

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

La psychothérapie au cinéma

Représentation de la psychothérapie et des psychothérapeutes dans les thrillers et les comédies du cinéma américain contemporain

Mémoire de Master en Psychologie clinique et Psychopathologie
Présenté par Cécile Meyer
Directeur : Valentino Pomini
Expert : Yves de Roten

SESSION D'HIVER 2017

Table des matières

Résumé	4
I. Introduction	5
II. Littérature et concepts théoriques	8
1) L'alliance thérapeutique	8
2) Image et stéréotypes	10
3) La représentation sociale	12
III. Méthode	14
1) Choix du corpus	14
2) Evaluation de l'alliance (3RS).....	15
3) Psychologie sociale	19
IV. Analyse comparative (thrillers^T vs comédies^C)	20
1) Climat général de la thérapie	20
2) L'alliance thérapeutique et ses ruptures.....	24
3) Le contrôle-pression	27
4) Les stratégies de résolution.....	29
5) La trace écrite ou vidéo	32
6) L'issue de la thérapie	33
7) Caractéristiques du thérapeute.....	36
V. Discussion	40
1) La contrainte comique.....	40
2) La contrainte du suspense	42
3) Questions de méthode	44
VI. Conclusion	46
VII. Bibliographie	49
VIII. Annexe	53

Résumé

Cette recherche observe la représentation de la thérapie et des thérapeutes dans le cinéma américain contemporain (2000-2015) à travers une comparaison de deux genres cinématographiques distincts, le thriller et la comédie. L'observation de l'alliance thérapeutique se fait par le système de codage 3RS développé par C.F. Eubanks, J. Safran et J.C. Muran ; celle des thérapeutes s'attache aux traits caractérisant les personnages, en conformité ou en opposition à des stéréotypes. La comparaison d'une dizaine de films amène à s'interroger sur l'impact des contraintes du comique et du suspense sur la représentation des thérapeutes ainsi que sur l'alliance thérapeutique.

This research examines the representation of therapy and therapists in contemporary American cinema (2000-2015) through a comparison between two cinematographic genres, thriller and comedy. The observation of the therapeutic alliance has followed the 3RS coding system, developed by C.F. Eubanks, J. Safran and J.C. Muran ; that of the therapists focuses on the characters, according or in opposition to the stereotypes.

The comparison of ten films leads to question the impact of comical and thrilling objectives upon the representation of therapists as well as on the therapeutic alliance.

Mots-clés :

Psychothérapeutes, psychothérapie, alliance thérapeutique, cinéma américain, représentations sociales, stéréotypes.

I. Introduction

Cela fait plus d'un siècle que le 7^e art manifeste une « fascination pour les désordres de la psyché. » (Dupont, 2016, p.7). La date de 1908 est généralement retenue pour saluer le premier film « psychiatrique » de l'histoire avec la *Présentation d'un névropathe* de Roberto Omegna. Depuis lors, le cinéma n'a plus jamais cessé de s'intéresser aux secrets de l'âme et aux mystères de la déraison, tout autant qu'à leurs remèdes et à leurs thérapeutes, si l'on en croit les nombreux Dr X ou Y que comportent les titres de film, à la suite du fameux Dr Tube d'Abel Gance, en 1915. Reflétant l'importance de cette thématique, la littérature critique est également abondante sur la représentation cinématographique de la folie et de ses traitements. L'image des psychothérapeutes a suscité notamment l'intérêt de quelques chercheurs américains, soucieux surtout de fustiger la représentation négative de la profession (Gharaibeh, 2004), voire sa « stigmatisation » (Gabbard & Gabbard, 1992). Des typologies ont même été proposées pour montrer la persistance des mêmes clichés à travers le XX^e siècle (Schneider, 1977, Gabbard & Gabbard, 1987, 1992).

Si intéressante qu'elle soit, l'approche typologique propose cependant une image quasi photographique des personnages de thérapeutes alors que tout l'intérêt du cinéma tient justement à sa dimension diachronique. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de tenir compte dans notre analyse de la spécificité linéaire du cinéma en observant le développement de l'alliance entre le thérapeute et son patient, afin de voir comment cette alliance modifie, dans son évolution même, la représentation de la thérapie et de ses praticiens. Selon Bioy (2010), le concept d'alliance thérapeutique est « indéniablement celui qui offre le plus de perspectives pour comprendre la façon dont les psychothérapies 'fonctionnent', c'est-à-dire celui qui permet d'appréhender le mieux la dynamique des suivis et la façon dont les effets s'organisent. » A ce titre, cet axe d'observation s'avère utile pour envisager la représentation des thérapeutes dans leur complexité et leur dynamisme, plutôt que dans leur seule caractérisation en tant que personnage investi d'un rôle défini. Articulées l'une avec l'autre, les deux approches

permettent de dessiner une image plus fine et plus complète du thérapeute et de sa pratique, les attributs stables du personnage se combinant avec la dimension évolutive de la thérapie.

Une autre manière d'affiner l'analyse de la représentation du thérapeute dans le cinéma américain est de vérifier l'impact du genre cinématographique auquel appartient le film. Le répertoire de Flowers et Frizler (2004), qui recense entre 1899 et 1999 quelque 5000 films comportant des psychothérapeutes, donne une idée de l'immensité du champ qui attend le chercheur intéressé par cette question. Aussi la restriction de notre corpus à une époque et à une zone de production données s'est d'abord imposée pour des raisons évidentes de format et de temps. En revanche, le choix de nous limiter à deux genres cinématographiques distincts, le thriller et la comédie, présente un autre intérêt que sa seule vertu limitative. Une perspective comparative aide à distinguer, dans les différentes représentations étudiées, les éléments découlant des codes ou des contraintes propres au genre du film. Loin de se cantonner à une simple question de méthode, cette approche comparative s'est révélée particulièrement féconde dans le cadre de cette étude, au point de s'imposer comme le fil rouge de notre analyse.

Ces réflexions ont conduit aux questions directrices suivantes : de quelle manière la relation thérapeutique concourt-elle à l'image des psychothérapeutes et de leur pratique dans le cinéma américain contemporain ? Le genre du film influe-t-il également sur cette représentation, et si oui, de quelle manière et pourquoi ?

Après le visionnement de nombreux films incluant des personnages de thérapeutes, une première hypothèse s'est rapidement dessinée en faveur d'une différenciation, très nette, dans le type d'alliance entre thérapeute et patient selon le genre du film, pour des raisons qu'il restait à élucider. Une deuxième hypothèse s'est ensuite formée à partir du constat, dans les comédies, de personnages-thérapeutes nettement plus stéréotypés que dans les thrillers, malgré une alliance au contraire plus sinueuse et imprévisible, hypothèse que nous nous sommes attaché également à vérifier d'abord, puis à comprendre et discuter.

Destinées à mettre à jour la représentation sociale d'un groupe donné, ces questions ont d'autant plus d'intérêt si les films étudiés bénéficient d'une large

diffusion, raison pour laquelle le classement au box-office a compté parmi nos critères de sélection. Par leur seule force de frappe, les représentations que véhiculent les films à large audience ont un impact sociologique évidemment plus grand que l'aurait un film d'auteur distribué en cinémathèque. Cette large audience ne signifie pas pour autant que la représentation des psychothérapeutes y gagne en « vérité » (norme à laquelle le cinéma, comme on le sait, n'est pas tenue, pas plus que n'importe quelle œuvre de fiction) ; elle indique seulement que les réalisateurs, en construisant leur personnage de thérapeute, l'ont fait à l'adresse d'un public formé de millions de spectateurs de cultures diverses, censés pouvoir reconnaître immédiatement de quoi on leur parle. René Bonnel en conclut avec justesse que les « blockbusters » américains, compte tenu de leur vaste public-cible, sont fabriqués sur « le plus petit commun multiple des aspirations du plus grand nombre », (Bonnel, 2002, p. 43). Le succès de ces « cartons » témoigne donc au moins, à défaut de leur qualité, de leur adaptation à un public aussi large que divers. La contrainte d'intelligibilité à laquelle les soumet leur vocation planétaire les oblige à puiser dans des « situations universellement reconnaissables » ouvrant au spectateur, quel qu'il soit et d'où qu'il vienne, « un accès immédiat aux actions, situations et événements » qui leur sont racontés. (Ethis, 2014, §2.2.) C'est dire que l'analyse de l'image des thérapeutes conduira inévitablement à la question des stéréotypes, la « construction » (Jodelet, 1989) des représentations sociales véhiculées par le cinéma pour grand public devant puiser dans un fonds largement connu, à partir duquel pourront se décliner des variations. Ce jeu entre le récit dynamique d'une démarche thérapeutique, la fixité de traits stéréotypiques et, *last but not least*, la liberté propre au 7^e art sera au cœur de notre comparaison entre les thrillers et les comédies.

II. Littérature et concepts théoriques

1) L'alliance thérapeutique

Il a été observé, à travers de nombreuses études, que l'alliance thérapeutique est une dimension centrale pour le bon fonctionnement de la thérapie et déterminante pour une issue positive (*outcome*) de celle-ci (Zilcha-Mano *et al.*, 2016, Hackerman & Hilsenroth, 2001, Locati *et al.*, 2016). Cette alliance se définit comme « la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute, dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (Bioy, 2010, p. 318). Elle se construit grâce à la participation active tant du patient que du thérapeute, afin de créer une relation thérapeutique positive, résultant d'un travail thérapeutique adéquat (Despland *et al.*, 2006). Le succès de la thérapie résultera d'un travail commun entre le patient et le thérapeute. Selon Bordin (1979), l'alliance thérapeutique peut se résumer en trois points : les tâches, les buts et le lien.

La force de l'alliance dépendra du degré d'accord entre le thérapeute et le patient sur les tâches et les buts, ainsi que de la qualité du lien entre eux. Définissons ces trois composantes. Premièrement, le thérapeute et le patient doivent se mettre d'accord sur les activités dans lesquelles ils s'engagent durant la séance. Le patient doit se sentir à l'aise et avoir le sentiment que le travail accompli correspond à ses attentes. Deuxièmement, le patient et le thérapeute collaborent pour atteindre les objectifs fixés (par exemple la suppression d'un symptôme). Le travail commun avec le thérapeute répond à la demande du patient et se dirige vers une résolution de son problème. Troisièmement, Bordin insiste sur l'indépendance entre les aspects spécifiques (techniques) et non spécifiques (relationnels) de la thérapie. Il est nécessaire qu'un lien affectif se crée entre le patient et le thérapeute, afin de dépasser l'aspect purement technique de la thérapie. La qualité de ce lien se renforcera si le patient se sent compris, estimé par son thérapeute. Le thérapeute devient une personne significative pour le patient (Baillargeon, 2003); le gain de confiance qui en résulte produit chez le patient une réponse émotionnelle positive. Notons que ces trois composantes, interdépendantes, s'influencent entre elles de manière continue et circulaire ; si la qualité du lien dépend de l'accord trouvé entre

le patient et le thérapeute, cet accord est à son tour dépendant de la qualité du lien. Tout au long de la thérapie, la qualité de l'alliance va fluctuer. Elle subira fréquemment des moments de crise, susceptibles de mettre à mal le lien thérapeutique s'ils ne sont pas réparés à temps par le thérapeute. Eubanks, Safran & Muran (2015) proposent le terme radical de « rupture » pour désigner cette détérioration significative de l'alliance thérapeutique. Cette détérioration est marquée, comme attendu, par un manque de collaboration sur les tâches ou les buts thérapeutiques, ou par une tension dans le lien émotionnel. Mais Safran & Muran insistent sur le fait qu'il s'agit d'un *déficit* de collaboration, et non pas d'un désaccord entre le patient et le thérapeute, puisque un désaccord ne sera pas forcément considéré comme une rupture s'il est amené de façon adaptée et constructive. Cette « panne dans le processus collaboratif » (Safran & Muran, 2006) peut surgir à tout moment ; elle devient irréparable si le thérapeute ou le patient ne fait pas le nécessaire pour la résoudre. Dans un cas extrême, le patient mettra volontairement fin à la thérapie et on assistera alors à un échec du traitement. Néanmoins, il est important de souligner que les ruptures sont inévitables, l'alliance obéissant à un « cycle dynamique » : elle « se trouve attaquée puis restaurée grâce au travail thérapeutique » (Desplands, et al., 2000).

Safran & Muran (2000) différencient deux types de rupture : la rupture de retrait et la rupture de confrontation. Dans la rupture de retrait, le patient se désengage partiellement de la thérapie, du lien avec le thérapeute, ou de ses propres émotions. Cela peut s'exprimer de deux manières ; le patient se ferme au travail thérapeutique en évitant, par exemple, les questions du thérapeute (mouvement de repli) ou il agit activement pour ne pas devoir se confronter au travail thérapeutique (change de sujet, se montre extrêmement conciliant, etc.). Dans la rupture de confrontation, en revanche, le patient va s'opposer au thérapeute en exprimant son mécontentement ou en tentant de prendre le contrôle de la thérapie. Baillargeon (2003) remarque que ces deux types de rupture manifestent les différentes façons qu'a le patient de gérer la tension entre son désir d'individuation et son désir d'établir une relation avec le thérapeute. Dans la rupture de retrait, il préserve la relation en ne s'opposant pas ouvertement au thérapeute. En revanche,

dans la rupture de confrontation, le patient va favoriser le besoin de définition de soi au détriment de la relation, en négociant le conflit de façon protestataire.

Afin de réparer ces ruptures, il existe plusieurs stratégies de résolution. Face à une rupture de retrait, le thérapeute encouragera le patient à sortir de sa position de repli, et l'invitera à partager ses ressentis. Dans le cas d'une rupture de confrontation, la plainte du patient est assumée, c'est alors au thérapeute de clarifier le malentendu et permettre ainsi au patient d'accéder à ses émotions vulnérables (Eubanks, Muran & Safran, 2015). Bien que les stratégies diffèrent selon qu'elles répondent à une rupture de retrait ou de confrontation, le thérapeute doit dans tous les cas être ouvert à la critique, et transmettre au patient sa volonté d'explorer une quelconque participation de sa part dans la rupture.

2) Image et stéréotypes

A part le recensement méthodique de Flowers et Frizler (2004), plus descriptif qu'analytique, la représentation cinématographique des thérapeutes et de leur pratique n'a guère suscité de concepts théoriques ni d'outils méthodologiques. Deux approches peuvent être mentionnées : quantitative et typologique. L'approche quantitative est représentée entre autres par N.M. Gharaibeh (2005), qui a mené une recherche sur une centaine de films commerciaux américains pour y synthétiser l'image standard du psychiatre qu'ils véhiculent. Suivant une méthode statistique simple, l'étude retient une dizaine de variables telles que le sexe et l'âge du thérapeute, sa compétence, son attitude, son non-respect des limites déontologiques (*Boundary violation*), la méthode thérapeutique, etc. Il en ressort un « profil-type » du thérapeute dans le cinéma américain, psychiatre le plus souvent, majoritairement masculin (74%), d'âge moyen (51%) et peu « regardant » sur les limites déontologiques de sa profession (45%). Si les résultats de cette enquête corroborent ce que n'importe quel spectateur peut constater intuitivement, cette approche présente cependant peu d'utilité pour une analyse fine des thérapies, notamment dans leur évolution au cours du film.

L'approche typologique est représentée notamment par Schneider (1977, 1987)

puis par Gabbard & Gabbard (1987, 1992). Schneider identifie trois stéréotypes de psychiatres, Gabbard & Gabbard en dénombrent dix, du « satyre libidineux » au « bouffon excentrique », en passant par la « femme insatisfaite ». Cette démarche consiste essentiellement en une opération de classement, assortie d'une dénonciation des stéréotypes, forcément réducteurs, biaisés et péjoratifs.

