

## ÉVALUATION DE LA COGNITION SOCIALE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

ASSESSMENT OF SOCIAL COGNITION IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

**Jean-François Giguère<sup>1</sup>**

*Institut universitaire en santé  
mentale de Québec*

**Christian Joyal**

*Université du Québec à Trois-Rivières*

**Sophie Lemelin**

*Institut universitaire en santé  
mentale de Québec*

### INTRODUCTION

Le trouble de personnalité limite (TPL) est une problématique de santé mentale importante et persistante qui touche environ 4 % de la population générale et 10 à 20 % de la clientèle psychiatrique (Grant *et al.*, 2008; Swartz, Blazer, George, & Winfield, 1990; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001; Widiger & Weissman, 1991). Les personnes ayant un TPL sont reconnues pour la complexité de leurs symptômes (Paris, 2009). Les manifestations cliniques de ce trouble tournent autour de trois grands axes symptomatiques, soit l'impulsivité comportementale, une mauvaise régulation affective et d'importantes difficultés interpersonnelles (Hill *et al.*, 2008; Skodol *et al.*, 2002;). Ces trois axes symptomatiques contribuent à l'instabilité caractéristique de ces personnes et compromettent directement le succès thérapeutique. Cependant, les difficultés relationnelles constituent le point central de cet article étant donné que les personnes ayant un TPL sont généralement hypersensibles au jugement et au rejet d'autrui. Elles y réagissent avec force, pouvant notamment présenter des gestes suicidaires en situations où elles perçoivent l'abandon ou encore d'intenses accès de colère. Ces situations provoquent beaucoup d'instabilité relationnelle (Staebler, Helbing, Rosenbach, & Renneberg, 2011a). Ceci explique bien souvent les difficultés majeures vécues par ces personnes dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux, que ce soit en lien avec l'intimité, la famille, le travail, voire les relations thérapeutiques. Selon certains auteurs, cette instabilité est telle qu'elle pourrait être discriminante du point de vue diagnostique (Gunderson, 2007). Dans les circonstances, il n'est guère surprenant que différentes approches thérapeutiques ciblent particulièrement ces déficits en vue du rétablissement de cette clientèle (Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2006; Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Dimaggio & Lysaker, 2010). Malgré leurs différends

---

1. Adresse de correspondance : Institut universitaire en santé mentale de Québec, Service de psychologie, 2601, chemin de la Canardière, Québec (QC), G1J 2G3. Téléphone : 418-663-5000, poste 6726. Télécopieur : 418-663-5596. Courriel : jean-francois.giguere@institutsmq.qc.ca

théoriques, ces approches posent l'hypothèse commune que le TPL émergerait d'un déficit développemental qui ultimement affecterait autant les habiletés de traitement émotionnel que celles des processus décisionnels dans le cadre des relations interpersonnelles. Des observations cliniques, mais aussi empiriques semblent appuyer ces hypothèses et certains auteurs soulignent que les symptômes de la pathologie se développent et persistent à cause d'un déficit du traitement de l'information sociale (Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy & Bateman, 2008). Entre autres, ce type de déficits réfère au concept des cognitions sociales. Des difficultés à ce niveau sont d'ailleurs retrouvées dans plusieurs problématiques de santé mentale s'apparentant de près ou de loin au TPL (Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2008).

Malgré l'intérêt suscité par cette vision de la problématique et le nombre grandissant d'études ayant documenté les déficits de la cognition sociale chez les personnes diagnostiquées pour un TPL, aucune revue de la documentation n'a été publiée à ce jour. Même si des données empiriques émergent de plus en plus du domaine des neurosciences cognitives (Hill *et al.*, 2008; King-Casas, Sharp, Lomax-Bream, Lohrenz, Fonagy, & Montague, 2008; Ruocco *et al.*, 2010; Staebler, Renneberg, Stopsak, Fiedler, Weiler, & Roepke, 2011b), les techniques d'évaluation restent encore à être répertoriées et clarifiées. Le présent article cherchera d'abord à décrire le concept de cognition sociale avec ses différentes facettes. Les instruments valides de mesure de cognition sociale et leur pertinence pour l'évaluation des personnes présentant un TPL seront ensuite présentés. Enfin, un survol critique de ces épreuves sera effectué.

### LA COGNITION SOCIALE ET SES COMPOSANTES : DÉFINITIONS ET DESCRIPTIONS

La cognition sociale est un terme très large qui réfère à une série de processus interreliés permettant ultimement de comprendre et d'interagir avec les autres (Strack & Förster, 2009). Dans le cadre de cet article, nous scinderons ce concept en trois catégories : 1) les habiletés à reconnaître les indices sociaux, elles-mêmes divisées en niveaux perceptif et interpersonnel, 2) les habiletés de mentalisation (théorie de l'esprit) et 3) l'empathie.

Les habiletés de reconnaissance des indices sociaux sur la base perceptive reposent sur un traitement de l'information simple. Celui-ci est réalisé de manière implicite et il est en partie inné (Lieberman, 2007). Il peut intervenir lors des contextes qui nécessitent l'identification de l'état émotionnel de l'autre, et ce, en se basant uniquement sur une quantité limitée d'informations, telles que les traits du visage. Ce processus est

donc extrêmement rapide (en termes de millisecondes), universel (Ekman, Sorenson, & Friesen, 1969) et acquis très tôt en cours de développement (Farroni, Csibra, Simion, & Johnson, 2002). Quant aux habiletés se référant aux contextes interpersonnels, elles sont plus complexes puisqu'elles nécessitent une analyse plus fine de l'autre personne. Il s'agit par exemple de bien décoder un comportement non verbal postural (p. ex., bras croisés, menton surélevé, dos droit) ou non verbal auditif (p. ex., prosodie, amplitude de la voix, silence soutenu, etc.).

Pour leur part, les habiletés de mentalisation représentent un niveau supérieur du traitement de l'information sociale. Elles réfèrent à la capacité cognitive à se représenter les états mentaux d'une autre personne (p. ex., ses pensées, ses intentions ou ses émotions; Baron-Cohen, 1995; Frith, 2004). Cette lecture de l'autre implique de posséder une bonne « théorie de l'esprit (TdE) », c'est-à-dire la possibilité de se décentrer de ses propres expériences afin de comprendre que la perspective des autres n'est pas toujours identique à la nôtre. Cette capacité est de nature imaginaire et hypothétique. Dans cette perspective, elle permet de déterminer à quel point une personne est capable d'émettre une hypothèse (avoir une « théorie ») quant à ce que l'autre pense ou ressent (« l'esprit ») et dans quelle mesure son idée est juste et flexible (et sans exagération à outrance dans son utilisation).

