori (2007) affermano che un ulteriore mediatore tra perfezionismo e depressione possa essere la presenza di un'alterata regolazione delle emozioni. Nello specifico, hanno osservato che il perfezionismo socialmente prescritto si accompagna a dei processi cognitivi connessi ad una regolazione delle emozioni non adattiva, come la tendenza a catastrofizzare, autoaccusarsi con un forte senso di colpa e ruminare, che impedisce l'uso del *reappraisal*, strategia con la quale viene valutato e modificato il significato di una situazione stressante in modo da modificare anche le proprie reazioni emotive.

Parallelamente a tali ricerche, diversi autori hanno sottolineato la necessità di analizzare tale costrutto in termini più specifici e differenziati, in quanto ritengono che le varie dimensioni del perfezionismo possano avere un ruolo differente in popolazioni cliniche rispetto a popolazioni sub-cliniche o non cliniche, così come ritengono che le singole dimensioni del perfezionismo possano costituire fattori di vulnerabilità in base alla loro interazione con la specifica situazione che si sta analizzando, contribuendo a modulare o mediare la sintomatologia presente (Enns et al. 2002). Quindi, gli autori affermano che al momento non sia del tutto chiaro in che modo il perfezionismo favorisca lo sviluppo di psicopatologia, e nello specifico, il disturbo depressivo, né in quali termini possa agire come fattore di rischio, di mantenimento o di promozione di comorbidità.

Un'altra critica rivolta alla letteratura di riferimento è legata alla ridotta presenza di studi longitudinali e, per quanto riguarda quelli presenti, viene sottolineato il fatto che siano stati condotti utilizzando periodi di tempo molto brevi (Enns e Cox 2001). Secondo gli autori, la ricerca futura dovrebbe, necessariamente, concentrarsi su tale tipologia di studi al fine di poter verificare il ruolo di ciascuna dimensione nel predire lo sviluppo di un quadro patologico depressivo e l'ordine causale dei costrutti oggetto di studio, così come la presenza di variabili, individuali, genetiche e ambientali, che possano mediare tale legame (Grolnick et al. 2003). Inoltre, al fine di poter utilizzare un arco di tempo abbastanza ampio, è stata evidenziata la necessità di adattare gli strumenti di misura del perfezionismo all'interno di fasce di età inferiore in modo da condurre la valutazione in una fase precoce e comprendere in modo specifico le caratteristiche cognitive e comportamentali dell'essere perfezionista nei bambini: le loro percezioni, emozioni, le conseguenze dei livelli di stress derivanti da tale condizione e le strategie che questi bambini mettono in atto per gestirli (Rice et al. 2006).

Oltre a ciò, si è evidenziato che gran parte delle ricerche è stata condotta utilizzando campioni composti da giovani studenti universitari, sani o subclinici, per la maggior parte di sesso femminile; questo aspetto sottolinea sia il fatto che i risultati riportati potrebbero non essere generalizzabili ad altri campioni, in particolare alla popolazione clinica, sia che vi è limitatezza di dati relativi alla popolazione generale, necessari a comprendere in modo migliore le relazioni tra le variabili e il ruolo del perfezionismo maladattivo nella depressione.

Infine, un'ulteriore aspetto che dovrebbe essere indagato nella relazione tra perfezionismo e depressione sono le differenze di genere, in quanto nella letteratura di riferimento vi sono

pochissimi studi che hanno valutato le influenze di tali differenze sia nell'adozione di standard personali elevati, nei livelli di autostima e nella prevalenza della depressione, sia nell'interazione tra le diverse caratteristiche individuali e gli eventi di vita stressanti (Aschmy et al. 2006).

Si può, quindi, concludere affermando che la relazione tra l'essere perfezionisti e la comparsa dei sintomi depressivi sia alquanto complessa e che richiede ulteriori ricerche in grado di comprendere in modo più specifico sia il contenuto delle singole dimensioni al fine di escludere la possibilità che rappresentino categorie più ampie con aspetti maladattivi, ma anche adattivi, in grado di giustificare i risultati non sempre coerenti tra loro, sia la validità predittiva del perfezionismo, ed infine, la bidirezionalità della relazione tra perfezionismo e depressione, ovvero l'esistenza di reciproche influenze che sostengano e rafforzino la vulnerabilità ai sintomi disadattivi (Flett et. al. 2002).

