

## Article

---

« Hospitalisation prolongée et sécuritaire d'adolescents du continuum "narcissique-limite" : de l'approche psychodynamique à l'approche cognitive »

Michel Parisien et Louis Morissette

*Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, 1997, p. 106-126.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502097ar>

DOI: 10.7202/502097ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Hospitalisation prolongée et sécuritaire d'adolescents du continuum « narcissique-limite » : de l'approche psychodynamique à l'approche cognitive

---

Michel Parisien\*

Louis Morissette\*\*

La notion de médiation a transformé en profondeur les approches cliniques qui visent un changement, soit dans les connaissances, soit dans la façon d'être et de se comporter. Les stratégies de traitement prolongé des adolescents du continuum « narcissique-limite » dans un hôpital sécuritaire n'y échappent pas. L'approche analytique-psychodynamique a jusqu'ici été la seule à présenter des hypothèses d'intervention dans un tel contexte. Le présent article présente l'évolution des approches cliniques dans un milieu hospitalier sécuritaire québécois, et traduit, dans le langage cognitif de J. E. Young, une partie du travail clinique qui y est actuellement fait. Le rôle actif et médiateur de l'intervenant clinique (dont le psychothérapeute) constitue la ligne directrice de cette transformation graduelle des approches.

**O**n a déjà fait la description d'une expérience institutionnelle de traitement intensif pour patients adultes ou adolescents caractérollogiquement difficiles (Gabbard, 1994 ; Rinsley, 1971, 1990 ; Silver et al., 1987). Il s'agit toujours essentiellement d'une approche classique analytique-psychodynamique. Seul l'article de Silver et al., dont nous nous sommes ici inspirés dans sa forme, note une ouverture éclectique et une orientation théorique en fait « plutôt agnostique ». Nous essaierons de décrire comment peut s'insérer l'application d'une *approche cognitive* dans un programme institutionnel de traitement intensif d'adolescents caractérollogiquement très hypothéqués. Certaines vignettes d'histoires de cas ne sont là que pour illustrer l'application de ce langage assez nouveau. Pour une meilleure compréhension du présent article, une lecture préalable de documents de base (par exemple Cousineau, 1995b, Cousineau et Young, 1997) est recommandée.

---

\* Ph.D. en psychologie, Institut Philippe Pinel de Montréal.

\*\* Médecin psychiatre, Institut Philippe Pinel de Montréal.

## **Historique**

Depuis 1972, on trouve à l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM), milieu hospitalier sécuritaire, une unité d'évaluation et de traitement prolongé (de 15 lits) spécialement réservée aux adolescents présentant une dangerosité importante. Dès lors s'est constituée peu à peu mais rapidement une telle unité pour répondre spécifiquement aux besoins du réseau juvénile, en particulier du Tribunal de la jeunesse. Il arrivait fréquemment en effet que les tribunaux se retrouvent dans un cul-de-sac, un jeune aux lourds antécédents (une carrière criminelle pouvant atteindre une dizaine d'années) ayant épuisé les ressources juvéniles. Les aménagements nécessaires à la bonne marche d'un tel projet furent assurés par les diverses instances administratives ou judiciaires, toutes en accord sur le même objectif.

Le caractère multidisciplinaire d'un milieu psychiatrique sécuritaire et spécialisé dans l'évaluation et le traitement d'adolescents violents ou dangereux a toujours été la caractéristique fondamentale de notre unité. Les critères d'admission sont souples et appliqués cas par cas : « Ceux qui sont gardés en traitement ont en commun la présence d'une dangerosité importante illustrée par la nature de leur passage à l'acte et par le besoin d'un traitement dans un milieu aussi fermé que le nôtre » (Toutant, 1986, 99).

## **Ressources**

Notre premier attribut est la structure sécuritaire même de l'IPPM, qui donne aux résidents un encadrement particulier, et au personnel clinique, un contexte sécuritaire privilégié. Le fait qu'il s'agisse ici d'un milieu médical et multidisciplinaire sur le plan professionnel favorise le travail clinique avec les résidents. L'aspect sécuritaire est au service du traitement.

À l'unité des adolescents, les ressources humaines sont chapeautées par un médecin-psychiatre, responsable du traitement, qui pourvoit également aux besoins de médecine générale, soit par lui-même, soit en recourant à des services extérieurs. Ce psychiatre est responsable des rapports d'expertise pour les évaluations demandées par le Tribunal de la jeunesse. Il supervise l'ensemble du travail clinique de l'unité, maintient des entrevues individuelles régulières avec les résidents, rencontre (avec l'un ou l'autre professionnel) les familles des résidents, assiste à toutes les réunions et gère, à l'aide du personnel infirmier, la médication qu'il prescrit.

À ses côtés se trouvent différentes ressources professionnelles prêtées à l'unité par les services communs à tout l'hôpital : psychologie, criminologie, loisirs et ateliers, services scolaires, hospitaliers (infirmières, éducateurs ou socio-thérapeutes, etc.). Les services hospitaliers sont orchestrés, dans chaque unité de traitement, par un coordonnateur responsable du « personnel de base ». Les relations entre ces intervenants sont complexes, et le bon fonctionnement dépend en grande partie, outre la compétence, d'une certaine sécurité personnelle intérieure permettant à chacun de se remettre régulièrement en question et de s'ouvrir à des points de vue différents. Des capacités de ralliement sont également nécessaires à la cohésion de l'approche thérapeutique.

### Populations

En 1986, déjà 250 jeunes étaient venus à l'IPPM, au moins pour une période d'évaluation de 30 à 60 jours (Toutant, 1986, 99). En septembre 1996, le nombre est passé à 461. Ces populations constituent un groupe très hétérogène quant à la pathologie, d'autant plus que la comorbidité est monnaie courante : troubles de la conduite précurseurs de troubles de personnalité, troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles de l'humeur, début de schizophrénie, etc.

Ceux qui sont gardés en traitement ont habituellement la caractéristique commune d'un niveau de dangerosité important contre la personne, et d'un besoin de traitement en milieu fermé, multidisciplinaire et ultra-spécialisé.

