

CZU: 159.923.2:616-02

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3967201>

## PARAMETRII COGNITIVI AI PERFEȚIONISMULUI LA PERSOANELE CU SIMPTOME SOMATICE

Valentina MIRON

Universitatea de Stat din Moldova

În articol sunt examinați parametrii cognitivi ai perfecționismului la persoanele sănătoase în comparație cu pacienții cu boli gastrointestinale, hipertensiune și diabet de tip 1, fiind conturate anumite manifestări specifice pentru fiecare grup de bolnavi. Ca instrument de măsurare a perfecționismului a fost utilizat chestionarul lui Garanean, folosit frecvent de psihologii ruși, dar puțin cunoscut de specialiștii din străinătate.

**Cuvinte-cheie:** *perfecționism, simptome somatice, standarde perfecționiste, griji evaluative, hipertensiune, boli gastrointestinale, diabet de tip 1.*

### COGNITIVE PARAMETERS OF PERFECTIONISM IN PEOPLE WITH SOMATIC SYMPTOMS

The article examines the cognitive parameters of perfectionism in healthy people as compared to patients with gastrointestinal diseases, hypertension and type 1 diabetes, outlining certain specific manifestations for each group of patients. Garanean's questionnaire was used as a tool to measure perfectionism. It is frequently used by the Russian psychologists, but is barely known by specialists from other countries.

**Keywords:** *perfectionism, somatic symptoms, perfectionistic strivings, perfectionistic concerns, hypertension, gastrointestinal diseases, type 1 diabetes.*

### Introducere

În ultimele două decenii ale secolului trecut au apărut cele mai multe studii și documente relevante în legătură cu perfecționismul și boala. Deși inițial cercetătorii susțineau că perfecționismul nu aduce beneficii individului, iar costurile perfecționismului, în special costurile de sănătate, depășesc cu mult beneficiile sale, după ce apar instrumentele multidimensionale de măsurare a perfecționismului a devenit posibilă examinarea perfecționismului folosind o abordare mai complexă, care implică dimensiuni multiple. Cercetările contemporane extrapolează din cele mai populare conceptualizări ale perfecționismului (MPS-HF, Hewitt & Flett, 1991; MPS-F, Frost și colab., 1990; și APS-R, Slaney și colab., 2001) două dimensiuni de bază ale acestuia: *standardele perfecționiste* și *grijile evaluative perfecționiste*. Mai multe studii [1–3] concluzionează că *grijile evaluative perfecționiste* reprezintă dimensiunea maladadaptivă a perfecționismului și este asociată cu o stare de sănătate mai precară, iar *standardele perfecționiste* îmbunătățesc indicatorii sănătății fizice prin întărirea motivației personale și prin stimularea abilităților mentale și fizice, reprezentând dimensiunea adaptivă a perfecționismului.

Perfecționismul maladadaptiv asociază o multitudine de distorsiuni cognitive și idei iraționale. Teoreticienii clasici, care interpretau perfecționismul ca pe un construct unitar, patologic în esență, menționează că distorsiunile cognitive asociate cu perfecționismul includ o atenție selectivă la eșec și reducerea succesului (Burns, 1980), rezultând o concentrare asupra erorilor percepute sau reale în performanță, mai degrabă decât asupra domeniilor fără erori de performanță [4]. K.Horney (1951) afirmă că perfecționismul reprezintă „tirania lui trebuie” care face persoana extrem de critică în raport cu comportamentul cuiva, iar Asher Pacht (1984) în timpul adresării sale către Asociația Psihologilor Americani a vorbit despre perfecționiști ca având „complexul Dumnezeu/ gunoi”, în care perfecționiștii cred că trebuie ori să fie perfecți, ori sunt un eșec total [5].

Vorbind despre cercetătorii contemporani, Frost et al. (1990) evidențiază două inexactități cognitive din partea perfecționistului: în primul rând, standardele stabilite sunt excesiv de înalte și, în al doilea rând, autoevaluarea este prea critică [6], iar Flett et al. (1991) concluzionează că aspectele cognitive sunt importante atât pentru componenta personală, cât și pentru cea socială a perfecționismului și că perfecționismul este caracterizat de niveluri înalte de idei iraționale, care pot contribui la dezadaptare.