Assez éloignée de ces typologies classificatoires, la thèse de Serge Moscovici est l'une des études françaises qui se rapproche le plus de notre sujet puisqu'elle porte sur l'image de la psychanalyse (*La psychanalyse, son image et son public*, 1976). Elle n'aborde pas, cependant, les représentations de cette discipline par le biais de la fiction, ses deux matériels d'étude étant les réponses à des questionnaires et la presse écrite. En revanche, sa vision des stéréotypes fait écho à ses « images dans nos têtes » que décrivait dès 1922 l'inventeur de la notion de stéréotype, Lippmann (Moliner, 2016, p.40) ; Moscovici met notamment en lumière la *stabilité* du « cadre cognitif » (1976, p.124) des représentations collectives, stabilité que corroborent par la suite la plupart des sociologues de la représentation sociale (Lotman, 1977, Jodelet, 1989, Moliner, 2016).

D'autres notions théoriques de psychologie sociale ont été utilisées pour étayer l'analyse de la représentation cinématographique des thérapeutes et de la thérapie :

- l'utilité du stéréotype en tant que *simplification*, qui « permet de définir et de caractériser un groupe, d'en décrire ses membres de façon rapide et économique sur le plan cognitif » (Moliner, id., p. 41). Cette simplification permet de répondre à la contrainte d'intelligibilité immédiate que nous avons déjà mentionnée à propos des films commerciaux. Nous l'avons gardée à l'esprit pour rester dans une démarche analytique et ne pas tomber dans l'obsession critique de la nocivité des stéréotypes et de la « stigmatisation » de la profession, voie peu fructueuse à notre avis.

- la notion de cliché-modèle (« *model-cliché* ») de Lotman (1977, p. 287). Dans le cas du thérapeute, la figure tutélaire de Freud ne peut pas être ignorée en tant que modèle princeps dans lequel les réalisateurs se sont « servis », un peu comme dans un magasin d'accessoires. Jodelet (1989) attire également l'attention sur la notion de modèle, mais à un autre niveau : en plus du cliché-modèle dont on tire des

éléments de construction du personnage, la représentation produit elle-même une *modélisation* de l'objet symbolisé, opération qui, à son tour, renforcera la stabilité de la représentation.

- la notion de « noyau central » (Moscovici, 1976, Abric, 1989, Doise, 1989, Flament, 1989) ou « noyau dur » (Mugny et Carugati, 1985) de la représentation sociale défini comme « l'élément le plus stable de la représentation, celui qui résiste le plus au changement » (Abric, 1989).

- la distinction entre processus d'induction et de déduction (Moliner, 2016), qui sont les deux à l'œuvre dans la représentation du thérapeute au cinéma. Le processus d'induction est ce par quoi nous, spectateurs, reconnaissons comme un psychothérapeute ou un psychiatre ce personnage masculin, d'âge moyen et fréquemment barbu, assis derrière un bureau. Le processus de déduction, à l'inverse, est ce qui nous incite à attribuer – avec le réalisateur – tel trait stéréotypique à un personnage appartenant à la catégorie « thérapeutes ».

3) La représentation sociale

Dans un schéma très éclairant, Denise Jodelet (1989, p.44) montre bien comment toute représentation sociale est issue d'une double opération de symbolisation et d'interprétation d'un *objet* (pour nous, les psychothérapeutes), par un *sujet* prédéterminé lui-même par sa culture, ses modèles, son appartenance de groupe (les réalisateurs de l'industrie cinématographique américaine). Il y a donc, en amont d'une représentation, un ensemble de valeurs culturelles, une langue, un contexte idéologique et historique, mais aussi la place et la fonction sociales du « sujet » constructeur, qu'il soit individuel ou collectif. Ces déterminants impliquent que le sujet, en même temps qu'il « construit » la représentation, « s'exprime » ; selon la formule de Jodelet, la représentation est un « compromis psychosocial » construit par un sujet à la fois psychologique, épistémique et social. A cette représentation sera conférée une valeur plus ou moins grande de « réalité » par rapport au référent que se figure le public : à savoir les psychothérapeutes et les psychothérapies dans la « vraie vie ». Toujours selon le schéma de Jodelet, la double opération de symbolisation et d'interprétation qui participe à la

construction d'une représentation à partir d'un objet issu du monde réel entraîne des mécanismes de décalage (distorsion, défalcation et supplémentation) entre cette représentation et son référent, mécanismes qui contribuent positivement ou négativement à la valeur de « réalité » qu'on prête à cette représentation. Dans le cas de représentations artistiques comme celles qui nous occupent, cependant, la valeur de réalité se limite à la « vraisemblance » de la représentation. Au sein de l'extrême diversité de la discipline, comment pourrions-nous élire un « référent » unique et fiable de la psychothérapie et de ses praticiens, à l'aune duquel on jugerait de la « réalité » de ses représentations ? De plus, les réalisateurs de fiction, contrairement aux documentaristes, ne sont nullement tenus à une norme de réalité. Ce critère est donc très difficile à manier dans le corpus qui nous occupe.

III. Méthode

1) Choix du corpus

Notre analyse porte sur dix films, cinq thrillers et cinq comédies, tous réalisés aux Etats-Unis à partir des années 2000.

La catégorisation par genre s'est basée sur une dizaine de listes disponibles sur des sites américains et européens (principalement sur les sites Senscritique, Allociné, Vodkaster, L'internaute, Cinenode et Cinetrafic) qui énumèrent les films comportant des psychothérapies ou axés sur une quelconque dimension psychologique. Ces listes indiquent généralement le genre du film, classifications qui convergent le plus souvent entre elles.

Sur la trentaine de films retenus, une deuxième sélection a écarté les films dans lesquels la thérapie était inexistante (incluant un thérapeute mais pas de séances thérapeutiques) ou sans visée de soin.

Souhaitant un nombre égal dans les deux genres, nous avons finalement retenu 5 films de chaque catégorie.

Nous avons choisi le thriller et la comédie pour les deux raisons suivantes. D'une part, le thriller et la comédie sont intéressants par leurs objectifs quasi opposés : créer du suspense et amuser. On peut supposer, a priori, que ces visées antagonistes auront une forte incidence sur la position du thérapeute à l'égard du patient mais aussi sur sa participation dans l'acheminement vers le dénouement. D'autre part, les conditions de traitement diffèrent ; le thriller comporte souvent une prise en charge thérapeutique imposée ou coercitive, tandis que dans la comédie, la thérapie est plus élective. En raison de cette différence, une variable portant sur le contexte de la demande a été prise en compte afin de contrôler les occurrences des ruptures. En effet, plus la thérapie est imposée, plus les ruptures risquent d'être nombreuses ; ce contexte de la demande est donc précisé pour chaque film. Les extraits sans visée de soin ou ne concernant pas une relation strictement professionnelle entre le thérapeute et le patient ont été éliminés.

Pour faciliter la lecture, le genre du film est rappelé en exposant à la suite de son titre (^T pour les thrillers, ^C pour les comédies) lorsque le contexte ne permet pas de

l'identifier immédiatement.

2) Evaluation de l'alliance (3RS)

Afin d'évaluer l'alliance thérapeutique et son évolution au cours des séances thérapeutiques tout au long du film, nous avons utilisé l'échelle 3RS, tirée du *Rupture Resolution Rating System* développé par Eubanks, Safran & Muran (2015). Cet outil d'observation permet de coder (1) les marqueurs de rupture ; (2) les stratégies de résolution utilisées par le thérapeute et (3) leur efficacité. Selon ce manuel, la séance est découpée en segments de cinq minutes, les auteurs ayant considéré ce laps de temps comme suffisant pour observer des ruptures. Pour chaque segment, une série de cases indique par une coche la présence claire ($\sqrt{+}$), moyenne ($\sqrt{}$) ou faible ($\sqrt{-}$) des marqueurs observés. En raison des durées très courtes qu'offre le cadre d'un film, nous avons renoncé au découpage par tranches de cinq minutes au profit d'un relevé plus fin, phrase par phrase (*verbatim*). Nous avons également distingué les *verbatim* du patient et du thérapeute, afin de tracer l'initiative de la rupture et permettre de suivre le dialogue, autant que possible. Nous n'avons cependant pas retranscrit la totalité de l'extrait mais avons uniquement relevé les phrases utiles à l'analyse des ruptures et des stratégies de résolution. La langue originale, l'anglais, a été conservée dans ces retranscriptions afin de restituer les dialogues authentiques et limiter les écarts propres à une traduction. Nous avons également mis en évidence les différents éléments non verbaux lorsqu'ils comportaient une indication pertinente sur l'alliance thérapeutique.

L'échelle 3RS nous a permis de coder chaque extrait qui mettait en scène une thérapie entre le thérapeute et son (ses) patient(s). Ce codage à l'aide d'une échelle éprouvée nous a permis de relever de manière systématique et comparable les modalités de rupture et les stratégies de résolution, en admettant que les unes et les autres pouvaient être initiées par le thérapeute ou par le patient. Ces relevés, qui ont servi de base à notre analyse, sont trop détaillés pour être présentés en entier ici ; c'est pourquoi nous les avons synthétisés dans les tableaux 3 à 6. Les dialogues patient-thérapeute n'y sont pas retranscrits dans leur totalité, mais

uniquement les phrases illustrant une rupture ou une stratégie de résolution. Dans la colonne « Rupture non verbale », nous reportons les comportements non verbaux du patient (ou du thérapeute) qui constituent une rupture ; les *verbatim* les plus pertinents sont analysés dans le corps du texte.

Pour faciliter la compréhension de l'analyse comparative qui va suivre, un résumé succinct de chaque film et des conditions de la thérapie est présenté dans les deux tableaux ci-dessous.

Thrillers	Gothika	Passengers	Side Effects	Stay	The Ward
Année	2003	2008	2013	2005	2011
Réalisateur(s)	Matthieu Kassovitz	Rodrigo Garcia	Steven Soderbergh	Marc Forster	John Carpenter
Nombre d'extraits	3	6	4	5	6
Contexte de la demande	Internement forcé (pénitencier)	Soutien psychologique suite au crash aérien	Thérapie imposée suite à tentative de suicide	Demande implicite	Internement forcé (asile)
Motif de traitement	Délires paranoïaques, possession	ESPT	Dépression	Tendances suicidaires	ESPT, trouble de la personnalité multiple
« Pitch »	<i>Une ancienne thérapeute se fait interner dans un pénitencier car elle vient d'assassiner son mari. Elle soutient qu'elle est possédée par l'esprit d'une jeune femme, et qu'elle n'est donc pas responsable de ce meurtre.</i>	<i>Après un crash d'avion, le Dr Summers apporte un soutien psychologique aux survivants. Mais plusieurs éléments mystérieux l'interrogent sur les réelles causes du crash.</i>	<i>Somnambule suite à la prise d'un antidépresseur, Emily poignarde son mari. Son thérapeute, accusé indirectement du meurtre, est persuadé que sa patiente ne dit pas toute la vérité.</i>	<i>Henry est déterminé à mettre fin à ses jours, samedi soir prochain, à minuit. Lorsqu'il disparaît, son thérapeute va se lancer à sa recherche, pour l'empêcher de commettre l'irréparable.</i>	<i>Internée contre son gré, Kristen n'a aucun souvenir des faits qui l'ont conduite à l'asile. Lorsque les pensionnaires disparaissent les unes après les autres, Kristen ne pense qu'à une chose : s'échapper de ce lieu maudit.</i>

Tableau 1. Présentation des cinq thrillers sélectionnés pour l'analyse

Comédies	Ruby Sparks	Panic	Matchstick Men	Running With Scissors	The Wackness
Année	2012	2000	2003	2006	2008
Réalisateur(s)	Jonathan Dayton Valerie Faris	Henry Bromell	Ridley Scott	Ryan Murphy	Jonathan Levine
Nombre d'extraits	3	5	5	3	6
Contexte de la demande	Demande du patient (implicite)	Pas de demande explicite	Sur conseil d'un ami	Demande de la patiente (implicite)	Rapport dealer/client puis relation thérapeutique (implicite)
Motif de traitement	« Panne » d'inspiration/Distinction fiction vs réalité	Démission du métier de tueur à gage/Amour adultère	Crises d'angoisse/ Agoraphobie/TOC	Violence conjugale/Crises d'angoisse	Problèmes familiaux/Déprime
« Pitch »	<i>Calvin, écrivain à succès, réalise qu'il tombe amoureux de l'héroïne de son nouveau livre. Serait-elle plus qu'un simple produit de son imagination ?</i>	<i>Alex, père de famille, travaille pour son père comme tueur à gage. Le prochain sur sa liste de victimes n'est autre que son thérapeute.</i>	<i>La rencontre avec sa fille fait de Roy un homme nouveau. Mais une arnaque va venir troubler ce bonheur retrouvé.</i>	<i>Deirdre, poétesse torturée, va confier son fils à son thérapeute, le temps qu'elle règle ses problèmes conjugaux.</i>	<i>Dealer à ses heures perdues, Luke peine à gérer ses problèmes familiaux et sentimentaux. Il trouve du réconfort chez son thérapeute et ami, le Dr Squires.</i>

Tableau 2. Présentation des cinq comédies sélectionnées pour l'analyse

3) Psychologie sociale

Cette thématique ne fait pas appel à une méthode spécifique ; elle recourt en revanche au vocabulaire usuel de la psychologie sociale tel qu'il est utilisé par les spécialistes des représentations sociales (Moscovici, 1976, Jodelet, Doise, Flament, 1989) et tel qu'il est détaillé par Maisonneuve (2013).

Pour la clarté du propos, notre analyse de la représentation de l'activité psychothérapeutique distingue l'*image* du thérapeute de sa *représentation* sociale. Ce que nous appelons *image* est l'ensemble des caractéristiques du *personnage*-thérapeute telles que son apparence, ses attributs fixes (manies, habitus), son cadre de vie. Sa *représentation* inclut son attitude dans la thérapie, son rôle diégétique, sa position dans l'opposition classique entre *bons* et *méchants*.

Précisons encore que le terme de stéréotype, fréquemment utilisé, ne comporte pas obligatoirement un jugement disqualifiant, contrairement à ce que pourrait supposer son usage courant. Il signale uniquement l'identification d'un modèle auquel la représentation semble s'être conformée.

IV. Analyse comparative (thrillers^T vs comédies^C)

Plusieurs différences dans le schéma diégétique respectif des comédies et des thrillers portent à conséquence sur l'évolution de la relation thérapeutique telle qu'elle se présente dans chacun des deux genres. Le fait que la thérapie réponde généralement à une demande du patient dans les comédies, et qu'elle soit le plus souvent imposée dans les thrillers est une variable décisive sur le déroulement de l'alliance. Cette donnée influe notamment sur le climat général de la thérapie et sur l'occurrence des ruptures. Des différences s'observent aussi, selon les genres, sur le contrôle-pression exercé par le patient et sur l'acceptation de son état. Peu de différences significatives en revanche se manifestent sur l'issue de la thérapie entre les thrillers et les comédies, similitudes que nous examinerons également.

Les traits caractéristiques du thérapeute, comparés en dernier lieu, manifestent des divergences très nettes entre les deux genres cinématographiques, notamment par leur conformité ou leur écart à un modèle.