Finalement, l'empathie est partiellement liée à certains des processus présentés auparavant. À la base, l'empathie implique la capacité de reconnaissance des émotions exprimées par autrui, mais englobe également deux composantes supplémentaires (Decety & Meyer, 2008; Singer, 2006). La première est la composante cognitive, qui renvoie à la capacité de mentalisation des états mentaux d'autrui (TdE). La seconde est une composante axée sur l'analyse du contenu affectif, à savoir la capacité de réagir adéquatement sur le plan émotionnel et de ressentir l'autre (Davis, 1994). Sur ce dernier point, le processus empathique va donc au-delà de celui de la mentalisation. Par contre, si l'empathie repose sur de saines capacités à mentaliser (on ne peut être empathique sans pouvoir se représenter les états internes d'autrui), l'inverse n'est pas nécessairement vrai. En effet, il arrive que des gens possédant des capacités de mentalisation intactes ne démontrent aucune empathie pour les autres. C'est le cas par exemple de certains individus ayant un trouble de personnalité antisociale et montrant certains traits de psychopathie (Shamay-Tsoory, Harari, Aaron-Peretz, & Levkovitz, 2010). Finalement, on soulignera qu'une réponse empathique appropriée n'est pas synonyme d'une simple « contagion émotionnelle ». Cette dernière renvoie plutôt à une détresse personnelle qui concerne d'abord des enjeux individuels en lien avec des difficultés à réguler ses émotions en contexte relationnel

(Decety & Moriguchi, 2007; Dziobek, Preißler, Grozdanovic, Heuser, Heekeren, & Roepke, 2011).

## COGNITION SOCIALE ET PSYCHIATRIE

L'importance de la cognition sociale, tant au plan étiologique que symptomatique, est de plus en plus reconnue en psychiatrie (Decety & Moriguchi, 2007; Derntl & Habel, 2011). Le défaut de ces habiletés peut entraîner des problèmes interpersonnels, mais aussi d'importantes difficultés sur le plan de l'autonomie fonctionnelle ou des activités de la vie quotidienne. En somme, le succès des interactions sociales dans un environnement en constante évolution repose sur la compréhension et l'interprétation des actions des autres. Le lien entre troubles mentaux sévères et troubles de la cognition sociale est bien reconnu (p. ex., troubles envahissants du développement - voir Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Bowler, 1992; Frith, Morton & Leslie, 1991 -, schizophrénie - Achim, Ouellet, Roy, & Jackson, 2012; Frith, 2004; Penn *et al.*, 1999 - troubles sévères de l'humeur - Kerr, Dunbar, & Bentall, 2003; Wang, Wang, Chen, Zhu, & Wang, 2008). Mais qu'en est-il des personnes ayant un trouble de la personnalité? Pour cette catégorie on pourrait intuitivement concevoir que des déficits s'inscrivent sur un continuum comprenant, à un extrême, les problématiques « asociales » (p. ex., troubles schizotypique et schizoïde avec troubles de la pensée et perte de contact avec la réalité). Ceux-ci pourraient avoir des difficultés à interpréter leurs relations interpersonnelles, soit parce qu'ils sont trop concrets au plan social, soit parce qu'ils les mésinterprètent (mauvaise attribution d'intentions, tendances paranoïdes reflétées par l'exagération des interprétations ou hyperfonctionnement). À l'autre extrême, des problématiques de types « antisociales » pourraient comprendre des gens en mesure d'établir des relations, non pas en profondeur, mais par superficialité (p. ex., trouble de la personnalité limite, narcissique, antisocial). Certains pourraient même avoir tendance à utiliser la fonction à mauvais escient afin d'exploiter l'autre de façon inappropriée pour le duper ou l'utiliser (par ex. psychopathie). Les extrêmes de ce continuum hypothétique pourraient donc suggérer des particularités opposées, mais des difficultés possiblement proportionnelles sur le plan des impacts sociaux. De leur côté, les personnes ayant de bonnes habiletés de cognition sociale se situeraient au centre, soit en état d'équilibre. Ces aspects restent à être clarifiés sur un plan scientifique, surtout si l'on prend en considération la complexité de la fonction. Malgré le fait qu'un bon niveau de cognition sociale prédise la qualité des relations (Beadle, Brown, Keady, Tranel, & Paradiso, 2012), la présence et la sévérité des déficits de cognition sociale chez les personnes présentant un TPL restent encore peu documentées. Qui plus est, les études effectuées à ce sujet souffrent souvent de lacunes méthodologiques. Néanmoins, l'évaluation

de la cognition sociale chez les gens ayant un TPL semble cruciale et les moyens disponibles pour ce faire sont décrits ci-après. Les données relatives à ces évaluations en lien avec la TPL seront résumées par la suite.

### COMMENT MESURE-T-ON LA COGNITION SOCIALE?

Il existe plusieurs façons de mesurer la cognition sociale. Les instruments les plus communément utilisés pour mesurer la capacité à reconnaître les indices sociaux (perceptifs et interpersonnels), la mentalisation et l'empathie seront décrits dans cette section. Ces instruments « classiques » ont été utilisés auprès d'une clientèle montrant les caractéristiques du TPL. Par la suite, des épreuves plus récentes, susceptibles d'améliorer l'évaluation pour objectiver des atteintes de cognition sociale auprès de gens ayant un TPL, seront présentées.

#### Épreuves de cognitions sociales

##### *Mesures de reconnaissance des indices sociaux perceptuels*

Subjectivement, certains cliniciens considèrent que les personnes ayant un TPL sont plus habiles que les autres à décoder les émotions exprimées par autrui (Krohn, 1974; Ladisich & Feil, 1988). Les épreuves objectives mesurant ces habiletés sociales perceptives regroupent deux types de tâches : la reconnaissance des émotions exprimées par les visages (Ekman *et al.*, 1969) et la capacité d'inférer les états mentaux d'autrui à partir du regard (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). La reconnaissance des émotions est de loin l'aspect de la cognition sociale le plus étudié chez le sujet ayant un TPL. Dans ce cas, en s'inspirant du protocole classique d'Ekman et ses collaborateurs (1969), une série de photographies de visages d'inconnus est présentée aux sujets. Ces visages expriment l'une des six émotions fondamentales reconnues universellement (peur, dégoût, colère, joie, tristesse et surprise) ou encore une expression neutre. Le sujet doit identifier chaque émotion exprimée à l'aide d'un choix de réponses. Plusieurs études rapportent que les personnes présentant un TPL détecteraient avec moins de précision les émotions négatives comme la colère, le dégoût, la peur ou la tristesse, comparativement aux gens en général (Bland, Williams, Scharer, & Manning, 2004; Levine, Marziali, & Hood, 1997; Unoka, Fogd, Füzy, & Csukly, 2011). Ce résultat déficitaire serait reproduit de façon plus prononcée dans certaines conditions, comme lorsqu'on impose une limite de temps pour répondre (Dyck *et al.*, 2009) ou lorsque la demande est complexifiée. Par exemple, l'étude de Mizenberg, Poole et Vinogradov (2006) rapporte une chute de performance des sujets présentant un TPL quand la tâche demande d'intégrer simultanément d'autres indices. On remarque en effet que ceux-ci commettent plus d'erreurs que les participants-contrôles lorsque leur jugement doit se baser à la fois sur des

indices visuels (émotions du visage) et auditifs (la prosodie). Cependant, ces déficits pourraient s'expliquer par d'autres facteurs, notamment la présence et l'importance de symptômes affectifs (Bland *et al.*, 2004).