### Eșantion și metode de cercetare

În demersul experimental ne-am propus să studiem perfecționismul la persoanele cu boli cronice, punând în evidență parametrii cognitivi ai perfecționismului. Pentru realizarea studiului am utilizat chestionarul de

măsurare a perfecționismului propus de psihologii ruși (Garanean, 2010), tradus și validat în limba română, care include, alături de *standarde și aspirații ridicate* în raport cu activitatea, și anumiți parametri cognitivi.

Parametrii cognitivi care constituie scalele acestui instrument sunt: (1) *Perceperea altor persoane ca având cerințe prea înalte față de mine*; (2) *Aspirații și cerințe înalte față de sine*; (3) *Standarde înalte ale activității, orientându-se spre polul „celor mai de succes”*; (4) *Selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli*; (5) *Gândirea polarizată după principiul „totul sau nimic”*.

În cercetare au fost antrenate 238 de respondenți – femei (179) și bărbați (59) – cu vârsta cuprinsă între 20 și 50 de ani. Respondenții au format două grupe în funcție de prezența sau absența unei boli cronice. Numărul persoanelor fără maladii cronice antrenate în studiu este de 130. Numărul persoanelor cu maladii cronice este – 108, incluzând trei categorii de maladii cronice: hipertensiune – 20 de persoane, ulcer și gastrită – 38 de persoane, diabet tip 1 – 50 de persoane. Respondenții cu boli cronice au fost internați pentru tratament staționar în Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” secțiile Gastroenterologie și Endocrinologie și în Institutul de Cardiologie. Perioada internării a fost ianuarie 2017 – octombrie 2018.

### Rezultate obținute

Având drept scop identificarea diferențelor de manifestare a parametrilor cognitivi ai perfecționismului între persoanele fără boli cronice și cele cu boli cronice, a fost aplicat testul t pentru eșantioane independente.

Tabelul 1

Diferența statistică dintre persoanele fără boli cronice și cele cu boli cronice la scalele perfecționismului, N=238

	m1 <i>Fără boli</i>	m2 <i>Cu boli cronice</i>	T	p
<b>Perf.1</b>	12,15 ± 0,53	12,81 ± 0,51	0,885	0,377
<b>Perf.2</b>	12,36 ± 0,35	12,92 ± 0,30	1,187	0,237
<b>Perf.3</b>	11,12 ± 0,28	11,45 ± 0,32	0,795	0,427
<b>Perf.4</b>	6,22 ± 0,26	7,01 ± 0,26	2,133	<b>0,034</b>
<b>Perf.5</b>	8,82 ± 0,27	9,38 ± 0,31	1,377	0,170
<b>Perfecționism general</b>	50,68 ± 0,19	53,56 ± 0,17	1,811	<b>0,048</b>

Deși în cazul persoanelor cu boli cronice se atestă un nivel mai ridicat la toate subscalele perfecționismului și la *Perfecționismul general*, datele obținute (Tab.1) în urma calculării diferențelor dintre medii la cele 5 subscale ale perfecționismului indică faptul că există diferență semnificativă la Perf.4 – *Selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli*, care presupune concentrarea preponderentă pe insuccese și greșeli, ignorând succesele reale. Valoarea medie a Perf.4 pentru persoanele fără boli este de 6,22, cu eroarea standard ±0,26, iar pentru persoanele cu boli cronice este de 7,01, cu eroarea standard ±0,26; t=2,13; p=0,034.

Diferențe statistic semnificative au fost obținute și la *Perfecționismul general*. Valoarea medie pentru persoanele fără boli cronice este de 50,68, cu eroarea standard ±0,19, iar pentru persoanele cu boli cronice este de 53,56, cu eroarea standard ±0,17; t=1,811; p=0,048. La celelalte subscale ale perfecționismului nu s-a obținut diferență semnificativă în urma calculării valorilor medii.