1) Climat général de la thérapie

Il a été largement démontré qu'un climat sécurisant et empathique était fondamental pour que le patient se sente en confiance et puisse se confier librement. Dans l'Approche Centrée sur la Personne, initiée par Rogers et devenue populaire dans les années 1960, le thérapeute est invité à agir activement en faveur de l'instauration de ce climat, qui constitue un élément-clé dans le mécanisme de changement du patient (Temaner-Brodley, 2008, pp. 79-80).

Appliquant ce critère de réussite thérapeutique à notre corpus, nous avons observé le climat des thérapies dans les thrillers et des comédies, pour y relever des différences marquantes, tant dans l'atmosphère générale propre à chaque genre (menaçante dans l'un, légère dans l'autre), que dans l'origine de la demande de thérapie, émanant des patients dans la totalité des comédies alors qu'elle est imposée (en tout cas explicitement) dans quatre thrillers sur cinq. La raison en est évidente : les thrillers tournent généralement autour d'un problème de déviance

grave, due à un problème de personnalité également grave qui nécessite des mesures coercitives d'encadrement psychologique ou psychiatrique. A l'inverse, dans les comédies, bien que le patient ait parfois un trouble psychiatrique (TOC dans *Matchstick Men*^C, psychose dans *Running With Scissors*^C), la thérapie ne s'impose pas médicalement au patient mais est plutôt utilitaire (obtenir des médicaments par exemple) et volontaire (aspiration à un mieux-être ou à la résolution de problèmes particuliers).

Le caractère imposé de la thérapie des thrillers imprime, dès le départ, un tout autre climat à la relation thérapeutique. En général, le patient s'oppose de façon virulente et immédiate à la thérapie, résistance causée en grande partie par le déni de son trouble mental. La relation pourrait se décrire, dans les thrillers, comme une suite de ruptures interrompues, ici et là, par quelques moments de trêve, plutôt que comme une alliance interrompue, ici et là, par des ruptures.

Dans *Gothika*^T, nous avons affaire à deux patientes, Chloé et Miranda. Les extraits retenus mettent en évidence le sentiment de la patiente de ne pas se sentir comprise ou prise au sérieux par son thérapeute. Dans le premier extrait, la patiente (Chloé) dit à sa thérapeute : « On ne peut pas faire confiance à quelqu'un qui vous croit folle », phrase reprise quasi mot pour mot par Miranda dans le troisième extrait. A ce manque de confiance à l'égard du thérapeute s'ajoute une mise en cause de sa bonne foi et de son professionnalisme. Dans le premier extrait, la patiente (Chloé) ne se sent pas entendue ; elle critique la froideur affective du thérapeute : « You're not listening... (...) You're not listening with your heart, just your brain ». Dans un autre extrait, Miranda interroge au contraire la neutralité affective du thérapeute : « Did we have an affair ? », lui demande-t-elle (elle est amnésique). Dans cette hypothèse, Miranda va jusqu'au souhait explicite de changer de thérapeute (« ...until I can get myself another doctor »).

Manifeste dès le départ, l'hostilité de Miranda à l'égard de son thérapeute ne va guère s'atténuer au cours du film. L'inaptitude de ce dernier à comprendre ce qui se passe sera révélée brutalement à la fin du film, légitimant pleinement la défiance persistante de la patiente à son égard et l'impossibilité effective d'une alliance.

Dans *The Ward*^T et *Stay*^T, la thérapie s'ouvre sur une confrontation initiale, provoquée par le patient. Dans *Stay*^T, le patient accueille son thérapeute par la phrase suivante : « Who the fuck are you? » ; dans *The Ward*^T, la patiente exprime la même défiance, mais face aux médicaments : « What are they ? ». Les deux films font évoluer la méfiance du patient jusqu'à la suspicion, explicite dans un cas, sous-entendue dans l'autre. Dans *The Ward*^T, la patiente (et le spectateur) sont convaincus que le thérapeute lui cache quelque chose, qu'il ne travaille pas dans le but de l'aider mais dans le but de la faire souffrir (électrochocs, sadisme, mensonges), d'où son rejet, présenté dans le scénario comme légitime, des médicaments et de la thérapie. Dans *Stay*^T, le patient fait comprendre sans beaucoup d'égards que le praticien auquel il a affaire, qui n'est pas son thérapeute habituel, est un voleur (pour une histoire compliquée de bijou) et un incapable : il ne saurait arriver à la cheville de son ancien praticien, forcément meilleur que lui. Alors que dans *The Ward*^T, le soupçon s'exprimait par de la haine, il s'exprime davantage par du mépris dans *Stay*^T. Mais l'un comme l'autre signalent une détérioration majeure de la relation, que les thérapeutes ne parviennent que temporairement à rétablir.

Dans *Passengers*^T, le patient se montre d'emblée très résistant à entrer dans une démarche thérapeutique, et s'oppose à toute tentative de la thérapeute de lui faire commencer un travail analytique. Pour ce faire, il la complimente (« You're very attractive »), plaisante (« God, you just can't help yourself, can you doctor ? »), change de sujet (« Do you paint ? »). Dès que la thérapeute trouve une ouverture pour entamer un travail avec le patient sur son stress post-traumatique, le patient se ferme à la thérapie pour rediriger la relation sur un plan léger et sensuel, ce badinage intempestif servant directement à pousser la relation hors de ses objectifs thérapeutiques.

Dans les comédies, le contexte est radicalement différent : le patient ne s'oppose pas à la thérapie elle-même, puisqu'il y a consenti librement. Même s'il arrive que le patient ne sache pas vraiment pourquoi il consulte (par exemple dans *Panic*^C ou *The Wackness*^C), il exprime néanmoins son besoin de parler (« Sometimes it's nice to have someone to talk to ») ou alors il revient à la séance suivante, bien que la

première ait été un fiasco, comme dans *Panic*^C (- « Why did you come back Alex ? » - « I don't know »). Dans *Ruby Sparks*^C et *Running With Scissors*^C, les patients manifestent même une grande admiration pour leur thérapeute, qu'ils leur expriment explicitement (« You're a genius ! » - *Ruby Sparks*^C ; « That's just brilliant » - *Running With Scissors*^C) ou qu'ils laissent deviner par des signaux non verbaux (l'écoute respectueuse et émerveillée des conseils du thérapeute par la patiente de *Running With Scissors*^C). La confiance absolue dont témoigne le patient envers son thérapeute est constamment soulignée dans les films *Matchstick Men*^C et *Running With Scissors*^C, où les patient(e)s présentent à leur thérapeute une requête qui dépasse largement le cadre d'une relation de soin. Dans *Matchstick Men*^C, le patient demande à son thérapeute d'appeler pour lui sa femme, avec qui il veut renouer pour pouvoir rencontrer sa fille qu'il n'a jamais vue. Dans *Running With Scissors*^C, la patiente confie la garde de son fils à son thérapeute, le temps qu'elle règle ses problèmes conjugaux et son anxiété. Autant dire que le thérapeute est « mis à contribution » par le patient de façon totalement disproportionnée. Dans *Panic*^C et *The Wackness*^C, bien que le climat affectif entre le patient et le thérapeute soit à plusieurs reprises extrêmement tendu (par des sous-entendus du patient sur l'incompétence du thérapeute notamment - *The Wackness*^C : « That's why you get paid for ? » ou *Panic*^C : « I never believed in shrinks »), le patient développe néanmoins un attachement grandissant pour son thérapeute, dont il tente fréquemment de se distancer mais vers lequel il ne peut s'empêcher de revenir. Dans *Panic*^C, le patient, qui a reçu l'ordre de tuer son thérapeute, va ironiquement le sauver d'une agression. Dans *The Wackness*^C, malgré leur rapport parfois houleux, le patient parle de son thérapeute comme de son « seul ami » et va, à la fin du film, le sauver du suicide qu'il s'appêtait à commettre. On constate donc que dans les comédies, le climat général de la thérapie peut être perturbé et le lien affectif sérieusement détérioré, la relation thérapeutique fonctionne au moins sur le plan des objectifs, le patient persistant à admettre la nécessité de la poursuivre.

2) L'alliance thérapeutique et ses ruptures

Si le climat de la thérapie est globalement meilleur dans les comédies que dans les thrillers, cet « avantage » n'exclut pas pour autant les ruptures de l'alliance, y compris de confrontation. Si l'on compte 77 ruptures de confrontation (face à 27 ruptures de retrait) dans les thrillers, on n'en observe pas moins de 40 dans les comédies (contre 29 de retrait). Cependant, la « gravité » des ruptures dans les thrillers est plus importante, dans le sens où elles visent non pas à remettre en question telle activité ou tel paramètre, mais à réfuter la validité même de la thérapie. Comme, la plupart du temps, les patients ignorent la raison de leur internement, ou n'ont pas connaissance de leur trouble, ils se montrent très hostiles face à la thérapie, principalement à travers des ruptures de type Défense de soi (27 sur 115 ruptures), Contrôle-pression (28 sur 115) et Plaintes Thérapeute (15 sur 115). Les patients expriment leur mécontentement de manière virulente, adoptant une position offensive, voire offensante, à l'égard de la thérapie ou du thérapeute. Ils expriment leur sentiment d'être « pris au piège » dans une thérapie qu'ils n'ont pas sollicitée (« Why am I here? », clame d'entrée de jeu Kristen dans *The Ward*^T / « How long have I been in here ? Why ? » dans *Gothika*^T / « Why are you here ? » dans *Side Effects*^T / « Who the fuck are you ? » dans *Stay*^T / « No thanks » dans *Passengers*^T, en réponse à la proposition d'une thérapie). Une comédie fait néanmoins exception, la comédie *Panic*^C, qui se trouve d'ailleurs à mi-chemin entre la comédie et le thriller, de par son scénario jouant sur les deux tableaux. Dans ce film, le patient ouvre la thérapie sur un mode défensif (« I'm not sick, you know ? ») puis met en doute la validité de la cure en exprimant son mépris face à la psychothérapie en général (« I don't believe in shrinks, I mean, we are who we are right ? »).

THRILLERS	Retrait	Confrontation	Total
<i>Side Effects</i>	2 Réponses minimales	4 Contrôle-pression 3 Défense de soi 2 Plaintes activités 1 Plainte paramètres	12
<i>Stay</i>	6 Réponses minimales 2 Autocritique /désespoir 2 Communication abstraite	10 Contrôle-pression 6 Plaintes thérapeute 5 Défense de soi 1 Plainte activités 1 Rejet formulation	33
<i>The Ward</i>	3 Réponses minimales 2 Comm abstraite 2 Chgmts de sujet 1 Déni 1 Autre	11 Contrôle-pression 8 Défense de soi 1 Rejet formulation 1 Plainte activités	30
<i>Passengers</i>	2 Chgmts de sujet 2 Réponses minimales 2 Déni 1 Comm abstraite 1 Déférent-conciliant	10 Contrôle-pression 6 Défense de soi 5 Plaintes thérapeute 2 Plaintes activités 1 Plainte paramètres	32
<i>Gothika</i>	1 Auto-critique 1 Réponse minimale	5 Défense de soi 5 Plaintes thérapeute 1 Rejet formulation	13
Total	31	89	120

Tableau 3. Synthèse des ruptures observées dans les cinq thrillers

COMEDIES	Retrait	Confrontation	Total
<i>Matchstick Men</i>	2 Réponses minimales 2 Ruptures contenu/affect	4 contrôle-pression 2 Défense de soi 2 Plaintes thérapeute 1 Rejet formulation 1 Plaintes paramètres	14
<i>Ruby Sparks</i>	2 Chgmts de sujet 1 Réponse minimale 1 Autocritique	2 Rejet formulation 1 Plaintes activités 1 Défense de soi	8
<i>Panic</i>	4 Réponses minimales 2 Chgmts de sujet 1 Déférent-conciliant	4 Défense de soi 1 Déférent-conciliant 1 Contrôle-pression 1 Plainte thérapeute 1 Plainte activités	15
<i>The Wackness</i>	5 Plaintes Thérapeute 3 Autocritique 2 Réponses minimales 2 Chgmts de sujet 2 Rupture contenu/affect	4 Rejet formulation 2 Contrôle-pression 2 Défense de soi	22
<i>Running With Scissors</i>	1 Réponse minimale 1 Chgmt sujet	2 Défense de soi 2 Plaintes-paramètres 1 Contrôle-pression 1 Plainte patient	8
Total	31	36	67

Tableau 4. Synthèse des ruptures observées dans les cinq comédies

Dans les deux genres cinématographiques, la rupture peut survenir prématurément, parfois même d'entrée de jeu, alors que le thérapeute n'a pas encore dit un mot. Mais contrairement aux thrillers où les ruptures semblent souvent indépendantes de l'attitude du thérapeute (les patients s'opposant au principe même d'une thérapie), la plupart des ruptures dans les comédies sont indissociables de la dialectique thérapeute/patient ; elles sont directement « provoquées » dans le cours du dialogue par les remarques, l'activité ou le paramètre proposés par le thérapeute, selon un schéma « stimulus-réponse ». *Running With Scissors*^C fournit plusieurs exemples de ces ruptures « dialoguées » : le thérapeute pose des questions très particulières à la patiente, chacune d'entre elles déclenchant un retrait à la fois verbal et corporel (« Is that really... ? I mean... Do we... have to... ? »). Dans *Matchstick Men*^C, le thérapeute pose ses pieds sur un tabouret, ce qui horripile le patient, atteint justement d'un trouble compulsif de propreté : il manifeste aussitôt sa désapprobation (lève les yeux au ciel, soupire), tout en prétendant la cacher (Rupture contenu-affect). Dans *Ruby Sparks*^C, le patient s'écroule sur le divan en tournant le dos au thérapeute pour lui exprimer son découragement, et change de sujet (« Can I have Bobby son ours en peluche now ? »). Les ruptures sont provoquées par une tâche considérée comme inadéquate par le patient ou encore par un sujet pénible dont il ne veut pas parler (« I don't want to talk about Lila anymore »). Dans *The Wackness*^C, enfin, lorsque le thérapeute demande au patient à quoi il pense, le patient répond : « Nothing » (Réponse minimale). Le comportement puéril et parfois déplacé du thérapeute provoque également des ruptures chez le patient : « Don't you have some friends [of] your own age ? ». Ces ruptures participent évidemment à l'effet comique des dialogues (sur le modèle de la « répartie » propre au comique théâtral) mais c'est aussi l'indicateur d'une relation thérapeutique qui s'est établie néanmoins avec une relative solidité, malgré les « vannes » ou les taquineries qui l'émaillent régulièrement. Rappelons l'observation de Safran, Crocker, McMain et Murray (1990) selon laquelle une

rupture n'est pas négative en soi ; elle peut être bénéfique pour la thérapie si elle est réparée de manière opportune. De même, on peut dire que les ruptures dans les comédies, par le fait qu'elles prouvent une interaction forte entre thérapeute et le patient, témoignent finalement d'une meilleure alliance que dans les thrillers où le patient semble suivre son propre chemin, en marge ou à l'écart du lien thérapeutique.

Il n'en demeure pas moins que les ruptures sont nettement plus nombreuses dans les thrillers que dans les comédies (115 dans les thrillers, 63 dans les comédies). De plus, à peine la moitié de ces ruptures enclenche une stratégie de résolution de la part du thérapeute (ainsi que nous le développerons au point 4). L'interaction entre patient et thérapeute est donc beaucoup moins intense et efficace dans les thrillers, les ruptures sont le plus souvent ignorées et laissées irrésolues, la relation évolue difficilement, a contrario de la dynamique dialectique que l'on constate dans les comédies, quels que soient l'ironie, le persiflage ou l'agacement des échanges.

