

Quelle est l'origine et la véracité scientifique du syndrome de Stockholm ?

Groupe

Clara.Duquesnel@etu.univ-grenoble-alpes.fr

(L2, Sciences sociales parcours sciences humaines appliquées)

Lou.Verveche@etu.univ-grenoble-alpes.fr

(L2, Sciences sociales parcours sciences humaines appliquées)

Jose-Manuel.Perez-Carruido@etu.univ-grenoble-alpes.fr

(Deuxième semestre de DUEF)

Wen.Zhong@etu.univ-grenoble-alpes.fr

(Deuxième semestre de DUEF)

I - Introduction

Définition du syndrome et histoire du syndrome de Stockholm

Le syndrome de Stockholm désigne généralement un phénomène psychologique observé dans des situations de contrainte extrême, en particulier lors de prises d'otages ou d'enlèvements, dans lesquelles la victime développe progressivement un attachement émotionnel, de la sympathie, voire une forme d'identification à l'égard de son agresseur. Ce phénomène s'inscrit dans un ensemble plus large de réactions paradoxales en psychologie, où des individus exposés à la violence ou à la menace adoptent des comportements apparemment contraires à l'intuition, tels que les conduites coopératives fréquemment observées chez les enfants victimes de maltraitance.

Ces différents phénomènes ont en commun de remettre en cause l'idée selon laquelle une victime réagirait nécessairement par la fuite, la résistance ou l'opposition. Au contraire, dans certains contextes de domination et de danger, la victime peut adopter des stratégies d'adaptation reposant sur la soumission, la coopération ou l'attachement envers l'agresseur. Dans le cas du syndrome de Stockholm, la caractéristique centrale réside dans l'établissement d'un « lien émotionnel » (emotional bond) entre la victime et l'auteur de la violence. Le développement de ce lien est généralement interprété comme un mécanisme de défense permettant à la victime, dans un environnement marqué par une menace intense et une forte incertitude, de réguler ses émotions et ses cognitions afin de réduire l'anxiété et la peur, et ainsi d'optimiser ses chances de survie.

Dans ce processus, la victime tend à diminuer, voire à abandonner, toute forme de résistance ou d'agressivité envers l'agresseur, et peut adopter à son égard des attitudes de compréhension, de sympathie ou d'évaluation positive. Parallèlement, elle peut manifester de la méfiance, voire de l'hostilité, envers les forces extérieures de secours, telles que la police ou les autorités. Cette transformation psychologique ne relève pas d'un choix libre, mais s'inscrit dans un contexte où la victime perçoit une menace directe sur sa vie et une

impossibilité quasi totale d'évasion. De manière similaire, dans les situations de violence domestique, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, les victimes peuvent non seulement se conformer aux attentes de leur agresseur, mais également en venir à les idéaliser, y compris au-delà de la situation de contrainte immédiate.

Certains modèles théoriques soulignent en outre que, lorsque l'agresseur manifeste des signes limités de « bienveillance » (par exemple fournir de la nourriture ou éviter d'infliger des violences supplémentaires), ces comportements peuvent être amplifiés dans l'interprétation de la victime, renforçant ainsi le lien émotionnel positif à son égard. Par ailleurs, la littérature académique associe fréquemment le syndrome de Stockholm à des notions telles que le « lien traumatique » (traumatic bonding) ou le « lien de terreur » (terror bonding), afin de souligner que ce type de relation se développe dans un contexte d'asymétrie extrême de pouvoir et de pression prolongée.

Bien que ce concept trouve son origine dans la prise d'otages survenue à Stockholm en 1973, il a été ultérieurement étendu pour interpréter des phénomènes similaires dans d'autres contextes, notamment les situations de violence intrafamiliale. Néanmoins, dans la littérature existante, ce concept demeure principalement associé aux situations de captivité et de prise d'otages, tout en étant mobilisé plus largement pour décrire des formes d'attachement paradoxal dans des contextes de violence.

Voici les cas marquants dans l'histoire :

Cas 1 : La prise d'otages de Stockholm (1973)

En 1973, un évadé de prison, Janne Olsson, pénétra dans une banque à Stockholm et prit en otage quatre employés, exigeant la libération de son complice Clark Olofsson. Les deux hommes se barricadèrent ensuite avec les otages dans le coffre de la banque pendant six jours. Durant cette période, les victimes furent soumises à une menace constante, notamment par l'usage d'armes à feu et des dispositifs susceptibles de provoquer leur mort en cas d'intervention policière. Cependant, de manière paradoxale, les otages développèrent progressivement des attitudes inattendues : ils exprimèrent de la méfiance, voire de l'hostilité, à l'égard de la police, et refusèrent d'être secourus. Après leur libération, ils refusèrent de témoigner contre leurs ravisseurs, collectèrent des fonds pour leur défense juridique et maintinrent des contacts avec eux. Cet événement constitue le cas fondateur du « syndrome de Stockholm ».

Cas 2 : L'affaire Patty Hearst (1974)

En 1974, Patty Hearst, héritière américaine, fut enlevée par un groupe radical, la Symbionese Liberation Army (SLA). Durant les premières semaines de sa captivité, elle fut confinée dans un espace restreint et soumise à des violences physiques et sexuelles. Par la suite, son comportement évolua de manière significative : elle adopta les positions idéologiques du groupe et participa activement à ses actions criminelles, notamment à un braquage de banque armé. Lors de son procès, elle affirma avoir agi sous contrainte, invoquant des phénomènes de manipulation psychologique et de coercition, mais elle fut néanmoins condamnée, avant d'être ultérieurement graciée.

Cas 3 : L'enlèvement d'Elizabeth Smart (2002)

En 2002, Elizabeth Smart, âgée de 14 ans, fut enlevée à son domicile par un couple se revendiquant d'une idéologie religieuse extrême. Pendant neuf mois, elle fut maintenue en captivité, contrainte à une relation pseudo-conjugale, et soumise à des violences physiques, sexuelles et psychologiques. Elle était souvent dissimulée sous un voile et empêchée de communiquer avec autrui. Malgré plusieurs occasions de fuite, notamment lors de sorties en public, elle ne tenta pas de s'échapper. Après sa libération, l'opinion publique s'interrogea sur cette absence de tentative d'évasion, tandis que la victime manifesta des réactions émotionnelles complexes, incluant une certaine forme de préoccupation envers ses ravisseurs. Ce cas met en évidence l'impact des mécanismes de contrôle et de peur sur les comportements des victimes dans des situations de contrainte prolongée.

Cas 4 : L'affaire Natascha Kampusch (1998–2006)

Natascha Kampusch fut enlevée à l'âge de 10 ans en Autriche et détenue pendant huit ans. Initialement enfermée dans un espace confiné sans lumière naturelle, elle subit des violences physiques et psychologiques. Avec le temps, ses conditions de détention évoluèrent, lui permettant d'accéder à certaines zones de la maison et même de sortir à l'extérieur. Malgré plusieurs opportunités d'évasion, elle ne les saisit pas jusqu'à sa fuite en 2006. Après sa libération, elle exprima des émotions ambivalentes à l'égard de son ravisseur, notamment de la tristesse à la suite de son suicide, et déclara que son expérience avait également eu des effets qu'elle percevait comme positifs.

Cas 5 : L'affaire Shawn Hornbeck (2002–2007)

Shawn Hornbeck fut enlevé à l'âge de 11 ans et retenu captif pendant environ quatre ans et demi. Contrairement à d'autres cas, il bénéficiait d'une certaine liberté de mouvement et fut progressivement intégré dans le quotidien de son ravisseur. Il eut des contacts avec des personnes extérieures, développa des relations sociales, et entra même en contact avec les forces de l'ordre à deux reprises, sans toutefois révéler sa situation, affirmant être le fils de son ravisseur. Il fut finalement retrouvé lors de l'enquête sur un autre enlèvement. Après sa libération, il demeura discret quant à son expérience.