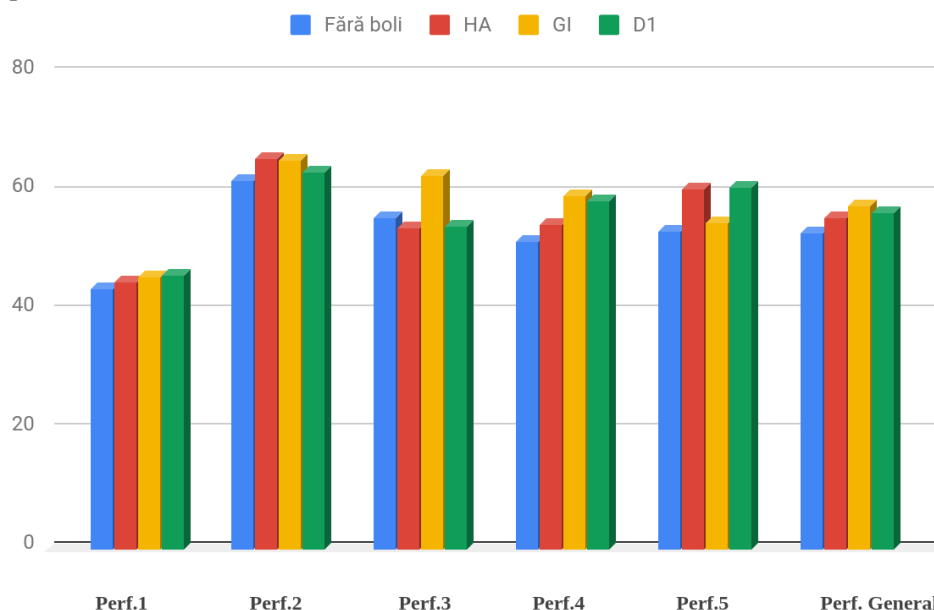
Tabelul 2

Valori procentuale înregistrate de lotul general al cercetării pentru parametrii cognitivi ai perfecționismului

	Fără boli	hipertensivi	cu boli gastrointestinale	cu diabet tip 1
<b>Perf.1</b>	43,9%	45%	46%	46,3%
<b>Perf.2</b>	62%	65,8%	65,5%	63,4%
<b>Perf.3</b>	55,8%	54%	63%	54,4%
<b>Perf.4</b>	51,9%	54,6%	59,4%	58,7%
<b>Perf.5</b>	53,5%	60,5%	55%	60,8%
<b>Perf. General</b>	53,3%	55,9%	57,8%	56,7%

Deoarece ipoteza specificității prezentată de Alexander în *Medicina psihosomatică* [7] rămâne încă valabilă, ne-am propus să analizăm aspectele psihologice particulare ale reprezentanților maladiilor cronice implicate în studiu.

Figura 1 ne permite o mai bună vizualizare a rezultatelor.



**Fig.1.** Nivelul sceler perfecționismului al persoanelor fără boli cronice, al celor cu hipertensiune, al celor cu boli gastrointestinale și al celor cu diabet tip 1.

Atât la persoanele sănătoase, cât și la cele cu boli cronice cele mai mici valori au fost înregistrate la Perf.1 – *Perceperea altor persoane ca având cerințe prea înalte față de mine*. Această scală măsoară aspectul sociocognitiv al perfecționismului. Persoana, prin compararea permanentă cu alții, are impresia că aceștia au așteptări foarte ridicate de la ea. Cele mai mici valori aici le-au obținut persoanele sănătoase ( $m=12,25$ , eroarea standard  $\pm 0,524$ ), iar cele mai ridicate – pacienții cu diabet tip 1 ( $m=12,86$ , eroarea standard  $\pm 0,771$ ) și cei cu boli gastrointestinale ( $m=12,86$ , eroarea standard  $\pm 0,806$ ).

Toate cele patru grupe de respondenți au înregistrat valorile cele mai ridicate la scala Perf.2 – *Aspirații și cerințe înalte față de sine*, care reflectă tendința de a-și stabili standarde deosebit de înalte și probleme destul de complexe. Cele mai mici valori la această scală le-au obținut persoanele sănătoase ( $m=12,40$ , eroarea standard  $\pm 0,344$ ), iar cele mai ridicate – pacienții cu hipertensiune ( $m=13,15$ , eroarea standard  $\pm 0,779$ ), apoi urmează pacienții cu boli gastrointestinale ( $m=13,11$ , eroarea standard  $\pm 0,531$ ), iar pacienții cu diabet au obținut valorile cele mai scăzute dintre cele trei grupuri cu maladii ( $m=12,69$ , eroarea standard  $\pm 0,412$ ).

