



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2020 N°275

***Se décentrer de soi est-il un vecteur de bien-être psychologique ?
Une revue systématique de la littérature***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le mercredi 28 octobre 2020
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Eliaz MESTRES

Né le 01/10/1991 à Avranches

Sous la direction de Dr Brice MARTIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Neurologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive

ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAULT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Pneumologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timotheé	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie

MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

**Maître de
Conférence
s Classe
normale**

CHABOT	Hugues	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse de Médecine. Merci pour la formation de qualité dont j'ai pu bénéficier au cours de mon stage dans votre service et que je suis heureux de pouvoir poursuivre en post-internat aux urgences de Lyon Sud. Soyez assuré de mes plus respectueuses considérations.

Monsieur le Professeur Nicolas Franck, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse de Médecine. Merci pour tous les concepts et outils indispensables que j'ai pu découvrir lors de mon stage dans le service universitaire de réhabilitation (SUR), l'approche des soins psychiatriques orientés vers le rétablissement continuera de marquer mes pratiques futures. Soyez assuré de mes plus respectueuses considérations.

Monsieur le Professeur Nicolas Georgieff, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse de Médecine. Merci pour la qualité de vos conseils clinique et la formation en périnatalité que j'ai pu effectuer dans votre service. Cela m'a apporté de nouvelles clés de compréhensions qui me seront utiles lors de mon travail en psychiatrie adulte. Soyez assuré de mes plus respectueuses considérations.

Monsieur le Docteur Brice Martin, je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, ton ouverture d'esprit et la qualité de tes conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail. Je te remercie également pour m'avoir sensibilisé aux thérapies systémiques et à l'enrichissement que cela continue de m'apporter autant sur le plan personnel que professionnel.

A ceux qui ont permis la réalisation de ce travail,

Merci à Sara pour ton soutien quotidien, Maeva et Kevin pour avoir accepté d'effectuer la dernière relecture et m'avoir encouragé avant même que la première ligne ne soit écrite. Merci également à tous les auteurs dont le travail m'a permis de réaliser cette thèse et plus largement permis de faire progresser nos connaissances et notre étonnement.

Aux médecins et soignants que j'ai côtoyés au cours de ces 4 années d'internat,

Dr Berbey, Dr Mellier, Dr Henriette, Dr Rocca, Dr Rojo-Romeo, Dr Zeidan, Dr Brevet, Dr Defour, Dr Favard, Dr Hoestlandt, Dr Serot, Dr Gahrib, Dr Bation, Dr Rey, Dr Trichanh, Dr Plazat, Dr Vorlet, Dr Haesbaert, Dr Grisi, Dr Thomas, Dr Thevenet, Dr Prunayre, Dr Elbaz et aux équipes de l'US ado de Bourg en Bresse, des unités de secteur Lanteri-Laura et Bonnafé,

du SUR, de l'ITTAC et de l'unité mère bébé du Vinatier, de l'UPC d'HEH, du service de psychiatrie de liaison et d'addictologie de Lyon Sud et de la clinique Lyon lumière de Meyzieu. Vous m'avez accueilli et enrichi de votre expérience, chacune de ces interactions m'a permis de progresser et je vous en suis reconnaissant.

Merci au Dr Bation pour avoir accepté de m'encadrer pour mon mémoire de DES, pour m'avoir aidé à me décider sur mon orientation après l'internat et pour tous les conseils de qualités et l'inspiration dont j'ai pu bénéficier au cours de mon stage à Lyon Sud.

A toutes les personnes que j'aime et avec qui je partage ma vie :

A mes amis,

A mes amis d'enfance.

A mes amis meulards.

A mes co-internes et camarades lyonnais.

A ma famille,

A mes parents, merci pour tout !

A Maeva et Ianis.

A mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines.

Aux animaux qui nous accompagnent depuis l'enfance.

A Sara.

Poursuivre ce voyage tous ensemble est mon plus grand bonheur !