II - Théories sur le syndrome de Stockholm

Les théories concernant le phénomène connu sous le nom de syndrome de Stockholm sont nombreuses. Ces définitions restent théoriques, et ne constituent pas des diagnostics officiels. Voici 4 théories majeures sur le syndrome de Stockholm :

1. Définition par le mécanisme de survie (Identification à l'agresseur)

Le syndrome, selon la théorie de l'identification à l'agresseur, est défini comme un processus de défense psychologique inconscient où la victime, confrontée à une menace de mort imminente et à une impuissance totale, développe une alliance émotionnelle avec son ravisseur. Ce processus a été théorisé dès les années 1930 par Anna Freud notamment. En adoptant les croyances et les objectifs de l'agresseur, la victime tente de réduire la tension et d'assurer sa survie en devenant "utile" ou "aimée" aux yeux de son geôlier. C'est sans doute

la notion/la théorie la plus proche du Syndrome de Stockholm dans écrits de Boris Cyrulnik ; Il n'utilise pas toujours le terme clinique « Syndrome de Stockholm » de manière frontale, mais consacre une grande partie de sa réflexion aux mécanismes qui l'explique : l'attachement dans la détresse et la soumission au bourreau. Il s'appuie sur les travaux d'Anna Freud pour expliquer comment, en s'appropriant les codes, les pensées ou la violence du dominant, le dominé a l'illusion de maîtriser le danger. Dans le livre, cela est souvent lié aux récits de captivité ou aux relations d'emprise au sein de la famille.

Critique :

Cette théorie de l'identification à l'agresseur se confronte néanmoins à certaines limites bien qu'elle soit la plus influente dans la culture populaire.

Même si la théorie d'Anna Freud explique bien le mécanisme psychologique sous-jacent, elle est critiquée pour sa généralisation excessive dans un premier temps ; Elle ne s'applique pas à toutes les victimes de traumatismes ou de séquestration. De nombreuses victimes ne développent aucun attachement à leur agresseur et conservent au contraire une hostilité totale. Dans un second temps, on peut critiquer la simplification des dynamiques de pouvoir. Elle tend à ignorer d'autres facteurs cruciaux comme la culture, la personnalité préexistante de la victime, la durée de la captivité, ou l'existence d'un soutien externe. Enfin, il y a un risque de victimisation secondaire ; en présentant la réaction de la victime comme un "choix" inconscient ou un mécanisme de défense, cela peut involontairement minimiser la responsabilité de l'agresseur ou laisser penser que la victime a "contribué" à sa propre situation.

Du côté de Cyrulnik, il met l'accent sur les mécanismes de résilience et d'attachement, mais certains critiques contemporains estiment que l'accent mis sur l'identification à l'agresseur peut négliger la dimension systémique et sociale de l'emprise. Ils privilégient des approches comme celle de l'emprise psychologique (notamment développée par les travaux sur les violences conjugales), qui insiste sur la manipulation progressive et la destruction de l'estime de soi plutôt que sur une simple identification inconsciente. Ce qui une fois de plus peut remettre en cause cette théorie.

2. Définition par le lien traumatique (Trauma Bonding)

Il s'agit d'une définition centrée sur la dynamique de récompense et de punition : le syndrome est défini comme l'attachement affectif résultant de l'alternance entre des périodes de terreur absolue et des actes de clémence ou de bienveillance de la part du ravisseur. La victime interprète ces petites "grâces" (nourriture, non-violence) comme des signes de bonté, créant une dépendance émotionnelle irrationnelle et une gratitude pathologique envers son agresseur. L'isolement social, la privation sensorielle et la manipulation (comme le gaslighting*) renforcent la dépendance émotionnelle de la victime. Dans les relations abusives, ce mécanisme est souvent entretenu par des cycles de violence suivis de phases de réconciliation, créant une confusion entre peur et attachement.

**une forme de manipulation mentale dans laquelle l'information est déformée ou présentée sous un autre jour, omise sélectivement pour favoriser un abuseur, ou faussée dans le but de faire douter une victime de sa mémoire, de sa perception de la réalité et de sa santé mentale*

Critique :

La critique principale qu'on pourrait faire sur cette théorie du lien traumatique est qu'on a tendance à faire passer les personnes (majoritairement les femmes) victimes de violences conjugales pour des « accros » à leur bourreau et laisse supposer qu'elles sont souvent consentantes car elles pourraient partir si elles le voulaient. Mais Alan Wade, psychologue clinicien et chercheur canadien, va expliquer que ces victimes ne tombent pas dans un « lien amoureux » par faiblesse, mais qu'au contraire ces dernières pratiquent des « micro-actes de résistance ». Par exemple, si la victime fait semblant d'être d'accord avec son bourreau c'est un acte d'intelligence et non pas de dépendance émotionnelle, car dans la plupart des cas ça leur permet d'éviter de subir des violences supplémentaires. Il va notamment dire, p30 : « ...persons who are forced to live under close surveillance, with the constant threat of retaliation, such as women who have been assaulted by their husbands, sexually abused children, and harassed employees, of necessity become adept at various methods of "playing the game," "laying it on thick," "telling him what he wants to hear," or "stringing him a line," in lieu of, or sometimes in combination with, more open forms of resistance » (traduction : Les personnes qui sont forcées de vivre sous surveillance étroite, avec la menace constante de représailles, telles que les femmes qui ont été agressées par leurs maris, les enfants maltraités sexuellement et les employés harcelés, deviennent nécessairement adeptes de diverses méthodes de "jouer le jeu", "en faire trop", "lui dire ce qu'il veut entendre" ou "le mener en bateau", au lieu de, ou parfois en combinaison avec, des formes plus ouvertes de résistance). En outre, il dénonce le terme de « lien » car au final c'est une collaboration forcée que la victime doit subir. Pour lui, ce n'est pas une addiction psychologique, émotionnelle, c'est une stratégie de survie que la victime va mettre en place qu'on a tendance à négliger via l'utilisation de ce terme. Cette analyse va notamment être rejointe par la journaliste Jess Hill, dans son ouvrage *See What You Made Me Do : Domestic Abuse, Power and Control*, qui va rappeler que ce terme a été créé pour discréditer la parole des femmes victimes de violence et non pas pour expliquer réellement le syndrome.

(Wade, Allan. « Small Acts of Living: Everyday Resistance to Violence and Other Forms of Oppression ». *Contemporary Family Therapy*, vol. 19, n° 1, mars 1997, p. 23-39. Springer Link, <https://doi.org/10.1023/A:1026154215299>)

3. Définition par la distorsion de la réalité (Biais de perception)

Cette approche définit le syndrome comme une altération cognitive où la victime perçoit le ravisseur comme sa seule source de sécurité et de protection. Dans cette configuration, les forces de l'ordre ou les tiers extérieurs sont systématiquement vus comme des menaces potentielles à la vie de la victime, conduisant à une hostilité envers les tentatives de sauvetage et à une loyauté exclusive envers le geôlier. La théorie de l'attachement propose que l'attachement est un mécanisme inné et incontrôlable consciemment. La thérapie interpersonnelle montre qu'un individu A est en mesure de s'attacher à un individu B dès qu'un ou plusieurs de ses besoins sont satisfaits par l'individu B. Dans le cas d'un enlèvement, de fait, le ravisseur assure la sécurité de l'otage dans le cadre de l'enlèvement. De plus, il assure ses besoins physiologiques, et parfois interpersonnels (camaraderie, instrumental) car il est le seul interlocuteur de l'otage puisque ce dernier est coupé de sa famille et de ses amis. Par conséquent, l'attachement se développe, même sans le consentement de la victime. Le ravisseur est perçu comme une figure d'attachement.

