

Comprendre la dissociation

Ce document explique de manière accessible ce qu'est la dissociation, ses formes, ses effets sur la mémoire et les pistes pour mieux la reconnaître et la réguler.

Définition (DSM-5) : La dissociation est « la scission de groupes de contenus mentaux hors de la conscience » — une **perturbation des fonctions normalement intégrées** : identité, mémoire, conscience et perception. Sur le plan fonctionnel, elle correspond à une **désynchronisation entre les systèmes** habituellement couplés : attention, émotion, perception corporelle et mémoire. Mécanisme **automatique et involontaire**, adaptatif ou dysfonctionnel selon son intensité et sa chronicité.

Deux formes principales

DISSOCIATION PHASIQUE

- Épisodique, déclenchée par une situation précise
- Durée brève — quelques secondes à quelques minutes
- Récupération rapide une fois la situation passée
- « Décrocher » en réunion, perte d'attention soudaine, sentiment d'absence sous pression

ÉPISODIQUE — SITUATIONNELLE

DISSOCIATION TONIQUE

- Mode de fonctionnement stable et durable
- Moins liée à un déclencheur précis identifiable
- Peut passer inaperçue — pour l'entourage comme pour la personne
- Pilotage automatique, engourdissement émotionnel diffus, continuité autobiographique fragile

STABLE — FOND DE FONCTIONNEMENT

Note terminologique. La distinction phasique / tonique s'inspire des travaux de Pierre Janet, formalisée par Nijenhuis, Van der Hart & Steele (2006). Le DSM-5 utilise les catégories de dépersonnalisation et déréalisation pour les formes cliniques caractérisées. La dissociation tonique est souvent **sous-diagnostiquée** — peu spectaculaire mais structurante.

Comment cela peut se manifester ?

■ Sensation d'être « à côté de soi »

■ Impression d'irréalité (déréalisation)

■ Sentiment d'observer sa vie comme un spectateur (dépersonnalisation)

■ Émotions atténuées, floues ou absentes

■ Périodes dont on garde peu ou pas de souvenir

■ Impression que « les choses ne marquent pas »

■ Difficultés à rester concentré ou présent

■ Sentiment de fonctionner « en automatique »

Zoom : dépersonnalisation et déréalisation

Parmi les manifestations dissociatives, deux phénomènes méritent une attention particulière car ils sont fréquents, souvent mal compris, et source de détresse significative.

DÉPERSONNALISATION Sentiment d'être détaché de soi-même — de son corps, de ses pensées, de ses émotions ou de ses actions. La personne se perçoit comme un observateur extérieur de sa propre vie. <i>Exemples vécus :</i> <ul style="list-style-type: none">■ « Je me regarde parler sans vraiment être là »■ « Mes mains ne semblent pas être les miennes »■ « Je n'éprouve rien, comme anesthésié »■ « Je vis ma vie comme si je jouais un rôle »	DÉRÉALISATION Sentiment que le monde extérieur est irréal , étrange, flou ou artificiel — comme si la réalité était vue à travers un voile, un écran ou un rêve. <i>Exemples vécus :</i> <ul style="list-style-type: none">■ « Les gens autour de moi semblent irréels, comme des acteurs »■ « L'environnement me semble flou, cotonneux, artificiel »■ « Je me sens dans un rêve dont je n'arrive pas à sortir »■ « Les couleurs, les sons semblent atténués ou déformés »
✓ Test de réalité préservé — la personne sait que ses perceptions sont anormales, ce qui la distingue formellement d'un épisode psychotique.	✓ Expériences normales ponctuellement — surviennent chez des personnes sans trouble, notamment en état de fatigue intense, de stress aigu ou de privation de sommeil.
✓ Souvent associées — dépersonnalisation et déréalisation coexistent fréquemment chez une même personne et relèvent du même mécanisme dissociatif.	✓ Source de détresse significative — même courtes, ces expériences peuvent être très angoissantes. La détresse face à ce vécu ne doit pas être minimisée.

Quand parle-t-on de trouble ? Le trouble de dépersonnalisation/déréalisation (DSM-5) est diagnostiqué lorsque ces expériences sont **persistantes ou récurrentes**, source de détresse cliniquement significative, et non mieux expliquées par un autre trouble (psychose, substance, anxiété). À distinguer des épisodes dissociatifs transitoires qui s'inscrivent dans un contexte de stress ou de surcharge.

Pourquoi la dissociation affecte-t-elle la mémoire ?