Table des matières

I/ Introduction.....	14
Le « self » : une notion centrale de la psychologie contemporaine	14
Soi minimal et soi narratif.....	14
Soi minimal, soi narratif et fonctionnement égocentré	15
Vers l'idée d'un décentrement du soi	15
L'addiction ontologique comme modèle psychopathologique d'un surinvestissement du soi	16
Vers une psychothérapie de relativisation du soi ?	18
II/ Revue systématique de la littérature	19
Matériel et méthode	19
Résultats	22
Le Self appréhendé par les neurosciences	23
L'entraînement attentionnel.....	25
Les interventions basées sur la méditation et la pleine conscience.....	29
L'usage de substance psychopharmacologique	36
Autres types d'interventions	40
III/ Discussion	43
Mécanismes et applications en santé mentale des outils psychothérapeutiques permettant une décentration de soi	43
Etape 1 : Apprendre à défocaliser son attention de soi	43
Etape 2 : Se détacher de soi et de ses expériences internes, apprendre la défusion	44
Etape 3 : Utiliser des drogues pour changer son rapport à soi et l'environnement ?	45
Etape 4 : Outils complémentaires	48
Limites :	50
Conclusion :	52
Annexe :	54
Bibliographie :	66

Liste des abréviations

SSHM : *The self-centeredness/Selflessness Happiness Model*

OAT : Théorie de l'addiction ontologique

TCC : Thérapies cognitives et comportementales

DSM5 : "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition" par l'American Psychiatric Association

MESH : *Medical Subject Headings*

ATT : Technique d'entraînement attentionnel

IRMf : Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

SRP : *Self-referential processing*

CMS : *Cortical Midline Structures*

MPFC : Cortex préfrontal médian

ACC : Cortex cingulaire antérieur

PCC : Cortex cingulaire postérieur

DMN : *Default mode network*

SN : *Saliency network*

SFA : Attention focalisée sur soi

SCA : Syndrome cognitif attentionnel

MAT : *Meditation Awareness Training*

MBSR : *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MAGT : *Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy*

MOM : *Mindfulness-Oriented Meditation*

TPB : Trouble de personnalité borderline

DMPFC : Cortex préfrontal dorso-médial

ESRP : *Experiential Self-Referential Processing*

ESLP : *Experiential Selfless Processing*

LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique

DMT : Diméthyltryptamine

ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

dmPFC : Cortex préfrontal dorsal médial

I/ Introduction

Le « self » : une notion centrale de la psychologie contemporaine

Le concept de « soi » ou de « self » est un concept encore évasif, sans cadre théorique consensuel. En effet, de nombreuses disciplines (neurosciences, sciences humaines, philosophie...) en proposent différentes définitions. Dans le champ de la psychiatrie et de la psychologie, Bhar et Kyrios (2016) soulignent que des milliers de publications scientifiques sont produites chaque année autour du concept de self ; plus de 30 000 publications sur la notion de self ont été répertoriées entre 1974 et 1993. Tesser, Stapel et Wood (2002) soulignent de leur côté qu'environ un article de psychologie sur sept concerne le self.

Soi minimal et soi narratif

L'une des façons, sans doute réductrice, de se repérer dans la multitude de conceptualisations du self consiste à distinguer deux « niveaux » du soi : le soi minimal et le soi narratif (2). Selon Gallagher, (2000), le soi minimal se définit comme « *une conscience de soi en tant que sujet immédiat d'expérience, non prolongé dans le temps* ». Le soi minimal se réfère ici à l'expérience subjective et préreflexive (c'est-à-dire non conceptualisée) d'initier, d'exécuter et de contrôler ses propres actions ou pensées sans aucune extension temporelle. Il est phénoménologiquement lié au corps, permet l'agentivité et constitue le fondement du soi narratif. (2). Le soi narratif quant à lui est défini par Gallagher, (2000) comme « *un soi (ou une image de soi) plus ou moins cohérent qui est constitué d'un passé et d'un avenir intégrant les différentes histoires que nous et les autres racontons sur nous-mêmes.* » Il est caractérisé par des activités mentales se référant à soi, telles que des pensées, des émotions ou des désirs. Le soi narratif dépendrait donc d'un processus mental dynamique, permettant l'émergence d'une entité cognitive d'autant plus réifiée qu'elle fait l'objet d'une construction narrative donnant au sujet la perception d'un soi cohérent, unifié et indépendant (2).