Le type de carrière criminelle varie également d'un sujet à l'autre, certains ayant déjà de lourds antécédents et l'équivalent d'une carrière criminelle de quelques années, d'autres ayant commis un seul délit très violent et très grave, d'autres enfin ayant un dossier judiciaire officiel peu lourd, mais un tel comportement en institution qu'on dit d'eux qu'ils sont « passés à travers le système » et ont « brûlé » les intervenants. Pour certains, se pose la question de maintenir leur renvoi au tribunal pour adultes ou de faire une dernière tentative de traitement dans le réseau pour juvéniles.

Selon la terminologie du DSM-IV, ces adolescents présentent des troubles de personnalité sévères, de type *cluster B* surtout. Selon la terminologie structurelle de Kernberg (Rinsley, 1990, 5), ils se retrouvent dans le continuum « narcissique-limite ». Le langage analytique utilise l'expression d'« échec du processus de séparation-individuation » pour décrire l'incapacité constante à re-

courir à une image interne introjectée qui soit stable et lénifiante (*holding-soothing introject*).

À l'extrémité la moins lourde du continuum, on retrouve le *narcissique* ayant atteint un certain niveau d'individuation sans toutefois avoir résolu le problème de la séparation, alors qu'à l'autre extrême, la personnalité *limite* interprète le sentiment d'abandon comme une menace d'annihilation. Ici, la peur de perdre toute identité mène à une symptomatologie aiguë et bigarrée, alors que la personnalité narcissique, elle, s'efforce de préserver une identité fragile et instable en relation avec l'image maternelle (Rinsley, 1990, 7).

Selon la terminologie cognitive de l'approche centrée sur les schémas de J. E. Young (Young, 1993a, 1993b; Cousineau, 1995b; Cousineau et Young, sous presse; Young et Flanagan, sous presse), les adolescents du continuum analytique narcissique-limite sont fondamentalement caractérisés par les schémas de la *carence affective* et du *sentiment d'abandon*.

Les mieux organisés (ceux du pôle narcissique) voient dans la performance le seul moyen d'obtenir l'approbation et la validation d'autrui. Autrement, ils sont convaincus qu'ils seront totalement privés d'affection et d'empathie. Pour y parvenir, ils conçoivent peu de limites internes (sentiments de grandiosité) et ils se soustraient aux limites externes (triomphe des droits sur les devoirs). C'est ce que Young appelle le mode *autoglorificateur*, un mode « par défaut » (*default mode*), que le narcissique choisit spontanément, soit une façon d'éviter la souffrance liée aux schémas de *carence affective* et de *sentiment d'abandon*. Lorsque la personne veut se couper de cette souffrance, elle peut également présenter un schéma d'*assujettissement*, où elle abdique et se laisse contrôler. Mais la souffrance devient vite intolérable. La personne peut alors adopter un mode d'*évitement* des schémas fondamentaux (appelé aussi *fuite*), en anesthésiant momentanément la souffrance (mode *autoconsolateur*, « Self-Soother ») : alcoolisme, toxicomanie, hypersexualité, recherche effrénée de sensations et de stimulations, fantaisies de grandiosité, refuge dans le travail, etc. Dans la terminologie cognitive, ce qui fait qu'une personnalité narcissique est mieux organisée qu'une personnalité limite, c'est sa capacité d'utiliser pour de longues périodes une modalité compensatoire (mode de *compensation* appelé aussi *contre-attaque*), et ce tant que l'échec ne l'arrête pas.

Pour illustrer une organisation narcissique en termes cognitifs, référons à A, qui mettra pendant neuf années toute son

énergie à se protéger de la réactivation des schémas *carence affective* et *sentiment d'imperfection*.

D'abord, à l'âge de 8 ans et demi, **première blessure majeure** : A est victime d'un abus sexuel violent de la part d'un homme adulte inconnu. Chez lui, le terrain était fragile : ses troubles d'attention avec hyperactivité et impulsivité provoquaient déjà, à répétition, la réprobation de son environnement, contribuant à la réactivation de ses schémas. Les neuf années suivantes ont été caractérisées par une utilisation effrénée du mode *évitement* (mode *autoconsolateur*). D'abord : refuge dans deux relations (homo et hétéro) pédophiliques stables (pendant 2 ans et demi), pseudo-affectives, non coercitives et débordant largement la sexualité. En même temps : « victime » activement collaborante dans une relation exclusivement sexuelle avec un oncle abuseur. Ensuite : 3 années et demie de contacts sexuels pseudo-affectifs avec quelques partenaires (hétéro ou homosexuels) du même âge (dont trois privilégiés). Selon les propres paroles de A, la sexualité était devenue un mode de vivre : « ma drogue ».

Advient alors la **seconde blessure majeure** : A tente une approche amoureuse vis-à-vis d'une fille de son âge ; celle-ci non seulement le repousse, mais le ridiculise en évoquant un contact pédophilique de A dont elle a déjà été témoin ; en sus, elle répand la « nouvelle ». Débute alors un recours obstiné et ininterrompu au mode *compensation* (*contre-attaque*). A est envahi par la rage et il cible la jeune fille (lettres de menaces, guets, filatures). Sur la base de ces événements, on consulte un Centre hospitalier pour enfants. A s'ouvre alors sur une de ses relations pédophiliques passées. La réaction des intervenants est vécue par lui comme une souffrance insupportable. Suivent en institution trois années d'expression histrionique, provocante et hostile, d'intérêts pédophiliques (contre-attaques compensatoires vis-à-vis des adultes en autorité et de la majorité des pairs), y compris l'entretien (l'animation) d'intérêts pédophiliques d'un sous-groupe de pairs (effet autoconsolateur du plaisir, de l'excitation, en même temps que de l'attention et de la pseudo-affection de ces pairs).

Référons-nous maintenant à l'extrême le plus sévère du continuum.