Une rupture de confrontation qui a retenu notre attention (et que l'on retrouve dans huit films sur dix) est la rupture de type Contrôle-pression. Majoritaire dans les thrillers, et allant souvent de pair avec un nombre important de « Défenses de soi », cette rupture traduit une tendance du patient à vouloir reprendre l'emprise sur son thérapeute ou à le manipuler d'une manière ou d'une autre. C'est pourquoi le point suivant se consacre plus particulièrement à l'occurrence de cette rupture, et à la façon dont elle s'exprime.

3) Le contrôle-pression

La rupture de type contrôle-pression est catégorisée dans le manuel de Eubanks, Safran & Muran (2015) comme une rupture de retrait. Le patient tente de contrôler son thérapeute, par exemple en lui disant ce qu'il doit faire ou ne pas faire, ou en exerçant une pression pour que la thérapie s'achève plus rapidement. Toute remarque du patient visant à mettre mal à l'aise le thérapeute, ou à le provoquer, peut être codée dans cette catégorie ; il suffit de se mettre à la place du thérapeute et d'aviser si le comportement du patient est susceptible de l'oppresser.

Le fait de vouloir dicter ses règles au thérapeute peut trahir une réticence générale du patient à l'égard de la thérapie : il serait donc logique que les thrillers, où les traitements sont généralement imposés, révèlent plus de ruptures contrôle-pression que les comédies. Notre échantillon, cependant, ne confirme pas cette hypothèse. On trouve des ruptures de contrôle-pression dans les comédies autant que dans les thrillers, notamment sur un objet spécifique : la demande de médicaments.

Dans la comédie *The Wackness*^C, le patient annonce au thérapeute qu'il est déprimé, et qu'il aimerait prendre des antidépresseurs pour se sentir mieux. Le thérapeute refuse : « You're not depressed Luke, you're sad, that's different ». Le patient réagit violemment face à ce refus, auquel il ne semblait pas s'attendre, en assurant au thérapeute qu'il est bel et bien déprimé. Puis il insiste : « Just give me those happy pills ». Il semble ne pas voir d'autre solution pour régler ses problèmes : « And how do you suggest I deal then ? ». Cette question peut être entendue comme une provocation, puisqu'elle sous-entend que les médicaments sont la seule solution, la thérapie ne lui semblant d'aucune utilité. L'alliance, cependant, ne sera pas rompue pour autant, patient et thérapeute tirant d'autres bénéfices (notamment psychotropes) de leur relation.

Ce dénigrement de la thérapie au profit d'un traitement médicamenteux rappelle une séquence de la comédie *Matchstick Men*^C. Le patient se montre très contrôlant dans l'interaction avec le thérapeute. Le seul but de sa venue en thérapie est d'obtenir une ordonnance, car il vient de faire tomber sa dernière plaquette de comprimés dans le broyeur de la cuisine. Tout le reste de la thérapie ne l'intéresse pas. Il va donc faire pression sur le thérapeute pour que celui-ci lui remette au plus vite une prescription : « Yeah, yeah, yeah, can I get some more of these ? ». Ici, contrairement au film *The Wackness*^C, cette pression se révèle payante puisque la séquence suivante montre qu'il a obtenu ses médicaments.

Dans le thriller *Side Effects*, la patiente vient consulter avec son mari, celui-ci s'inquiétant des épisodes de somnambulisme que provoque le traitement de sa femme. Le thérapeute propose des alternatives pour éviter les effets secondaires indésirables du médicament. La patiente s'y oppose catégoriquement, assurant qu'elle a déjà tout essayé, et que son traitement actuel est celui qui lui convient le

mieux. Elle menace alors son thérapeute de le quitter s'il l'oblige à changer son traitement: « If I had to start over, I think I should see another doctor ». Le thérapeute, navré qu'elle ressente les choses ainsi (« I'm sorry you feel that way »), va capituler. Ce n'est qu'au dénouement du film que l'on comprend pourquoi la patiente s'est montrée si contrôlante. La prescription de ce médicament était nécessaire au bon déroulement de son plan, qui visait à la disculper du meurtre de son mari par l'invocation des effets secondaires du médicament, peu connus encore en raison de la nouveauté du produit sur le marché.

Dans *Passengers*^T, la rupture contrôle-pression s'exprime dans un tout autre registre : la drague. Le patient se montre très insistant avec la thérapeute, qu'il trouve visiblement séduisante : « You have a very lovely way about you, I mean you're very formal but that's charming », « You are beautiful ». La thérapeute commence par ignorer les avances de son patient, en s'efforçant de le rediriger sur le travail thérapeutique. Elle semble mal à l'aise face à cette tentative de rapprochement qui s'oppose au code déontologique de sa pratique. Mais elle va finalement céder, et une relation amoureuse va s'amorcer entre les deux personnages. Ce contrôle-pression conduit donc à un effet négatif sur l'alliance puisqu'il met un terme à la relation thérapeutique pour lui substituer une relation amoureuse.

4) Les stratégies de résolution

Face à des ruptures beaucoup plus confrontantes que dans les comédies, les stratégies de résolution, dans les thrillers, visent avant tout à empêcher le patient de quitter la scène thérapeutique. Cela implique d'ignorer parfois un certain nombre de ruptures initiées par le patient, pour que le travail thérapeutique puisse continuer. Par exemple, dans *The Ward*^T, la patiente n'est pas consciente de sa pathologie (elle souffre d'un trouble de la personnalité multiple). Alors que sa maladie empire, et qu'une nouvelle personnalité s'introduit parmi ses nombreuses personnalités déjà existantes, le thérapeute va « jouer le jeu », pour ne pas la perturber davantage : lorsque la « nouvelle venue » revient avec les mêmes

contestations, les mêmes résistances que toutes les personnalités précédentes, le thérapeute va faire comme si c'était la première fois qu'il la rencontrait et qu'il était confronté à ses plaintes. Il n'enclenche donc pas de nouvelle stratégie de résolution dès l'instant où il reconnaît les symptômes de la maladie de dédoublement avec laquelle il est familier ; il se soumet aux exigences de sa patiente, clairement consécutives à son trouble psychique.

Dans tous les thrillers, les thérapeutes manifestent ce même souci primordial de maintenir la relation thérapeutique et de garder le contact avec les patients. Comme ceux-ci ont comme seule idée, inversement, d'échapper aux contraintes de la thérapie et du thérapeute, les ruptures qu'ils provoquent relèvent essentiellement de « réponses minimales » telles que sortir de la pièce, rater un rendez-vous ou disparaître sans donner de nouvelles. Les thérapeutes n'ont guère le choix des stratégies de résolution : ils doivent, avant toute chose, retrouver leur patient et renouer le dialogue.

Le film *Stay^T* est certainement celui qui présente la plus grande diversité de stratégies de résolution, face à la responsabilité extrême qui incombe au thérapeute : son patient a menacé de se suicider à brève échéance. Pour rétablir l'alliance et sauver son patient, le thérapeute va utiliser successivement une série d'interventions de soutien et d'interprétation pour contrer les ruptures initiées par le patient. Il justifie la défense du patient, invite le patient à partager ses émotions, redirige le patient sur le travail thérapeutique, illustre les raisons de la thérapie ou clarifie les malentendus.

Toutes ces stratégies se révéleront payantes puisque le patient revient voir le thérapeute, à la plus grande surprise de ce dernier, une deuxième fois, en acceptant même de se confier.

Dans les comédies, les stratégies de résolution semblent réparer une rupture au sein de la thérapie, dans le sens où la crainte majeure du thérapeute n'est pas que le patient quitte physiquement la thérapie, mais qu'il se ferme au travail thérapeutique. La tentative n'est donc pas de le « retenir » mais plutôt de le rediriger et d'essayer de décrypter ses remarques et son comportement. Dans *Ruby Sparks^C*, le patient tourne plusieurs fois le dos à son thérapeute lorsqu'il ressent un

trop grand découragement face à ses difficultés. Le thérapeute va alors tenter, en redirigeant son patient ou en clarifiant des malentendus, de ramener le patient à la thérapie et éviter qu'il ne se referme sur lui-même. Dans *The Wackness*^C, les stratégies de résolution visent principalement à refocaliser le patient en réponse à sa rupture de type Autocritique/désespoir. Le patient sous-entend que la thérapie ne peut rien faire pour lui tant il est déprimé, les médicaments s'imposant comme la seule solution. Le thérapeute, plutôt sous forme de réassurance ou de conseils amicaux, tente d'ouvrir les yeux de son patient sur les aspects positifs de sa vie (« This has got nothing to do with being popular Luke, you're not trying hard enough »). Bien que le patient laisse entendre qu'il n'adhère pas à ces conseils, et qu'il trouve tout cela inutile, on comprend à la fin qu'il les a bel et bien intégrés (voir Issue du film).

THRILLERS	Stratégies de résolution	Total
<i>Side Effects</i>	2 Illustration tâches/buts 1 Redirige patient 1 Fait part exp interne 1 Justifie défense 1 Change tâches/buts	6
<i>Stay</i>	1 Reconnaît resp 4 Clarification malentendu 2 Justifie défense 2 Expr pensées/sent 1 Fait part exp interne 3 Redirige patient	13
<i>The Ward</i>	3 Illustr tâches/buts 1 Fait part exp interne 1 Redirige patient 1 Reconnaît resp 1 Expr pensées/sent	7
<i>Passengers</i>	1 Change tâches/buts 7 Redirige patient 1 Clarification malentendu 1 Reconnaît resp 1 Expr pensées/Sent	11
<i>Gothika</i>	1 Change tâches/buts 1 Clarification de malentendu 1 Fait part exp interne 2 Redirige patient 1 Expr pensées/sent	6
Total		43

COMEDIES	Stratégies de résolution	Total
<i>Ruby Sparks</i>	2 Redirige patient 1 Illustr tâches/buts 1 Clarification malentendu	4
<i>The Wackness</i>	3 Redirige patient 1 Fait part exp interne 1 Clarification malentendu 1 Changement tâches/buts	6
<i>Matchstick Men</i>	2 Reconnaît resp 3 Illustr tâches/buts 1 Expr pensées/sent 1 Justifie défense 2 Redirige patient 1 Lien autres relations	10
<i>Panic</i>	2 Expr pensées/sent 1 Reconnaît resp 1 Clarification malentendu 1 Redirige patient	5
<i>Running With Scissors</i>	1 Clarification malentendu	1
Total		26

Tableau 5 et 6. Synthèse des stratégies de résolution observées dans les thrillers et les comédies

5) La trace écrite ou vidéo

Un point de fixation apparaît dans les deux genres : la question des notes que prend le thérapeute durant la séance. Dans les comédies *Panic* et *Running With Scissors*, la prise de notes provoque une rupture de type contrôle-pression chez le patient. On peut interpréter cette intolérance au fait que les patients qui ont pris l'initiative de la thérapie n'assument pas que celle-ci prenne un tour formalisé et surtout qu'elle soit *inscrite*, au sens propre autant que figuré, dans leur parcours biographique – qu'elle laisse une trace derrière elle. Les patients attendent du thérapeute qu'il leur « règle » leur problème au point de l'annuler comme s'il n'avait jamais existé. Cette réticence face aux notes est donc directement liée à la réticence du patient à s'assumer comme « malade », ce que corroborent toujours d'autres passages : dans *Panic*^C, le patient commence l'interaction par « I'm not sick, you know », et dans *Running With Scissors*^C : « 5 hours a day ? I can't do that, I have to work ! »

Dans le thriller *The Ward*, on observe une méfiance du même type vis-à-vis d'une potentielle trace vidéo. La patiente dit à son thérapeute qu'elle n'est pas dupe quant à la présence d'une caméra cachée : « Who's we ? Your friends behind the mirror over there ? ».

Il est néanmoins intéressant de remarquer que les notes fournissent quelquefois des éléments utiles aux patients. Dans *Running With Scissors*^C, après s'être insurgé contre la prise de notes de son thérapeute, le patient l'oblige à lui lire ce qu'il vient d'écrire. Le thérapeute va s'exécuter sans broncher : « Norman Burroughs is homicidal, he's an unapologetic alcoholic, he is dangerous, a threat for himself, his wife and his child ». L'air interloqué, le patient ne répond rien et se recule dans sa chaise, résigné. Mieux que les reproches de sa femme et les propos du thérapeute, ces notes lui révèlent la réalité de son état, comme si la forme écrite attestait de la véracité du diagnostic. La scène suivante montre Norman quittant le domicile familial, comme si ces notes l'avaient convaincu qu'il fallait agir pour changer une situation devenue impossible.

De manière plus radicale encore, dans *The Ward*^T, les notes du thérapeute

divulguent à la patiente (et en même temps au spectateur) le nœud de son problème et la chute du film : sa personnalité multiple. Il faudra évidemment des révélations plus explicites de la part du thérapeute pour que la vérité soit entièrement découverte, mais ce sont bel et bien ces notes qui donnent le « fin mot » de l'histoire : traînant sur le bureau, le carnet du thérapeute est surpris par la patiente qui lit, sous son nom, les prénoms de ses prétendues « copensionnaires » - soit ses différentes personnalités. Elle exige alors de son thérapeute, qui arrive à ce moment-là et la surprend en train de lire le carnet, de lui donner des explications claires sur ce que signifient ces inscriptions, et sur toutes les interrogations auxquelles il n'avait pas répondu auparavant : « The truth ! Now ! » Connaître la vérité lui permet alors d'ouvrir les yeux sur son trouble.

6) L'issue de la thérapie

L'issue (*outcome*) de la thérapie n'est pas toujours connue ; elle dépend en grande partie du rôle de la thérapie dans le scénario et, a fortiori, dans le dénouement. Si la thérapie n'a qu'une fonction secondaire dans le film, aucune précision ne sera apportée quant à la finalité du traitement ou à la suite du parcours du thérapeute. Dans *Ruby Sparks*^C, par exemple, la thérapie n'est pas centrale dans le scénario ; elle correspond davantage à des points de repère disposés de manière récurrente pour permettre au patient de se situer dans son processus de création et, pour le spectateur, de suivre cet aspect de l'histoire. Bien que la dernière séance permette de « clore » le thème sur lequel portait la thérapie (la rédaction d'un roman par le patient et sa compagne imaginaire), la cure ne semble pas avoir une incidence décisive sur le dénouement du film. De plus, rien n'indique que la thérapie se termine à ce moment-là.

Concernant le résultat de la thérapie, on pourrait s'attendre à ce que les thrillers révèlent davantage d'échecs que les comédies, dont les *happy ends* devraient coïncider avec une thérapie réussie. Cette causalité positive (succès de la thérapie et donc *happy ending*) ou négative (échec de la thérapie et donc *bad ending*) ne se vérifie cependant pas. Dans le thriller *The Ward*, malgré ses ruptures durables, la thérapie semble aboutir à un succès thérapeutique puisque la patiente parvient

enfin à guérir de son trouble ; le spectateur découvre alors son « vrai » visage, n'ayant été exposé jusque-là qu'au visage de sa personnalité « dominante » (jouée par une autre actrice que celle qui se révélera comme la « vraie » patiente à la fin du film). La dernière scène réserve cependant au spectateur un nouveau choc (*jumpscare*) lorsqu'à travers le miroir de la chambre de la patiente ressurgit une de ses personnalités multiples, en poussant un cri maléfique. Ce retournement de situation, typique des films d'horreur pour laisser une fin ouverte effrayante, tempère sérieusement la « réussite » de la thérapie qu'avait laissé espérer le dénouement.