Soi minimal, soi narratif et fonctionnement égocentré

Certains auteurs se montrent relativement critiques quant au fait d'aborder prioritairement la subjectivité humaine sous l'angle d'un soi clôt sur lui-même. Ainsi, Dambrun et Ricard, (2011) postulent que le soi minimal et le soi narratif sont sous tendus par un mode de fonctionnement psychologique excessivement égocentré (*self-centeredness*) où le self est perçu comme le point de référence central et la finalité de l'activité psychologique. Cette perception pourrait occasionner un « biais cognitif d'égoïsme ». Un des écueils d'une telle position subjective pourrait conduire le sujet à exagérer l'importance qu'il s'accorde en percevant sa propre condition comme l'enjeu prioritaire de son rapport au monde, négligeant celle des autres, tout en poursuivant un comportement hédonique mû par la recherche de stimuli plaisants et l'évitement des stimuli désagréables. Ce sentiment de séparation entre soi et les autres ou entre son corps et le reste du monde, pourrait alimenter l'angoisse du sujet et sous tendre un sentiment d'autosatisfaction instable. (2,4)

Vers l'idée d'un décentrement du soi

D'après leur modèle théorique SSHM pour « *The self-centeredness/Selflessness Happiness Model* », un second mode de fonctionnement psychologique, davantage basé sur le détachement de soi ou l'altruisme, est envisageable pour le sujet (*Selflessness*). Ce fonctionnement serait basé sur une atténuation de la distinction entre soi et les autres/l'environnement et, par conséquent, de la notion autocentrée et close sur elle-même de « soi » (telle que nous l'avons présentée). Il serait intimement lié à une « transcendance » de soi, c'est-à-dire un processus consistant à voir les choses telles qu'elles sont avec une conscience claire, sans forte distorsion provenant d'un conditionnement biologique et social (5) et impliquerait de cultiver des émotions bienveillantes vis-à-vis d'autrui, du monde, comme la compassion. Cette dissolution des frontières perçues entre soi et le reste du monde permettrait d'atteindre un état de sérénité stable. Ainsi la SSHM, postule que fusionner avec la perception d'être une entité autonome, indépendante avec des frontières nettes pourrait être un facteur de maintien de la souffrance psychologique et qu'adopter une perception de soi plus dynamique, relative, davantage « liée » à l'autre et au monde serait plus fonctionnel pour atteindre un état de bien-être (2,4).

L'addiction ontologique comme modèle psychopathologique d'un surinvestissement du soi.

Un certain nombre d'approches contemporaines soutiennent ce postulat. L'un des modèles les plus séduisants est celui de la théorie de « l'addiction ontologique » (OAT pour *Ontological Addiction Theory*) qui affirme que les êtres humains, en se percevant comme des entités autonomes, sont enclins à élaborer un système de croyances erronées favorisant un surinvestissement du « soi » qui peut devenir addictif et conduire à des déficiences fonctionnelles et des troubles mentaux. (6). L'addiction ontologique est définie d'après Shonin et al. (2013) comme « *la réticence à renoncer à une croyance erronée et profondément ancrée dans un "soi" ou un "je" intrinsèquement existant, ainsi qu'à la déficience fonctionnelle qui découle de cette croyance* ». Cette théorie s'appuie notamment sur les principes classiques de vacuité, et d'impermanence (inspirée du bouddhisme et très présente dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC) de 3^{ème} vague). La vacuité, selon la définition proposée par Van Gordon (2018), ne signifie pas que les phénomènes n'existent pas ou ne sont pas perceptibles par l'esprit humain, mais implique qu'ils n'existent qu'en interdépendance entre eux et qu'ils ne se manifestent ainsi que dans un sens relatif, dépourvus d'une existence propre. Par exemple, un arbre existe grâce (entre autres) à l'eau (qui à son tour dépend du cycle de la pluie, des océans et des rivières) ; à l'air avec une composition appropriée d'éléments gazeux (qui à son tour dépend de la respiration d'autres formes de vie) ; à des nutriments et des minéraux (qui dépendent à leur tour de la décomposition de la matière organique) ; et à une lumière de température et d'intensité appropriées (qui dépend du soleil et de l'effet filtrant de l'atmosphère terrestre) (6). Si l'un de ces phénomènes constitutifs était absent, l'arbre n'existerait pas. De même, l'arbre fait partie intégrante de l'existence des autres phénomènes. Ainsi, la vacuité implique paradoxalement la "plénitude", car l'attribut d'existence interdépendante qui déduit qu'un phénomène donné est vide d'un « soi » indépendant, signifie par défaut l'existence simultanée et interconnectée de tous les autres phénomènes (6). De plus tous les phénomènes ont également la caractéristique d'être dans un état de flux constant et de ne pas durer indéfiniment : c'est le principe d'impermanence (6). En conséquence tous les efforts pour tenter de préserver un « self » autonome et accroître son indépendance pourront au mieux conduire à un