Perf.3 – *Standarde înalte ale activității, orientându-se spre polul „celor mai de succes”* – ca etalon sunt selectate persoane din rândul celor mai demne, talentate și cu realizări deosebite. Drept consecințe ale acestor comparații sunt sentimentele de invidie, concurență, evitarea contactelor, ceea ce duce în final la singurătate. La această scală cele mai ridicate valori le-au obținut persoanele cu boli gastrointestinale ( $m=12,59$ , eroarea standard  $\pm 0,543$ ), apoi urmează persoanele sănătoase ( $m=11,16$ , eroarea standard  $\pm 0,275$ ), care doar în acest caz au obținut valori medii mai ridicate decât persoanele cu boli cronice. Pacienții cu diabet au obținut valoarea medie  $m=10,88$ , cu eroarea standard  $\pm 0,434$ , iar pacienții cu hipertensiune au cele mai mici valori la această scală ( $m=10,80$ , eroarea standard  $\pm 0,800$ ). Doar pentru această scală a perfecționismului testul ANOVA indică o diferență semnificativă între cele 4 grupuri de respondenți  $F=2,65$ ;  $p=0,05$ , ceea ce semnifică că persoanele cu tulburări gastrointestinale manifestă mai frecvent respectivele tendințe.

Perf.4 – *Selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli*, persoana se concentrează preponderent pe insuccese și greșeli, ignorând succesele reale. La această scală persoanele cu boli gastrointestinale au obținut media cea mai ridicată ( $m=7,22$ , eroarea standard  $\pm 0,467$ ). Urmează, foarte aproape, pacienții cu diabet ( $m=7,04$ , eroarea standard  $\pm 0,353$ ). Hipertensivii au obținut media  $6,55$ , cu eroarea standard  $\pm 0,605$ , iar persoanele sănătoase au obținut cele mai mici valori la această scală ( $m=6,25$ , eroarea standard  $\pm 0,259$ ).

Perf.5 – *Gândirea polarizată după principiul „totul sau nimic”*, persoanele au tendința de planificare și evaluare dihotomică a rezultatului activității. Cea mai ridicată medie la această scală a fost obținută de persoanele cu diabet ( $m=9,71$ , eroarea standard  $\pm 0,485$ ), urmează apoi hipertensivii cu o medie apropiată de cea a

diabeticilor ( $m=9,65$ , eroarea standard  $\pm 0,654$ ). Persoanele cu boli gastrointestinale obțin  $m=8,86$ , cu eroarea standard  $\pm 0,264$ , foarte apropiați de cei sănătoși, care au media 8,78, cu eroarea standard  $\pm 0,499$ .

Iar la perfecționismul general, care îmbină toate scalele enumerate mai sus, cea mai mare medie au obținut-o pacienții cu boli gastrointestinale ( $m=54,59$ , eroarea standard  $\pm 2,049$ ), apoi urmează cei cu diabet ( $m=53,14$ , eroarea standard  $\pm 1,586$ ), penultimii fiind hipertensivii ( $m=52,70$ , eroarea standard  $\pm 3,149$ ) și cea mai mică medie au obținut-o persoanele fără boli cronice ( $m=50,94$ , eroarea standard  $\pm 1,185$ ).

Deci, putem menționa că persoanele cu boli cronice au obținut un nivel general al perfecționismului semnificativ mai ridicat decât persoanele fără boli cronice. Însă, dacă vorbim de cele 5 scale ale chestionarului propus de Garanean pentru măsurarea perfecționismului, persoanele cu boli cronice prezintă rezultate semnificativ mai ridicate doar pentru scala *Selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli*. Deși media pentru celelalte patru scale este mai crescută în cazul persoanelor cu boli cronice, acestea sunt statistic ne semnificative.