Quoi qu'il en soit, d'autres études rapportent des résultats opposés. Lorsqu'on utilise des variantes de la tâche d'Ekman par exemple, les gens ayant un TPL sont meilleurs que les sujets contrôles pour détecter des stimuli évoquant la peur (Wagner & Linehan, 1999). Ces résultats étaient toutefois obtenus dans un contexte où les sujets devaient donner une réponse spontanée et n'étaient pas soumis à un choix. Selon les auteurs, ce résultat pourrait s'expliquer par un possible effet d'hypervigilance, au sens où les gens avec un TPL seraient plus attentifs à leur environnement et plus sensibles aux « menaces » potentielles dans leurs relations. De plus, cette même étude relevait la prédisposition des personnes avec un TPL à porter des jugements plus négatifs que la norme, lorsque confrontées à des images ambiguës. On observe également cette même tendance quand la tâche consiste en une fusion progressive des stimuli (voir les paradigmes de « Morphing Faces »; p. ex., Domes, Czeschnek, Weidler, Berger, Fast, & Herpertz, 2008). À cet effet, Lynch, Rosenthal, Kosson, Cheavens, Lejuez et Blair (2006) ont utilisé des mesures de seuil perceptif grâce à la méthode de métamorphose graduelle des stimuli (« morphing ») réalisée par ordinateur. La technique permet de transformer très graduellement une expression faciale neutre (niveau 0 % d'expression) en l'expression d'une émotion donnée d'intensité maximale (niveau 100 % d'expression). La présentation de chaque image (entre 25 et 39 en tout, selon le degré de subtilité du changement) est de 450 ms et le participant doit identifier le plus rapidement possible l'émotion exprimée. Ici, les personnes avec un TPL montrent une sensibilité accrue à toutes les émotions négatives. Cet effet d'hypersensibilité a aussi été objectivé dans une autre étude, mais uniquement pour la détection de la colère (Domes *et al.*, 2008). En somme, ces résultats font l'objet de débats actuellement, car ils sont en contradiction avec les précédents. Mis à part l'hypothèse d'une hypersensibilité, certains auteurs attribuent ces résultats contradictoires à un simple effet d'entraînement à la tâche (Domes *et al.*, 2008) ou encore à la sévérité de la pathologie (Jovev *et al.*, 2011). Chose certaine, l'effet d'hypervigilance aux expressions faciales n'est pas toujours caractéristique des gens ayant un TPL puisqu'il n'est pas observé de façon constante. Il semble dépendre de certains contextes.

L'épreuve de lecture d'intention dans les yeux évalue quant à elle la capacité d'inférer les motivations, les intentions ou encore les émotions d'une personne photographiée sur la seule base de son regard (Baron-Cohen *et al.*, 2001). Cette tâche est validée auprès de différentes populations cliniques, en particulier auprès de sujets répondant au diagnostic de troubles envahissants du développement, mais également

auprès de la population générale. Il s'agit de présenter dans un ordre précis des photographies en noir et blanc de regards d'individus. Seuls leurs yeux sont visibles, les indices provenant du reste du visage étant inaccessibles. Pour chacune des images présentées, le participant doit choisir la bonne émotion parmi quatre réponses (par exemple : terrifiée, bouleversée, arrogante ou ennuyée). Cette émotion peut correspondre à l'état présent de la personne (p. ex., son intention du moment) ou traduire son vécu. Huit photos illustrent un état à valence positive, douze à valence négative et seize des états neutres. Au moins quatre études ont utilisé ce protocole auprès de personnes ayant un TPL. La première étude rapporte une plus grande sensibilité (de meilleurs résultats) chez un groupe de 30 hommes et femmes ayant un TPL en comparaison à un groupe équivalent de la population générale (Fertuck, Jekal *et al.*, 2009). Cependant, on note des lacunes à l'étude, entre autres l'inégalité du nombre d'hommes et de femmes (les femmes sont en général meilleures pour identifier les expressions faciales, Montagne, Kessels, Frigerio, de Haan, & Perrett, 2005). En palliant ces lacunes, deux autres études ne reproduisaient pas ces résultats (Preißler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010; Schilling *et al.*, 2012). Selon Schilling et ses collaborateurs (2012), les personnes ayant un TPL ont une nette tendance à surévaluer leur degré de confiance en leurs réponses en comparaison avec leurs résultats réels. Selon l'hypothèse des auteurs, ce problème de jugement témoignerait d'un défaut de métacognition qui pourrait interférer directement avec leurs habiletés sociales au quotidien.

En résumé, les mesures d'habiletés sociales perceptives utilisant des stimuli simples génèrent des résultats contradictoires d'une étude à l'autre pour les personnes ayant un TPL. Certaines études soulignent les difficultés du groupe de patients tandis que d'autres suggèrent plutôt que la problématique de trouble limite puisse être associée à une hypersensibilité aux expressions d'émotions négatives. Il faut cependant mentionner que ces études évaluent des capacités sociales de base, qu'elles comprennent souvent des échantillons restreints de participants et qu'à l'origine, les mesures utilisées ont été développées pour évaluer les enfants ou des adultes ayant un trouble envahissant du développement.

#### *Mesures d'habiletés sociales interpersonnelles*

Les épreuves d'habiletés sociales interpersonnelles évaluent des capacités relativement plus complexes que les capacités perceptives, qui sont développées plus tard chez l'enfant, mais normalement acquises chez l'adolescent et l'adulte. La mesure de ces habiletés requiert généralement une passation élaborée, basée notamment sur des jeux de rôles. Par exemple, chez Patterson, Moscona, McKibbin, Hugh et Geste (2001), le participant (schizophrène) doit jouer le rôle d'un locataire ayant un problème de plomberie et le chercheur celui du propriétaire. Le *Maryland*

*Assessment of Social Competence (MASC)* (Belack, Sayers, Mueser, & Bennett, 1994) et le *University of California at San Diego Performance-based Skill Assessment* (Patterson, Goldman, McKibbin, Hughs, & Geste, 2001) en sont d'autres exemples. Ces paradigmes de recherche, qui sont sensibles pour évaluer des gens ayant des troubles mentaux sévères, sont souvent basés sur des programmes d'entraînement aux habiletés sociales de base. Aucune étude ne semble avoir utilisé ce type de matériel auprès de sujets présentant un TPL. Des mesures plus directes d'analyse d'indices non verbaux ont été effectuées auprès de dix sujets avec un TPL et des sujets contrôles cliniques n'appartenant pas à cette catégorie. Utilisant une version abrégée de l'épreuve du *Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS)* (DePaulo & Rosenthal, 1979), Frank et Hoffman (1986) montrent que leurs patients diagnostiqués pour un TPL ont des capacités supérieures pour juger des indices non verbaux par rapport à des sujets ne montrant pas ce trouble. Ceux-ci sont évalués à partir de courts extraits vidéos impliquant des acteurs. En somme, on peut au minimum penser que ces habiletés sont généralement acquises chez les gens ayant un TPL.