Critique :

On peut critiquer cette théorie de la distorsion de la réalité, car cette dernière affirme que la victime souffre d'une sorte « d'altération cognitive » car elle va percevoir son ravisseur comme un protecteur et voir les institutions censées la sauver comme une menace. Hors ce n'est pas tout un acte de « folie » ou une altération cognitive, la victime va tout simplement faire l'analyse des risques qui l'entourent et ce comportement peut être décrit de lucide et rationnel. On peut d'abord dire que se voir son ravisseur comme un acteur positif est une réponse logique de survie, car dans une prise d'otage la vie de la victime va dépendre avant tout de son ravisseur (qui est à l'intérieur avec elle et armé) et qu'elle ne va pas dépendre de la police (qui est à l'extérieur, pas à proximité). Coopérer avec le ravisseur est une « stratégie de désamorçage de la violence », il semble logique que si la victime se montre violente et non coopérante avec son ravisseur qu'il devienne violent et donc que sa vie soit plus facilement en danger, alors que si elle est sympathique et qu'elle se montre bienveillante envers lui il y a plus de chance que ce dernier lui fasse pas de mal. De plus, cette théorie prétend que la peur de la police est irrationnelle et cette dernière décrédibilise alors la victime en prétendant qu'elle n'est plus elle-même. Or les interventions policières sont souvent la première cause de décès des otages (cf, Prise d'otage du théâtre de Moscou en 2002 = 130 otages périssent au cours de cet événement, 124 à cause du gaz utilisé par la police et 6 tués par les terroristes...). Il est donc rationnel que Enmark ait eu plus peur de la police que de son ravisseur, surtout quand la police a essayé d'utiliser des gaz incapacitants qui auraient pu tuer les otages, comme en Russie. Cette théorie donne plus l'air de vouloir rendre invalide la parole des victimes, comme la parole d'Enmark, qui critique les agissements de la police dans les prises d'otages. En décrédibilisant leur parole via ce « syndrome » ça permet de ne pas tenir compte de leurs témoignages et de leurs reproches quant à la gestion de crise par les autorités. Elle va notamment dire dans son livre : « Ce n'était pas une erreur de perception. J'avais plus peur de la police que des braqueurs. Les braqueurs me protégeaient de la police qui voulait nous gazer. ». Malgré son témoignage, Nils Bejerot (qui n'a jamais parlé avec elle) va poser son diagnostic de Syndrome de Stockholm via cette théorie. Ce dernier est alors réellement questionable, comment poser un vrai diagnostic sans parler à la victime ?

Enmark, Kristin. *Jag blev Stockholmsyndromet: valvet, föraktet och mitt kärleksförhållande med Clark Olofsson*. Ordupplaget, 2015

4. Définition par l'adaptation situationnelle (Réponse comportementale)

Le syndrome est défini ici non pas comme une pathologie mentale, mais comme une réponse comportementale normale et adaptative à un environnement extrême et anormal. Il s'agit d'un ensemble de réactions (soumission, coopération, empathie) qui apparaissent logiquement dans un contexte de captivité totale, où l'individu tente de s'adapter au pouvoir absolu de l'autre pour minimiser les risques de violence physique

Cette dernière théorie est la plus largement acceptée par les psychologues modernes et les chercheurs en traumatologie. Elle s'oppose directement à la vision psychanalytique (comme celle d'Anna Freud ou de Cyrulnik) qui tend à intérioriser le phénomène comme un mécanisme de défense inconscient spécifique.

Critique :

Premièrement, elle établit la normalisation de la réaction. En effet, dans le cadre de prises d'otage, d'enlèvements etc, les comportements observés (empathie, soumission, coopération) ne sont pas considérés comme des symptômes d'une pathologie ou d'une perversion psychique, mais comme des stratégies de survie rationnelles dans un contexte irrationnel. On peut formuler le même contre-argument que pour la critique de la théorie du biais de perception. Face à un agresseur qui détient le pouvoir absolu sur la vie et la mort, l'individu qui coopère augmente statistiquement les chances de survie. C'est un choix rationnel.

Cependant, cette théorie n'est pas non plus à l'abri de critiques fondées. En qualifiant la réaction de "normale" ou "adaptative", on risque de minimiser l'horreur de la situation et la gravité du traumatisme subi. C'est le risque de "normalisation excessive" et de minimisation du traumatisme. En effet, dire que la victime "s'adapte normalement" peut involontairement donner l'impression que la souffrance est inévitable, gérable, ou même "logique", ce qui peut alors décourager la reconnaissance de la violence extrême de l'agresseur. Cela peut aussi laisser supposer que la victime n'a, à la suite de ce traumatisme, pas besoin d'aide pour s'en défaire, pour guérir de ces mécanismes. Pourtant, la sortie de cette adaptation est souvent douloureuse et complexe en réalité, et peut nécessiter un suivi thérapeutique, des soins spécifiques. Ces besoins risquent donc d'être sous-estimés en partant du postulat qu'il s'agissait de mécanismes adaptatifs au moment du crime.

Critique ,personnelle, des cas où le syndrome de Stockholm a été « identifié » :

Cas 1 : La prise d'otage de Stockholm

La critique est simple, le diagnostic de ce syndrome a été inventé par le psychiatre Berjerot qui travaillait pour la police, en tant que consultant, à ce moment même et ce dernier n'a même pas pris le temps de parler aux victimes de cette prise d'otage. Il valait mieux qualifier les otages d'irrationnels et donc discréditer les témoignages des otages qui critiquaient à cette époque la gestion dite « désastreuse » (utilisation de gaz dangereux pour les otages) de la police sur cet événement. Il valait mieux que les otages s'allient et se rapprochent du ravisseur pour essayer de survivre à ce dernier plutôt que de faire confiance à des éléments extérieurs (police). Cela soulève la question de la protection dont peut bénéficier la police même en cas de bavures et de mauvaises évaluations des situations. Olofsson n'a d'ailleurs aucune considération pour Berjerot et s'oppose totalement à son diagnostic. Dans sa version des faits, il confirme la version des otages critiquant la gestion de la police. Il donne d'autres détails concernant les manquements de la police, comme par exemple le fait que malgré qu'Olofsson ait réclamé de l'aide pour les femmes qui avaient leurs règles en réponse, les policiers n'ont rien fait et simplement déclaré "On verra ! On verra !". Les policiers ont aussi pu refuser que les otages appellent leur famille, et c'est Olofsson qui déclare s'être arrangée pour qu'elles puissent le faire quand même. Il insistait alors sur l'attitude des "flics" ne se préoccupant pas d'elles, de leurs sentiments ou de leur bien-être. C'est selon lui, ça le "syndrome", tout dans cette situation pouvait conduire les victimes à faire davantage confiance aux ravisseurs.

Cas 2 : L'affaire Patty Hearst 1974

On peut pour ce cas -ci, invoquer la théorie probable de l'adaptation situationnelle. En effet, la victime était confinée dans un espace où elle a subi des violences physiques et sexuelles. Le choix le plus rationnel dans cette configuration (si le choc traumatique ne nous fige pas totalement et n'altère pas nos capacités de réflexion) est de coopérer le plus possible avec les ravisseurs pour minimiser les sévices et la souffrance. En plus des mécanismes de manipulation psychologique très entendables qu'elle a invoqués, le fait de réagir de façon à éviter plus de douleurs s'avère compréhensible, ce qui questionne sa condamnation et la qualification de "syndrome".