bonheur temporaire et inévitablement à de la souffrance, dont l'essence serait l'adhésion à une illusion (le soi) qui ne peut être figée. L'exemple repris par Van Gordon (2018) consiste à souligner qu'en s'attachant à des circonstances particulières comme la « richesse » ou la « gloire », l'individu risque de s'engager sur un chemin d'anxiété et de souffrance s'il cherche à prolonger ces conditions éphémères dont il finira inévitablement par être séparé (que ce soit par choix, par hasard, par maladie ou par décès). Selon l'OAT ne pas tenir compte des principes de vacuité et d'impermanence amène l'individu à se percevoir comme une entité indépendante, permanente, séparée du reste du monde, possédant un corps avec des expériences sensorielles et mentales existantes « en soi », de leurs propres côtés, sans dépendre du fonctionnement de notre esprit et des autres phénomènes. Cette conception où le « je » occupe une place centrale et où le monde et ses phénomènes sont perçus comme périphériques serait susceptible d'entraîner un sentiment de séparation, de l'insatisfaction et une déficience fonctionnelle (8). Cela pourrait ainsi favoriser un processus addictif car à chaque fois que l'individu reçoit des feedbacks lui renvoyant que les efforts qu'il effectue au service de lui-même sont nécessaires, la croyance dans un « self » se renforce et encourage l'individu à perpétuer ces comportements (6). Les efforts compris comme des dimensions pouvant préserver ou promouvoir les intérêts de l'individu peuvent inclure entre autres, des efforts pour s'enrichir, acquérir une renommée ou une réputation, éviter la maladie ou les difficultés ou éliminer des menaces perçues (6). La déficience fonctionnelle et son lien avec l'apparition de certains troubles mentaux découleraient entre autres du processus addictif décrit ci-dessus. D'une part, une focalisation disproportionnée sur le « moi », le « mon » ou le « je », entraverait la capacité des individus à percevoir et à rester conscients du moment présent. D'autre part, en poursuivant des stratégies autocentrées, un individu s'attacherait à lui-même et à des objets, personnes ou lieux extérieurs (6). L'attachement selon l'OAT se définit comme « *la sur-allocation de ressources cognitives et émotionnelles envers un objet, un concept ou une idée particulière, dans la mesure où il est assigné à cet objet une qualité attractive irréaliste, qui dépasse sa valeur intrinsèque* »(6). L'attachement est notamment décrit comme non fonctionnel du fait de l'impermanence des phénomènes auxquels un individu peut s'attacher. Cette déficience fonctionnelle sera donc directement en lien avec des déterminants psychopathologiques. (voir Shonin et al., 2016) A partir de ces bases théoriques, Ducasse et al., (2019); Shonin et al., (2016);

Van Gordon et al., (2018) exposent les mécanismes psychopathologiques et les stratégies thérapeutiques qui découlent de l'OAT. Ils évoquent également comment ce modèle peut s'agencer avec les troubles mentaux tels qu'ils sont décrits par le DSM5 (manuel de référence pour la classification des troubles mentaux) et présentent des preuves empiriques en faveur de ce modèle.