Pour qu'un souvenir soit bien formé, plusieurs étapes doivent fonctionner ensemble. La dissociation interfère avec chacune d'elles.

1 Encodage perturbé

L'hippocampe — structure centrale pour la mise en contexte temporel et spatial — reçoit un afflux de cortisol sous stress. L'expérience n'est pas enregistrée comme un récit cohérent, mais comme des fragments sensoriels (Sapolsky, 2003 ; Van der Kolk, 1994).

2 Déconnexion amygdale–hippocampe

En état de surcharge, l'amygdale se déconnecte de l'hippocampe. La mémoire émotionnelle n'est plus intégrée à la mémoire autobiographique, produisant des souvenirs fragmentés ou lacunaires (Salmona, 2008 ; Cozolino, 2017).

3 Absence de présence attentionnelle

L'encodage optimal requiert attention, connexion émotionnelle et ancrage dans le présent. La dissociation réduit ces trois conditions simultanément — ce qui explique que les lacunes ne concernent pas seulement les moments difficiles, mais aussi des moments neutres voire positifs.

Point clinique essentiel. La dissociation affecte l'**intégration et l'accès autobiographique**, non les capacités mnésiques fondamentales. En évaluation structurée et neutre, les performances peuvent être préservées. Les lacunes concernent la **continuité narrative** : périodes de vie, relations, contextes émotionnels.

Pourquoi ce mécanisme peut-il persister ?

La dissociation est initialement une réponse adaptative. Lorsqu'elle s'est révélée efficace face à un stress répété ou à un trauma précoce, le cerveau peut continuer à l'activer automatiquement, même en l'absence de menace réelle. On parle de **plasticité conditionnée** : les circuits de protection se réactivent sur des signaux environnementaux parfois subtils (ton de voix, odeur, contexte relationnel). Ce n'est pas un choix conscient ni un manque de volonté.

Important : la dissociation ne « choisit » pas ce qu'elle efface. Elle dépend de l'état interne au moment de l'expérience — fatigue, stress, surcharge. Des moments positifs peuvent tout autant être concernés.

Pistes pour mieux réguler la dissociation

L'objectif n'est pas d'« éliminer » la dissociation, mais de développer une meilleure régulation : retrouver une connexion au présent, élargir la fenêtre de tolérance émotionnelle, reconnaître les signes de déconnexion.

AU QUOTIDIEN

- Ancrage sensoriel (respiration abdominale, appui des pieds, température de l'eau)
- Repères structurants dans la journée (routines, journal)
- Prendre note de ses états internes pour en améliorer la reconnaissance

ACCOMPAGNEMENT

- Psychothérapie orientée trauma (EMDR, approches phasiques)
- Approches somatiques (conscience corporelle)
- Psychoéducation : comprendre son fonctionnement réduit la détresse associée

Formulation clinique

Lorsqu'une dissociation tonique est suspectée, il convient de ne pas conclure à un trouble mnésique structurel sur la seule base de trous autobiographiques, et de ne pas sur-interpréter ces lacunes comme un trouble de personnalité.

« Les difficultés mnésiques observées apparaissent compatibles avec des phénomènes dissociatifs, possiblement inscrits dans un mode de fonctionnement tonique. Elles impactent l'intégration autobiographique et la continuité narrative, sans altération des capacités mnésiques fondamentales en situation structurée. »

L'orientation thérapeutique privilégie la **stabilisation** et l'**ancrage** avant tout travail sur le contenu traumatique, dans le cadre d'une approche *trauma-informed*.

À RETENIR

- ✓ La dissociation est un mécanisme automatique et involontaire — pas un choix ni un symptôme de « faiblesse »
- ✓ Elle peut être ponctuelle (phasique) ou plus installée (tonique) — cette dernière souvent peu visible
- ✓ Elle affecte l'intégration et l'accès autobiographique, non les capacités mnésiques de base
- ✓ Elle ne sélectionne pas les souvenirs selon leur valence émotionnelle
- ✓ Elle peut évoluer favorablement avec un accompagnement adapté
- ✓ Lorsqu'elle est chronique ou source de détresse, une consultation spécialisée est recommandée

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Steele, K. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Stress et Trauma*, 6(3), 125–139.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. W.W. Norton.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265.
- Sapolsky, R. M. (2003). Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochemical Research*, 28(11), 1735–1742.
- Salmona, M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In *Trauma et résilience*. Dunod.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Alcan.
- Brewin, C. R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203–227.