Nous pensons à **Z**, issu d'un milieu familial insécure, instable, punitif et imprévisible. Les figures paternelles se succèdent, presque toutes abusives physiquement, et la mère est inconstante au plan non seulement du maternage et de l'empathie, mais également de sa propre orientation sexuelle. L'une de ses conjointes est physiquement abusive envers **Z**, qui a également à subir certains abus sexuels d'adultes masculins. Chez **Z**, l'*alternance schématique* (passage rapide et incessant d'un schéma et d'un mode à un autre : *schema flipping* de Young) est caractéristique. Pour éviter les sentiments d'*abandon* et d'*instabilité*, d'*abus*, de *carence affective*, d'*imperfection* et de *honte*, d'*isolement* (où la souffrance est maintenue : voir le mode de l'*enfant abandonné* de Young), **Z** bascule constamment à d'autres modes : celui du *parent punitif*, de l'*enfant en colère*, du *protecteur détaché*, ou de l'*évitement* (pour se protéger, recours au détachement).

Dans ce dernier mode, **Z** est actuellement moins dérangeant pour l'environnement, et il apparaît superficiellement mieux adapté. À son mieux, c'est la modalité qu'il préfère même s'il est, selon ses propres termes, « au neutre ». Car il peut ici se conformer aux demandes principales de l'environnement. Il y reçoit un certain renforcement d'approbation, tout en évitant l'intensité des renforcements d'affection et d'empathie. En même temps, toujours selon la même modalité (*évitement*), il s'adonne à une activité sexuelle compulsive, et recourt volontiers à la consommation d'alcool et de drogue lorsqu'il le peut.

Il arrive fréquemment à **Z** de s'automutiler sévèrement ; parfois pour se punir ou punir autrui ; moins souvent pour appeler à l'aide devant l'intensité des sentiments de désarroi, de tristesse et de solitude (réactivation des schémas fondamentaux) ; parfois également pour se couper d'une trop grande intensité affective (mode du *protecteur détaché*).

Il essaie d'échapper au sentiment de gouffre inhérent à l'absence d'identité personnelle (habituellement présent dans le mode du *protecteur détaché*) en maintenant une relation pseudo-affective avec des pairs également affectés de cer-

taines paraphilies. Pour ce faire, il entretient un intérêt pédophilique marqué, ce qui lui permet une intimité factice avec un sous-groupe de pairs. Toujours dans la modalité du *protecteur détaché*, grâce à sa discrétion contenue, **Z** arrive à entretenir également des contacts avec un autre sous-groupe de pairs, celui-là intolérant à toute orientation autre qu'hétérosexuelle. En sus, pour préserver une relation privilégiée, **Z** se montre capable de manifester, de façon sélective et cachée, des intérêts homosexuels et d'adopter à cette fin les comportements correspondants (dans l'intimité et le secret de cette relation spécifique). **Z** s'efforce ainsi d'éviter les sentiments de dépersonnalisation, de vide ou d'ennui qui sont souvent propres au *protecteur détaché*. Il essaie d'entretenir chez autrui la pensée dichotomique (le « clivage » analytique), et ainsi de maintenir la distance entre les différents sous-groupes de pairs.

## Modèles de traitement

### *L'approche analytique-psychodynamique*

Les dix premières années de l'unité furent ancrées à l'approche analytique-psychodynamique, même si la plupart d'entre nous affichaient volontiers une ouverture éclectique et une orientation théorique plutôt « agnostique » (Silver et al., 1987). Si cette philosophie ne nous est pas exclusive, c'est que la rigidité théorique sied mal devant une population difficile qui nous confronte rapidement et parfois de façon dramatique aux failles des tentatives de traitement. Au lieu « d'agnostique », retenons le terme « athée », avec un rejet clair du « monothéisme » théorique et clinique.

Les publications récentes concernant les stratégies thérapeutiques analytiques (Rinsley, 1990; Gabbard, 1994) reflètent presque parfaitement le cadre général de notre approche principale de l'époque, alors que Rinsley fut l'un de nos modèles (Rinsley, 1971). Le milieu structuré fournit l'encadrement sécuritaire palliant d'éventuelles fragmentations, et apporte la chaleur, l'empathie et le maternage suffisants pour répondre aux besoins développementaux qui permettent l'alliance thérapeutique. En contrôlant les comportements symptomatiques, le milieu sert de *support du moi* (phase 1 de l'approche analytique : Rinsley, 1990).

Lorsque les symptômes sont sous contrôle, les stratégies thérapeutiques sont abordées : confrontation, clarification, interprétation. La



mise au point d'un plan de traitement individualisé correspond à la phase 2, c'est-à-dire l'*interprétation du moi*.

Dans les stratégies analytiques, certains principes généraux de fonctionnement sont explicités : 1) minimiser la fragmentation du traitement, par une communication régulière entre membres de l'équipe ; 2) accepter la rupture du principe de la confidentialité en thérapie (en la distinguant de la discrétion) ; 3) centraliser le transfert sur une personne, *ex.* le thérapeute, définie comme neutre, qui se concentre sur l'« insight », et doit toujours faire basculer la pression sur le patient ; 4) organiser des rencontres entre le patient et les personnes clivées par lui ; 5) organiser des rencontres de formation avec le personnel de base afin de discuter de notions comme le transfert, le contre-transfert, le clivage, l'identification projective (en vue de l'amener à une attitude « plus rationnelle » : Gabbard, 1994, 849).

### *Recherche de modèles complémentaires*

À la fin des années 70, commença la recherche de modèles complémentaires de traitement qui ajouteraient une dimension plus opérationnelle pouvant servir de guide aux interventions spécifiques du personnel. De plus, ces modèles devaient être suffisamment flexibles pour permettre une adaptation individualisée à chacun des cas (modèles *s'adaptant au patient* plutôt que patients devant *s'adapter au modèle*). L'apport spécifique des **techniques psychoéducatives** (Gendreau, 1978) avait alors déjà imprégné bon nombre des membres de notre équipe. En outre, un certain nombre désiraient laisser davantage de place aux facteurs explicatifs **biologiques** et de **tempérament** (Chess et Thomas, 1968 et 1986). Certaines notions de la **thérapie de réalité** de Glasser furent également explicitées, donnant ainsi une étiquette à certaines attitudes de traitement que nous avons adoptées depuis longtemps, en particulier quant à la primauté de la responsabilité personnelle qui échoit au patient (Glasser, 1965 ; Zunin, 1972 ; Brater, 1973 et 1974). Presqu'au même moment fut formé à l'IPPM un service d'**évaluation neuropsychologique**, dont notre unité s'empressa de bénéficier au maximum. Ainsi, certaines interprétations psychodynamiques courantes durent être parfois révisées, souvent avec profit : par exemple, résistance à l'atelier de menuiserie reliée plutôt à des difficultés cognitives d'organisation visuo-constructive, ou encore difficulté à fonctionner dans une activité de groupe reliée probablement à un déficit d'organisation cognitive frontale. Rand (Feuerstein et al., 1979 ; Feuerstein et al., 1980) fut invité pendant quelques semaines par le service de neuropsychologie pour nous sen-

sibiliser aux possibilités d'intervention sur les processus cognitifs supérieurs.