Dans les deux thrillers *Gothika* et *Side Effects*, on ne peut pas vraiment parler de succès ou d'échec de la thérapie, car celle-ci prend fin lorsque la vérité éclate, et non parce que le patient est guéri. Dans les deux cas, le thérapeute s'est peu à peu désolidarisé de son patient, le lien de confiance étant rompu. Dans *Side Effects*^T, le thérapeute cherchera à se venger de la tromperie dont il se découvre la victime ; dans *Gothika*^T, il se distanciera de sa patiente, faute de prendre au sérieux ce qu'elle lui dit.

Dans *Passengers*^T, la thérapie prend fin lorsque les deux personnages développent des sentiments l'un pour l'autre et commencent une relation. Jusque-là, le patient s'était montré très hostile à la thérapie. On peut donc considérer que celle-ci a été un échec à tous points de vue, et de manière continue.

Preuve que le genre est peu déterminant sur l'issue du film, la comédie *Panic* et le thriller *Stay* présentent une fin similaire ; dans les deux cas, la thérapie se révèle inefficace. Malgré les efforts du thérapeute pour empêcher le pire, les deux patients vont finalement commettre l'irréparable, l'un en tuant son père (*Panic*^C) et l'autre en se tuant lui-même (*Stay*^T) : « This hurts too much. I wish you didn't have to see this » (*Stay*^T).

Dans *The Wackness*^C, au fur et à mesure que le patient prend sa vie en main (sur le plan financier et amoureux), le thérapeute, lui, touche le fond, au point de chercher à se noyer à la fin du film. Le patient, qui assiste à la scène, va tenter de le raisonner : « So it was all bullshit right ? All that stuff about embracing your pain ? Making it a part of you ? ». Le fait même que le patient rappelle les propos

de son thérapeute pour l'empêcher de sombrer peut supposer une forme de succès thérapeutique, dans le sens où il semble les avoir assimilés. Dans cette thérapie, le sauvetage est mutuel entre le thérapeute et le patient, les deux réussissant finalement à se tirer vers le haut. Cette alliance réussie est synthétisée par la scène finale dans laquelle le patient confie à sa famille qu'il songe à entreprendre des études de psychologie...

Dans *Matchstick Men*^C et *Running With Scissors*^C, le patient voit ses symptômes diminuer grâce à deux types d'intervention du thérapeute : médicamenteuse et relationnelle. Dans *Matchstick Men*^C, le thérapeute va prescrire des médicaments au patient (à sa demande), et l'encourager à renouer le contact avec sa fille. Mais la fin du film révèle que 1) les médicaments sont en fait des cachets visant à soulager les symptômes de la ménopause, autrement dit des placebos, et 2) sa prétendue fille est en réalité une actrice embauchée pour escroquer le patient. La thérapie et son apparent « succès » sont donc entièrement fabriqués. Néanmoins, le mieux-être du patient reste réel, avec ou sans médicament, que la fille soit vraie ou fausse. Dans *Running With Scissors*^C, le thérapeute va s'engager, en addition au traitement de sa patiente, à s'occuper de son fils en le prenant sous son aile. Cette mesure, ajoutée à la prescription de Valium pour soulager les angoisses de la patiente, va se révéler efficace.

Cependant, de manière générale, l'issue des thérapies cinématographiques est incertaine ou indécidable. Dans bon nombre de films, thrillers ou comédies, les thérapies prennent fin non parce que le patient a atteint les objectifs nécessaires à sa guérison, mais parce qu'un ultime rebondissement en a déplacé tout d'un coup le niveau de réalité : découverte d'une vision de coma dans *Stay*^T, d'un monde post-mortem dans *Passengers*^T, d'une escroquerie dans *Matchstick Men*^C, d'un complot dans *Side Effects*^T, de personnalités multiples de *The Ward*^T, d'une amie fantasmagique dans *Ruby Sparks*^C. Ces retournements finaux seront analysés plus loin.

Si l'on retient la dimension d'aide psychologique comme critère de « performance » du thérapeute, une légère tendance semble de prime abord se dessiner en faveur des comédies : les thérapeutes de *Matchstick Men*^C, *Ruby*

Sparks^C et *Wackness*^C peuvent être globalement considérés comme « aidants », alors que le soutien des thérapeutes dans les thrillers est beaucoup moins évident. Cela dit, l'analyse approfondie des films nuance cette distinction. L'inefficience relative des thérapeutes, dans les thrillers, est le plus souvent imputable à d'autres éléments que leur manque de compétence ou d'empathie (*Passengers*^T, *Side effects*^T, *Gothica*^T, *The Ward*^T). Aussi faut-il admettre que contrairement aux ruptures et aux stratégies de résolution de l'alliance, ni l'issue de la thérapie, ni la qualité d'aide apportée au patient ne sont spécifiques au genre auquel appartient le film considéré.

7) Caractéristiques du thérapeute

Comme on vient de le voir, l'issue de la thérapie, le plus souvent ambiguë ou floue, n'est pas déterminante dans l'image qu'offre le psychothérapeute au cinéma. En revanche le physique, l'habitus et le décor donnés par le réalisateur au *personnage* de thérapeute manifestent des différences notables entre les genres cinématographiques auxquels nous nous intéressons. Comme ces caractères différentiels sont fréquemment construits *en fonction*, ou *a contrario* de stéréotypes existants, il est vain et artificiel de séparer leur description, qui n'a en soi aucun intérêt, d'une démarche interprétative minimale, notamment en référence à leurs modèles. Le seul bénéfice de faire remarquer, en effet, une barbe et des lunettes chez tel thérapeute, dans le film A, ou la jeunesse élégante de tel autre praticien dans le film B tient aux éventuels stéréotypes auxquels ces traits se rattachent ou s'opposent. Aussi traiterons-nous ici de l'image du thérapeute non seulement dans ses caractéristiques filmiques objectives (costume, positions, attitudes et habitus, décor) mais également, et en même temps, au regard des modèles culturels auxquels cette image fait appel, à partir desquels elle a été construite et qui lui donnent son sens.

Sur les cinq thérapeutes représentés dans notre échantillon de comédies, tous sont de sexe masculin, tous d'âge moyen ou mûr, tous portent la barbe et/ou des lunettes. Dans trois films sur cinq, leur cabinet de consultation présente une

ambiance feutrée et/ou comporte des objets d'origine exotique connotant une curiosité ethnographique du thérapeute (masques africains, bibelots étranges). Ces caractères sont immédiatement identifiables comme les composantes du cliché classique du psychanalyste, modèle hérité de sa figure tutélaire : Sigmund Freud. Les photos les plus connues du père de la psychanalyse le montrent en effet d'un âge déjà mûr, cheveux et barbe gris ou blancs. L'ambiance de son cabinet de travail est également connue, avec sa surcharge de tentures, de boiseries, de tapis et d'objets venus d'ailleurs. L'atmosphère du cabinet de consultation des thérapeutes de *Ruby Sparks*^C, de *Running with Scissors*^C et de *The Wackness*^C semble avoir été inspirée au réalisateur par celle de la *Berggasse 19*, à Vienne, ou des *Maresfield Gardens* à Londres, à la différence près que la thérapie se déroule plus souvent en face à face que par divan interposé. En outre, à l'instar de nombreuses autres comédies américaines mettant en scène des psychologues ou psychanalystes (*Prime*, *Analyse That*, *Hope Springs*, *Trust the Man*), leurs noms ou prénoms sont souvent à consonance germanique et/ou juive, évocation délibérée de l'origine commune des pères allemands ou autrichiens de la psychanalyse (Freud, Adler, Abraham, Klein, Federn, Rank) : Dr Rosenthal (*Ruby Sparks*^C), Dr Klein (*Matchstick Men*^C), Dr Josh (= Joshua) Parks (*Panic*^C).

Les scénaristes viennent parfois renforcer, à travers les sujets abordés, l'analogie physique créée par les costumiers. L'exemple le plus caricatural est sans aucun doute le thérapeute dans *Running With Scissors*^C. Dans le premier extrait, le thérapeute va centrer son « interrogatoire » sur trois questions (fermées) : la fonction intestinale (« *Are you constipated in your life, Deirdre ?* »), l'activité sexuelle (« *Do you have sex with your husband ?* »), et les tendances suicidaires (« *Did you ever think of killing yourself ?* »). Les concepts freudiens classiques (pulsion anale, pulsion sexuelle, pulsion de mort) sont comme récités, et par la manière caricaturale et expéditive dont ils sont formulés, ils produisent un effet comique. Pour ajouter au caractère clairement satirique du film, le thérapeute dit avoir un « *masturbatorium* », pièce adjacente à son bureau, dans lequel il assouvit ses besoins sexuels (« *As evolved as I may indeed be, I'm still a human being, Deirdre, a male human being, I am still very much a man* »). L'obsession sexuelle

fréquemment reprochée à la théorie freudienne se voit ici matérialisée très concrètement dans une pièce réservée à cette fonction.

Une scène du film *Matchstick Men*^C évoque également, en filigrane, le père de la psychanalyse ; le thérapeute est dans son jardin, au téléphone avec son patient, en train de fumer sa pipe (Freud était un fumeur invétéré), et en même temps en pleine partie d'échecs... clin d'œil probable à l'association soulignée par Freud entre la psychanalyse et le jeu d'échecs.

Cette représentation du thérapeute que présentent les comédies, fortement modélisée, voire stéréotypée autour d'une figure tutélaire, ne se retrouve pas dans les thrillers. En totale opposition avec le profil observé dans les comédies, le thérapeute s'y inscrit comme un personnage plutôt jeune, généralement attirant, qui dans certains cas contribue, bon gré mal gré, au déplacement de la relation thérapeutique vers un registre romantique. Dans trois thrillers sur cinq (*Passengers*, *Side Effects*, *Gothika*), un rapport de séduction ou une relation ambiguë va se créer, favorisée par le fait que les deux protagonistes ont approximativement le même âge. Contrairement au rapport paternel ou amical observé dans les comédies (notamment *Ruby Sparks* et *The Wackness*), le rapport thérapeute/patient peut prendre un tour sensuel dans les thrillers. Dans *Passengers*^T en particulier, le fait que la thérapeute soit une femme s'accompagne de l'émergence d'un rapport ambigu – de séduction plutôt que de soin – entre celle-ci et son patient. En plus, le spectateur « rencontre » les deux protagonistes dans un contexte suggestif, l'une dans son lit et dans le plus simple appareil (la thérapeute est endormie, nue sous ses draps), l'autre sur un lit d'hôpital, également nu, lors de la première rencontre du patient avec sa thérapeute. Si la relation thérapeutique se transforme bel et bien en une relation amoureuse dans *Passengers*^T, on trouve aussi dans trois autres thrillers (*Side Effects*, *Gothica* et *Stay*) des rapports ambigus entre thérapeute et patient(e), même si ceux-ci ne sont pas forcément les protagonistes du film.

Répertoriée comme une des variables pertinentes de la représentation sociale du thérapeute (« *boundary violation* », Gharaibeh, 2005), cette déviation au code déontologique différencie significativement les thrillers des comédies où, quelles

que soient ses défaillances, le thérapeute (masculin) conserve généralement sa position de distance, voire d'autorité à l'égard de sa patiente.

Ces observations tendraient à conclure à une représentation plus ouverte, moins stéréotypée dans les thrillers que dans les comédies, puisque les « clichés-modèles » (Lotman, 1977) n'y sont pas immédiatement reconnaissables et que la figure du thérapeute y semble plus complexe. Il faudra cependant faire une réserve à cette conclusion, que nous développerons dans notre discussion.

V. Discussion

1) La contrainte comique

Dans les comédies, l'analyse comparative a permis de relever un usage nettement plus élevé de traits stéréotypiques pour caractériser les thérapeutes. En revanche, l'*attitude* thérapeutique y est plus souple que dans les thrillers : elle fluctue au gré de la thérapie, celle-ci évoluant de manière réactive et dialectique entre le patient et le thérapeute, alors qu'elle semble au premier abord assez figée, voire « grippée » durablement dans les thrillers.

L'objectif comique est indissociable des particularités de la comédie. L'image stéréotypée du thérapeute produit un effet comique immédiat, même s'il est de courte durée ; les allusions évidentes à Freud, notamment, n'amuseront guère que lors de leur première apparition, au moment où le « modèle » est identifié par le spectateur. Une fois le stéréotype reconnu, ce sont davantage les transgressions ou les écarts au modèle qui produiront l'effet comique, ainsi que le relève Jean-Paul Simon : « Transgressant une norme implicite, il [le film comique] produit un écart qui révèle cette dernière. Les codes lui sont donc nécessaires pour produire ces effets comiques qui seraient sans cela inopérants » (Simon, 1979, pp.19-20).

Un des modes de transgression le plus fréquemment observés est la parodie d'un trait stéréotypé : le « masturbatorium » adjacent au cabinet de consultation, dans *Running with Scissors*^C, ou l'addiction au cannabis du thérapeute de *The Wackness*^T, qui dépend de son patient pour son approvisionnement. Ces deux effets comiques jouent sur des traits stéréotypiques du thérapeute freudien (importance de la sexualité infantile et addiction aux stupéfiants) en les ridiculisant par une amplification extrême. L'impératif de faire rire incite les réalisateurs à « forcer le trait », ce qui conduit inévitablement à une représentation plus stéréotypée des thérapeutes dans les comédies que dans les thrillers.

La recherche d'efficacité comique tire également parti d'une relation fluctuante, voire imprévisible, entre le thérapeute et son patient. Un premier effet d'humour est assuré par le simple contraste entre la nature extrêmement intime des confidences des patients, notamment sur le plan sexuel, et le caractère très

protocolaire et balisé de la relation professionnelle. Woody Allen a beaucoup joué sur ce mécanisme humoristique ; on le retrouve à plein régime dans *Running with Scissors*^C, lors des questions du thérapeute, de but en blanc, sur l'activité intestinale ou sexuelle de sa patiente, ou lors de la « visite guidée » de son masturbatorium proposée au fils de sa patiente. La solidité de l'alliance observée dans les comédies autorise (selon la norme de la vraisemblance) la récurrence d'interventions ou de comportements inadéquats de la part du thérapeute, la surprise du spectateur étant renforcée par celle du patient lui-même ; il s'agit généralement d'écarts bénins, qui assurent un effet comique sans compromettre l'alliance. Dans *The Wackness*^C, le thérapeute se déclare explicitement envieux de la jeunesse de son patient, qui lui-même trouve au contraire sa vie désastreuse à ce moment-là. Le comique de cette confrontation tient à l'inadéquation du thérapeute, qui se fait traiter de haut par son jeune patient au point d'aboutir à un renversement des rôles : le patient sermonne son thérapeute.

Dans *Matchstick Men*^C, les TOC du patient, son agitation et son agressivité contrastent avec l'attitude très calme et confiante du thérapeute, qui n'entre pas du tout dans son jeu et oppose une résistance ferme à sa demande insistante de médicaments. L'effet comique des TOC du patient est amplifié par l'inadéquation de la réponse du thérapeute, qui persiste à creuser la vie privée de son patient, malgré son refus évident d'en parler.

Dans *Ruby Sparks*^C, le thérapeute propose à son patient, un écrivain d'une trentaine d'années, d'adopter un chien pour étendre ses relations sociales. Le résultat n'est pas probant : le chien a peur des gens !

Dans *Panic*^C, qui se situe à la frontière entre le thriller et la comédie, l'humour nettement plus grinçant joue sur un autre contraste : l'impassibilité du thérapeute face à l'énormité de la révélation de son patient, qui lui déclare avoir pour métier celui de tueur à gages.