Vers une psychothérapie de relativisation du soi ?

Un certain nombre d'interventions psychothérapeutiques contemporaines s'appuient de façon plus ou moins prononcée sur la perception d'un self autonome. Ces interventions se concentrent sur la résolution de problèmes et de blocages émotionnels basés sur un soi dont il est possible qu'il n'existe pas intrinsèquement. Elles risquent ainsi d'enfermer le sujet dans une représentation fautive et inadaptée de lui et de la réalité (8). L'objectif de notre travail n'est pas d'établir quelle représentation du self est la plus juste, ni d'établir la validité des modèles théoriques présentés ci-dessus. Nous cherchons d'abord à tester l'hypothèse que relativiser et se détacher des représentations que nous entretenons sur nous-mêmes, voire de l'idée d'un soi autonome, est susceptible de favoriser le bien-être mental mais aussi d'ouvrir des perspectives thérapeutiques intéressantes. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'article de synthèse traitant la question sous cet angle. L'objectif principal de ce travail est donc d'effectuer une revue systématique de la littérature sur les effets psychologiques des stratégies psychothérapeutiques proposant de se décentrer de « soi ».

II/ Revue systématique de la littérature

Matériel et méthode

Nous avons effectué notre revue systématique de la littérature en suivant les recommandations PRISMA (10). Dans un premier temps nous avons choisi les termes (mots-clés) utilisés par les moteurs de recherche des bases de données, puis nous avons défini les critères d'éligibilité des études retenues. La revue s'est appuyée sur trois grandes bases de données électroniques : Pubmed, Cochrane Library et Web of Science. Pour le choix des mots-clés nous avons utilisé les termes MESH (*Medical Subject Headings*) qui est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical. Nous avons ainsi retenu les termes de « *Self-concept* », « *d'Ego* » et de « *Consciousness* », qui sont les termes référencés regroupant la majorité de la terminologie en rapport avec la notion de Self. Pour la seconde partie de l'algorithme nous avons retenu le terme MESH « *Psychotherapy* » qui est le terme générique regroupant la majorité de la terminologie en rapport avec les interventions psychothérapeutiques et pratiques associées. Notre premier algorithme de recherche MESH était donc *Self-concept OR Ego OR Consciousness AND Psychotherapy*. Des recherches complémentaires ont été effectuées en analysant les sources des articles retenus pour l'analyse finale ou en cherchant dans les moteurs de recherche des termes non référencés MESH comme « *Ego dissolution* » ou « *Meditation Awareness Training* » que nous avons identifiés dans certaines études incluses. Si une revue systématique de la littérature ou une méta-analyse était identifiée sur une thématique proche de notre sujet, sa bibliographie était systématiquement analysée à la recherche d'études correspondant à nos critères d'inclusions.