Toujours à la même époque, une importance privilégiée fut de plus en plus donnée à l'identification des *déficits d'attention* subsistant sous forme résiduelle à l'adolescence dans un contexte de comorbidité. Par la suite, la documentation scientifique n'a cessé de nous confirmer la validité de cette approche et de nous fournir des moyens diagnostiques et de traitement de plus en plus sophistiqués (Brown, 1994, 1996).

On peut remarquer enfin une utilisation accrue de la **médication psychotrope** : pour les troubles de l'attention, de l'impulsivité, de l'humeur, etc.

### *L'approche cognitive*

Au début des années 90, il y eut une convergence étonnante dans l'ajustement de l'orientation théorique de certains d'entre nous, sans réelle consultation mutuelle ni complicité. D'abord, pour répondre aux besoins de traitement d'une portion déviante sexuelle de plus en plus grande de notre population (Jacob et al., 1993; McKibben et Jacob, 1993), des groupes d'approche cognitive axée sur la *prévention de la récidive* (Perry et Orchard, 1992) furent organisés pour les délinquants sexuels juvéniles. En mai 1992, Young fut invité pour la première fois au Québec au congrès de l'Ordre des psychologues pour présenter son approche cognitive en psychothérapie (Parisien, 1992). Il y revint en octobre 1993, à l'IPPM, pour un colloque d'un jour sur la thérapie cognitive et la personnalité limite.

Presqu'en même temps et sans en voir la convergence, l'un de nos éducateurs alla chercher une formation personnelle en enseignement stratégique et en apprentissage contextualisé (Tardif, 1992). Il s'agit d'une application de la psychologie cognitive aux **pratiques d'enseignement et d'évaluation** (Tardif, 1995). L'enseignant y gère directement les situations d'apprentissage, recourt de façon privilégiée à des tâches authentiques dans une relation de type maître-apprenti, exerce un rôle de modèle (*modeling*) et applique « une démarche qui va de l'enseignement dirigé à la pratique guidée, et de la pratique guidée à la pratique autonome » (Tardif, 1992, 194). Ce que l'on sait actuellement des différents types de connaissance (déclaratives, procédurales et conditionnelles) et de mémoire (à court terme ou de travail, et à long terme) est ici rendu explicite et applicable : «... la science cognitive est essentiellement axée sur les processus de traitement de l'information... » (Tardif, 1992, 73); et l'approche cognitive en

enseignement ne fait pas exception : elle « *privilégie un cadre de médiation* » (Tardif, 1995, 202).

Les principes de l'approche cognitive de Young ont changé quelques-unes de nos façons de faire en psychothérapie individuelle et en ont accentué plusieurs autres. Comme le souligne Young (Young et al., 1993), le thérapeute doit être capable de chaleur, d'ouverture et d'authenticité, d'empathie (se placer dans la perspective du patient), de communication de stratégies logiques, et capable aussi d'être à l'aise pour prendre l'initiative dans la structure et la direction du processus thérapeutique.

Ces fondements réitèrent et complètent certaines hypothèses de l'**approche intégrative** en psychothérapie individuelle (Sticker, 1994). Les bases communes d'une psychothérapie sont ici : 1) l'alliance; 2) la lumière sur le passé et sur les expériences émotives nouvelles dans le processus thérapeutique; 3) des attentes positives réciproques; 4) une vision positive de la part du thérapeute. Non seulement la relation doit être à la fois chaleureuse, supportante et critique, mais le thérapeute doit constamment s'impliquer et adopter des rôles multiples. Le processus est cyclique, alternant entre l'analyse intérieure et les applications comportementales (ici, la phase active du cycle vaut également pour le thérapeute). Le principe de la nécessité de rester très près de l'expérience du patient tout en s'en distançant (Fosshage, 1990a, 1990b; Parisien, 1995) est décrit par Watkins (1994, 306) comme « *un pied en résonance avec le milieu interne du patient* » et « *l'autre pied fermement ancré dans la réalité* ».

Pour ne pas *perdre pied*, il est préférable de suivre les recommandations de Young lorsque la thérapie s'adresse à des troubles de personnalité sévères. Le thérapeute doit être attentif à la réactivation de ses propres schémas (Chênevert, 1996), d'où l'utilité d'identifier avec un pair les émotions vécues dans l'interaction psychothérapeutique.

### **Transformations « cognitives » de l'approche clinique**

Le « langage cognitif », très différent de la terminologie analytique, transforme de façon significative l'approche clinique. Il vise la parcimonie et la simplicité, et il cherche toujours à se référer à des processus explicites accessibles à la conscience, à la raison et au contrôle.

#### *Application aux patients*

Les thérapeutes cognitifs « insistent plus sur les problèmes d'attribution (évaluations biaisées) que sur ceux de motivation » (Cousineau,

1995, 134), inconscients et incontrôlables, et qui sont privilégiés par l'approche analytique. Même souci en enseignement stratégique : « la perception de la contrôlabilité de la tâche » influence positivement les attentes quant à la réussite scolaire (Tardif, 1995, 199). Cette concentration sur les processus conscients et contrôlables permet de développer une relation de collaboration, où le thérapeute (ainsi que l'enseignant) informe le patient « de sa conceptualisation des problèmes présentés ainsi que des stratégies thérapeutiques qu'il entend utiliser » (Cousineau, 1995b, 150).