Cas 3 : L'enlèvement d'Elizabeth Smart (2002)

On a beaucoup reproché à Smart de ne pas s'être enfuie alors qu'elle était en public, mais cette dernière va expliquer qu'elle ne fuyait pas car son ravisseur avait menacé de tuer toute sa famille si jamais elle tentait de partir ou si elle parlait. On peut donc voir qu'on va confondre le soit disant « attachement » qu'elle aurait eu envers son ravisseur et le fait qu'elle l'écoutait et faisait ce qu'il voulait qu'elle fasse afin de ne pas l'énerver et donc qu'il vienne à lui faire du mal à elle ou à sa famille, elle en parle notamment dans son livre *My Story*. Elle a choisi d'être « docile » car elle était menacé par son ravisseur, c'était un acte intelligent de survie et non pas une attache mentale et/ou émotionnelle qu'elle avait envers son ravisseur. Mais mettre le concept de syndrome de Stockholm était sûrement plus simple plutôt que de chercher à comprendre son véritable comportement et ses motivations derrière ses actes. Elle va elle même rejeter violemment le terme de syndrome de Stockholm qu'on va lui « diagnostiquer ».

Cas 4 : L'affaire Natascha Kampusch (1998–2006)

Le fait qu'elle ait pleuré la mort de son ravisseur est souvent cité comme preuve qu'elle était atteinte de ce syndrome. Or, elle même dit que « Qualifier ma survie de syndrome de Stockholm, c'est une insulte. ». Elle a été enlevée à l'âge de 10 ans, ce n'était qu'une enfant et pendant 8 ans elle va connaître l'enfer et sera isolée de tout, la seule personne qu'elle voit est son ravisseur. Pendant toute son adolescence elle ne va voir et connaître que ce dernier, on peut donc penser qu'elle pleure non pas pour l'attachement qu'elle avait ,peut-être, pour ce dernier mais plutôt par le fait que ce passage terrible de sa vie est enfin bouclée, car ce dernier est mort. Cet événement lui permet peut-être de faire enfin le deuil de sa vie qu'il lui a volée pendant 8 ans.

Cas 5 : L'affaire Shawn Hornbeck (2002–2007)

Pour cette affaire, il est mentionné que Shawn Hornbeck avait une liberté de mouvement physique mais, cela n'empêche pas qu'il était prisonnier d'une "cage mentale". Michael Devlin (son kidnappeur) utilisait des menaces subtiles, suggérant que si Shawn s'enfuyait, ses parents seraient tués ou qu'ils ne voulaient plus de lui. De plus, il a pu intégrer une sorte d'impuissance apprise : Après des mois ou des années de contrôle, le cerveau intègre qu'il est inutile de résister. La victime finit par croire qu'elle fait partie de la famille du ravisseur. Ce qui peut expliquer la réaction de Shawn après être redevenu libre. Il y a aussi l'hypothèse de la honte et de la culpabilité. C'est un facteur crucial dans le silence des victimes de longue durée. Il se pourrait que la victime ait ressenti la honte d'avoir "collaboré" : le fait d'avoir menti à la police en disant qu'il était le fils de Devlin a pu créer

chez Shawn un sentiment de complicité. Il a pu craindre d'être jugé ou punis pour n'avoir pas parlé plus tôt. Il a également pu être soumis à une forme de confusion identitaire. Enlevé à 11 ans et libéré à 15 ans, il a passé les années formatrices de sa vie sous l'influence et le contrôle psychologique total de son agresseur. Ainsi son identité s'est construite autour de cette relation forcée.

Processus du syndrome

On ne peut parler du syndrome de Stockholm sans parler de victimologie, une discipline des sciences criminelles née dans les années 1950. Il s'agit d'une branche de la criminologie qui s'intéresse aux victimes de crimes ou de délits. Les enquêtes de cette branche portent sur le comportement des victimes, leur perception des faits... Elle intègre le syndrome de Stockholm comme un exemple spécifique de victimisation primaire, analysant comment la dynamique de la relation victime-agresseur peut engendrer des traumatismes complexes, de la dissociation ou des mécanismes de défense comme la résilience.

Sur le plan psychologique, le syndrome de Stockholm est observé comme une des multiples réactions émotionnelles susceptibles de se manifester chez un individu sans défense, totalement fragilisé, exposé pendant une durée importante à la domination d'un agresseur. Il s'agit d'une posture qui s'installe graduellement, provoquée par l'existence d'un courant affectif se produisant, en manière de réflexe, hors de tout diktat et naturellement.

Une telle réaction doit surtout se comprendre grâce aux effets du rapport prolongé entre la victime et l'agresseur. Ancien policier et psychiatre, Martin Symonds qualifie cette étape du drame de « *frozen fright* » (la peur gelée). Il s'agit de comprendre que l'agresseur aurait poussé sa victime dans une sorte de « congélateur ». La réponse traumatique : le « *frozen fright* » correspond à la réponse de figement (*freeze*), qui est l'un des quatre types de réactions biologiques au danger (combattre, fuir, figer, se soumettre/*fawn*). En 1975, le psychiatre américain décrit les quatre phases du processus : une première phase de déni, suivie d'une phase de sidération (la « peur qui fige », *frozen fright*), puis la phase « Je suis stupide » (« *I am stupid phase* ») au cours de laquelle la victime peut basculer dans l'infantilisme traumatique et se comporter comme un enfant obéissant et finalement, la phase ultime, le syndrome de Stockholm, où elle s'identifie à ses agresseurs.

Face à un traumatisme initial provoquant une panique intense, la victime tente souvent de dissimuler sa détresse pour préserver son intégrité psychique. Elle adopte alors une attitude de calme apparent et de collaboration immédiate avec l'agresseur, obéissant à ses ordres afin d'atténuer progressivement le choc de l'agression. Ce comportement, qualifié en psychanalyse de « formation réactive », agit comme un mécanisme de défense inconscient de l'ego. Il se manifeste par une inversion paradoxale des réactions sociales habituelles : au lieu de résister ou d'exprimer de l'hostilité, la victime développe une sympathie, voire une affection et une gratitude envers son bourreau. Cette soumission apparente résulte de la brutalité de l'agression qui a temporairement bouleversé ses codes moraux et personnels. Il ne s'agit pas, comme dans certains cas, notamment celui de la prise en otage, que la victime cherche à maîtriser la situation, en maquillant ses sentiments, afin d'obtenir non seulement la diminution de la douleur provoquée par l'agression et la menace, mais aussi le fruit espéré des gestes de quémande, d'imploration de protection et de pitié qui garantiraient sa propre survie. Ce type de scénario ne doit pas être attribué à la manifestation du

syndrome de Stockholm. Ainsi, le « frozen fright » est un mécanisme biologique sous-jacent (une réponse de stress) qui peut contribuer à l'apparition du syndrome, Il s'agit d'un composant des réponses au traumatisme qui explique comment la victime réagit physiologiquement et psychologiquement dans la situation, mais il n'est pas classé comme une théorie distincte des autres explications psychosociales.

Louis Crocq, psychiatre français et docteur en psychologie, ayant travaillé sur ce syndrome, va aussi expliquer ,de façon plus détaillée, les réactions des victimes du syndrome de Stockholm par le stress qu'elles vivent. Selon lui, le syndrome n'apparaît pas par hasard ; il est « le résultat d'un effondrement des défenses psychiques face à une terreur extrême ».

Crocq va d'abord essayé d'expliquer, ce qui se passe chez la victime de façon « médicale » dès le début de la prise d'otage/d'agression. Il va nous dire ,dans Le syndrome de Stockholm et ses conséquences sur le procès pénal de Elodie noblet, que dès la prise d'otage, la victime va être plongée dans un état de stress intense. Il va alors distinguer « deux réactions » possible chez les victimes, il va appeler ça le « stress adapté » et le « stress dépassé ».

Pour Louis Crocq, le **stress adapté** est quand la victime va réussir à rester lucide et que son cerveau va chercher à analyser la situation et va se servir de toutes ses « ressources » pour chercher à fuir, si possible, ou a se protéger. Dans le stress adapté, la victime va réussir à garder une certaine capacité de raisonnement logique malgré tout le stress qu'elle subit, comme si cette dernière se servait de son stress pour se mettre en »mode survie «.