L'objectif comique des comédies produit donc deux effets divergents sur la représentation globale de la pratique thérapeutique : il renforce *l'image* stéréotypée du thérapeute, mais il favorise au contraire, dans la *pratique* thérapeutique, les petits écarts de conduite, les surprises, les fantaisies du comportement, autant de

variations que la souplesse de la relation permet sans compromettre la relation elle-même, et sans sortir du cadre de la vraisemblance diégétique.

2) La contrainte du suspense

Contrairement à ce qu'on observe dans les comédies, l'attitude du thérapeute paraît de prime abord relativement uniforme dans les thrillers. L'alliance évolue de manière moins explicite que dans les comédies, la position du praticien restant stable face à l'hostilité tenace du patient. Jusqu'à un renversement de dernière minute, qui modifie du tout au tout la perception du thérapeute telle qu'elle était proposée jusque-là aux affects du spectateur.

Ce renversement est dû à un trait constant dans le genre cinématographique du thriller, propre à l'intrigue même du film (composante diégétique) : la plupart des relations thérapeutiques y sont « fausses » ou irréelles, ce que l'on découvre au dernier moment. En termes cinématographiques, le dénouement fait reculer d'un cran le niveau de réalité du récit. Ce que le spectateur prenait pour le premier niveau diégétique (l'histoire racontée par le film) se révèle une « fiction » (sous diverses formes) intégrée à un autre niveau métadiégétique, soit un rêve, un récit hallucinatoire lié à un coma, un coup monté, etc. Dans *Passengers*^T, on découvre à la fin du film que les protagonistes sont morts, et que l'intégralité du récit n'était en fait qu'une forme de réalité parallèle visant à faciliter le passage dans l'au-delà (accepter sa propre mort). La relation thérapeutique n'est donc qu'un fantasme de la part des deux protagonistes; ce renversement « disculpe » *in fine* la thérapeute (et ses entorses au code déontologique) puisqu'à ce nouveau degré de réalité (la réalité « vraie » donc celle d'avant le crash de l'avion), elle n'est certainement pas thérapeute.

Dans *Stay*^T, la thérapie est rêvée, ou comme « visionnée » au cours d'un coma. Les mécanismes de télescopage et de mélange des identités sont directement calqués sur ceux des rêves. Dans la réalité de premier niveau (que l'on découvre à la fin du film), le personnage « rêvé » jusque-là comme le thérapeute est en fait un simple individu qui tente d'apporter son aide sur les lieux de l'accident. Comme dans *Passengers*^T, il n'y a donc aucune garantie que cet homme soit réellement

psychothérapeute (il se présente simplement comme médecin); son comportement tout au long du film (qui désormais n'a plus que le statut de rêve) perd de sa validité en tant que représentant de la profession.

Dans *Side Effects*^T, la patiente qui sollicite le thérapeute (seul cas de demande explicite dans les thrillers retenus) n'est en réalité pas en souffrance. Sa demande est purement tactique, elle fait partie d'un montage pour justifier un meurtre. La thérapie est donc une fausse thérapie ; le praticien est « piégé » par sa patiente, calculatrice et nuisible. Celle-ci est de mèche avec son ancienne thérapeute, cerveau de la machination. Le film propose donc deux images contradictoires de thérapeutes, leur valence positive ou négative ne se révélant avec certitude qu'à la fin du film.

Dans *Gothica*^T, la thérapie est réelle mais la détresse de la patiente est de nature fantastique : la patiente est « possédée » et n'est donc pas responsable de ses actes. Le thérapeute ne prend conscience du calvaire réel (diégétiquement parlant) de sa patiente qu'à la fin du film ; son empathie éclate alors, compensant in extremis l'hostilité qu'il lui avait manifestée jusque-là.

Dans *The Ward*^T, la souffrance de la patiente est réelle, mais les thérapies (individuelles et en groupe) réunissent des personnes irréelles : ce sont les personnalités multiples de la même personne, c'est-à-dire les doubles inventés par la patiente. Le spectateur la croit donc entourée de quatre copensionnaires d'asile, alors que ces femmes sont des dédoublements de la patiente elle-même, qui elle, n'apparaît qu'à la fin en tant que « vraie » patiente - en tant que personnage de premier niveau diégétique. Jusqu'à ce dénouement, tout concourt à rendre le thérapeute suspect, comme animé par un motif obscur. Il reste vague lorsqu'une malade lui pose des questions, il ignore les protestations d'autres patientes, ou leur mal-être, il semble décidément cacher quelque chose. La défaillance de l'alliance semble en grande partie de sa faute, imputable à sa froideur ou à son incompetence. Le spectateur est incité à prendre le « parti » de la patiente et de classer le thérapeute, symétriquement, dans le camp des « méchants » ou des insensibles. Ce n'est qu'avec le dénouement qu'on découvre que ces traits négatifs (cruauté, désinvolture, indifférence, etc.) s'expliquent par les personnalités

multiples auxquelles le thérapeute est confronté et qu'il doit gérer aussi professionnellement qu'il le peut, compte tenu de la détresse psychique de sa patiente.

Ces retournements rendent décidément très complexe l'image des thérapeutes dans les thrillers. Moins stéréotypés que dans les comédies, les praticiens nous semblaient plus stables en revanche dans leur attitude, ce qui pouvait faire croire à la possibilité d'élaborer tout de même une image mentale cohérente du personnage. Jusqu'à la brusque réversibilité de leurs caractéristiques, qui dément la simplification propre au stéréotype et compromet toute tentative de typologie des thérapeutes dans les thrillers.

A cette représentation relativement libre de la profession dans les thrillers, en comparaison des personnages stéréotypés des comédies, il faut mentionner toutefois une restriction qui concerne les trois thérapeutes féminins que comporte notre sélection de thrillers (dans *Passengers^T*, *Gothika^T*, *Side Effects^T*). Une distorsion bien connue des *gender studies* et des sociologues des rapports intergroupes (notamment Lorenzi-Cioldi, 1988, Bourhis et Leyens, 1999) leur est appliquée : celle qui consiste à cantonner les femmes, en dépit de leur profession, de leurs diplômes ou de leur statut social, à un rôle de proie ou de partenaire sexuelle potentielle. Dans les trois films cités, les thérapeutes se trouvent toutes engagées dans une relation de séduction, au point que dans l'image qu'on conserve d'elles, leur statut professionnel passe à l'arrière-plan. Ainsi peut-on considérer que les thérapeutes des thrillers sont plus épargnés des stéréotypes de la profession... à l'exception des femmes thérapeutes, stéréotypées non comme thérapeutes, mais comme femmes.

3) Questions de méthode

Sur le plan de la méthode, nous avons souffert d'une lacune de l'échelle 3RS pour mesurer l'hostilité de départ ou de principe, de la part du patient, à l'égard de la thérapie. Il s'agit d'un stade précoce de l'alliance et précurseur des ruptures auquel les thrillers nous confrontent régulièrement, et pour lesquels nous avons manqué d'outils de cotation, d'évaluation et de description. C'est pourquoi il nous a semblé

important d'ajouter à l'analyse de l'alliance une partie consacrée au « climat général » de la thérapie, que les paramètres extrêmement précis de la 3RS ne nous paraissent pas à même de restituer.

La représentation sociale des thérapeutes a présenté elle aussi des problèmes de méthode inhérents à ce type de problématique. Basée sur une dizaine de films, notre recherche ne pouvait prétendre à une quelconque validité statistique sur le regard porté par « le cinéma américain » sur la profession de thérapeute. De plus, seule une enquête d'opinion à la sortie des salles aurait permis de reconstituer « l'image dans nos têtes », selon la célèbre formule de Lippmann, du psychothérapeute telle que la retiennent les spectateurs à la fin du film. Il n'a donc pas été envisagé d'étudier la représentation sociale des thérapeutes dans le cinéma américain contemporain selon les méthodes de la psychologie sociale (échantillon large, collecte de données, sondages d'opinion etc.), cette ambition dépassant de très loin le cadre de cette étude. En revanche, nous avons tenté de dépasser la posture habituelle consistant à fustiger les stéréotypes récurrents dans la représentation de groupes quels qu'ils soient (nationaux, ethniques, religieux, sexuels, professionnels). Si la visée artistique n'excuse pas tout, il nous a paru tout de même important d'en tenir compte pour analyser la représentation d'une profession dans des films à destination du grand public : l'impératif de simplicité et d'intelligibilité des personnages, nous l'avons dit, explique en grande partie le recours au répertoire des clichés, « rapide et économique sur le plan cognitif » ainsi que le dit Moliner (2016).

VI. Conclusion

Deux questions se posaient en début de recherche : la représentation des psychothérapeutes dans le cinéma américain contemporain à la lumière de l'alliance thérapeutique d'une part, selon le genre cinématographique d'autre part. Il est temps de synthétiser les réponses auxquelles conduit notre recherche.

Le type d'alliance entre thérapeute et patient diffère clairement selon le genre du film, d'abord pour une raison évidente : l'un des deux genres, le thriller, présente des thérapies imposées alors que l'autre genre évoque majoritairement des thérapies souhaitées ou librement consenties. Cette première distinction entraîne une série d'effets sur le déroulement de la thérapie, la solidité de l'alliance, les occurrences de rupture et leur résolution, qu'il était intéressant d'examiner de près pour voir comment ces différences diégétiques d'apparence bénigne portent à conséquence sur l'ensemble du traitement cinématographique de la relation thérapeutique.

Les deux genres étudiés se distinguent en outre par des contraintes radicalement différentes. L'objectif comique de l'un, l'objectif de suspense de l'autre orientent les thérapies vers des représentations quasi opposées l'une à l'autre : alors que les comédies proposent des thérapeutes stéréotypés et des thérapies souples, labiles et évolutives, les thrillers proposent des thérapeutes moins conventionnels mais des thérapies plus figées, en revanche, dans un rapport de force. Nos deux hypothèses de départ se sont donc vu confirmées : la différenciation est très nette entre les genres cinématographiques, non seulement dans la représentation des personnages-thérapeutes mais également dans le type d'alliance qui les lie au patient. Mais au-delà de cette hypothèse de départ, l'étude a mis en évidence une représentation divergente et « croisée » des thérapeutes et de la thérapie selon les genres, dès l'instant où on les évaluait à l'aune de leur caractère stéréotypé.

Un autre élément est apparu au cours de la recherche, qui n'avait pas fait l'objet d'une hypothèse, c'est la représentation des femmes thérapeutes : bien qu'elles apparaissent dans les thrillers, c'est-à-dire le genre dans lequel les thérapeutes sont moins stéréotypés que dans les comédies, elles dérogent à la loi du genre en se

voyant obéir à un autre stéréotype : le stéréotype de genre, justement, mais cette fois au sens de *gender* !

En définitive, la stabilité propre aux stéréotypes, soulignée par de nombreux auteurs, ne se vérifie parfaitement ni dans un genre cinématographique ni dans l'autre. Dans les comédies, les traits stables du thérapeute sont contredits par une pratique très flexible qui limite chez le spectateur la formation d'une image mentale fixe de la catégorie « thérapeutes ». Dans les thrillers, l'image floue et instable des praticiens, à laquelle s'ajoute un renversement ultime forçant le spectateur à réviser l'appréciation de leur pratique, ne trahit aucun processus de déduction du réalisateur : le psychothérapeute n'est caractérisé que par sa fonction diégétique, et non par un ensemble de traits conventionnellement attachés à la catégorie des « thérapeutes ».

L'impact du genre cinématographique sur la représentation d'une profession nous a paru encore beaucoup plus féconde que nous l'avions supposé au départ. Il serait certainement intéressant, dans le cadre d'une autre étude, d'examiner la figure du thérapeute dans les films policiers. Certains films que nous avons dû écarter parce que les thérapies n'y avaient pas de visée de soin présentaient en effet une interaction très subtile entre la fonction du thérapeute et celle du policier. Dans de nombreux films à intrigue policière, le thérapeute contribue de facto à l'enquête, mais avec une approche psychologique. Cette distribution souvent complexe des rôles dans une quête commune de la « vérité » (au sens judiciaire, soit la découverte du criminel ou de ses mobiles véritables), l'instrumentalisation par la justice et l'appareil policier de la psychothérapie, la défense de leur territoire par les thérapeutes face à la police, la notion de responsabilité psychique face à la responsabilité pénale, toutes ces questions seraient certainement passionnantes à explorer, toujours dans la thématique de la représentation de la profession au cinéma.

Une dernière conclusion nous est inspirée par Serge Moscovici et son étude sur l'image de la psychanalyse, publiée pour la première fois en 1961. Retraçant la représentation sociale de la psychanalyse au sein du public et de la presse française, il rend compte de la résistance qu'elle suscita dans différents milieux

politiques ou religieux, qui la considéraient comme une menace à l'égard des valeurs morales ou idéologiques qu'ils défendaient. A partir de ces réticences initiales, Moscovici dégage la notion d'*ancrage* pour suivre l'évolution dynamique de cette représentation. Reprenant plus tard cette notion, Denise Jodelet la résume ainsi : « Quand, néanmoins, la nouveauté est incontournable, à l'évitement succède un travail d'ancrage visant à la familiariser, la transformer pour l'intégrer dans l'univers de pensée préexistant » (1989. p. 52) ; à sa suite, Willem Doise parle de « l'incorporation de l'étrange dans un réseau de catégories plus familières » (1989, p. 224). Si l'on considère les dix films que nous avons sélectionnés, ajoutés à la trentaine d'autres films que nous avons visionnés pour opérer cette sélection, il ne fait pas de doute que ce travail d'ancrage de la psychothérapie est non seulement réalisé et achevé aux Etats-Unis, mais que le cinéma y a contribué, et y contribue encore. Aucun des films visionnés n'évoque la psychothérapie comme une méthode fumeuse ou dangereuse, une sorte de magie scientifique ou de science magique telle que pouvait l'incarner le premier Dr Mabuse de Fritz Lang, il y a presque un siècle, et telle que l'incarnaient encore *the Evil Mind Doctor* ou *the Eccentric Buffoon* des typologies de Gabbard et Gabbard en 1992. Cette banalisation de la psychothérapie se traduit non seulement par la manière dont les films s'en emparent, ce à quoi nous avons été attentifs, mais aussi par le nombre de films qui l'introduisent dans leur scénario comme thématique principale ou secondaire. Eu égard à la représentation sociale de la profession, cette abondance quantitative n'est pas insignifiante.

En revanche, la persistance de la figure de Freud dans l'image ironique ou comique des thérapeutes montre que le « noyau central » (Flament, 1989, p. 207) de la représentation du psychothérapeute demeure fortement lié à sa figure tutélaire, trois quarts de siècle après la mort de son référent. Cela confirme le caractère très difficilement modifiable de ce que certains appellent, pour cette raison même, le « noyau dur » de la représentation : s'agissant des psychothérapeutes de cinéma, ce noyau dur porte une barbe et des lunettes, sans doute pour quelque temps encore.

VII. Bibliographie

Abric, J.C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (187-203). Paris : Presses Universitaires de France.

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* (23), 1-33.

Baillargeon, P., Leduc, A., & Côté, R. (2003). Les modèles expérimentaux du processus de résolution des ruptures de l'alliance thérapeutique. *Revue de psychoéducation*, 32(2), 373-392.

Bourhis, R., & Leyens, J.-P. (1999). *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes*. Bruxelles : Editions Mardaga.

Breakwell, G. M. (1993). Social Representations and Social Identity. *Papers on Social Representations*, 2(3), 1-20.