Des termes comme projection, identification projective, clivage sont non seulement perçus comme incontrôlables, mais ils peuvent également être difficiles à comprendre, parfois même menaçants. Le personnel de base y réagit souvent, à l'insu du professionnel, par une hostilité larvée, un conformisme soumis, une résistance passive ou un autoétiquetage dévalorisant. À l'extrême limite, quand un thérapeute analytique tel que Gabbard demande au personnel de base de contrôler ses attitudes contre-transférentielles en ne cédant pas aux « demandes libidinales » (distinguées des « besoins développementaux ») des patients (Gabbard, 1994, 846), on peut difficilement obtenir une écoute ouverte et rassurée de la part du personnel de base.

Cousineau (1995, 135) avait déjà indiqué qu'au lieu de parler de « projection » de sa colère, le thérapeute cognitif parlait d'un « biais dans le processus d'attribution ». Ce niveau de langage permet d'utiliser une terminologie commune et simplifiée (plus proche de l'expérience, du vécu) pour tout le monde : professionnels, personnel, patients. Mieux encore, pour remplacer « projection », nous préférons *un détournement du blâme sur quelqu'un d'autre*, expression qui reste juste tout en étant modeste. Dans le même ordre d'idée, plutôt que de parler de « clivage », on se référera directement à la notion de *pensée dichotomique*, en parlant de tendance au *tout ou rien* ou de tendance au *tout blanc, tout noir, sans zones grises*.

Young (1993) suggère de recourir à une métaphore commode pour expliquer au patient limite la notion de schéma précoce d'inadaptation (par exemple virus ou boutons : Young, 1993b, 1). Dans notre pratique clinique, nous utilisons trois métaphores pour expliquer au patient limite sa vulnérabilité émotionnelle. La première évoque *des vents imprévisibles qui tournent souvent à la tempête*. La deuxième parle de *l'eau qui commence à bouillir, les premières bulles pouvant être « positives » mais sans contrôle de l'émergence de bulles négatives*. La troisième le réfère à *un voilier qu'on ne sait pas bien manoeuvrer, d'où la préférence du pilote pour le calme plat plutôt que pour l'apparition de*

*vents favorables qui provoqueront vite un chavirement.* L'expérience démontre l'effet éclairant et soulageant de ces métaphores qui décrivent la lacune fondamentale de la personnalité limite. La description est reçue par les adolescents limites comme très proche de l'expérience et comme une alternative crédible à l'hypothèse d'une motivation inconsciente d'autodestruction.

### *Application à l'équipe traitante*

Le langage cognitif permet également d'aborder avec lucidité et spécificité, donc avec un espoir de sérénité, les écueils qui guettent chacun des membres de l'équipe de traitement. Une des plus grandes difficultés pour une équipe traitant avec la personnalité limite est le passage incessant et rapide d'un schéma et d'un mode à l'autre (*alternance schématique* ou « *schema flipping* »), comme si le thérapeute avait affaire à des personnes différentes selon le moment. Il arrive alors que l'intervenant éprouve de la colère ou du ressentiment (mode *compensation*) ou, à l'opposé, évite la confrontation et n'établit pas de limites (schéma *assujettissement*). Il arrive également que l'intervenant offre au patient une attention et un temps exagéré (schéma *sacrifice de soi*) ou, à l'opposé, décourage l'expression intense des besoins et émotions tout en présentant soi-même une attitude de froideur émotionnelle (mode *évitement*). Enfin, il peut arriver que l'intervenant se sente inadéquat (schéma *exigences élevées*). À l'opposé, il peut adopter une attitude d'abandon ou de défaitisme en encourageant un congé prématuré (mode *évitement*). Il est sain de présenter à l'équipe ces modalités de fonctionnement comme normales, seules l'intensité et la rigidité de leur manifestation les rendant problématiques.

**R** est un grand adolescent de tout juste 15 ans à son arrivée à l'IPPM. Admis à la suite d'automutilations de plus en plus fréquentes, impulsives, imprévisibles et dangereuses, les premières semaines se déroulent sans heurts majeurs. Lorsqu'on lui annonce qu'il pourrait quitter plus tôt que prévu (vu son bon fonctionnement), s'ensuivent plus de 22 mois d'automutilations très graves, potentiellement irréversibles (énucléation, trauma crânien, anoxie cérébrale), d'agressions sur des personnes, en particulier sur une infirmière respectée de tous, de destruction de l'environnement, etc. Les mesures thérapeutiques ont été tout autant hors de l'ordinaire : surveillance ininterrompue, médication massive, électrothérapie, contentions à long terme des quatre membres, menottes, diète spéciale, aménagement de la chambre, etc.

Ce que l'équipe traitante pouvait vivre *le moins difficilement*, c'étaient les automutilations : le personnel pouvait « laisser aller » (soumission passive), se « couper émotionnellement » (mode *évitement*) ou appliquer les contentions (selon le mode *évitement*, par la froideur ; ou selon le mode *compensation*, par la colère).

Les agressions, en particulier sur une personne appréciée de tout le personnel et affectionnée par les patients, ont été plus difficiles à « digérer » : colère, ressentiment, sentiment d'échec, abandon, défaite. Du côté des patients, ce fut le rejet massif de **R**.

Certains intervenants étaient « froids », évitaient les rencontres, d'autres qui n'avaient pas le choix du contact journalier, *s'autoconsolaient* chacun à sa façon, d'autres cherchaient à « aider » (trop), d'autres se laissaient abattre, d'autres rêvaient d'un transfert de **R** à une autre unité, même avant ses 18 ans... Pour l'équipe, pendant une année, ce fut une véritable épreuve.

Il est possible de rassurer une équipe traitante en lui décrivant ses propres schémas cognitifs de fonctionnement d'ensemble. La nôtre se distingue par deux pôles (cliniquement non significatifs), en apparence contradictoires : d'un côté le pôle du schéma *sacrifice de soi-sentiment démesuré de responsabilité* et du schéma *inflexibilité-exigences élevées* ; et de l'autre côté le pôle du schéma *sentiment que tout est dû-égo-centrisme*. La présence de ces deux pôles peut se justifier dans un milieu sécuritaire : d'une part, il y a une attitude qui tient le patient pour un enfant vulnérable dont les besoins sont authentiques et légitimes et dont il faut prendre soin ; d'autre part, il y a une volonté de mettre des limites, de faire respecter un encadrement, ainsi que les droits et besoins de chaque membre de l'équipe traitante. Cette stratégie d'évaluation de l'équipe permet également de personnaliser davantage les résultats de chacun, soit par sous-groupe, soit de façon individuelle. Nous convenons ici de l'absolue nécessité pour les professionnels de se soumettre à cette analyse au même titre que les membres du personnel de base.