### Relația dintre parametrii cognitivi ai perfecționismului și numărul simptomelor somatice

Pentru a măsura numărul simptomelor somatice a fost utilizat *Chestionarul simptomelor somatoforme*, care măsoară simptomele somatice pe care persoana le-a avut în ultimii doi ani sau pe care le are în prezent. În vederea identificării relației dintre parametrii cognitivi ai perfecționismului, după Garanean, și simptomele somatice (măsurate cu SOMS) la subiecții implicați în cercetare, am utilizat coeficientul de corelație simplă Bravais-Pearson ( $r$ ).

Figura 2 ne permite o mai bună vizualizare a diferențelor dintre grupuri la rezultatele coeficientului de corelație Bravais-Pearson ( $r$ ), privind relația dintre scalele perfecționismului și simptomele somatice.

În cazul persoanelor fără boli cronice evidențiem o corelație foarte semnificativă cu sens pozitiv ( $r=0,350$ ;  $p=0,001$ ) între SOMS (simptomele somatice) și perfecționismul general. Corelații foarte semnificative au fost obținute și între SOMS și Perf.1 ( $r=0,430$ ;  $p=0,001$ ), SOMS și Perf.4 ( $r=0,415$ ;  $p=0,001$ ). Aceste rezultate sugerează că cu cât mai mult persoana se va compara cu alții, având impresia că aceștia au așteptări ridicate de la ea cu atât mai multe șanse există ca această persoană să manifeste anumite simptome somatice. Același lucru este adevărat și pentru persoanele care se concentrează preponderent pe insuccese și greșeli, ignorând succesele reale. O corelație semnificativă a fost obținută între SOMS și Perf.3 ( $r=0,180$ ;  $p=0,044$ ), acest rezultat semnificând faptul că compararea permanentă cu persoane mai demne, mai talentate, cu realizări mai deosebite, duce la un număr mai mare de simptome somatice.

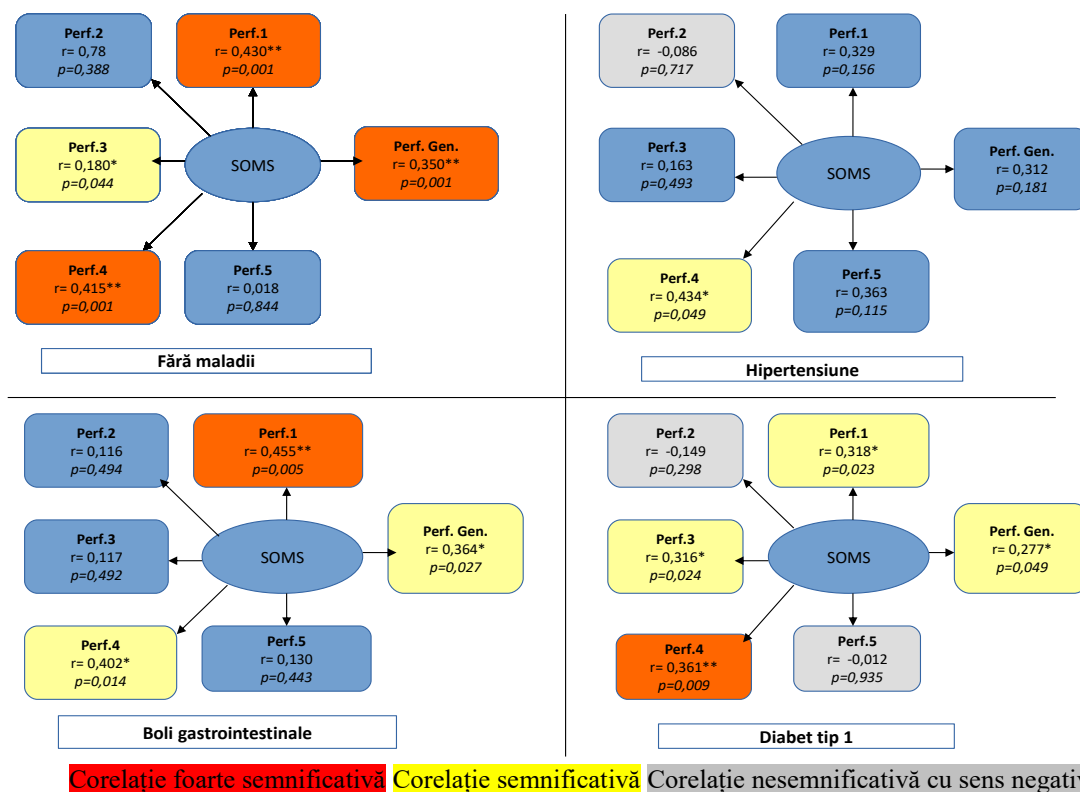


Fig.2. Relația dintre parametrii cognitivi ai perfecționismului și numărul de simptome somatice la grupurile incluse în studiu.