Tandis que le **stress dépassé**, pour Crocq, va être que la menace sera perçu comme trop brutale ou imprévisible pour la victime et que son « système psychique va être submergé ». C'est dans cette situation que Crocq dit « que survient la sidération », c'est a dire que la personne sera complètement incapable de réagir a ce qui se passe autour d'elle, elle sera « paralysée » à cause d'un trop gros stress. Crocq, va mentionner que la victime via le stress dépassé peut aussi « entrer dans un état d'automatisme psychologique », on peut traduire cet état par le fait que la victime va obéir aux ordres sans réfléchir, elle va le faire instinctivement. Pour Louis Crocq, c'est ce stress dépassé qui va créer « la faille nécessaire au développement du syndrome », il va alors rejoindre la théorie de Symonds.

Louis Crocq va ensuite découper le déroulement de l'agression/prise d'otage en quatre étapes chronologiques, permettant ainsi d'expliquer le processus d'attachement de la victime envers son ravisseur. On va pouvoir retrouver tout ceci dans le livre de C.Blatier, Psychologie des comportements criminels.

1. « La phase de capture »

Pour Crocq, cette phase va créer une réelle « rupture brutale avec la réalité ». La victime va alors prendre conscience que 'ça n'arrive pas qu'aux autres' (« mythe d'invulnérabilité »), la victime va alors être complètement chamboulé et va ressentir une détresse absolue. Elle va alors chercher à « survivre psychologiquement, inconsciemment elle va chercher un moyen de ne plus être une « ennemie » aux yeux du ravisseur », influençant alors un début de communication entre ces derniers.

2. « La phase de séquestration »

C'est durant cette période souvent longue que le syndrome de Stockholm est susceptible de s'installer pour L.Crocq. Il va diviser cette phase en trois temps :

- **« Le déni »** : Pour supporter l'inimaginable/l'insupportable, l'otage va rentrer dans une sorte de déni profond pour se rassurer émotionnellement inconsciemment. La victime va faire semblant que la situation n'est pas si grave.
-
- **« L'espoir avec une illusion de répit »** : À chaque fois que le ravisseur ne tue pas l'otage ou lui accorde un petit geste amical (ex, il lui donne un verre d'eau, lui parle 'gentiment'...), la victime va « ressentir une sorte de gratitude immense ». La victime ne va plus voir son ravisseur comme celui qui l'emprisonne, mais plutôt comme celui qui lui permet de « rester en vie » chaque minute. Le processus d'identification de la victime envers son ravisseur commence souvent ici.
-
- **« La perte d'espoir et l'acceptation du statut d'otage »** : L'otage finit par adopter le point de vue de son agresseur pour ne plus être en conflit avec lui, la victime va essayer de faire plaisir à son ravisseur. C'est ici que l'identification à l'agresseur devient totale.

3. « La phase de libération »

Au moment de la fin de la prise d'otage et de la libération de ces derniers par les forces de l'ordre, l'otage peut ressentir une sorte de sentiment ambivalent. Au lieu de la joie, la victime peut éprouver de la confusion, de la peur face aux forces de l'ordre (perçues comme les agresseurs de "son" ravisseur) ou même de la tristesse lors de la séparation. (cf, Prise d'otage en 1973)

4. « La phase séquellaire »

Après la libération, le syndrome de Stockholm peut persister sous forme de culpabilité. La victime peut alors chercher à justifier les actes du ravisseur ou alors elle va refuser de témoigner contre lui. Louis Crocq, souligne dans cette dernière phase « l'importance du suivi psychiatrique pour traiter l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) qui découle de cette expérience ».

Facteurs à risques, prédispositions

On peut également se demander si il existe selon les profils, des prédispositions nous rendant plus ou moins susceptibles d'être « victime » de ce « symptôme ».

Comme le dit Catherine Blatier, professeur de psychologie clinique et pathologique à l'université Pierre-Mendès-France de Grenoble, dans son livre Psychologie des comportements criminels. Il y aurait des facteurs de risques, ce qui impliquerait que certains profils seraient plus susceptibles d'être victime de ce syndrome. Ces derniers sont :

- « **L'âge de la victime** », selon Blatier, va « déterminer une vulnérabilité » ou « une immaturité affective ». Elle dit notamment qu'une personne ayant un âge « relativement avancé » est le plus souvent épargné et est plus susceptible d'être respectée par ses ravisseurs, ce qui va alors créer plus facilement une relation de confiance entre la victime et le(s) ravisseur(s). Pour elle, l'âge est un facteur important dans l'apparition du syndrome de Stockholm chez les victimes.

- « **Le sexe de la victime** : les femmes semblent plus vulnérables au syndrome de Stockholm, notamment lorsqu'elles occupent une position hiérarchique inférieure dans le groupe des otages, les ravisseurs ayant tendance à les ménager davantage. De même, les personnes ayant déjà vécu une expérience traumatique intense proche de la mort sont considérées comme plus à risque : face à un terreur brutale, elles basculent dans un mode de survie où leurs repères habituels s'effondrent, les poussant à prendre parti pour leur agresseur, à le comprendre et à excuser ses actes afin de se protéger et de réduire leur peur. »

- « **L'existence de tensions internes** » : si il existe des tensions internes au sein d'un groupe d'otages, cela va favoriser l'apparition du syndrome de Stockholm et à l'inverse si un groupe d'otage s'entend bien et possède une cohésion forte et une bonne « homogénéité » cela va permettre de limiter l'apparition du syndrome de Stockholm. Car si les otages n'ont aucune cohésion cela va les pousser à vouloir se rapprocher des ravisseurs pour pouvoir avoir plus de chance de survivre à ces derniers.

- « **Le traitement infligé à l'otage** » : ce facteur est « déterminant » dans l'apparition du syndrome de Stockholm chez les victimes. En effet, comment les ravisseurs traitent les otages est un facteur majeur dans l'apparition de ce syndrome, si les ravisseurs traitent mal les otages alors (en principe) ça va pousser ces derniers (les otages) à haïr les ravisseurs, les empêchant de s'identifier et d'établir une relation de confiance avec eux. Alors qu'à contrario, si les ravisseurs « instaurent un contact positif » et traitent bien les otages, alors ces derniers seront plus amenés à chercher à créer un contact avec eux et à s'identifier aux ravisseurs. Dans la plupart des cas, les otages se sentent « moins menacés par les ravisseurs que par une intervention intempestive venue de l'extérieur » (cf, le cas de Kristin Enmark pendant la prise d'otage à Stockholm en 1973, elle va critiqué les méthodes policières mise en place ,qui pour elle, les mettaient plus en danger que leur ravisseur lui-même).

- « **La sympathie qu'inspire la cause des ravisseurs aux otages** (ou celle des terroristes), bien que cette idée reste encore discutée aujourd'hui. »

- « **La victime doit ignorer la dynamique du syndrome de Stockholm.** »

- « **La durée de la prise d'otage** » : La durée est un facteur de risque important dans l'apparition de ce syndrome, plus la prise d'otage est longue plus la communication entre les otages et ravisseur(s) risque de s'installer. Plus la prise d'otage, plus les otages perdent le fil du temps et sont plus à risques d'être mentalement fragiles/instable et perdent espoirs de sortir un jour, les poussant alors à essayé de communiquer et de s'attacher à leur ravisseur(s), déclenchant alors le syndrome de Stockholm.

A travers ces facteurs de risques, Blatier nous montre que certains profils sont plus susceptibles d'être victime du syndrome de Stockholm. Bien-sûr chaque personne est différente et restent imprévisibles tant à leur manière d'agir que de penser dans ces moments là. Mais on peut voir que l'apparition de ce syndrome dépend aussi beaucoup de l'agissement des ravisseurs envers les otages et de comment les otages sont soudés entre eux ou non. Pleins d'éléments externes entrent alors en jeu dans l'apparition de ce dernier ; le temps, les ravisseurs, l'entente des otages....