Dans une équipe traitante, le psychothérapeute individuel d'approche cognitive, de par ses rôles multiples, est exposé à la fois à la perception conflictuelle de l'équipe et à la pensée dichotomique du patient. Actif et impliqué, il bénéficie d'un contexte relationnel (le bureau) où

le respect de l'encadrement est moins souvent mis à l'épreuve qu'à l'unité de vie et dans les activités structurées. Il peut donc avantageusement faire preuve de chaleur et d'empathie, encourager l'intensité affective, valider les sentiments et les besoins fondamentaux ainsi que les réussites, et encourager dans la relation psychothérapique « la réciprocité et la divulgation de soi » (Cousineau et Young, 1997). Mais ce contexte peut se retourner contre le thérapeute, s'il n'a pas «...l'autre pied fermement ancré dans la réalité... » (Watkins, 1994, 306). C'est là que sont d'un secours inestimable chez le thérapeute ses capacités d'ouverture à l'équipe de base et la sécurité intérieure qui lui permet de se remettre en question.

Le contexte de la psychothérapie individuelle cognitive constitue également une rampe d'essai pour le patient, avec risques calculés, assuré qu'il est de l'encouragement du thérapeute, de son soutien, de sa disponibilité à assumer le rôle de *moi-substitut* face à l'équipe traitante si besoin est. À mesure que la confiance s'installe, la « tâche de la réattribution des responsabilités » (Cousineau et Young, 1997) devient possible. Une répartition réaliste peut alors graduellement se faire quant aux influences respectives de l'environnement familial et social, des caractéristiques de tempérament et des facteurs neurochimiques ou neurophysiologiques de certains déficits particuliers (déficit d'attention, troubles de l'humeur, déficits neuropsychologiques, etc.). C'est alors le psychothérapeute individuel qui doit examiner avec le patient la liste des avantages et inconvénients du recours à une médication psychotrope particulière. Face à l'importance de plus en plus grande donnée à la notion de comorbidité, on voit également apparaître des possibilités d'interventions médicamenteuses convergentes, y compris les psychostimulants (Gammon et Brown, 1993).

La psychothérapie individuelle (ici cognitive) demeure l'endroit privilégié où le patient, narcissique ou limite, peut éventuellement se permettre de retrouver le contact direct avec la souffrance de ses schémas d'inadaptation de base.

Rappelons le patient narcissique A qui, très progressivement au cours de plus d'une année, a réussi à se défaire « morceau par morceau » de sa méfiance envers le thérapeute, délaissant graduellement son « déguisement ». Lors du dévoilement complet des éléments de l'origine anamnésique (première blessure majeure) du fonctionnement psychopathologique actuel, A a pleuré durant plusieurs entrevues (ce qu'il n'avait jamais fait auparavant), reprenant un contact direct avec ses sentiments d'isolement, de solitude, de priva-

tion affective, d'imperfection et de honte (mode de l'*enfant vulnérable*). Mais ceci n'est qu'une rampe d'essai pour lui, et **A** (supporté directement par son thérapeute s'il le faut) doit trouver la force nécessaire au transfert de sa nouvelle ouverture à une partie significative de l'équipe traitante. L'un des enjeux actuels du traitement est de diminuer l'intensité réactionnelle. Dans la « tâche de la réattribution des responsabilités » (Cousineau et Young, 1997), la prise de conscience, *par le patient*, du rôle significatif du tempérament sur l'intensité réactionnelle (Chess et Thomas, 1996, 276) est aussi essentielle que la reconnaissance *par le psychothérapeute* et *par l'équipe traitante* du rôle des traumas objectifs. Notons que pour compenser son déficit d'attention, **A** bénéficie actuellement d'une médication psychostimulante.

Quant au patient **Z**, typiquement limite, il vient à peine d'admettre sa facilité à emprunter l'identité d'autrui. La relation avec le thérapeute n'est pas encore assez solide pour qu'il puisse recourir à ce support devant certaines frustrations : **Z** préfère actuellement adopter le mode de l'*enfant en colère*, en utilisant l'automutilation pour exprimer la colère de l'enfant en lui. L'automutilation lui sert alors d'expression agressive contre l'équipe traitante qu'il perçoit comme abusive, et parfois contre son psychothérapeute, qu'il peut « attaquer » à ces occasions en refusant l'offre de support (entrevue prévue mais refusée).

Il y a des cas où ce n'est pas le travail (en psychothérapie individuelle) de reprise de contact avec la souffrance de base qui constitue la plaque tournante du changement.

Le patient **R**, sensible au rejet et au sentiment d'abandon, ne présentait pas l'histoire typique des patients limites : pas d'abandon ou de négligence parentale, non victime d'agression physique ou sexuelle, stabilité dans le milieu de vie, pas de déficit neurocognitif, pas d'abus de substances. On notait dès l'enfance une anxiété marquée, une intolérance à la séparation et une histoire familiale chargée en troubles anxieux et impulsifs. La thérapie individuelle a permis d'identifier certains schémas mésadaptatifs (sensibilité au rejet). Mais le thérapeute a également pris conscience des



aspects biologiques prépondérants à la base de l'anxiété (vulnérabilité émotionnelle : Linehan, 1993, 43). Une médication appropriée (surtout Naltrexone, suite à de nombreux et différents essais pendant des mois) a fait disparaître complètement (en quelques jours et ceci depuis dix mois) tout phénomène automutilatoire et agressif. **R** peut maintenant profiter davantage des interventions et du support psychothérapeutique, qui l'aident (enfin !) à vivre avec succès son programme de sorties.