În cazul persoanelor cu hipertensiune, corelație semnificativă a fost obținută doar între SOMS și Perf.4 ( $r=0,434$ ;  $p=0,049$ ), ceea ce semnifică că *selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli* duce la un număr ridicat de simptome somatice. Nu există o relație semnificativă nici între SOMS și perfecționismul general. Între SOMS și Perf.2 constatăm o relație cu sens negativ, dar nesemnificativă. Există, totuși, o tendință slabă ca aspirațiile și cerințele înalte față de sine să reducă numărul simptomelor somatice.

Analizând rezultatele corelației dintre SOMS și parametrii cognitivi ai perfecționismului pentru persoanele cu boli gastrointestinale, evidențiem corelație semnificativă între SOMS și perfecționismul general ( $r=0,364$ ;  $p=0,027$ ), ceea ce semnifică că creșterea nivelului perfecționismului duce la creșterea numărului de simptome somatice. De asemenea, a fost obținută corelație semnificativă între SOMS și Perf.4 ( $r=0,402$ ;  $p=0,014$ ), ceea ce indică la faptul că concentrarea preponderentă pe insuccese și greșeli indică la creșterea numărului de simptome somatice. Corelație foarte semnificativă a fost obținută între SOMS și Perf.1. ( $r=0,455$ ;  $p=0,005$ ), ceea ce semnifică că compararea cu alții, având impresia că aceștia au așteptări ridicate față de mine, cresc șansele de a manifesta un număr mai mare de simptome somatice.

În cazul persoanelor cu diabet de tip 1, corelație maximă cu sens pozitiv a fost obținută între SOMS și Perf.4 ( $r=0,361$ ;  $p=0,009$ ), ceea ce indică la legătura dintre concentrarea preponderentă pe insuccese și greșeli și simptomele somatice. Între SOMS și perfecționismul general a fost obținută o corelație semnificativă ( $r=0,277$ ;  $p=0,049$ ), fapt ce sugerează creșterea numărului de simptome somatice odată cu creșterea nivelului perfecționismului. Corelații semnificative au fost obținute și între SOMS și Perf.1 ( $r=0,318$ ;  $p=0,023$ ), SOMS și Perf.3 ( $r=0,316$ ;  $p=0,024$ ), rezultate care sugerează că compararea cu alții, având impresia că aceștia au așteptări ridicate de la persoana mea, precum și standardele înalte ale activității, orientându-se spre polul celor mai de succes, cresc șansele de a manifesta un număr mai mare de simptome somatice.

### Rezultate și discuții

Rezultatele demersului nostru experimental sunt în acord cu rezultatele studiului efectuat de Flett et al. (2011), care postulează că persoanele care au gânduri perfecționiste frecvente sunt mai susceptibile de a se confrunta cu simptome psihosomatice în măsura în care acestea suferă de stres semnificativ [8].

Analiza comparativă a celor trei grupe de pacienți cu boli cronice ne-a permis să scoatem în evidență anumite manifestări specifice ale perfecționismului pentru fiecare grup în parte:

*Persoanele cu boli gastrointestinale se orientează spre polul „celor mai de succes” persoane. Ele selectează ca etalon persoane din rândul celor mai demne, talentate și cu realizări deosebite. Drept consecințe ale acestor comparații sunt sentimentele de invidie, concurență, evitarea contactelor, ceea ce duce în final la singurătate. Aceste caracteristici vin în acord cu anumiți factori etiologici menționați de Enăchescu [9, p.157]: „expunerea continuă la stres, competiția socioprofesională, emoțiile prelungite, eșecurile și/sau conflictele”. În cazul acestui tip de pacienți există o legătură foarte strânsă între compararea cu alții, având impresia că aceștia au așteptări ridicate de la ei, și creșterea numărului de simptome somatice. O legătură mai puțin semnificativă există între concentrarea preponderentă pe insuccese și greșeli și creșterea numărului de simptome somatice, ceea ce vine în acord cu Hartman, care caracterizează pacientul cu ulcer peptic ca fiind individul care „întâlnește obstacole ce se dovedesc a fi pentru el o încercare și un dezavantaj pe care, datorită naturii sale, el trebuie să încerce din răspuțeri să le depășească” [7, p.119].*