#### *Épreuves de mentalisation*

Un grand nombre d'études s'est penché sur un autre aspect de la cognition sociale, plus complexe, celle de la mentalisation. Ce terme réfère ici aux recherches empiriques prenant origine dans les travaux de Premack et Woodruff (1978). Comme souligné précédemment, cette définition renvoie à la capacité à se représenter efficacement les états mentaux d'autrui (que ce soit leurs pensées, leurs émotions ou leurs intentions). Un nombre croissant d'études émet l'hypothèse selon laquelle les gens ayant un TPL montrent des difficultés de mentalisation, particulièrement en présence d'enjeux émotionnels et relationnels. Or, objectiver de tels déficits aurait des implications cliniques non négligeables. Comme on le verra cependant, le lien n'est pas simple à établir et repose sur le choix des instruments de mesure ainsi que sur la composition et le niveau de sévérité des personnes évaluées.

D'abord, Arntz, Bernstein, Oorschot et Schobre (2009) ont tenté d'objectiver des déficits en utilisant une tâche connue de TdE, soit celle des « histoires étranges » de Francesca Happé utilisée dans le cadre d'études sur l'autisme (Happé, 1994). Cette tâche est composée de 24 images accompagnées par de courtes questions. Dans un tel contexte, les participants doivent parvenir à expliquer les états mentaux des personnages soumis à des situations sociales impliquant des subtilités d'interactions comme le bluff, la tentative de persuasion, l'humour à double sens, le sarcasme ou le mensonge. D'autres histoires impliquant plutôt les aspects physiques des stimuli sont aussi utilisées pour contrôler de possibles difficultés d'abstraction. La tâche requiert un minimum



d'habiletés à inférer le double message qui traduit les intentions réelles des personnages et à décoder un discours non littéral de deuxième ordre, ce qui constitue une tâche relativement complexe de mentalisation. Sur le plan des résultats, cette tâche ne discrimine pas les participants avec un TPL de ceux issus de la population générale. En fait, les résultats obtenus auprès des gens qui remplissent les critères diagnostiques du TPL pourraient même suggérer une meilleure performance de leur part, la différence entre leurs performances et celles des sujets contrôles se situant légèrement sous le seuil de significativité statistique (Arntz *et al.*, 2009).

Ghiassi, Dimaggio et Brüne (2010) ont utilisé une autre tâche reconnue dans le domaine, celle des histoires à compléter tirées des travaux de Brüne (2005). Pour réaliser la tâche, le participant doit ordonner des éléments de bandes dessinées en séquences socialement congruentes. Ces séquences représentent des contextes sociaux regroupés sous trois thèmes : deux scènes illustrant une coopération entre deux personnes, deux autres de coopération entre deux personnes aux dépens d'une troisième et, finalement, deux scènes représentant une personne se faisant berner par une autre. Encore une fois, les participants présentant un TPL et leurs contrôles appariés obtiennent des scores équivalents. Cette étude incluait également un questionnaire autorapporté de capacités de mentalisation qui couvrait des questions relatives au développement du participant et son appréciation de ses habiletés à mentaliser. Les personnes avec un TPL ne se percevaient pas moins aptes que les sujets contrôles. Leurs capacités de mentalisation étaient par contre inversement corrélées à des variables ayant trait au développement de la personne, incluant la surprotection maternelle, une carence émotionnelle et le rejet parental. D'autres variables se rapportant aussi à l'enfance, comme la tendance punitive de la mère ou le rejet et la séparation parentale se sont avérés prédictifs d'un défaut de mentalisation à l'âge adulte (Ghiassi *et al.*, 2010).

La tâche des « faux pas » est une autre mesure des capacités de prise de perspective pour laquelle la sensibilité aux déficits de mentalisation a été démontrée chez certaines populations cliniques (Baron-Cohen, O'Riordan, Stone, Jones, & Plaisted, 1999). À partir d'histoires qui lui sont racontées, le sujet doit identifier et comprendre des situations où une personne commet une maladresse sans s'en rendre compte. Un tel contexte survient par exemple lorsqu'un personnage de l'histoire dit quelque chose qu'il n'aurait pas dû dire tout en ne réalisant pas sur le moment l'impact ou le sens de ses paroles. La réussite d'une telle tâche dépend de la capacité du participant à se représenter les états mentaux des personnages à deux points de vue. Au point de vue cognitif, il doit prendre la perspective de l'émetteur du faux pas qui ne réalise pas son

erreur sur le coup. Ensuite, au point de vue affectif, il doit comprendre, voire ressentir par empathie, la réaction émotionnelle du récepteur qui peut se sentir blessé ou insulté par la situation, puis la réaction affective de l'émetteur lorsqu'il réalise son impair. Harari, Shamay-Tsoori, Ravid et Levkovitz (2010) ont recruté 20 personnes avec un diagnostic de TPL et 22 participants-contrôles sans condition psychiatrique connue. Les sujets écoutaient 20 histoires et répondaient à des questions concernant les capacités de mentalisation par rapport à un volet cognitif (p. ex., « Pour quelle raison Joe a-t-il dit cela à Mike? ») ou affectif (p. ex., « Pourquoi n'aurait-il pas dû dire cela? »). Les résultats indiquent que les sujets avec un TPL obtiennent des performances moindres au plan cognitif. Ces difficultés à prendre la perspective de l'autre dépendaient par contre de la sévérité du trouble. À l'opposé, la performance des sujets avec un TPL aux aspects de mentalisation affective était légèrement supérieure à celle des sujets sains. Ces derniers résultats soulèvent donc la possibilité que les personnes ayant un TPL puissent détecter plus facilement les états mentaux des autres, surtout lorsque ceux-ci concernent les émotions. Dans cette perspective, un lien avec les capacités d'empathie est possible, du moins pour certains aspects. Ce point est discuté ci-après.

### *Épreuves mesurant l'empathie*

Objectiver la capacité d'empathie chez une population présentant une condition psychiatrique est loin d'être facile. D'abord, en consultant la littérature, on réalise rapidement que les concepts utilisés dans les études sur le sujet s'entremêlent souvent. Par exemple, les termes « mentalisation », « mentalisation affective », « empathie » et « empathie cognitive » réfèrent à des concepts plus ou moins différents d'un auteur à l'autre. Conséquemment, les conclusions ne peuvent être uniformes d'une étude à l'autre. D'une certaine façon, l'observation des personnes ayant un TPL pourrait nous laisser croire qu'elles possèdent en fait des capacités accrues d'empathie puisqu'elles apparaissent plus sensibles aux faits émotifs et facilement perturbées par les émotions des autres (voir p. ex., Dinsdale & Crespi, 2013; Krohn, 1974). Par contre, à notre connaissance, il existe peu d'indices objectifs qui démontrent ce possible avantage.