Comme a pu dire Richard Monvoisin, « La situation guide en grande partie nos comportements, c'est seulement après coup que nous justifions ceux-ci »

On peut aussi voir d'après Wong (2005), que les personnes les plus vulnérables au syndrome de Stockholm présenteraient aussi une combinaison de caractéristiques. Notamment, l'absence d'un ensemble clair de valeurs fondamentales qui définissent leur identité, l'absence d'un sens et d'un objectif personnels clairs pour leur vie, l'absence d'antécédents pour surmonter les difficultés, l'absence d'une foi personnelle forte, le sentiment que leur vie est contrôlée par des personnes puissantes, le sentiment d'être malheureuses dans leur vie, le fort besoin d'être approuvée par des figures d'autorité et désir d'être quelqu'un d'autre.

Cependant, bon nombre d'experts pensent davantage que le syndrome de Stockholm est moins lié à la personnalité des victimes qu'à la nature de l'interaction qui se construit entre ravisseurs et otages, le contexte.

Il est aussi important de mentionner l'applicabilité plus large de ce phénomène;

Au-delà des scénarios classiques d'otages, des mécanismes psychologiques similaires, souvent décrits sous le terme générique de "lien de traumatisme", ont été observés dans d'autres contextes. Comme a pu le montrer M.Lassagne, on peut notamment retrouver ces mécanismes dans des contextes tels que ;

- *Les violences domestiques* : Les victimes peuvent s'identifier ou même défendre leurs agresseurs, ce qui complique à la fois la dynamique de la relation et les efforts pour demander de l'aide.
- *Les environnements de travail toxiques* : La dynamique du pouvoir et de la dépendance sur certains lieux de travail peut conduire à des formes analogues d'attachement, reflétant certains aspects du syndrome.
- *Les cultes autoritaires* : Les membres peuvent développer des liens émotionnels solides avec les chefs de secte, ce qui peut refléter les modèles de comportement observés dans les situations d'otages.

En parlant de mécanismes similaires au syndrome de Stockholm, il existe un syndrome appelé le syndrome de Lima. Ce syndrome est notamment mis en avant par M. Klen dans son ouvrage *La problématique des prises d'otages*. Le syndrome de Lima « correspond au fait qu'un ravisseur éprouve de l'empathie, ou même une relation fraternelle avec son ou ses otages, voire des sentiments amoureux ». « Ce symptôme est apparu en 1996, lorsque des membres du Mouvement révolutionnaire Tupac Amaru (MRTA) ont effectué une prise d'otages dans la résidence de l'ambassadeur du Japon au Pérou. Dès les premiers jours, les preneurs d'otages libèrent un grand nombre de captifs, y compris les plus précieux, en raison de la sympathie qu'ils leur inspirent. Ceux qui sont censés tuer les otages en cas d'attaque ne peuvent se résoudre à le faire lorsque la résidence est prise d'assaut par les forces militaires péruviennes. » (Source ; Wikipédia : Syndrome de Lima)

Ce syndrome montre alors que plusieurs mécanismes (des fois inexplicables) existent et peuvent toucher autant les otages que les ravisseurs.

III - Véracité scientifique du syndrome de Stockholm

Néanmoins aucune des théories liées à ce syndrome n'ont permis d'inclure le "syndrome de Stockholm" dans les manuels de référence comme le DSM-5 ou la CIM-11, car les preuves empiriques sont jugées insuffisantes par la majorité de la communauté scientifique. Ce syndrome est donc souvent remis en question de façon légitime, car il ne possède aucune validités scientifiques et n'est même pas référencé dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5) ni dans le livre d'Organisation mondiale de la santé (Classification internationale des maladies, CIM-11).

Il est d'ailleurs remis en question car le psychiatre « Nils Bejerot appelé en tant que consultant pendant la prise d'otage de 1973 à Stockholm et qui théoriser ce syndrome, n'aurais jamais interrogé les victimes de cette prise d'otage et ne se serait que basé sur ce que les médias ont racontés et sur les faits qu'aurait dit la police pour théoriser ce syndrome. Ce dernier a alors été théorisé sur des faits et non pas sur le vécu même des victimes. Du moins, c'est ce que dit le psychothérapeute Alan Wade en 2016 lors d'une conférence. Alan Wade affirme alors avoir interrogé Kristin Enmark pour comprendre ses pensées et ses motivations pendant cette prise d'otage. Il en a conclu que le syndrome de Stockholm a surtout été créer pour détourner et excuser le rôle des institutions (cf, agissement de la police) dans cette prise d'otage » (Source ; Radio France ; 50 ans après sa naissance, le diagnostic du syndrome de Stockholm remis en cause).

On peut donc dire que ce syndrome a été largement utilisé dans la culture populaire, mais que ce concept n'est pas reconnu comme un diagnostic psychiatrique officiel par la communauté scientifique, qui préfère souvent le considérer comme une stratégie de survie face à une menace mortelle perçue comme inévitable.

La victimologie permet ainsi de contextualiser le syndrome de Stockholm non pas comme un trouble pathologique isolé, mais comme une réaction compréhensible dans un contexte de peur extrême, où l'empathie pour l'agresseur peut devenir un moyen inconscient de réduire la violence subie. Les chercheurs en victimologie examinent également comment la prise en charge institutionnelle (la victimisation secondaire) peut influencer ou aggraver ces états psychologiques.

Ainsi, le terme « syndrome » semble totalement inadapté. Il ne décrit rien de stable, ne repose sur aucun critère clinique et, à force d'être répété, finit surtout par obscurcir ce qu'il prétend expliquer. Des autrices comme Graham et Hill expliquent que des mécanismes bien documentés tels que la liaison traumatique, le contrôle coercitif et les stratégies de survie suffisent à rendre compte des comportements dits « paradoxaux » des victimes, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un syndrome spécifique. La persistance du terme « syndrome de Stockholm » s'expliquerait donc moins par sa rigueur scientifique que par sa puissance

narrative : il offre l'apparence d'un diagnostic précis là où la recherche identifie en réalité un ensemble de réponses adaptatives face à la violence.

On peut alors se demander pourquoi ce terme qui paraît clairement inadapté et qui ne se base pas sur des ressources scientifiques a été utilisé, repris et popularisé. Et bien, il semblerait que ça soit surtout parce que les médias adorent ce concept car il est romanesque et contre-intuitif. C'est en fait en grande partie un phénomène qu'on peut qualifier de diagnostic médiatique. Il permet de raconter des histoires captivantes (comme La Casa de Papel ou l'affaire Patty Hearst) basées sur un retournement de situation émotionnel. Le grand public l'utilise pour expliquer l'inexplicable, là où les psychiatres préfèrent parler de sidération psychique ou de dissociation. Le concept a donc été largement popularisé par les médias et la culture populaire, souvent de manière simpliste et inexacte, ce qui a créé une perception erronée de son existence scientifique. Son utilisation est fréquente dans les reportages ou les films, indépendamment de sa validité clinique. On peut dès lors analyser ce phénomène de plus près.

IV - Comment la fiction et les médias représentent-ils le syndrome de Stockholm et quelles critiques ont déjà été formulées à propos de ces représentations ?

Hypothèse: La fiction tend à romantiser le syndrome en le transformant en « amour interdit », tandis que les critiques le déconstruisent comme un mythe médiatique qui culpabilise les victimes.

Diagnostic médiatique :

Dans l'écosystème médiatique actuel, le syndrome de Stockholm est un trope omniprésent devenu un ressort narratif récurrent dans la fiction et le divertissement. Des films comme *Stockholm* (2018, basé sur le braquage de 1973 qui a donné son nom au syndrome), des séries Netflix (*Clark*, sur Clark Olofsson) et des productions de true crime le mettent en scène de manière dramatique dans la littérature, notamment dans le genre *dark romance* (très populaire sur TikTok), il apparaît dans de nombreux romans où la protagoniste développe un lien romantique avec son ravisseur, son harceleur ou son agresseur (ex. *Haunting Adeline*, *There Are No Saints*).