În cazul pacienților *cu diabet de tip 1* există o legătură foarte strânsă între concentrarea pe insuccese și greșeli și simptomele somatice. Se atestă o relație mai puțin semnificativă între compararea cu alții, având impresia că aceștia au așteptări ridicate față de propria persoană, dar și orientarea spre polul celor mai de succes cresc șansele diabeticilor de a manifesta un număr mai mare de simptome somatice. Gândirea perfecționistă disfuncțională duce, evident, la stres, iar, după cum menționează Alexander, „stresul prelungit și repetitiv este posibil să determine un eșec permanent al sistemelor fiziologice relativ inadecvate, ceea ce are ca rezultat apariția diabetului zaharat” [7, p.229].

Pentru persoanele *cu hipertensiune* doar selectarea informației despre propriile insuccese și greșeli are o legătură semnificativă cu numărul de simptome somatice. Această tendință a hipertensivilor este menționată „în una dintre primele relatări despre *Medicina Psihosomatică*, în care Alexander (1939) a descris un bărbat hipertensiv ca fiind o persoană supusă, cu un accentuat complex de inferioritate și cu o nevoie cronică de a fi perfect și de a depăși pe alții pentru a-și stabili valoarea [10].

Un alt aspect care trebuie menționat este că la niciun grup n-a fost obținut un coeficient de corelație semnificativă între variabilele SOMS și Perf.2 – *Aspirații și cerințe înalte față de sine*, care reflectă tendința de a-și stabili

standarde deosebit de înalte și probleme destul de complexe. Mai mult, în cazul persoanelor cu hipertensiune și diabet tip 1 se atestă o relație, deși ne semnificativă, dar cu sens negativ (Fig.2), ceea ce semnifică că aspirațiile și cerințele înalte față de sine ar putea reduce numărul de simptome somatice. La prima vedere se pare că aceste rezultate vin în dezacord cu celelalte rezultate, care susțin că cu creșterea indicilor perfecționismului crește și numărul de simptome somatice. Chiar și psihologii ruși inițial presupuneau că perfecționismul trebuie analizat exclusiv ca factor dezadaptativ [11], fiind utilizat în mai multe studii pentru demonstrarea aspectului dezadaptativ al perfecționismului. Mai târziu, când această metodă a încercat să fie adaptată pentru studenți [12], neașteptat pentru autori s-a descoperit că instrumentul care se considera că măsoară doar factorii dezadaptativi ai perfecționismului conține o scală adaptativă. Pentru prima dată s-au găsit legături pozitive semnificative între scala *Aspirații și cerințe înalte față de sine* și motivația cognitivă, aptitudinile sociale și adaptarea socio-psihologică, ceea ce confirmă natura lor constructivă [11,13]. Putem conchide, deci, că scala *Aspirații și cerințe înalte față de sine* din instrumentul de măsurare a perfecționismului propus de Garanean ar putea corespunde dimensiunii adaptative a perfecționismului, fapt ce trebuie confirmat prin mai multe studii.

### Concluzii

Conștientizarea cronică a faptului că nu ești perfect, dar și impunerea internă a necesității forțate de a atinge acest obiectiv personal ar putea fi o sursă cronică de stres și suferință pentru perfecționiști, care se reflectă în cele din urmă prin apariția sau intensificarea simptomelor psihosomatice. Cele trei categorii de pacienți cu boli cronice, implicați în studiul de față (cu boli gastrointestinale, cu diabet de tip 1 și cu hipertensiune), au obținut un nivel semnificativ mai ridicat la parametrii cognitivi ai perfecționismului comparativ cu respondenții sănătoși, ceea ce demonstrează că cognițiile perfecționiste disfuncționale joacă un rol substanțial în apariția și menținerea simptomelor somatice.