Selon l'indice de réactivité interpersonnelle (IRI) (Davis, 1983), qui évalue quatre facteurs liés à l'empathie (la détresse personnelle, la fantaisie, la prise de perspective et la compassion émotionnelle), les gens ayant un TPL se considèrent plus sensibles que la population générale (Guttman & Laporte, 2000). Cependant, l'IRI est un questionnaire, ce qui n'est pas optimal pour objectiver l'état d'une fonction, surtout lorsque cette méthode est utilisée auprès de personnes reconnues pour leur manque d'introspection (Levine *et al.*, 1997). En outre, l'analyse plus poussée des résultats indique plus précisément une diminution significative de la capacité de mentalisation (Flury, Ickes & Schweinle, 2008; New *et al.*,

2012) et des élévations significatives de la détresse personnelle et de la fantaisie (Dziobek *et al.*, 2011; New *et al.*, 2012). La détresse personnelle et la fantaisie sont reconnues pour refléter des fonctions plus personnelles, en lien avec la gestion des émotions, donc possiblement les fonctions moins matures de l'empathie.

Dans l'étude récente de New et ses collaborateurs (2012), 79 personnes ayant un TPL et 76 sujets contrôles devaient compléter le *Social Affective Response Task* (SART), une tâche informatisée. Des photographies d'individus réels placés dans des contextes relationnels positifs, négatifs ou neutres sont présentées une à la fois. La tâche consiste entre autres à juger sur une échelle de 1 (le plus déplaisant) à 9 (le plus plaisant) le ressenti de la personne apparaissant sur l'image. Comme pour les études décrites précédemment, aucune différence entre les groupes à l'étude n'était notée. Ces données indiquent donc que la capacité à évaluer le degré de confort du personnage placé dans une situation donnée était similaire chez les gens avec et sans TPL.

Pour résumer, les mesures utilisées actuellement auprès de la population d'intérêt semblent plus ou moins appropriées pour évaluer la cognition sociale. Les stimuli utilisés sont souvent trop simples et peu représentatifs des situations de la vie quotidienne. Ceci est applicable autant aux mesures de mentalisation qu'à celles d'empathie. Pour une revue des mesures de mentalisation et d'empathie, nous référons le lecteur à Achim et ses collaborateurs (2013) et à Gerdes, Segal et Lietz, (2010). Pour l'évaluation de gens ayant un TPL, les paradigmes devraient permettre d'isoler les composantes de la mentalisation et d'empathie de manière objective. Deux tâches répondant à ces critères ont récemment été introduites par l'équipe de Dziobek (2006; 2008). Ces dernières possèdent de bonnes propriétés psychométriques et elles satisfont en plus à des critères plus stricts de validité écologique. Ces deux tâches, qui commencent à être utilisées auprès de gens ayant un TPL, sont présentées ci-après.

#### MESURES D'ÉVALUATION DE MENTALISATION ET D'EMPATHIE POUR PERSONNES AYANT UN TPL

Récemment, un groupe de chercheurs a mis au point une tâche répondant aux critères mentionnés ci-dessus : le test d'empathie multifacette ou MET (Dziobek *et al.*, 2008). Cette épreuve est destinée à mesurer les habiletés d'empathie chez l'adulte, autant sous le versant cognitif (référant du même coup aux aspects de mentalisation) qu'affectif. Une série d'images tirées de situations de la vie quotidienne est présentée aux sujets. La séquence prend d'abord compte du niveau d'activation physiologique (« arousal ») autorapporté du sujet à la vue d'un contexte

plutôt neutre sur le plan émotionnel. Puis, ce même contexte est de nouveau présenté, à la différence qu'on y inclut cette fois une personne vivant une situation émotionnellement chargée. Les participants doivent inférer l'état mental (prise de perspective ou mentalisation) de la personne à l'aide d'un choix de réponses. Les participants reçoivent par la suite une rétroaction relative à leur réponse et les erreurs sont corrigées au besoin afin de permettre d'effectuer l'étape suivante. Cette dernière mesure la capacité d'empathie. Il s'agit pour le participant de codifier sur une échelle jusqu'à quel point ils se sentent envahis par la scène. Par exemple, si l'état mental du personnage traduit de l'anxiété, on demande au sujet de rapporter son propre niveau d'anxiété associé (par résonance). Ce concept de base repose sur la fonction d'empathie sous forme de contagion. Tel que précisé plus tôt, ce comportement est plus ou moins tourné vers l'autre, mais serait davantage lié aux capacités d'autorégulation de ses propres émotions. Une caractérisation plus complexe de l'empathie est aussi obtenue lorsqu'on demande aux participants de rapporter leur degré de préoccupation vis-à-vis le personnage de la vignette. Au total, 23 paires d'images (contexte/personne) sont présentées.

La deuxième épreuve d'intérêt est le *Movie for the Assessment of Social Cognition* ou *MASC*, développée par le même laboratoire (Dziobek *et al.*, 2006). Dans ce cas, les sujets sont invités à visionner un court métrage mettant en scène quatre personnages discutant lors d'un repas. Les discussions relèvent de thèmes relationnels comme l'amitié ou les relations intimes. La vidéo est arrêtée à des moments spécifiques et l'examineur questionne les participants sur les états mentaux des acteurs (p. ex., leurs intentions, pensées ou émotions). Les participants doivent choisir la bonne réponse parmi quatre choix. L'épreuve vise donc principalement à mesurer les habiletés de mentalisation des sujets.

De façon intéressante, on constate que ces deux instruments ont été développés pour évaluer les capacités de mentalisation et d'empathie d'une clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité. À la MET, les personnes présentant un TPL montrent des déficits significatifs (Dziobek *et al.*, 2011; Ritter *et al.*, 2011). Ces mêmes études montrent aussi des particularités aux deux mesures d'empathie ce qui reflète que les sujets avec un TPL sont beaucoup plus sensibles et affectés que les sujets contrôles. Par ailleurs, l'étude de Dziobek et ses collaborateurs (2011) a également porté sur l'activité cérébrale et électrodermale de sujets avec un TPL et de sujets contrôles soumis à un paradigme modifié de la MET (Dziobek *et al.*, 2011). Les déficits obtenus à partir des mesures comportementales sont appuyés sur le plan biologique. Plus précisément, les personnes avec un TPL montraient une diminution de l'activité cérébrale au niveau du gyrus et du sulcus temporal gauche (Frith & Frith, 2005). Ces zones sont reconnues généralement pour leurs implications

dans l'activité de mentalisation. Pour la fonction d'empathie, les patients présentaient une suractivation du cortex insulaire médian droit, corrélée avec les mesures électrodermales. Ces deux aspects sont connus pour répondre fortement aux états d'activation physiologique (« arousal ») (Singer & Lamm, 2009). En somme, ces résultats appuieraient l'hypothèse de difficultés d'empathie chez les sujets avec un TPL due notamment à des difficultés d'autorégulation en situations impliquant leurs propres aspects émotionnels.