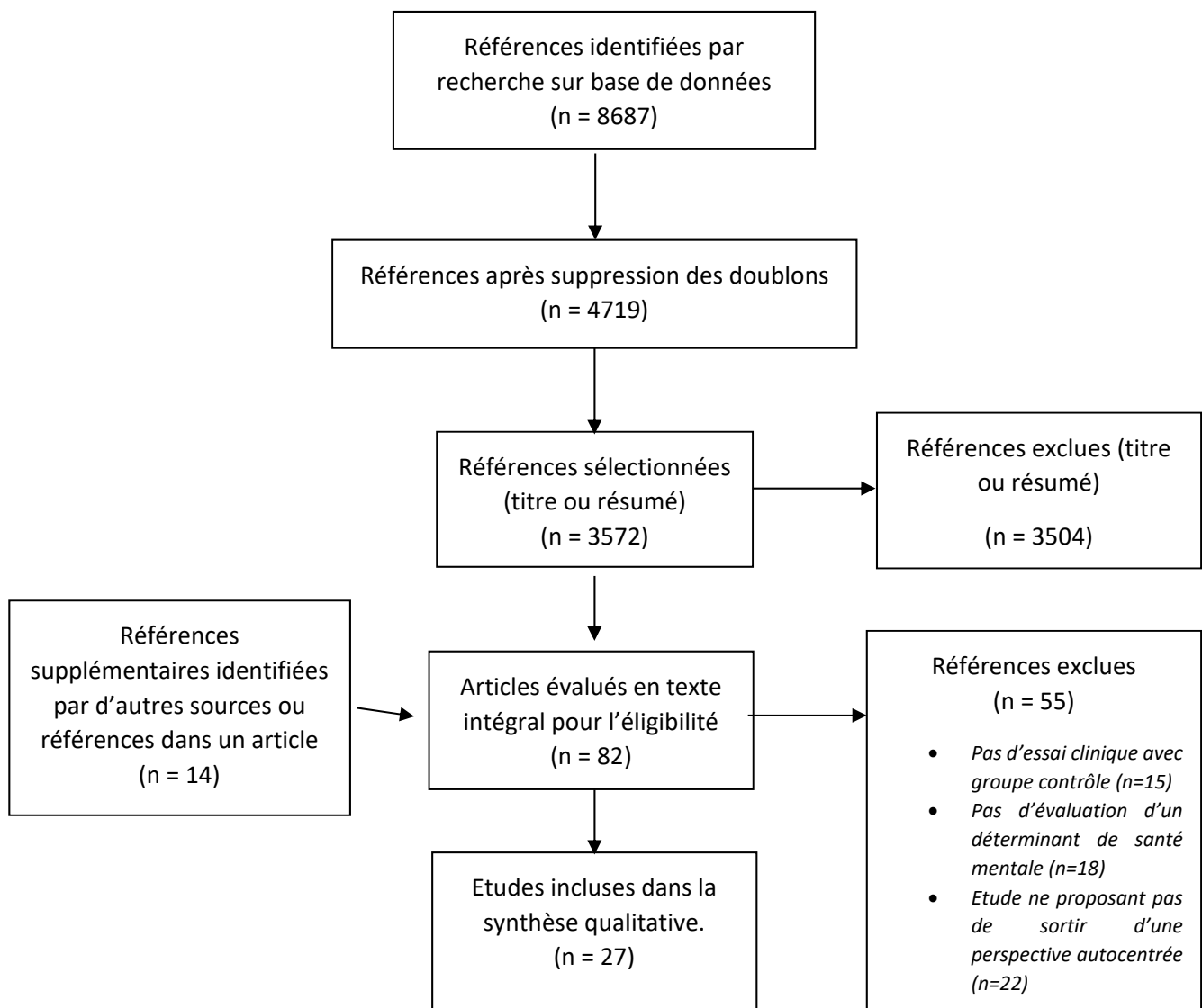
Les critères d'éligibilités étaient les suivants : La population de l'étude devait concerner des personnes d'âge adulte (plus de 18 ans). L'étude devait exposer une technique transposable en psychothérapie, une intervention psychothérapeutique ou une intervention permettant d'assister une psychothérapie proposant de relativiser, de se décentrer ou défusionner de « soi ». Cet objectif devait soit figurer clairement dans le protocole de l'intervention soit être directement évalué au cours de l'étude. Parmi les résultats, l'évaluation d'au moins un déterminant de santé mentale devait figurer en

critère d'évaluation primaire ou secondaire. Les types d'études retenues étaient des articles disponibles dans leur intégralité et rédigés en anglais, publiés entre janvier 2010 et le 1^{er} avril 2020. Les études devaient avoir une méthodologie avec un groupe contrôle. Tous les comparateurs, y compris toute autre psychothérapie, toute intervention psychopharmacologique, l'absence de traitement ou le traitement habituel ont été retenus.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : les études basées sur des modèles animaux ou des sujets mineurs ; les éditoriaux ; les articles d'opinion ou les articles exclusivement théoriques ; les rapports publiés en tant que résumés de conférences ; les chapitres de livres ; les études ne présentant pas de données correspondant à des déterminants de santé mentale ; les études sans groupe contrôle ; les cas clinique ; les interventions psychothérapeutiques où la notion de « soi » n'était pas évoquée ; les interventions psychothérapeutiques ciblant le self mais ne proposant pas au sujet de s'en décentrer ou de sortir d'une perspective autocentrée.