D'autres représentations iconiques incluent *La Belle et la Bête* (souvent interprétée comme un cas de syndrome de Stockholm), *Tangled* (Raiponce et Mother Gothel) ou encore *Beauty and the Beast* dans ses multiples adaptations.

Sur les réseaux sociaux, le terme est utilisé de manière floue pour désigner toute relation toxique, ce qui génère un « effet de normalisation » : la grande majorité des recherches liées

au syndrome sur des plateformes comme Google ou TikTok renvoient davantage à des fictions romantiques qu'à des cas cliniques réels.

Ce diagnostic médiatique met en évidence une saturation dans de nombreux cas, la fiction ne décrit plus le traumatisme, mais le transforme en une « romance interdite » avec une fin heureuse, et tend à banaliser l'abus et la coercition.

Critiques déjà formulées :

Les critiques de ces représentations fictives sont nombreuses et remontent à l'origine même du terme. Dès 1973, les otages du braquage de Stockholm ont nié avoir éprouvé de la sympathie pour leurs ravisseurs ; le psychiatre Nils Bejerot a popularisé le terme dans les médias sans les avoir examinées, créant ce que beaucoup qualifient de « mythe médiatique ».

Des études académiques (Namnyak et al., 2008) concluent qu'il n'existe pas de preuve scientifique solide : le « syndrome » ne figure pas dans le DSM-5 et est considéré comme une construction de *pop psychology* plutôt qu'un diagnostic psychiatrique.

Dans les domaines culturel et féministe, les critiques se concentrent sur la romantisation de l'abus : films et romans glorifient la relation ravisseur-victime, culpabilisant la victime (« pourquoi ne s'est-elle pas échappée ? ») plutôt que l'agresseur (Feminist Current, 2017).

Des travaux comme *Romancing the Stockholm Syndrome* (Staub, 2013) alertent sur le fait que la fiction jeunesse et le *dark romance*, selon de nombreux auteurs, peuvent désensibiliser les jeunes lectrices face aux signaux d'alerte (contrôle, violence, enlèvement).

En 2023, à l'occasion du 50e anniversaire du cas original, des psychiatres suédois (Euronews, ABC News) l'ont qualifié de « concept construit » servant à justifier des défaillances institutionnelles et à discréditer les victimes.

La fiction, en proposant des fins heureuses, ignore le traumatisme réel et perpétue des stéréotypes qui compliquent la compréhension des violences de genre et de la traite des êtres humains.

On peut comprendre que le diagnostic médiatique révèle une fiction qui transforme le syndrome de Stockholm en un dispositif narratif romantique, tandis que les critiques déjà formulées le déconstruisent comme un mythe qui déforme la réalité du traumatisme. Dans une approche zététique, cette section souligne la nécessité de distinguer entre représentation fictionnelle et preuve scientifique.

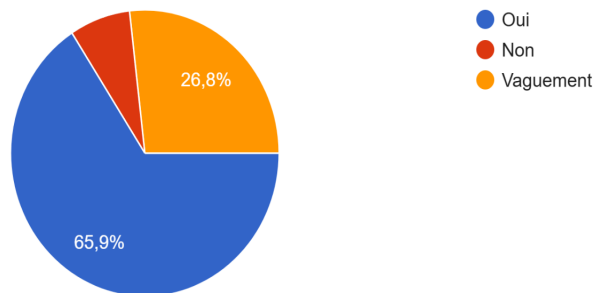
VI - Sondage

Malgré nos demandes d'interviews à plusieurs professionnels, ils nous ont répondu que soit ils ne pouvaient pas par manque de temps, soit ils ne se sentaient pas capable de nous

répondre par manque de connaissance. On a donc décidé de faire un sondage en lien avec ce syndrome , nous avons récolté plus de 80 réponses de profils différents. Le but de notre sondage était de voir comment le syndrome était perçu et surtout si les individus le connaissaient. Malgré tout, nous avons relevé des résultats plutôt intéressants ; On peut voir sur ce graphique que la majorité des participants (65,9%) connaissent le terme du syndrome de Stockholm.

Connaissez-vous le syndrome de Stockholm ?

82 réponses



Quelle définition vous semble la plus adaptée ?

81 réponses



Pourtant, c'est une minorité de personnes qui ont "juste"/se rapproche le plus de la réalité concernant la théorie la plus proche de la réalité. En effet, la théorie la plus acceptée scientifiquement est celle de l'adaptation situationnelle qui représente seulement 17,3 % des votes. Pour la définition par le mécanisme de survie, elle est quand même relativement choisie (à 28,4%) mais passe tout de même après celle du trauma bonding, celle qui a recueilli le plus de votes et qui est pourtant une des moins fiables. Comme quoi, ce ne sont pas forcément les réalités les plus proches de la science auxquelles l'opinion publique songe directement, c'est même plutôt l'inverse. Cela peut nous amener à critiquer les méthodes qui ont été utilisées par les psychologues et autres chercheurs pour théoriser ce syndrome. On peut supposer que leurs explications qui sont davantage subjectives et discutables sont celles qui parlent le plus aux gens. C'est un paradoxe.

VII - Conclusion objective

Après de nombreuses recherches, nous pouvons affirmer que le phénomène du « Syndrome de Stockholm » peut découler de mécanismes psychologiques mais qu'il est davantage lié à l'adaptation comportementale comme une réponse au stress dans un but de maximiser ses chances de survie. L'approche situationnelle est aujourd'hui privilégiée par la science, mais l'approche par identification reste très influente dans la culture populaire et certaines pratiques cliniques.

Les études sur le sujet reposent souvent sur des cas isolés, des témoignages anecdotiques ou des analyses rétrospectives, plutôt que sur des études contrôlées. Cela rend difficile la distinction entre le syndrome de Stockholm et d'autres troubles tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le trouble de stress aigu, ou les troubles de l'attachement. Les mécanismes psychologiques (comme l'identification à l'agresseur ou le trauma bonding) qui tentent de l'expliquer peuvent exister, mais le fait de réduire le comportement d'attachement au bourreau à de simples mécanismes inconscients revient à remettre en cause la victime. A contrario, la réponse comportementale paraît plus pertinente puisqu'elle peut s'illustrer dans nombre de cas largement propices à aller instinctivement, de part un contexte de situation dangereuse, dans le sens de l'agresseur. Néanmoins, bien que cette dernière soit plus probable, rappelons qu'aucune des théories expliquant ce phénomène ne dispose de preuves empiriques jugées suffisantes par la communauté scientifique. Les théories qui ont été formulées auraient probablement dû respecter davantage le principe du rasoir d'ockham, c'est-à-dire que lorsqu'on cherche à expliquer un phénomène, l'hypothèse la plus simple (celle qui nécessite le moins d'hypothèses, d'entités ou de concepts non nécessaires) doit être privilégiée. Le terme est souvent utilisé de manière abusive pour décrire des réactions de survie normales face à une situation extrême, plutôt que comme un trouble distinct. On ne peut pas en parler comme une pathologie. Les experts préfèrent aujourd'hui utiliser des termes plus précis comme « lien traumatique » ou « réaction de survie » pour décrire ces phénomènes sans leur attribuer une pathologie non validée. Pour conclure, le terme « syndrome de Stockholm » s'illustre davantage comme un mythe construit autour de faits divers captivants à l'intersection entre diagnostic médiatique, réactions psychiques et adaptation situationnelle. Il est vrai que le sondage d'opinion que nous avons réalisé n'était peut-être pas indispensable et très pertinent pour notre problématique, mais il nous a tout de même permis de faire un constat sur l'intériorisation de ce mythe comme une réalité.