À la MASC, une première étude réalisée auprès de 25 femmes et 2 hommes ayant reçu un diagnostic de TPL rapporte des déficits de mentalisation en ce qui a trait aux capacités d'inférer les intentions d'autrui (Ritter *et al.*, 2011). En utilisant le même matériel, une autre étude, celle de Preißler et ses collaborateurs (2010), montre pour sa part des résultats déficitaires du groupe de participants avec un TPL, toujours pour les capacités à inférer des intentions, mais également les pensées et émotions d'autrui. Un plus grand nombre de sujets avaient été recrutés pour l'étude, soit 64 patients et 38 sujets contrôles, et l'échantillon était exclusivement féminin. Enfin, dans une autre étude, Sharp et ses collaborateurs (Sharp *et al.*, 2011) utilisent aussi la MASC auprès de 111 adolescents âgés de 12 à 17 ans, dont certains avaient des traits de personnalité limite. Les auteurs rapportent un lien entre la présence de ces traits et l'utilisation d'une stratégie alternative inhabituelle marquée par la surexploitation des processus de mentalisation (ou hypermentalisation). Ce résultat ne dépendait pas de l'âge, du sexe ou des autres symptômes des participants. Ce lien entre l'hypermentalisation et les traits de personnalité limite s'expliquait partiellement par des difficultés de régulation affective.

En somme, les résultats de ces études utilisant des stimuli qui représentent davantage la réalité confirment les déficits de mentalisation et d'empathie chez les sujets avec un TPL. Par contre, la nature et la sévérité de certains symptômes pourraient aussi expliquer une partie de ces effets. Par exemple, la présence de symptômes paranoïdes et la méfiance de ces sujets dans un contexte relationnel pourraient également expliquer une certaine partie de la variance des résultats. Les études décrites plus haut n'ont généralement pas considéré ces aspects et elles avaient tendance à considérer les personnes avec un TPL comme un groupe homogène. Comme souligné dans un autre contexte, l'hypermentalisation peut refléter (ou induire, la direction du lien n'étant pas établie) une recrudescence de symptômes paranoïdes et l'impression plus ou moins fondée d'être rejeté ou menacé par l'autre (Frith, 2004).

À cet effet, l'étude récente de Staebler et ses collaborateurs (2011b) utilise le paradigme expérimental du jeu virtuel social « cyberball »

(Williams & Jarvis, 2006) où le sujet doit échanger un ballon virtuel avec de supposés participants en réseau placés en demi-cercle sur l'écran devant lui. Le but de l'étude était de démontrer que les personnes ayant un TPL ont tendance à présenter un biais perceptuel de rejet social, que la situation soit véridique ou non. Les participants étaient placés dans l'un des deux contextes suivants : soit ils étaient inclus dans le groupe virtuel et recevaient le ballon à une fréquence égale à celle des autres partenaires, soit ils étaient véritablement exclus et ne recevaient pas aussi fréquemment le ballon que les autres. Les résultats confirment la tendance des sujets présentant un TPL à se sentir plus exclus en relation sociale que la normale, et ce, peu importe la réalité. Ce groupe rapportait également ressentir une plus grande intensité d'émotions négatives (par exemple de la colère, du ressentiment ou du mépris) envers les autres après avoir vécu cette exclusion. Ces résultats soutiennent la tendance de ces patients à mésinterpréter les intentions de l'autre en contexte relationnel ainsi que leur difficulté à réguler leurs émotions lorsqu'ils se sentent rejetés.

Pour terminer, nous abordons une autre étude très intéressante de King-Casas et ses collaborateurs (2008) sur l'établissement des liens de confiance et de la collaboration. Ces chercheurs ont emprunté un paradigme bien établi en psychologie organisationnelle pour mesurer de façon expérimentale l'établissement d'un lien de confiance réciproque entre partenaires et son influence sur l'impact du partenariat. En début d'expérience, le participant cible reçoit virtuellement 20 \$ d'un participant investisseur. Ce montant est automatiquement triplé et le bénéficiaire doit décider combien il retourne d'argent à l'investisseur. Puis un autre échange a lieu et ainsi de suite. Règle générale, les sujets normaux ont tendance à retourner un peu d'argent en début de processus, mais la proportion de ce retour augmente substantiellement avec la progression des échanges (Kishida, King-Casas, & Montague, 2010). Une fois la confiance établie, ceci permet de réinvestir et d'augmenter davantage ses profits. Les sujets caractérisés par un TPL apparaissent moins enclins à retourner à l'investisseur des sommes d'argent importantes avec l'évolution des échanges, ce qui risque d'être perçu comme une rupture (voire une absence) de confiance par l'autre. En somme, ceci provoquerait une diminution des investissements, des profits relativement plus bas et éventuellement l'arrêt de la collaboration. Par ailleurs, on notait que les sujets avec un TPL avaient moins tendance à chercher la réparation de ces bris de collaboration, ce qui désavantageait l'échange à long terme. Fait intéressant, cette étude a été effectuée pendant un examen de neuro-imagerie et des différences entre les deux groupes ont été observées au plan cérébral. Chez les participants issus de la population générale, l'activité de l'insula, reconnue pour son implication dans l'analyse d'autrui et le comportement de méfiance (Preuschhoff, Bossaerts, & Quartz, 2006;

Preuschoff & Bossaerts, 2007), diminuait à mesure que les profits grossissaient. Chez le sujet TPL, l'activation n'était pas liée à l'importance des profits.