### Perspectives d'avenir : ouverture et décloisonnement

L'approche cognitive bénéficie actuellement d'un statut privilégié, sans doute parce qu'elle est nouvelle, et également que tout le monde en parle ou s'en réclame, ce qui faisait écrire à Tardif (1995, 175) qu'il est « politically correct » d'être cognitiviste. Mais l'explication de la popularité grandissante de cette approche est plus fondamentale :

[...] la science cognitive est essentiellement axée sur les processus de traitement de l'information [...] (Tardif, 1992, 73).

Toutes les orientations particulières en thérapie cognitive sont liées entre elles par leur conviction selon laquelle les **structures médiatrices** de connaissances ou les processus de pensée jouent un rôle fondamental dans l'explication et la modification du comportement humain. (Kuehlwein et Rosen, 1993, in Cousineau, 1995, 51)

La notion de **médiation** a transformé en profondeur les approches qui visent un changement, soit dans les connaissances, soit dans la façon d'être et de se comporter. Les voies empruntées étonnent. Ainsi, s'inspirant du concept d'apprentissage médiatisé de Feuerstein et développé à Tel Aviv et Toronto (Feuerstein et al., 1979 ; Feuerstein et al., 1980), Audy (Audy et al., 1993 ; Audy, 1994) a réitéré au Québec l'importance du rôle des médiateurs (jadis les grands-parents, les parents, la fratrie, etc.) dans le développement des fonctions cognitives, et il a établi depuis le début des années 80 un programme spécifique, pratique et efficace, applicable aux élèves souffrant du *syndrome de privation de médiation (S.P.M.)*. Il vise à compenser l'effritement du tissu familial et social en rendant disponibles aux jeunes connaissant un *S.P.M.* « plus de quatre-vingt stratégies de résolution de problèmes, plus d'une cen-

taine de principes de vie de même qu'une multitude de concepts et d'explications sur le sens de ce qui nous entoure et sur la vie en général » (Audy, 1993, 151). L'amélioration des résultats scolaires rapportée jusqu'ici est rapide et considérable. Le programme, surtout présent « en province », est activement encouragé et subventionné, autant dans sa recherche que dans son application, par le ministère de l'Éducation. Il trouve également des applications dans l'industrie et ailleurs dans des pays de langue française (en particulier la France et la Belgique). Il pourrait vraisemblablement contribuer au processus de changement de nos adolescents à l'IPPM. Car cette nouvelle « parenté » entre la psychothérapie et des approches connexes de changement est réjouissante, confirmant que les stratégies psychothérapeutiques ne sont plus une chasse gardée.

Autre raison de se réjouir : l'atténuation des frontières et des différences entre les approches. On constate chez plusieurs auteurs « analytiques » un éclatement de l'approche analytique-psychodynamique (Fosshage, 1992; Dumesnil, 1993). On se distancie du concept de « neutralité bienveillante [...] parce qu'il laisse l'impression que le thérapeute doit se tenir en marge de la relation [...] » (Dumesnil, 1993, 184). On redéfinit la pratique psychothérapeutique comme « un mouvement objectal bienveillant [...] pour tenir temporairement la position de moi auxiliaire capable [...] d'objectiver la relation [...] » (Dumesnil, 1993, 184-185). Le travail du psychothérapeute analytique-psychodynamique peut maintenant être envisagé par certains comme visant « à **forcer** la perspective en révélant les expériences contradictoires à la conscience [...] et à favoriser **activement** l'intégration de l'expérience syntone [...] en maintenant un investissement (objectal) qui a pour effet de provoquer une réorganisation dans la structure interne [...] » (Dumesnil, 1993, 185-186).

Les patients limites, tellement hypothéqués, ne pourront que bénéficier de ces nouvelles convergences. Il en est de même des thérapeutes, qui doivent considérer leurs apprentissages comme un processus nécessaire et toujours en voie de mutation.

Pour terminer, ceux qui croient que l'approche cognitive a relégué aux oubliettes l'approche psychodynamique seront déçus : à notre unité de traitement, les deux langages se croisent, au gré de l'individualité des situations. Chacun a son penchant, et il essaie de respecter l'autre, le bien du patient étant l'objectif à atteindre.

## RÉFÉRENCES

- AUDY, P., 1994, La prévention des déséquilibres personnels et sociaux par la médiation des principes de vie, *Revue québécoise de psychologie*, 15, 129-151.
- AUDY, P., RUPH, F., RICHARD, M., 1993, La prévention des échecs et des abandons scolaires par l'actualisation du potentiel intellectuel (A.P.I.), *Revue québécoise de psychologie*, 14, 1, 151-189.
- BRATER, T. E., 1973, Treating alienated, unmotivated, drug abusing adolescents, *American Journal of Psychotherapy*, 27, 4, 585-598.
- BRATER, T. E., 1974, Helping those who do not want to help themselves: a reality therapy and confrontation orientation, *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology. Methods and Therapy*, 20, 4, 23-30.
- BROWN, T. E., 1994, Many faces of ADD : Comorbidity, *Attention!*, 1, 2, 29-36.
- BROWN, T. E., 1996, *Brown Attention-Deficit Disorder Scales. Adolescents and adults*, The Psychological Corporation, San Antonio, Texas.
- CHÉNEVERT, S., 1996, Le narcissisme en thérapie centrée sur les schémas, *Psychologie Québec*, 13, 5, p. 9.
- CHESS, S., THOMAS, A., 1968, *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, Brunner/Mazel, New York.
- CHESS, S., THOMAS, A., 1996, *Temperament in Clinical Practice*, Guilford Press, New York .
- COUSINEAU, P., 1995a, Les approches cognitives. Présentation, *Revue québécoise de psychologie*, 16, 2, 51-54.
- COUSINEAU, P., 1995b, L'approche cognitive et les troubles de la personnalité, *Revue québécoise de psychologie*, 16, 2, 131-152.
- COUSINEAU, P., YOUNG, J. E, 1997, Le traitement du trouble de personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas, *Santé mentale au Québec*, 22, 1, 87-105.
- DUMESNIL, F., 1993, *Le destin psychique de l'enfant. L'influence parentale*, Laval, Québec, Méridien.
- FEUERSTEIN, R., RAND, Y., HOFFMAN, M. B., 1979, *The Dynamic Assessment of Retarded Performers. The Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques*, U.P.P., Baltimore.
- FEUERSTEIN, R., RAND, Y., HOFFMAN, M. B., MILLER, R., 1980, *Instrumental Enrichment. An Intervention Program for Cognitive Modifiability*, U.P.P., Baltimore.
- FOSSHAGE, J. L., 1990a, How theory shapes techniques: perspectives on a self-psychological clinical presentation: Clinical protocol, *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 461-477.