Bibliografia

- Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 96, 358-372.
- Accordino DB, Accordino MP, Slaney RB (2000). An investigation of perfectionism, mental health, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools* 37, 535-545.
- Adkins KK, Parker W (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality* 64, 529-543.
- Ashby JS, Rice KG, Martin JL (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development* 84, 148-156.
- Bagby RM, Parker JDA, Joffe RT, Buis T (1994). Reconstruction and validation of the Depressive Experiences Questionnaire. *Assessment* 1, 59-68.
- Bandura A, Kupers CJ (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 69, 1-9.
- Bandura A (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review* 27, 384-405.
- Beck AT (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber, New York.
- Beck AT (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities, New York.
- Bieling PJ, Israeli AL, Antony MM (2004). Is perfectionism good, bad or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences* 36, 1373-1385.
- Blankstein KR, Lumley CH (2008). Multidimensional perfectionism and ruminative brooding in current dysphoria, anxiety, worry and anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy* 26, 168-193.
- Blatt SJ, D'Afflitti JP, Quinlan DM (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology* 85, 383-389.
- Blatt SJ, Zuroff D (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review* 12, 527-562.
- Blatt SJ (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist* 50, 1003-1020.
- Blatt SJ (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Bleiberg E (2005). Attaccamento, trauma e autoriflessione. Implicazioni per il successivo sviluppo di psicopatologia. In JM Maldonado-Durán (Ed) *Infanzia e salute mentale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Bourgeois KS, Leary MR (2001). Coping with rejection: Derogating those who choose us last. *Motivation and Emotions* 25, 101-111.
- Buckley KE, Winkel RE, Leary MR (2004). Reactions to acceptance and rejection: Effects of level and

- sequence of relational evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology* 40, 14–28.
- Bugental DB, Blue J, Cruzcosa M (1989). Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology* 25, 532-539.
- Bugental DB, Lewis JC, Lin E, Lyon J, Kopeikin H (1999). In charge but not in control: The management of teaching relationships by adults with low perceived power. *Developmental Psychology* 35, 1367-1378.
- Bugental DB, Happaney K (2000). Parent-child interaction as a power contest. *Journal of Applied Developmental Psychology* 21, 267-282.
- Burns D (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today* 10, 34-52.
- Chang EC (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults. *Journal of Counseling Psychology* 47, 18-26.
- Chang EC, Rand KL (2000). Perfectionism as a predictor of subsequent adjustment: Evidence for a specific diathesis-stress mechanism among college students. *Journal of Counseling Psychology* 47, 129–137.
- Chang EC (2006). Conceptualization and measurement of adaptive and maladaptive aspects of performance perfectionism: Relations to personality, psychological functioning, and academic achievement. *Cognitive Therapy & Research* 30, 677-697.
- Cicchetti D, Thoth SL (1998). The development of depression in children and adolescent. *American Psychologist* 53, 221-241.
- Cytryn KA, McKnew DH (1996). *Growing up sad: Childhood depression and its treatment*. Norton & Company, New York.
- Clara IP, Cox BJ, Enns MW (2007). Assessing self-critical perfectionism in clinical depression. *Journal of Personality Assessment* 88, 309-316.
- Clark L, Watson D (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 316-36.
- Cook LC, Kearney CA (2009). Parent and youth perfectionism and internalizing psychopathology. *Personality & Individual Differences* 46, 325-330.
- Costa PT, McCrae RR (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Di Bartolo PM, Li CY, Frost RO (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research* 32, 401-417.
- Di Blasio P (2005). *Tra rischio e Protezione: La Valutazione delle Competenze Parentali*. Edizioni Unicopoli, Milano.
- Dix T (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin* 110, 3-25.
- Dunkley DM, Blankstein KR (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research* 24, 713-730.
- Dunkley DM, Zuroff DC, Blankstein KR (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology* 84, 234-252.
- Dunkley DM, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive psychiatry* 50, 335-346.
- Elliot AJ, Thrash TM (2004). The intergenerational transmission of fear of failure. *Personality and Social Psychology Bulletin* 30, 957-971.
- Enns MW, Cox BJ (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. In GL Flett, PL Hewitt (Ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Enns MW, Cox BJ, Clara I (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences* 33, 921-935.
- Enns MW, Cox BJ, Clara I (2002). Perfectionism and neuroticism: A longitudinal study of specific vulnerability and diathesis-stress models. *Cognitive Therapy & Research* 29, 463-478.
- Eronen S, Nurmi J, Salmela-Aro K (1997). Planning-oriented, avoidant, and impulsive social reaction styles: a person-oriented approach. *Journal of Research in Personality* 31, 34-57.

- Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Mosher SW (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of diathesis-stress model. *Current Psychology* 14, 112-128.
- Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM, MacDonald S (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In GL Flett, PL Hewitt (Ed) *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. APA, Washington, DC.
- Flynn CA, Hewitt PL, Flett GL, Caelian C (2001). *The development of perfectionism: Parental behavior and cultural influences*. Unpublished manuscript.
- Frost RO, Marten P, Lahart CM, Rosenblate R (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research* 14, 449-468.
- Frost R, Lahart C, Rosenblate R (1991). The development of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research* 15, 469-489.
- Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JL, Neubauer AL (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences* 14, 119-126.
- Frost RO, DiBartolo PM (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive compulsive disorder. In GL Flett, PL Hewitt (ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Garber J, Robinson NS, Valentiner D (1997). The relation between parenting and adolescent depression: Selfworth as a mediator. *Journal of Adolescent Research* 12, 12-33.
- Gilbert PP, Durrant RR, McEwan KK (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences* 41, 1299-1308.
- Gilman R, Ashby JS (2003a). A first study of perfectionism and multidimensional life satisfaction among adolescents. *Journal of Early Adolescence* 23, 218-235.
- Gilman R, Ashby JS (2003b). Multidimensional perfectionism in a sample of middle school students: An exploratory investigation. *Psychology in the Schools* 40, 677-689.
- Gilman R, Anderman EM (2006). The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents. *Journal of School Psychology* 44, 375-391.
- Goldberg D, Williams P (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor.
- Gray MR, Steinberg L (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family* 61, 574-587.
- Grzegorek JL, Slaney RB, Franze S, Rice KR (2004). Self-criticism, dependency, self-esteem, and grade-point average satisfaction among clusters of perfectionists and non-perfectionists. *Journal of Counseling Psychology* 51, 192-200.
- Habke AM, Flynn CA (2002). Interpersonal aspects of trait perfectionism. In GL Flett, PL Hewitt (Ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Hamacheck E (1978) Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology* 15, 27-33.
- Harris PW, Pepper CM, Maack DJ (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences* 44, 150-160.
- Hewitt PL, Flett GL (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality* 5, 423-438.
- Hewitt PL, Flett GL (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 98-101.
- Hewitt PL, Flett GL (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology* 60, 456-470.
- Hewitt PL, Flett GL (2002). Perfectionism and Stress Processes in Psychopathology. In GL Flett, PL Hewitt (Ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy C (2004). A new measure of perfectionism: the perfectionism inventory. *Journal of Personality Assessment* 82, 80-91.
- Hock E, Eberly M, Bartle-Haring S, Ellwanger P, Widaman K (2001). Separation anxiety in parents of