## CONCLUSION

Les difficultés relationnelles sont au cœur de l'évaluation et du traitement des personnes ayant un diagnostic de TPL. À l'instar d'autres psychopathologies, certains auteurs ont émis l'hypothèse que ces difficultés puissent s'expliquer, du moins en partie, par un trouble de la cognition sociale. Par contre, il existe aujourd'hui un nombre restreint d'études portant sur le sujet par rapport à cette population clinique. Cet article avait pour but, dans un premier temps, de décrire les composantes associées à la cognition sociale, à savoir les aspects de reconnaissance des indices sociaux, de mentalisation et d'empathie. Nous avons présenté par la suite les différentes méthodes d'évaluation liées à cette fonction et nous avons discuté de l'application de celles-ci dans l'évaluation de cette clientèle. Sur ce dernier point, les études utilisant des tâches pour mesurer les capacités d'analyse des indices sociaux (p. ex., reconnaissance d'émotions, du regard ou des aspects non verbaux) sont plus ou moins concluantes. Certaines études évoquent les difficultés des sujets avec un TPL à identifier avec justesse les émotions négatives, d'autres au contraire indiquent plutôt la supériorité de ces sujets. Ces derniers résultats convergeraient plutôt vers un effet d'hypersensibilité en contexte relationnel. Ces résultats contradictoires pourraient s'expliquer par des différences dans l'application des méthodologies entre les études. Pour les habiletés de mentalisation, les épreuves classiques ne semblent pas être celles de choix si l'objectif est de cerner les déficits pour la clientèle d'intérêt. Par contre, il est bien connu que ces épreuves ont été construites à l'origine pour évaluer des enfants dont certains étaient atteints d'un trouble envahissant du développement (voir Bird, Castelli, Malik, Frith, & Husain, 2004). Dans un deuxième temps, les recherches appliquées à une population adulte présentant une pathologie de l'ordre du TPL pourraient également manquer de représentativité étant donné le nombre restreint de sujets utilisés. Pour leur part, les études tentant de mesurer objectivement l'empathie des sujets avec un TPL sont peu nombreuses et peu sensibles aux difficultés de cette population. De façon générale, l'utilisation de stimuli plus complexes semble être de mise si l'on cherche à capter des déficits plus subtils auprès de cette population. Aussi, lorsque des résultats sont disponibles, il semblerait que le niveau de sévérité des patients recrutés pour ces études influence grandement les résultats. À cet effet, la complexité de la symptomatologie semble expliquer, du moins en partie, les résultats négatifs. Ceci indique que certaines variables concomitantes, comme l'importance des symptômes dépressifs, des traits paranoïdes ou des états de stress post-traumatiques, devraient aussi être prises en considération dans la constitution des groupes à l'étude.

L'élaboration d'outils répondant à des critères plus écologiques nous semble être davantage d'intérêt si l'on cherche à détecter des difficultés de cet ordre. Sur ce plan, les épreuves telles que la MET et la MASC, par exemple, indiquaient des déficits significatifs de mentalisation et d'empathie chez les sujets avec un TPL. En somme, on objectivait clairement que les sujets avec un TPL montrent plus de difficultés que la norme, à inférer correctement les intentions, la pensée et les émotions d'autrui. Des déficits d'empathie sont également démontrés à la suite de l'utilisation de ces tâches, mais ceci pourrait s'expliquer d'abord par les difficultés d'autorégulation émotionnelle des patients. Ces études sont prometteuses et soulignent encore une fois l'importance de développer des paradigmes expérimentaux originaux qui sont en continuité avec la réalité des sujets.

En somme, l'évaluation de la cognition sociale chez les sujets avec un TPL paraît de plus en plus de mise dans l'établissement du diagnostic, mais également dans l'orientation du traitement de ces personnes. Sur ce plan, plusieurs approches psychothérapeutiques semblent développer des interventions spécifiques afin de soutenir ces déficits de cognition sociale et de régulation des émotions (Bateman & Fonagy, 2006; Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò, & Procacci, 2007). Sur le plan du développement des approches ou des programmes, il appert à la base que l'utilisation du terme « cognition sociale » reste encore à ce jour confondant (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Des précisions devront être apportées pour justifier et soutenir l'utilisation de programmes dont le travail thérapeutique se base justement sur la cognition sociale. D'un point de vue plus clinique, une fois le diagnostic posé, le clinicien a tout intérêt à maîtriser ce concept afin d'identifier le traitement approprié pour son patient. Les données de la littérature montrent en effet que les déficits de cognition sociale varient entre les patients. À différents niveaux, certaines personnes incapables de lire les intentions de l'autre pourraient bénéficier d'interventions visant à développer ces capacités en contexte de thérapie. Le même commentaire s'appliquerait pour ceux montrant des difficultés à être empathique à l'autre. Dans d'autres cas, il semblerait que certains clients activent trop la fonction de mentalisation (p. ex., les gens qui ont tendance à hypermentaliser). Ceux-ci pourraient donc trouver des objectifs spécifiques visant à tempérer la surutilisation d'interprétations par rapport à l'autre.

En terminant, les futures études intéressées par le lien entre la cognition sociale et le TPL pourraient utiliser des mesures plus personnalisées, basées par exemple sur des photographies ou des personnages virtuels d'amis ou parents du client et non d'étrangers génériques comme c'est le cas présentement. Les personnes ayant un TPL ont généralement plus de difficultés à mentaliser dans des contextes



relationnels d'attachement intense (voir Fonagy et Luyten, 2009 pour une revue). Or, ce type de protocole commence à faire l'objet d'études auprès de certaines populations (Hooker, Gyurak, Verosky, Miyakawa, & Ayduk, 2010), mais pas encore auprès de gens ayant un TPL.

#### RÉFÉRENCES

- Achim, A. M., Guitton, M., Jackson, P. L., Boutin, A., & Monetta, L. (2013). On what ground do we mentalize? Characteristics of current tasks and sources of information that contribute to mentalizing judgements. *Psychological assessment, 25*(1), 117-126.
- Achim, A. M., Ouellet, R., Roy, M. A., & Jackson, P.L. (2012). Mentalizing in first-episode psychosis. *Psychiatry Research, 196*(2-3), 207-213.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> éd., rév.). Washington, DC : Auteur.
- Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M., & Schobre, P. (2009). Theory of mind in borderline and cluster-c personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(11), 801-807.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness : An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21*(1), 37-46.
- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*(5), 407-418.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version : A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(2), 241-251.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*. Oxford : Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*(1), 11-15.
- Beadle, J. N., Brown, V., Keady, B., Tranel, D., & Paradiso, S. (2012). Trait empathy as a predictor of individual differences in perceived loneliness. *Psychological Reports, 110*(1), 3-15.
- Belack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T., & Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(2), 371-378.
- Bird, C. M., Castelli, F., Malik, O., Frith, U., & Husain, M. (2004). The impact of extensive medial frontal lobe damage on "Theory of Mind" and cognition. *Brain, 127*(4), 914-928.
- Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K., & Manning, S. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing, 25*(7), 655-672.
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., et al. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder : A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 468-478.
- Bowler, D. M. (1992). "Theory of mind" in Asperger's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*(5), 877-893.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia : A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 31*(1), 21-42.

- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization : Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(9), 1127-1135.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality : Focusing on object relations*. Washington, DC : American psychiatric publishing.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy : Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113-126.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy : A social psychological approach*. Boulder, CO : Westview Press.
- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding : a social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology, 20*(4), 1053-1080.
- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations : implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medecine, 22*(1), 1-21.
- DePaulo, B. M., & Rosenthal, R. (1979). The structure of nonverbal decoding skills. *Journal of Personality, 47*(3), 506-517.
- Derntl, B., & Habel, U. (2011). Deficits in social cognition : a marker for psychiatric disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261*(suppl 2), S145-S149.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders : From research to treatment*. New York, NY : Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders : Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. New York, NY : Routledge.
- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The borderline empathy paradox : Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 172-195.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*(2), 135-147.
- Dyck, M., Habel, U., Slodczyk, J., Schlummer, J., Backes, V., Schneider, F., et al. (2009). Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 39*(5), 855-864.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., et al. (2006). Introducing MASC : A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(5), 623-636.
- Dziobek, I., Preißler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage, 57*(2), 539-548.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H., Wolf, O. T., et al. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted empathy test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(3), 464-473.
- Ekman, P., Sorenson, E. R., & Friesen, W. V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science, 164*(3875), 86-88.
- Farroni, T., Csibra, G., Simion, F., & Johnson, M. H. (2002). Eye contact detection in humans from birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 99*(14), 9602-9605.
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., et al. (2009). Enhanced "reading the mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine, 39*(12), 1979-1988.
- Flury, J. M., Ickes, W., & Schweinle, W. (2008). The borderline empathy effect : Do high BPD individuals have greater empathic ability? Or are they just more difficult to "read"? *Journal of Research in Personality, 42*(2), 312-332.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21.

- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(Special Issue 04), 1355-1381.
- Frank, H., & Hoffman, N. (1986). Borderline empathy: An empirical investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 387-395.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine*, 34(3), 385-389.
- Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current Biology*, 15(17), R644-R646.
- Frith, U., Morton, J., & Leslie, A. M. (1991). The cognitive basis of a biological disorder: autism. *Trends in Neurosciences*, 14(10), 433-438.
- Gerdes, K. E., Segal, E. A., & Lietz, C. A. (2010). Conceptualising and measuring empathy. *The British Journal of Social Work*, 40(7), 2326-2343.
- Ghiassi, V., Dimaggio, G., & Brüne, M. (2010). Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: A study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research*, 20(6), 657-667.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640.
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345-358.
- Happé, F. G. E. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129-154.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277-279.
- Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., et al. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38(1), 135-146.
- Hooker, C. I., Gyurak, A., Verosky, S. C., Miyakawa, A., & Ayduk, Ö. (2010). Neural activity to a partner's facial expression predicts self-regulation after conflict. *Biological Psychiatry*, 67(5), 406-413.
- Jovev, M., Chanen, A., Green, M., Cotton, S., Proffitt, T., Coltheart, M., et al. (2011). Emotional sensitivity in youth with borderline personality pathology. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 234-240.
- Kerr, N., Dunbar, R. I. M., & Bentall, R. P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 253-259.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321(5890), 806-810.
- Kishida, K. T., King-Casas, B., & Montague, P. R. (2010). Neuroeconomic approaches to mental disorders. *Neuron*, 67(4), 543-554.
- Krohn, A. (1974). Borderline "empathy" and differentiation of object representations: a contribution to the psychology of object relations. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 3(2), 142-165.
- Ladisich, W., & Feil, W. B. (1988). Empathy in psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 155-162.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289.

- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion, 6*(4), 647-655.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 47*(6), 468-474.
- Montagne, B., Kessels, R. P. C., Frigerio, E., de Haan, E. H. F., & Perrett, D. I. (2005). Sex differences in the perception of affective facial expressions: Do men really lack emotional sensitivity? *Cognitive Processing, 6*(2), 136-141.
- New, A. S., Rot, M., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., et al. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 660-675.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 277-290.
- Patterson, T. L., Goldman, S., McKibbin, C. L., Hughs, T., & Geste, D. V. (2001). UCSD performance-based skills assessment: development of a new measure of everyday functioning of severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 235-245.
- Patterson, T. L., Moscona, S., McKibbin, C. L., Davidson, K., & Jeste, D. V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 48*(2-3), 351-360.
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Martin, J., Ihnen, G., Racenstein, J. M., Nelson, D., et al. (1999). Social cognition and social skills in schizophrenia: the role of self-monitoring. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(3), 188-190.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 4*, 1-8.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences, 4*(1), 515-526.
- Preuschoff, K., & Bossaerts, P. (2007). Adding prediction risk to the theory of reward learning. *Annals of the New-York Academy of Sciences, 1104*, 135-146.
- Preuschoff, K., Bossaerts, P., & Quartz, S.R. (2006). Neural differentiation of expected reward and risk in human subcortical structures. *Neuron, 51*(3), 381-390.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., et al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research, 187*(1-2), 241-247.
- Ruocco, A. C., Medaglia, J. D., Tinker, J. R., Ayaz, H., Forman, E. M., Newman, C. F., et al. (2010). Medial prefrontal cortex hyperactivation during social exclusion in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 181*(3), 233-236.
- Schilling, L., Wingenfeld, K., Löwe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., et al. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(4), 322-327.
- Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aaron-Peretz, J. A., & Levkovitz, Y. (2010). The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies. *Cortex, 46*(5), 668-677.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2008). *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., et al. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(6), 563-573.
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 30*(6), 855-863.
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of New York Academy of Sciences, 1156*, 81-96.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 276-283.

- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011a). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 275-283.
- Staebler, K., Renneberg, B., Stopsack, M., Fiedler, P., Weiler, M., & Roepke, S. (2011b). Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 41(9), 1929-1938.
- Strack, F., & Förster, J. (2009). *Social cognition : The basis of human interaction*. New York, NY : Psychology Press.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3), 257-272.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs : Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 419-425.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder : Implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13(4), 329-344.
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, S., Zhu, C., & Wang, K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms : A componential view. *Psychiatry Research*, 161(2), 153-161.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 42(10), 1015-1021.
- Williams, K. D., & Jarvis, B. (2006). Cyberball : A program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance. *Behavior Research Methods*, 38(1), 174-180.

#### RÉSUMÉ

Le trouble de personnalité limite (TPL) est une psychopathologie associée à une problématique d'instabilité relationnelle et émotionnelle. De plus en plus d'études associent ces déficits à une atteinte des cognitions sociales, d'où l'importance de cerner et d'apprécier ces aspects. Cet article suggère un survol des outils d'évaluation de la cognition sociale et vise à préciser leur utilité pour l'évaluation des gens ayant un TPL. Les construits théoriques définissant la cognition sociale sont d'abord abordés, ainsi que les instruments de mesure associés à chacun. Enfin, l'importance de l'évaluation de la cognition sociale et ses répercussions sur la compréhension du TPL sont discutées.

#### MOTS CLÉS

personnalité limite, cognition sociale, mentalisation, empathie, évaluation

#### ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) is a serious mental disorder associated with chronic interpersonal and emotional instability. Recently, several studies linked these interpersonal behaviour disturbances with underlying deficits in social cognition, which suggests the importance of evaluating this construct in people with BPD. The main goal of this paper was to review social cognition theoretical constructs and subtypes and available instruments to measure them. Evidence-based data obtained from clients with BPD on these tasks are also presented. Finally, the importance of assessing and taking social cognition in consideration to better understand BPD is discussed.

**Cognition sociale et trouble de personnalité limite**

---

KEY WORDS

---

borderline personality, social cognition, mentalization, empathy, assessment

---