Cannon, B. J. (2008). In search of a good psychologist in a good movie : Persisting Stereotypes. *Pennsylvania Psychologist Quarterly*.
<http://psychmovies.com/articles/in-search-of-a-good-psychologist-in-a-good-movie-persisting-stereotypes>

Despland, J.-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique, un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*.
<https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>

Despland, J.-N., De Roten, Y., Drapeau, M., Currat, T., Beretta, V., & Kramer, U. (2009). The Role of Alliance in the Relationship Between Therapist Competence and Outcome in Brief Psychodynamic Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5), 362-367.

Doise, W. (1989). Attitudes et représentations sociales Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (220-238). Paris : Presses Universitaires de France.

Dufour, E. (2009). *Qu'est-ce que le cinéma ?* Paris : Vrin.

Dupont, J. (2016). Comment filmer la folie ? Dans J. Dupont (dir.), *Les écrans de la déraison*. CinémAction, 159, 7-10. Condé-sur-Noireau : Editions Charles Corlet.

Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., Safran, J.D. (2010). Alliance, Ruptures and Resolution. Dans J.C. Muran & J.P. Barber (dir.), *The Therapeutic Alliance, An Evidence-Based Guide to Practice* (74-89). New-York : The Guilford Press.

- Eubanks, C.F., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. (Unpublished manuscript), Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York. [Mis à disposition par Unil]
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 204-219.
- Flowers, J., & Frizler, P. (2004). *Psychotherapists on Film, 1899-1999 : a worldwide guide to over 5000 films* (Vol. 1-2). North Carolina : McFarland & Company.
- Gabbard G. O., & Gabbard K. (1992). Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. Dans P.J. Fink & A. Tasman (dir.), *Stigma and Mental Health* (113-127). London : American Psychiatric Press.
- Gharaibeh, N.M. (2005). The psychiatrist's image in commercially available American movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (111, 316-319). Copenhague : Blackwell Munksgaard.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 31-61.
- Journot, M.-T. (2015). *Le vocabulaire du cinéma*. Paris : Armand Colin.
- Jullier, L., & Leveratto, J.-M. (2008). *La leçon de vie dans le cinéma hollywoodien*. France : Vrin.
- Locati, F., De Carli P., Tarasconi, E., Lang, M., & Parolin, L. (2016). Beyond the mask of deference: exploring the relationship between ruptures and transference in a single-case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19, 89-101.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988). *Individus dominants et groupes dominés, Images masculines et féminines*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Lotman, Y.M. (1977). *The Structure of the Artistic Text*. Ann Arbor : University of Michigan.
- Maisonneuve, J. (2013). *La psychologie sociale* (22e édition). Paris : Presses Universitaires de France.
- Moliner, P., & Gutermann, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explications dans une représentation sociale. *Papers on Social Representations*, 13, 2.1-2.12. <http://www.psr.jku.at>

Moliner, P., & Martos A. (2005). La fonction génératrice de sens du noyau des représentations sociales : une remise en cause ?. *Papers on Social Representations*, 14, 3.1-3.12. <http://www.psr.jku.at>

Moliner, P., & Vidal, J. (2003). Stéréotype de la catégorie et noyau de la représentation sociale. *Revue internationale de Psychologie Sociale*, 1, 157-176.

Moliner, Pascal. (2016). *Psychologie sociale de l'image*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Moscovici, S. (1976, 1^{ère} éd. 1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses universitaires de France.

Mugny, G., & Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel : les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset : Delval.

Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 4(144), 12-40.

Berney, S., Duc Marwood, A., Dunker-Scheuner, D., Pomini, V., & Despland, J.-N. (2016). La formulation de cas dans la formation à la psychothérapie. Dans V. Pomini, Y. de Roten, F. Brodard, & V. Quartier (dir.), *L'étude de cas* (195-220). Lausanne : Antipodes.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2006). Has the Concept of the Therapeutic Alliance Outlived its Usefulness ? *American Psychological Association*, 43(3), 286-291.

Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *American Psychological Association*, 28(1), 80-87.

Schneider, I. (1987). The theory and practice of movie psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 134, 613-620.

Schweinitz, Jörg (2010). Stereotypes and the narratological analysis of film characters. Dans J. Eder, F. Jannidis, & R. Schneider (dir.), *Characters in Fictional Worlds: Understanding Imaginary Beings in Literature, Film, and Other Media* (276-289). Berlin: De Gruyter. doi : 10.1515/9783110232424.3.276

Schweinitz, J. (2011). *Film and Stereotype: A Challenge for Cinema and Theory*. New York : Columbia University Press.

Simon, J.-P. (1978). *Le filmique et le comique, Essai sur le film comique*. Paris : Albatros.

Simpson, P. (2010). Noir and The Psycho Thriller. Dans C.J. Rzepka, & L. Horsely (dir.), *A Companion to Crime Fiction* (187-197). New Jersey : Wiley-

Blackwell.

Zilcha-Mano, S., Eubanks, C. F., Muran, J. C., Hungr, C., Safran J. D., & Winston, A. (2016). The Relationship between alliance and outcome : Analysis of a two person perspective on alliance and session outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000058>

Sites consultés pour les listes de films :

http://www.senscritique.com/liste/Les_psy_au_cinema/386019

http://www.senscritique.com/liste/Films_sur_la_psychologie/598134

http://www.senscritique.com/liste/Les_meilleurs_thrillers_psychologiques/412382

http://www.senscritique.com/liste/Thriller_Psychologique/9217

<http://cinenode.com/theme/thriller-psychologique/classement?offset=12>

<http://www.cinetrafic.fr/top-film-psychologique>

<http://www.cinetrafic.fr/liste-film/2338/1/le-thriller-psychologique>

<http://www.linternaute.com/cinema/tous-les-films/film-psychologique/2/>

<http://www.vodkaster.com/listes-de-films/le-thriller-psychologique/721413>

<http://www.vodkaster.com/listes-de-films/la-psy-dans-tous-ses-etats-2/1021594>

VIII. Annexe

1. Passengers^T (2008)

Synopsis : Claire Sommers est thérapeute et spécialisée dans les troubles de stress post-traumatique. Elle est chargée de s'occuper d'un groupe de patients, tous rescapés d'un terrible crash aérien. Lorsqu'elle rencontre son premier patient, Erik Clark, elle constate qu'il est dans un état d'euphorie face à l'événement tragique dont il a été victime. Il lui assure que tout va très bien, et qu'il n'a aucun besoin de suivre une thérapie de groupe. Elle lui propose alors des séances régulières à domicile, car elle tient à avoir un suivi de son état psychologique. Celui-ci accepte, mais pas pour les bonnes raisons ; il semble trouver cette thérapeute tout à fait à son goût. En parallèle de cette thérapie individuelle, Claire dirige des séances de groupe avec les autres rescapés du crash. Assez vite après le début de la thérapie, des faits inexplicables jettent le doute sur les causes réelles de l'accident ; la compagnie aérienne semble cacher un élément susceptible d'accuser le pilote d'une grave négligence. De plus, les patients de Claire disparaissent les uns après les autres, pour des raisons inexplicables. Pendant que Claire tente de lutter contre ses sentiments pour son patient Erik, elle va mener sa propre enquête sur les causes de l'accident.

Contexte de la demande : Thérapies de groupe et individuelles proposées aux rescapés (cadre hospitalier).

Motif du traitement : Stress post-traumatique, suite à un crash aérien.

Découpage des extraits : Cinq extraits, Extraits A, D et E sont en thérapie individuelle, B et C en thérapie de groupe.

Extrait A (00'04'37) : Rencontre de Claire Summers avec son patient Erik Clark, à l'hôpital. Le patient est dans un état euphorique. La thérapeute lui propose une thérapie de groupe, qu'il refuse catégoriquement. Elle lui propose alors une alternative ; une thérapie individuelle à domicile. Il accepte, ravi de cette proposition, qui lui permettra de la côtoyer plus longuement.

Extrait B (00'08'44), **C** (00'19'37) et **Extrait D** (00'36'27) : Thérapie de groupe avec les rescapés du crash. Le nombre de patients diminue entre les deux extraits, ce qui suscite l'étonnement et l'inquiétude de la thérapeute. Une patiente, Shannon, se montre particulièrement hostile. Le rapport entre elle et la thérapeute est tendu, la thérapeute tente plusieurs stratégies de résolution, mais cela ne semble pas fonctionner.

Extrait E (00'12'43) et **F** (00'25'44) : Thérapie individuelle chez Erik Clark. Dans l'extrait E, ils discutent de l'accident, mais également du métier d'Erik. Celui-ci est très réticent à se faire soigner, et le mentionne plusieurs fois. Il continue à faire la cour à la thérapeute de manière insistante. Dans l'extrait F, le patient et la thérapeute peignent ensemble sur le mur du patient.

2. Side Effects^T (2013)

Résumé : Emily et son mari sont enfin réunis, après que celui-ci a fait quatre ans de prison. Mais le bonheur des retrouvailles ne dure pas. Très vite, Emily tombe en dépression. C'est lorsqu'elle tente de se suicider qu'elle est prise en charge par le Dr Banks, qui lui prescrit un antidépresseur. Malgré son efficacité, les effets secondaires de ce médicament vont s'avérer cauchemardesques ; Emily, somnambule, poignarde son mari avec un couteau de cuisine. Cependant, elle ne s'en souvient pas. Alors que celle-ci est momentanément incarcérée, le Dr Banks est accusé de négligence pour avoir prescrit ce médicament, et on lui impose un arrêt de travail. Mais le docteur est convaincu que quelque chose lui échappe dans cette affaire. Il commence à additionner les pièces du puzzle, et se rend compte que beaucoup d'éléments ne concordent pas. La patiente semble avoir monté toute l'histoire. Mais dans quel but ?

Contexte de la demande : La patiente et le thérapeute ont fait un pacte lorsque celle-ci est en observation à l'hôpital après sa tentative de suicide ; s'il la laisse rentrer chez elle, elle viendra le voir plusieurs fois par semaine pour un suivi psychologique.

Motif du traitement : Dépression, tentative de suicide, idées suicidaires.

Découpage des extraits : Quatre extraits - Extrait A (Rencontre à l'hôpital), Extrait B (Cabinet du thérapeute), Extrait C (Dans un café), Extrait D (Cabinet du thérapeute, en couple)

Extrait A (00'09'52) : Première rencontre entre la patiente et le thérapeute à l'hôpital. La patiente est en observation suite à sa tentative de suicide (elle a foncé délibérément dans un mur avec sa voiture). Le thérapeute insiste pour la garder quelques jours à l'hôpital, comprenant le caractère volontaire de son geste.

Extrait B (00'14'52) : Emily vient voir le thérapeute dans son cabinet. Ils discutent de sa rencontre avec son mari, de son ancienne dépression, de son ancienne thérapeute.

Extrait C (00'25'24) : La séance a lieu dans un café, sur demande urgente de la patiente. Elle confie à son thérapeute qu'elle a été de nouveau sous l'emprise d'idées suicidaires alors qu'elle attendait le métro ; elle était à deux doigts de se jeter sous une rame.

Extrait D (00'31'30) : Emily et son mari consultent, car celle-ci est somnambule suite à la prise de son nouveau médicament. Son mari s'inquiète et demande au thérapeute s'il ne pourrait pas prescrire à sa femme un autre antidépresseur.

3. The Ward^T(2011)

Résumé : Kristen est internée dans un hôpital psychiatrique après avoir mis le feu à une grange. Elle est immédiatement prise en charge par le Dr Stringer, avec qui elle va avoir des séances thérapeutiques régulières. Entre deux thérapies, elle rencontre quatre autres patientes avec qui elle crée des liens, chacune ayant une personnalité bien affirmée. Mais très vite, Kristen va être témoin de phénomènes étranges, comme si le personnel soignant leur cachait quelque chose. Lorsqu'une des patientes disparaît sans raison apparente, et que le thérapeute refuse de donner des réponses claires à ses patientes, Kristen va essayer de motiver ses pensionnaires à découvrir quel mystère cache cet établissement, et surtout, s'enfuir de ce lieu maudit.

Contexte de la demande : Police -> hôpital psychiatrique. Internement forcé par les autorités.

Motif du traitement : Etat de stress post-traumatique, violence, déni.

Découpage des extraits : Division en sept extraits. Rencontre (Extrait A), Première thérapie (Extrait B), Thérapie de groupe (Extrait C), Thérapie avec une autre pensionnaire/Hypnose (Extrait D), Deuxième séance thérapeutique avec la patiente (Extrait E), Décompensation patiente (Extrait F)

Extrait A (00'12'20) : Première rencontre entre la patiente Kristen et son thérapeute. La patiente refuse de prendre ses médicaments, et exprime son opposition en les écrasant violemment avec son pied.

Extrait B (00'15'01) : Première thérapie avec Kristen. Le thérapeute l'aide à se remémorer l'événement qui la conduit ici (elle a mis le feu à une grange) et essaie de comprendre les raisons de cet acte.

Extrait C (00'31'45) : Thérapie de groupe avec toutes les pensionnaires. Le thérapeute reste vague lorsque quand Kristen évoque une ancienne pensionnaire qui semble avoir disparu.

Extrait D (00'34'40) : Thérapie avec une autre pensionnaire, Iris, qui exprime son désir de partir car elle se sent guérie. Le thérapeute fait une séance d'hypnose.

Extrait E (00'42'17) : Deuxième séance thérapeutique avec Kristen. La patiente pose des questions sur certains événements qui restent inexplicables. Le thérapeute change de sujet.

Extrait F (1'17'01) : La patiente découvre un carnet sur le bureau du thérapeute qui lui dévoile qu'elle souffre d'un trouble de la personnalité multiple. Elle exige alors des explications plus claires à son thérapeute.

4. Gothika^T (2003)

Résumé : Miranda Grey est psychiatre dans un pénitencier. Elle est la femme du chef de l'établissement, Doug, depuis de nombreuses années. Un soir de forte pluie, alors qu'elle rentre chez elle, Miranda a un accident de voiture, après avoir tenté d'éviter une femme postée au milieu de la route. Miranda se réveille quatre jours plus tard dans son lieu de travail...cette fois-ci en tant que patiente. Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé entre son accident et le moment présent. Pete, son collègue et ami, l'aide à se souvenir. Mais elle oublie la raison principale qui l'a fait atterrir ici : elle a sauvagement tué son mari, quatre jours auparavant, sans raison apparente. Miranda ne peut pas y croire... et pour cause. On découvre petit à petit que Miranda n'est pas responsable de ses actes, et qu'elle est poussée à commettre des actes épouvantables par une force maléfique. Il lui reste maintenant à découvrir la vérité et à en convaincre son entourage.

Contexte de la demande : Internement forcé, suite à un épisode répréhensible (pénitencier).

Motif du traitement : Délires paranoïaques, possession.

Découpage des extraits : Trois extraits, les trois séances thérapeutiques se déroulant au pénitencier.

Extrait A (00'00'56) : Le film commence par une séance de thérapie entre Miranda (en tant que thérapeute) et une de ses patientes, Chloé. La séance se déroule au sein du pénitencier. Elles évoquent le viol de Chloé, commis par son beau-père et qui l'a poussée à le tuer. Chloé se plaint de ne pas être suffisamment écoutée par sa thérapeute.

Extrait B (00'16'42) : La thérapeute est maintenant patiente dans l'établissement. C'est son collègue et ami Pete qui a décidé de suivre son cas, bien qu'il qualifie sa présence de « très embarrassante » et qu'il « ne devrait pas être là ». Il explique en détail à sa patiente ce qui s'est passé à l'hôpital, et l'aide à se souvenir des faits qui l'ont menée ici. Le thérapeute impose donc une forme d'interrogatoire à sa patiente au lieu de la questionner sur son état, ses ressentis. Pourtant, lorsqu'elle lui parle de cette fille qui aurait provoqué l'accident, il ne la croit pas.