Pour les trois bases de données nous avons intégré à notre recherche tous les articles de revues scientifiques rédigés en anglais publiés au cours des dix dernières années, soit entre janvier 2010 et le mois d'avril 2020. La quantité de références identifiées initialement avant d'appliquer les critères d'éligibilités étant excessivement importante, nous avons utilisé des filtres spécifiques supplémentaires lorsque cela était permis par les bases de données. Pour Pubmed nous avons appliqué les filtres permettant de sélectionner les références en anglais, sur une population d'humains et d'adultes. Pour Web of science, le nombre de références initiales étant de plus de 21 000 nous avons appliqué deux filtres : l'un permettant de sélectionner les catégories web of science en rapport avec des domaines spécifiques, nous avons retenu la psychiatrie, la psychologie et les neurosciences (en incluant toutes les catégories associées comme la réhabilitation, la psychologie clinique, la neuroimagerie etc.) ; l'autre permettant de sélectionner le type de référence à savoir des articles scientifiques et des revues (excluant ainsi les chapitres de livres, les résumés de conférences et les éditoriaux). Les résultats de cette recherche sont présentés sur le diagramme de flux ci-dessous (figure 1).

Figure 1. Diagramme de flux selon les critères PRISMA 2009.



Au total nous avons recensé 8687 articles sur la première sélection des trois bases de données. 4719 articles restaient après fusion des doublons parmi lesquels 3572 références ont été retenues comme potentiellement éligibles à l'inclusion. Une première vague d'exclusion sur lecture du titre ou du résumé des références a permis d'exclure 3504 références qui rassemblaient un ou plusieurs critères d'exclusions. 14 articles supplémentaires ont été ajoutés à partir des références citées dans d'autres articles ayant participé à ce travail de recherche portant à 82 le nombre d'articles retenus pour l'analyse du texte intégral.

Résultats

27 articles ont été sélectionnés pour l'analyse finale. Tous sont des études avec un groupe contrôle dont 21 avec une méthode de randomisation. Tous sont des articles issus de revues avec reviewers et tous ont été rédigés en anglais. Les années de publication vont de 2010 à 2020 suivant nos critères d'inclusions. Compte-tenu d'une grande hétérogénéité dans les méthodologies employées, le type d'interventions ou la population étudiée, nous présenterons les résultats dans leur globalité en fonction du type d'intervention utilisée. Nous avons essentiellement retenu les résultats pour lesquels des corrélations significatives ont été retrouvées lorsque des analyses statistiques ont été réalisées.

Après analyse globale, les résultats ont pu être classés en 4 catégories principales selon le type d'intervention proposée :

- L'entraînement attentionnel (ATT) (6 articles)
- Les interventions basées sur la méditation et la pleine conscience (12 articles)
- L'usage de substance psychopharmacologique (5 articles)
- Les autres types d'intervention (4 articles)

Pour chaque sous-parties les résultats principaux des essais cliniques seront présentés sous forme de tableau et classés par date. Pour évaluer la qualité méthodologique de chaque essai clinique, nous nous sommes inspirés de la méthode utilisée par une revue de littérature (11) de 2019 qui propose d'analyser 6 paramètres : l'existence d'un groupe de contrôle, l'existence d'une randomisation, la présence d'informations sur la méthode de randomisation, sur le taux de rejet et sur le taux d'abandon pendant l'intervention et pendant la période de suivi. Le score total de 1 à 6 sera indiqué dans le tableau des résultats et le détail du score récapitulé dans un tableau en annexe. Des scores de 5 à 6 indiquent une bonne qualité méthodologique et des scores égaux ou inférieurs à 3 représentent une qualité méthodologique limitée à risque de biais.

Le Self appréhendé par les neurosciences

Plusieurs études incluses dans la revue de littérature contiennent une analyse d'IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) impliquant des structures cérébrales et des réseaux neuronaux considérés comme participant au traitement autoréférentiel (*Self Referential-Processing* ; SRP). Nous allons introduire ici quelques notions utiles pour la compréhension de ces différents paramètres et leur lien avec notre sujet afin de mieux appréhender les résultats.