S-au conturat și unele diferențe de manifestare a parametrilor cognitivi ai perfecționismului între cele trei categorii de bolnavi. Doar în cazul persoanelor cu boli gastrointestinale au fost obținute diferențe semnificative la scala *Standarde înalte ale activității, orientându-se spre polul „celor mai de succes”*. Celelalte diferențe dintre grupuri nu sunt semnificative din punct de vedere statistic. Pe de altă parte, rezultatele demonstrează că există relații semnificative între parametrii cognitivi ai perfecționismului și numărul de simptome somatice la toate cele trei categorii de bolnavi.

Latura adaptativă și cea dezadaptativă a perfecționismului s-au conturat ușor în studiul nostru și pentru instrumentul de măsurare a aspectelor cognitive ale perfecționismului propus de Garanean, fapt ce ne permite să înaintăm pentru studii ulterioare presupuziția că scala *Aspirații și cerințe înalte față de sine* corespunde dimensiunii adaptative a perfecționismului.

### Referințe:

1. MOLNAR, D.S., REKER, D.L., CULP, N.A., SADAVA, S.W., DeCOURVILLE, N.H. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. In: *Journal of Research in Personality*, 2006, vol.40, p.482-500.
2. OFOGHI, Z., BESHARAT, M.A. (2010). Perfectionism and physical ill-health. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2006, vol.5, p.1119-1123.
3. KEMPKE, S., LUYTEN, P., VAN WAMBEKE, P., COOPENS, E., MORLION, B. Self-Critical Perfectionism Predicts Outcome in Multidisciplinary Treatment for Chronic Pain. In: *Pain Practice*, 2014, vol.14, no.4, p.309-314.
4. SHAFRAN, R., COOPER, Z., FAIRBURN, C.G. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis: abstract. In: *Behav. Res. Ther.*, 2002, vol.40, no.7, p.773-91.
5. SIROIS, F.M.; MOLNAR, D.S. *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer International Publishing Switzerland, 2016, ISBN 978-3-319-18582-8 (eBook)
6. KEARNS, H., FORBES, A., GARDINER, M. (2007). A cognitive behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism and self-handicapping in a non-clinical population. In: *Behaviour Change* [on-line], 2007, vol.24, no.3, p.157-172 [Accesat: 15.05. 2018]. Disponibil: <https://www.semanticscholar.org/>
7. ALEXANDER, F. *Medicina psihosomatică: principiile și aplicabilitatea ei*. București: Trei, 2008, 341 p. ISBN 978-973-707-188-0
8. FLETT, G.L., MOLNAR, D.S., NEPON, T., HEWITT, P.L. (2011). A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. In: *Personality and Individual Differences*, 2011, vol.52, p.565-570.
9. ENĂCHESCU, C., ENĂCHESCU, L. *Psihosomatică*. Iași: Polirom, 2008. 233p. ISBN: 978-973-46-1248-2

10. FLETT, G.L., HEWITT, P.L., MOLNAR, D.S. *Perfectionism, Health, and Well-Being*. Springer International Publishing Switzerland, 2016. ISBN 978-3-319-18582-8 (eBook)
11. ГАО ЛИН, КИСЕЛЕВА, Л.Б., НАСЛЕДОВ, А.Д., ШАМАНОВ, А.Н. Позитивные и негативные аспекты перфекционистских установок студентов. В: *Вестник СПбГУ Психология и Педагогика*, 2017, том 7, №2, с.115–127.
12. КИСЕЛЕВА Л. Б. (2015) Уровень перфекционизма у студентов с различной успеваемостью по английскому языку. В: *Современные исследования социальных проблем*, 2015, том 55, №11, с.427-441
13. НАСЛЕДОВ, А.Д., КИСЕЛЕВА, Л.Б. Адаптация «Опросника перфекционизма» для диагностики перфекционистских установок студентов первого курса технических вузов. В: *Вестник СПбГУ Психология и Педагогика*, 2016, том 16, №3, с.44-64.

**Date despre autor:**

**Valentina MIRON**, doctorandă, Școala doctorală Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea de Stat din Moldova.

**E-mail:** valeagudumac@yahoo.com

**ORCID:** 0000-0002-8389-1835

*Prezentat la 31.05.2020*