- FOSSHAGE, J. L., 1990b, How theory shapes techniques: perspectives on a self-psychological clinical presentation: the analyst's response, *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 601-622
- FOSSHAGE, J. L., 1992, The interpretive sequence, in Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M., Fosshage, J. L., eds., *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*, The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey, chap. 7, 96-121.
- FOSSHAGE, J. L., 1994, Toward reconceptualizing transferences: theoretical and clinical considerations, *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 265-280.
- GABBARD, G. O., 1994, Treatment of borderline patients in a multiple-treater setting, *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 4, 839-850.
- GAMMON, G. D., BROWN, T. E., 1993, Fluoxetine and Methylphenidate in Combination for treatment of Attention Deficit Disorder and Comorbid Depressive Disorder, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 3, 1, 1-10.
- GENDREAU, P., 1978, *L'intervention psycho-éducative*, Éditions Fleurus, Montréal.
- GLASSER, W., 1965, *Reality Therapy: a New Approach to Psychiatry*, Harper and Row, New York.
- GOODRICH, W., 1987, Long-term psychoanalytic hospital treatment of adolescents, *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 2, 273-287.
- JACOB, M., MCKIBBEN, A., PROULX, J., 1993, Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels, *Criminologie*, 26, 1, 133-163.
- LINEHAN, M. M., 1993, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- MCKIBBEN, A., JACOB, M., 1993, Les adolescents, in Aubut, J. et al., *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*, Les Éditions de la Chenelière et Maloine, Montréal/Paris, 267- 279.
- PARISIEN, M., 1992, L'approche cognitive en psychothérapie : vers une approche intégrée, *Psychologie Québec*, 9, 4, p. 6.
- PARISIEN, M., 1995, Le concept de contre-transfert revivifié : un psychanalyste détrône le thérapeute de son statut, *Psychologie Québec*, 12, 4, p. 14.
- PERRY, G. P., ORCHARD, J., 1992, *Assessment and Treatment of Adolescent Sex Offenders*, Professional Resource Press, Sarasota, Florida.
- RINSLEY, D. B., 1971, Theory and practice of intensive residential treatment of adolescents, in Feinstein, S. C., Gidvacchini, P. L., Miller, A. A., eds., *Adolescent Psychiatry. Vol. I. Developmental and Clinical Studies*, Basic Books, New York, 479-509.

- RINSLEY, D. B., 1990, The severely disturbed adolescent: indications for hospital and residential treatment, *Bulletin of Menninger Clinic*, 54, 3-12.
- SILVER, D., CARDISH, R. J., GLASSMAN, E. J., 1987, Intensive treatment of characterologically difficult patients. A general hospital perspective, *Psychiatric clinics of North America*, 10, 2, 219- 245.
- STICKER, G., 1994, Reflections on psychotherapy integration, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 3-12.
- TARDIF, J., 1992, *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*, Logiques, Montréal.
- TARDIF, J., 1995, Les influences de la psychologie cognitive sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation, *Revue québécoise de psychologie*, 16, 2, 175-207.
- TOUTANT, C., 1986, Pour une meilleure approche thérapeutique des jeunes criminels, in Piuze, S., éd., *Réussir sa jeunesse. Réflexions du Congrès international sur la jeunesse*, Montréal, Stanké, 99-122.
- YOUNG, J. E., 1990, 1994, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a Schema-focused Approach. Review of Education*, Professional Resource Exchange, Sarasota, Florida.
- YOUNG, J. E., 1993a, *Overview Outline for Schema-Focused Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder*, Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E., 1993b, *Treatment Outline: Schema-Focused Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder*, Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E., BROWN, G., 1990, *Schema Questionnaire. Second Edition*, Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E., BROWN, G., 1992, *Questionnaire relatif aux schémas cognitifs (Young et Brown, 2e édition)*, Cognitive Therapy Center of New York.
- YOUNG, J. E., FLANAGAN, C., Schema-Focused Therapy for Narcissistic Patients, in Ronningstam, E., éd., *Disorders of Narcissism. Theoretical, Empirical and Clinical Implications*, American Psychiatric Press, Washington, D.C. (sous presse).
- YOUNG, J. E., KLOSCO, J. S., 1993, *Reinventing your Life: How to Break Free of Negative Life Patterns*, Dutton, New York.
- YOUNG, J. E., KLOSCO, J. S., 1995, *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous ne pensez*, Les Éditions de l'Homme, Montréal.
- YOUNG, J. E., BECK, A. T., WEINBERGER, A., 1993, Depression, in Barlow, D., éd., *Clinical Handbook of Psychological Disorder*, 2nd edition, Guilford Press, New York, 240-277.

- WATKINS, J. G., 1993, Dealing with the problem of “false memory” in clinic and court, *The Journal of Psychiatric and Law*, 21, 3, 297-317.
- ZUNIN, L., 1972, Reality therapy and campus prisons, in Irvine, L. M., Brelje, T. B., eds., *Law, Psychiatry and the Mentally Disordered Offender*, Charles C. Thomas, Springfield.

## **ABSTRACT**

### **Prolonged and secure hospitalization of “narcissistic-borderline” adolescents: from a psychodynamic to a cognitive approach**

The notion of “mediation” has profoundly transformed clinical approaches aiming at a change either in knowledge, in the way of being or of behaving. The way to treat narcissistic-borderline adolescents in the long-term in a secure hospital does not escape this notion. Until now, the psychodynamic-analytical approach has been the only one presenting interventions in such context, and this, since many decades. The present article attempts to witness the evolution of the clinical approaches within the Quebec security-hospital milieu, and to translate in E.J. Young’s cognitive language part of the clinical work currently done. The active and mediation role of the clinical intervenor (including the psychotherapist) constitutes the guiding line of the gradual transformation of approaches.