- adolescents: Theoretical significance and scale development. *Children Development* 72, 284-298.
- Hollender MH (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry* 6, 94-103.
- Hunter EC, O'Connor RC (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology* 42, 355-365.
- Just N, Alloy LA (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 221-229.
- Kawamura KY, Frost RO, Harmatz MG (2002). The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and Individual Differences* 32, 317-327.
- Kerig PK (2003). Boundary dissolution. In J Ponzetti, R Hamon, Y Kellar-Guenther, PK Kerig, L Sales, J White (Ed). *International encyclopedia of marital and family relationships*. Macmillan, New York.
- Kohn PM, Lafreniere K, Gurevich M (1990). The Inventory of College Students' Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for a special population. *Journal of Behavioral Medicine* 13, 619-630.
- Koole SL, Smeets K, van Knippenberg A, Dijksterhuis A (1999). Cessation of rumination through selfaffirmation. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 111-125.
- Lamborn S, Mounts N, Steinberg L, Dornbusch S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes. *Child Development* 65, 1049-1065.
- Leenaars L, Lester D (2006). Perfectionism, depression, and academic performance. *Psychological Reports* 99, 941-942.
- Leary MR (2000). Affect, cognition, and the social emotions. In JP Forgas (ed) *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition*. Cambridge University Press.
- Leary MR, Baumeister RF (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In MP Zanna (Ed) *Advances in experimental social psychology* (Vol. 32). San Diego, CA: Academic Press.
- Leary MR, Koch EJ, Hechenbleikner NR (2001). Emotional responses to interpersonal rejection. In MR Leary (Ed) *Interpersonal rejection*. Oxford University Press, New York.
- Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 176-190.
- Lyubomirsky S, Caldwell ND, Nolen-Hoeksema S (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology* 71, 166-177.
- Lyubomirsky S, Tucker KL, Caldwell ND, Berg K (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 1041-1060.
- Lovibond PF, Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy* 33, 335-343.
- Lundh LG (2004). Perfectionism and acceptance. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 22, 255-269.
- Maccoby EE, Martin JA (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P.H. Mussen, E.M. Hetherington (Ed) *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development*. Wiley, New York.
- McCreary BT, Joiner TE, Schmidt NB, Ialongo NS (2004). The structure and correlates of perfectionism in African American children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 313-324.
- McDonald S, Martin TT, Flett GL, Hewitt PL (1995). Perfectionism, parenting styles, and family satisfaction. *Canadian Psychology* 36, 239-251.
- McDougall P, Hymel S, Vaillancourt T, Mercer L (2001). The consequences of childhood peer rejection. In MR Leary (Ed) *Interpersonal rejection*. Oxford University Press, New York.
- Miller DC, Byrnes JP (2001). Adolescents' decision making in social situations. A self regulation perspective. *Journal of Applied Developmental Psychology* 22, 237-256.
- Mills RSL (1998). Paradoxical relations between perceived power and maternal control. *Merrill-Palmer Quarterly* 44, 523-537.

- Mills RSL, Nazar J, Farrell HM (2002). Child and parent perceptions of hurtful messages. *Journal of Social and Personal Relationships* 19, 723-746.
- Mills RSL, Freeman WS, Clara IP, Elgar FJ, Walling BR, Mark L (2007). Parent proneness to shame and the use of psychological control. *Journal Child Family Study* 16, 359-374.
- Missildine WH (1963). *Your inner child of the past*. Simon & Schuster, New York.
- Mobley M, Slaney RB, Rice KG (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale - Revised for African American college students. *Journal of Counseling Psychology* 52, 629-639.
- Monroe SM, Simons AD (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin* 110, 406-425.
- Mongrain M, Leather F (2007). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology* 62, 705-713.
- Moretz MW, McKay D (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "Not Just Right" experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 640-644.
- Mosticoni R (2006). *Analisi funzionale in psicologia*. Fioriti, Roma.
- Nakano K (2009). Perfectionism, self-efficacy, and depression: Preliminary analysis of the Japanese version of the Almost Perfect Scale-Revised. *Psychological Reports* 104, 896-908.
- Nelson DA, Hart CH, Yang C, Olsen JA, Jin S (2006). Aversive parenting in China: Associations with child physical and relational aggression. *Child Development* 77, 554-572.
- Nolen-Hoeksema S (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 4, 569-582.
- Nolen-Hoeksema S (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 504-511.
- Nounopoulos A, Ashby JS, Gilman R (2006). Coping resources, perfectionism, and academic performance among adolescents. *Psychology in the Schools* 43, 613-622.
- O'Connor DB, O'Connor RC, Marshall R (2007). Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality* 21, 429-452.
- Olson ML, Kwon P (2008). Brooding perfectionism: refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research* 32, 788-802.
- Öngen DE (2009). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents in Turkey. *Journal of Multicultural Counseling & Development* 37, 52-64.
- Owens RG, Slade PD (2008). So perfect it's positively harmful? Reflections on the adaptiveness and maladaptiveness of positive and negative perfectionism. *Behavior Modification* 32, 928-937.
- Pacht AR (1984). Reflections on perfectionism. *American Psychologist* 39, 386-390.
- Parker G (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune e Stratton, New York.
- Powers TA, Zuroff DC, Topciu RA (2004). Covert and overt expressions of self-criticism and perfectionism and their relation to depression. *European Journal of Personality* 18, 61-72.
- Randler D, Flett GL, Nash KA, McGregor ID, Hewitt PL (2010). Dimensions of perfectionism, behavioural inhibition and rumination. *Personality and Individual Differences* 49, 83-87.
- Radloff LS (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
- Rheaume J, Freeston MH, Ladouceur R, Bouchard C, Gallant T, Talbot F, Vallieres A (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and therapy* 33, 785-794.
- Rice KG, Preusser KJ (2002). The adaptive/maladaptive perfectionism scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 34, 210-222.
- Rice KG, Vergara DT, Aldea MA (2005). Cognitive-affective mediators of perfectionism and college student adjustment. *Personality and Individual Differences* 40, 463-473.
- Rice KG, Aldea MA (2006). State dependence and trait stability of perfectionism: A short-term longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology* 53, 205-212.
- Rice KG, Leever BA, Christopher J, Porter JD (2006). Perfectionism, stress, and social (dis)connection: A