Extrait C (00'30'21) : La patiente s'est automutilée dans sa douche, de façon inexplicable. La thérapie vise donc à comprendre le déroulement exact des événements. La patiente assure à son thérapeute qu'elle ne comprend pas ce qui s'est passé mais qu'elle n'y est pour rien, que quelqu'un lui veut du mal. Celui-ci ne semble pas la croire. Elle exprime le désir de changer de thérapeute.

5. Stay^T (2005)

Résumé : Le Docteur Sam Foster est psychiatre et partage son cabinet avec une de ses collègues, actuellement absente pour cause de maladie. Il prend donc à sa charge les patients de sa collègue, le temps qu'elle se remette. Il reçoit alors Henry, étudiant en histoire de l'art, un jeune homme de 21 ans sombre et torturé. Celui-ci lui annonce qu'il veut mettre fin à ses jours, et ce dans trois jours à compter d'aujourd'hui. Le Dr. Foster tente de l'en dissuader, mais Henry est déterminé. C'est alors qu'il disparaît. Le Dr Foster part à la recherche de son patient, et est témoin de choses étranges. Son patient semble ne pas avoir été honnête sur son passé, et le thérapeute va tenter de comprendre pourquoi.

Contexte de la demande : La thérapeute attitrée du patient est en congé. Elle est remplacée par le Dr Foster. La demande de traitement est donc ultérieure à la thérapie en cours.

Motif du traitement : Pyromanie, idées suicidaires, voix.

Découpage des extraits : Il y a trois extraits dans une visée de soin, deux extraits se passent dans le cabinet du thérapeute (extraits A et B) le troisième se déroule sur le campus universitaire du patient (extrait C). Un éventuel quatrième extrait (extrait D) peut être pris en compte, où le patient attend le thérapeute devant sa porte. Cet extrait a davantage une fonction diégétique qui vise à éclaircir le mystère propre à l'histoire (la rencontre n'a donc pas un but thérapeutique à proprement parler) mais on peut quand même le considérer, car il y a une tentative de raisonnement de la part du thérapeute pour empêcher son patient de se suicider.

Extrait A (00'03'54) : Première rencontre entre Foster et Henry. Henry est très hostile à la thérapie, semble se sentir trahi par sa thérapeute de l'avoir « passé » à un de ses collègues. Ils ne discutent pas de grand chose, le patient est trop sur la défensive et quitte brusquement la séance, prétextant une météo menaçante.

Extrait B (00'11'38) : Le patient revient voir son thérapeute sans avoir pris rendez-vous. Il lui confie entendre des voix, et demande à son thérapeute de l'aider à les différencier de la réalité. Il lui annonce qu'il va se suicider, et que sa décision est irrévocable.

Extrait C (00'23'15) : Le thérapeute attend le patient à la sortie de ses cours. Ils discutent de l'aveu que Henry a fait à son thérapeute la veille. Le thérapeute tente de comprendre ses motivations.

Extrait D (00'32'09) : Le patient assure au thérapeute que l'homme assis devant eux est son père (alors que celui-ci devrait être mort). Le thérapeute dit à Henry que ce n'est que Léon, un ami. Le patient est déboussolé.

Extrait E (00'56'17) : Dispute entre le thérapeute et le patient. Le thérapeute a découvert que son patient lui cachait beaucoup de choses et le prie d'être honnête avec lui. Il essaye de lui ouvrir les yeux sur la beauté de la vie, mais son patient ne veut pas l'écouter, lui dit que c'est trop tard et le pousse violemment avant de s'enfuir.

6. Running With Scissors^C (2006)

Résumé : Deirdre Burroughs, une poétesse psychotique aux rêves de grandeur, estime qu'il est trop dangereux pour son fils, Augusten, de vivre sous le même toit que son père, un alcoolique invétéré. Elle décide alors de le confier à la garde de son psychiatre, le Dr. Finch. Augusten va alors découvrir qu'en comparaison à la famille Finch, sa famille est d'une cruelle banalité...

Contexte de la demande : Demande de la patiente (implicite).

Motif du traitement : Violence conjugale (due en grande partie à l'alcoolisme du mari). La patiente a le sentiment que sa vie et celle de son fils sont menacées. Angoisses, pensées suicidaires.

Découpage des extraits : Trois extraits (deux extraits en un pour l'extrait B et C). Le premier extrait se déroule chez la patiente, les deux autres dans le cabinet du thérapeute.

Extrait A (00'14'40): Thérapie individuelle avec la patiente, dans la soirée. Le fils est présent lors de l'arrivée du thérapeute mais ce dernier l'invite à quitter la pièce avant que la thérapie commence. La patiente a prié à son thérapeute de venir en urgence ; elle est inquiète du comportement violent de son mari. Elle dit avoir eu peur pour sa vie. Le dialogue est enregistré sur un magnétophone apporté par le thérapeute. Le thérapeute prescrit du Valium à la patiente à la fin de la séance.

Extrait B et C (00'20'05) : La première partie de l'extrait met en scène la patiente et son mari, dans le cabinet du thérapeute, en consultation de couple. Dans la deuxième partie de l'extrait, le fils de la patiente a remplacé son père (les deux scènes sont fusionnées), toujours dans le cabinet du thérapeute.

Extrait D (1'13'50) : La patiente se confie au sujet de sa relation avec une de ses amies. Le thérapeute l'encourage à crier pour relâcher la pression.

7. Ruby Sparks^C (2012)

Résumé : Après le succès de son premier roman, Calvin, un jeune homme d'une trentaine d'années, est désespérément à la recherche d'une idée pour le suivant. Il fait part de son impasse à son thérapeute, qui lui propose de commencer par écrire une page mettant en scène une rencontre entre son chien et un passant. Malgré les réticences de Calvin, ce conseil s'avère payant : Calvin recommence à écrire et se laisse subjugué par la passion que lui inspire sa nouvelle héroïne, Ruby Sparks. Mais les choses se compliquent lorsqu'il réalise qu'il est en train de tomber amoureux d'elle, et surtout, il commence à avoir du mal à faire la distinction entre ce qu'il imagine et ce qui est vrai. Ruby est-elle réelle ou un pur fruit de son imagination ?

Contexte de la demande : Demande du patient (implicite).

Motif du traitement : le patient est en « panne » d'inspiration, après un premier best-seller qui lui a valu un grand succès.

Découpage des extraits : Trois extraits, tous dans le cabinet du thérapeute. La thérapie commence, pour chaque extrait, en milieu de séance.

Extrait A (00'04'10) : Dans le cabinet du thérapeute. Le patient n'arrive pas à écrire, et cela commence à l'affecter sérieusement. De plus, sa vie sociale est sérieusement limitée et cela inquiète son thérapeute. Pour l'aider à écrire, le thérapeute propose à son patient d'écrire une page (même mauvaise !) sur son chien, qui aurait créé un lien privilégié avec un passant.

Extrait B (00'13'31) : Le patient est reconnaissant de la tâche que lui a assignée son thérapeute, qui a vraiment permis de le débloquent. Mais très vite, une révélation vient diminuer son enthousiasme : il est en train de tomber amoureux de son héroïne.

Extrait C (1'36'19) : Le patient n'a pas le moral, il a été contraint de « renoncer » à la femme de ses rêves, puisqu'il n'était plus capable de différencier la réalité de la fiction. Il prie cependant son thérapeute de croire en l'existence de cette femme, afin de se voir soutenu face à son fantasme.

8. Panic^C (2000)

Résumé : Alex est un père de famille à la vie d'apparence simple et tranquille. Cependant, Alex a un terrible secret ; il travaille pour son père en tant que tueur à gages depuis des années. Ayant du mal à gérer cette double vie, il décide d'aller consulter un thérapeute. Dans la salle d'attente, Alex tombe amoureux d'une jeune patiente, Sarah, qui va rapidement occuper toutes ses pensées. Et les choses se gâtent encore davantage le jour où Alex reçoit l'ordre de tuer son thérapeute... Alex est tiraillé sur deux plans : il aime sa femme et veut protéger sa famille, mais ne parvient pas à oublier Sarah. De plus, il aimerait obéir à son père en assassinant son thérapeute, mais ne parvient pas à s'y résoudre.

Contexte de la demande : Dans l'extrait A, le patient dit qu'il ne sait pas vraiment pourquoi il est là, (pas de demande explicite) « I mean, we are who we are, right ? »

Motif du traitement : Le patient cherche des conseils pour trouver une solution à sa double vie.

Découpage des extraits : Quatre extraits (A, B, C, D), tous se déroulent dans le cabinet du thérapeute.

Extrait A (00'04'35) : Première thérapie du patient. Il confie à son thérapeute qu'il est tueur à gages. D'abord, le thérapeute ne le croit pas ; puis il réalise que son patient est tout à fait sérieux. Il essaye de comprendre si le besoin de se faire soigner est en lien avec ce secret lourd à porter. Le patient, découragé, quitte la thérapie en trouvant désormais que c'est une perte de temps.

Extrait B (00'13'35) : Le patient revient, sans trop savoir pourquoi. Il fait part de son envie de mettre fin à son métier illicite.

Extrait C (00'14'20) : Séance entre Sarah et sa thérapeute. Sarah a le sentiment que sa thérapeute la juge parce qu'elle aime les femmes. Elle lui raconte comment elle a séduit une de ses collègues (illustré par un flashback).

Extrait D (00'45'30) : Le thérapeute demande à son patient s'il n'a jamais été en colère (contre son père ou en général). Le patient répond qu'il n'en a pas le souvenir.

Extrait E (00'50'40) : Le patient a sauvé le thérapeute d'une agression nocturne dans un parc. Lors de la séance, le thérapeute n'arrive pas à passer outre sur l'étrange coïncidence que le patient ait été présent lors de cette agression. Le patient, mal à l'aise, essaye de rediriger la thérapie sur son amour pour Sarah.

Extrait F (00'55'35) : Le patient ment au thérapeute en assurant avoir annoncé sa démission à son père. S'en rendant compte, le thérapeute lui fait des reproches. Exaspéré, le patient s'en va en clamant qu'il en a assez de parler.

9. Matchstick Men^C (2003)

Résumé : Roy Weller est un escroc souffrant de sévères troubles obsessionnel-compulsifs. Suivant le conseil de son collègue, Roy consulte un psychiatre pour l'aider à gérer ses crises d'angoisse. Pendant la thérapie, Roy évoque son ex-femme et leur enfant qu'il n'a jamais rencontré. Le thérapeute l'encourage alors à contacter son ex-femme afin d'en avoir le cœur net. Lorsque Roy rencontre sa fille de quatorze ans, ses symptômes diminuent. Et si l'amour paternel était le meilleur des médicaments ?

Contexte de la demande : Le patient va consulter en suivant le conseil de son collègue.

Motif du traitement : Il consulte pour ses crises d'angoisse et ses TOC de propreté qui commencent à lui poser des problèmes au travail et dans sa vie quotidienne. Il est à court de médicaments (qu'il commandait sur internet) et aimerait obtenir une ordonnance pour pouvoir s'en procurer à nouveau.

Découpage des extraits : Trois extraits, Extrait A est la première séance du patient, Extrait B est la deuxième, Extrait C est indéterminé.

Extrait A (00'16'45) : Le patient vient consulter pour obtenir une ordonnance car il n'a plus de médicaments (anxiolytiques) et ses TOC deviennent très envahissants.

Extrait B (00'21'27) : Le patient revient voir le thérapeute (on ne sait pas dans quel contexte), il paraît plus ouvert à la discussion, se confie sur sa fille qu'il ne connaît pas. Il demande à son thérapeute de lui rendre un service : appeler son ex-femme à sa place, et lui transmettre son désir de rencontrer sa fille.

Extrait C (00'43'30) : Le patient est inquiet de ne pas être un bon père pour sa fille qui vient d'entrer dans sa vie. Le thérapeute le rassure et lui conseille d'être « le plus ouvert et honnête possible ».

Extrait D (1'01'05) : Le patient est comblé par la relation qu'il crée avec sa fille. Le thérapeute, enthousiaste, voit dans cette relation un moyen pour son patient « d'ouvrir des portes depuis longtemps fermées ». Cependant, il voit d'un mauvais œil que Roy initie sa fille à l'escroquerie.

Extrait E (1'25'09) : Le patient est furieux car, en plus de ses problèmes personnels, il se rend compte que son thérapeute n'a pas été honnête avec lui : depuis plusieurs semaines, celui-ci lui donne des placebos (visant à soulager les symptômes de la ménopause !). Cette colère se transforme en désespoir lorsque le patient confie avoir « perdu sa petite fille ».

10. The Wackness^C (2008)

Résumé : Luke Shapiro est un ado un peu paumé, fan de rap et dealer à ses heures perdues. Son meilleur (et seul) ami n'est autre que son thérapeute, à qui il aime faire part de ses malheurs, principalement ses relations difficiles avec les filles et ses parents. Lorsque Luke tombe amoureux de la belle-fille de son thérapeute, Stéphanie, tout semble aller mieux alors que son thérapeute, lui, commence à broyer du noir...

Contexte de la demande : On apprend que le patient est d'abord le dealer de la belle-fille du thérapeute, pour devenir ensuite le dealer de son thérapeute lui-même. A partir de cette relation de clientèle en naît une autre, cette fois-ci thérapeutique. Cette relation bidimensionnelle est représentée par le fait que le patient paye ses séances avec de la marijuana.

On apprend dans un monologue (juste après la séance de thérapie) que le patient continue à voir son psy et qu'il ne sait pas vraiment pourquoi. « Sometimes it's nice to have someone to talk to. » On comprend que la thérapie n'est pas un besoin, mais davantage un soutien, un moment agréable.

Motif du traitement : flou.

Découpage des extraits : Le film est découpé en quatre extraits mettant en scène une relation thérapeutique (dans le cabinet du thérapeute). Les extraits qui ne considèrent que la dimension amicale de la relation n'ont pas été analysés.

Extrait A (00'00'25) : Le film commence sur la séance entre le patient et son thérapeute. Le rapport thérapeutique semble récent puisque le thérapeute propose à son patient de l'appeler par son prénom. Lorsque le patient demande à son thérapeute combien de grammes de marijuana il compte lui acheter, on comprend que leur lien n'est pas uniquement thérapeutique.

Extrait B (00'13'48) : Le patient fait part d'une dépression naissante à son thérapeute, et lui demande de lui prescrire des antidépresseurs. Le thérapeute refuse, considérant cette « dépression » comme un passage à vide, une déprime liée à la situation familiale et amoureuse de Luke.

Extrait C (00'25'50) : Le thérapeute et Luke comparent leurs expériences de lycée. Luke confie à son thérapeute qu'il voit une fille mais il lui ment sur son identité : c'est en réalité la belle-fille du thérapeute. Ce dernier encourage Luke à « conclure ».

Extrait D (00'48'16) : Le thérapeute et le patient se disputent au sujet de la relation que Luke entretient avec la belle-fille du thérapeute. Le thérapeute, beau-père protecteur et lucide, met en garde Luke sur le fait que sa belle-fille n'est pas faite pour lui. Le patient, vexé, quitte la séance après avoir dit ses quatre vérités au thérapeute.

Extrait D (1'10'26) : L'extrait fait écho à l'extrait D, dans le sens où Luke s'est fait briser le cœur par la belle-fille du thérapeute. Il vient donc apaiser les choses, en admettant que la mise en garde du thérapeute était justifiée.