Méthode de recherche :

Pour construire ce dossier, nous avons d'abord cherché à cerner notre sujet en partant de la question : Quelle est l'origine et la véracité du syndrome de Stockholm ? Nous avons ensuite commencé par des recherches larges et peu ciblées, principalement sur Google et Wikipedia, ce qui nous a permis d'avoir une première vue d'ensemble sur le sujet et d'en prendre connaissance pour certains. Dans un second temps, nous avons affiné nos recherches (sur Béluga, Cairn, France culture...) en nous tournant vers des sources plus sérieuses et variées : articles scientifiques, ouvrages académiques, podcasts spécialisés... On a essayé de trouver des sources pour confronter les points de vue contradictoires (Bejerot/Wade...).

Concernant l'interview, n'ayant pas réussi à obtenir de réponses de professionnels connaissant suffisamment le syndrome, nous avons opté pour un sondage auprès du grand public. Nous sommes conscients, comme dit plus tôt, que ce n'est probablement pas la meilleure solution, car cela ne remplace pas et n'égale pas l'avis d'un expert. On a essayé d'être le plus neutre possible, mais on est bien conscient que nos questions ont pu inconsciemment orienter les réponses des individus sondés.

Bibliographie :

Feminist Current. (2017). Abuse as old as time: Why do movies romanticize Stockholm Syndrome? <https://www.feministcurrent.com/2017/05/30/abuse-old-time-movies-romanticize-stockholm-syndrome/>

Namnyak, M, et al. "‘Stockholm Syndrome’: Psychiatric Diagnosis or Urban Myth?" *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Oxford, UK], vol. 117, no. 1, January 2008, pp. 4–11, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01112.x>.

Staub, L. (2013). Romancing the Stockholm Syndrome: Desensitizing Readers to Obsessive and Abusive Behavior in Contemporary Young Adult Literature [Tesis de honor]. University of Florida. <https://ufdcimages.uflib.ufl.edu/AA/00/05/99/17/00001/lalalalauren921-staub-thesis-1-1.pdf>

Euronews. (2023). Stockholm Syndrome 50 years on: Is the condition real or was it invented to discredit women? <https://www.euronews.com/health/2023/08/23/stockholm-syndrome-50-years-on-is-the-condition-real-or-was-it-invented-to-discredit-women>

ABC News. (2023). Is Stockholm syndrome a myth? The terrifying crime behind the term. <https://www.abc.net.au/news/2023-08-23/is-stockholm-syndrome-a-myth/102738084>

Oliveira, E. (2005). Nouvelle victimologie : le syndrome de Stockholm. *Archives de politique criminelle*, 27(1), 167-171. <https://doi-org.sid2nomade-2.grenet.fr/10.3917/apc.027.0167>.

Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome

G-X. Jiang, Cheng, Q., Ehrnst, A., Link, H., & de Pedro-Cuesta, J. (1997). Guillain-Barré Syndrome in Stockholm County, 1973-1991. *European Journal of Epidemiology*, 13(1), 25–32. <http://www.jstor.org.sid2nomade-1.grenet.fr/stable/3582060>

Bracha, H. Stefan. « Freeze, Flight, Fight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum ». *CNS Spectrums*, vol. 9, n° 9, septembre 2004, p. 679-85. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1017/S1092852900001954>.

Josse, Evelyne. *Un nouveau regard sur le syndrome de Stockholm - Résilience PSY*. 13 août 2022,

<https://www.resilience-psy.com/un-nouveau-regard-sur-le-syndrome-de-stockholm/>.

Pourquoi le syndrome de Stockholm embrouille-t-il victimes et juges ? • Optimisation totale et naturelle de la santé. 28 août 2025,

<https://optimisationsanteblog.com/pourquoi-le-syndrome-de-stockholm-embrouille-t-il-victimes-et-juges/>.

Stockholm Syndrome: Psychological Survival, Clinical Controversy, and Legal Ambiguity | Mentalzon. 5 mars 2025,

<https://mentalzon.com/en/post/4056/stockholm-syndrome-psychological-survival-clinical-controversy-and-legal-ambiguity>

Strauss, Bernhard, et al., éditeurs. *Visions in Psychotherapy Research and Practice*. 0 éd., Routledge, 2015. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.4324/9780203126714>.

« THE PRESENCE OF STOCKHOLM SYNDROME IN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE ».

Social Issues (Azerbaijan University), 2024. DOI.org (Crossref),

<https://doi.org/10.30546/SI.2024.2.1.44>.

Wade, Allan. « Small Acts of Living: Everyday Resistance to Violence and Other Forms of Oppression ». *Contemporary Family Therapy*, vol. 19, n° 1, mars 1997, p. 23-39. Springer Link, <https://doi.org/10.1023/A:1026154215299>

« Victimization ». *Wikipédia*, 31 mars 2026. *Wikipedia*,

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Victimisation&oldid=234664632>.

Cyrulnik, Boris. *Sous le signe du lien: une histoire naturelle de l'attachement*. Nouvelle éd., A. Fayard-Pluriel, 2010.

M. Lassagne, « Le syndrome de Stockholm, une influence sur le débriefing », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2001, vol. 1, n° 2, p. 83.

Noblet, Élodie. « Le syndrome de Stockholm et ses conséquences sur le procès pénal ». *Revue française de criminologie et de droit pénal*, vol. 16, n° 1, 2021, p. 79-98. *droit.cairn.info*,

<https://droit.cairn.info/revue-revue-francaise-de-criminologie-et-de-droit-penal-2021-1-page-79>.

Blatier, Catherine. *Psychologie des comportements criminels: évaluation et prévention*. 3 éd. revue et Augmentée, Dunod, 2023. Univers psy.

M. Klen, « La problématique des prises d'otages », *Revue défense nationale*, 2015/4 (n° 779), p. 32.

Enmark, Kristin. *Jag blev Stockholmsyndromet: valvet, föraktet och mitt kärleksförhållande med Clark Olofsson*. Orduplaget, 2015

« Stockholm Syndrome: What It Is, Symptoms & How to Treat ». *Cleveland Clinic*,

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22387-stockholm-syndrome>. Consulté le 21 avril 2026.

https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/DSM-5_Manuel-diagnostique-et-statistique-de-s-troubles-mentaux.pdf

ICD-11. <https://icd.who.int/fr/>.

« Syndrome de Stockholm : la fin d'un mythe ? : un podcast à écouter en ligne ». *France Culture*,

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-syndrome-de-stockholm-la-fin-d-un-mythe>.

« Le syndrome de Stockholm – les lois de l'attraction ». *France Inter*, 20 mars 2019,

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/affaires-sensibles/le-syndrome-de-stockholm-les-lois-de-l-attraction-8777798>.

Modification de la page Wikipédia du syndrome :

- Création de la sous partie « Remise en question de ce syndrome », qu'on peut trouver dans la grande partie « Origine »
- Ajout du cas de Elizabeth Smart dans la partie « Cas connus »

Autoévaluation :

- Capacité à cerner votre question de recherche et les différentes hypothèses 2/3
- Méthode d'enquête (où avez-vous cherché et comment), et capacité à trouver les informations contradictoires 2/3
- Capacité à vous servir des travaux antérieurs 2/3
- Votre conclusion 3/3
- L'orthographe, la qualité de la bibliographie, le non-plagiat 1,5/3
- Respect des consignes données ici 2/3
- Capacité à vous auto-critiquer 3/3

Note globale : 15,50

Participation :

Clara : 35% (Théories, Véracité, Sondage, Conclusion)

Lou : 35% (Théories, Véracité, Sondage, Modification Wikipédia, Mise en page)

Wen : 15% (Introduction, Sondage)

José : 15% (Médias, Sondage)