- short-term study of hopelessness, depression, and academic adjustment among honors students. *Journal of Counseling Psychology* 53, 524-534.
- Rice KG, Ashby JS (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology* 54, 72-85.
- Rice KG, Leever BA, Noggle CA, Lapsley DK (2007). Perfectionism and depressive symptoms in early adolescence. *Psychology in Schools* 44, 139-156.
- Rosenberg M (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubin KH, Mills RSL (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioral Science* 23, 300-317.
- Rudolph SG, Flett GL, Hewitt PL (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy* 25, 343-357.
- Russell CS (1974). Transition to parenthood: Problems and gratifications. *Journal of Marriage and Family* 36, 294-302.
- Ryan R, Deci E (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55, 68-78.
- Saddler CD, Buckland RL (1995). The Multidimensional Perfectionism Scale: correlations with depression in college students with learning disabilities. *Psychological Reports* 77, 483-490.
- Sassaroli S, Ruggiero GM (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 37, 135-141.
- Schaefer ES (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology* 29, 552-557.
- Shafran R, Mansell W (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review* 21, 879-906.
- Shumaker EA, Rodebaugh TL (2009). Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standards. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 40, 423-433.
- Slade PD, Owens RG (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behaviour Research and Therapy* 40, 773-791.
- Soenens B, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B, Goossens L (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: the mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences* 38, 487-498.
- Soenens B, Elliot AJ, Goossens L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B (2005). The intergenerational transmission of perfectionism: Parents' psychological control as an intervening variable. *Journal of Family Psychology* 19, 358-366.
- Soenens B, Koen L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B, Goossens L (2008). Maladaptive Perfectionism as an Intervening Variable Between Psychological Control and Adolescent Depressive Symptoms: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology* 22, 3, 465-474.
- Spasojevic J, Alloy LB (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive factors to depression. *Emotion* 1, 25-37.
- Steinberg L (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. In SS Feldman & GR Elliott (Ed) *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stoeber J, Otto K (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review* 10, 295-319.
- Stoeber J, Rambow A (2007). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences* 42, 1379-1389.
- Stoeber J, Stoll O, Pescheck E, Otto K (2008). Perfectionism and achievement goals in athletes: Relations with approach and avoidance orientations in mastery and performance goals. *Psychology of Sport & Exercise* 9, 102-121.
- Stumpf H, Parker WD (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences* 28, 837-852.
- Sturman ED, Flett GL, Hewitt PL, Rudolph SG (2009). Dimensions of perfectionism and self-worth contingencies in depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy* 27, 213-

231.

- Suddarth BH, Slaney RB (2001). An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 34, 157-165.
- Tozzi F, Aggen SH, Neale BM, Anderson CB, Mazzeo SE, Neale MC, Bulik CM (2004). The structure of perfectionism: a twin study. *Behavioral Genetics* 34, 483-494.
- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research* 27, 247-259.
- Van IJzendoorn MH (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 117, 387-403.
- Vieth AZ, Trull TJ (1999). Family patterns of perfectionism: An examination of college students and their parents. *Journal of Personality Assessment* 72, 49-67.
- Wang KT, Yuen M, Slaney RB (2009). Perfectionism, depression, loneliness, and life satisfaction: A study of high school students in Hong Kong. *Counseling Psychologist* 37, 249-274.
- Wood JJ (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development* 37, 73-87.
- World Health Organization (1999). Press Release. *World Health Report 1999 Making a difference*. WHO, Geneva.