Le terme générique de traitement "autoréférentiel" (SRP), vient des neurosciences et des recherches récentes cherchant à développer une compréhension systématique des différents processus et structures impliqués dans la conception de « soi ». La perspective neuroscientifique suppose que le traitement autoréférentiel, défini comme « *l'expérience d'une relation forte avec sa propre personne* », est une caractéristique essentielle commune aux différents concepts de soi (12). De nombreuses études en neuroimagerie ont montré que les tâches autoréférentielles impliquant des stimuli verbaux, mnésiques, émotionnels et sociaux provoquent l'augmentation de l'activité neuronale des structures médianes corticales (*Corticale Midline Structure* ; CMS). Ces régions comprennent notamment le cortex orbitomédial préfrontal, le cortex cingulaire antérieur (ACC), le cortex préfrontal médian (MPFC) et le cortex cingulaire postérieur (PCC) (12). De plus, un nombre croissant de publications a également mis en lumière un chevauchement entre le self et l'activité cérébrale au repos également connu sous le nom de réseau par défaut (*Default Mode Network* ; DMN) - montrant que les processus d'autoréférence ne sont pas nécessairement dépendants de la tâche mais peuvent se produire pendant les périodes d'inactivité (12). Le DMN fait référence à un réseau de régions cérébrales où l'on retrouve par exemple le MPFC, le PCC, l'ACC et les lobules pariétaux inférieurs (LPI) gauche et droit. Le DMN a été impliqué dans le SRP et on constate un chevauchement anatomique entre le DMN et les CMS (MPFC, PCC, ACC). Avec les CMS et le DMN, le lobe temporal médian et le réseau de la saillance (*Saliency Network* ; SN) sont également supposés être des structures importantes participant à l'émergence d'une conscience de « soi » (13). Le travail d'identification des corrélats neuronaux du traitement autoréférentiel cherche ainsi à relier ce qui est par nature une expérience subjective à une mesure observable. Ces résultats ont eu des répercussions sur le plan clinique en intégrant le SRP pour

examiner la relation entre le soi et la psychopathologie. Plus précisément, diverses orientations théoriques en psychologie clinique ont impliqué le SRP dans la compréhension des troubles internalisés – terme générique regroupant les troubles anxieux et la dépression unipolaire où la détresse est exprimée vers l'intérieur (12). L'un des points de vue dominants est qu'une autofocalisation excessive, caractérisée par un engagement attentionnel dans des processus liés à l'individu, exacerbe les symptômes d'intériorisation (12). Étant donné que différentes formes d'autofocalisation (par exemple, la rumination) impliquent intrinsèquement un traitement auto-référentiel, des recherches ont examiné les corrélats neuronaux du traitement auto-référentiel chez les patients souffrant de dépression et de troubles anxieux révélant une activité aberrante de ces régions cérébrales. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle une autofocalisation excessive joue un rôle essentiel dans le développement et le maintien de ces troubles (12). Sur le plan clinique, la mesure de l'activité neuronale peut fournir des informations précieuses sur la façon dont les résultats des interventions sont influencés par des changements du SRP, ce qui pourrait conduire à la découverte de nouveaux mécanismes cibles.

L'entraînement attentionnel

Principes de l'entraînement attentionnel

La technique d'entraînement de l'attention (ATT) développée par Wells (1990) (14) est une technique de traitement métacognitif. Le terme métacognition fait référence à la cognition appliquée à la cognition, c'est-à-dire réfléchir à propos de ses propres processus mentaux. Le processus mental en question est ici l'attention et en particulier l'attention focalisée sur soi (SFA). Ingram (1990) (15) a défini la SFA comme *"la conscience des informations générées de l'intérieur se référant à soi qui s'oppose à la conscience des informations générées par l'extérieur transmise par les récepteurs sensoriels"* (p. 156). La SFA est aussi décrite comme l'attention portée à des aspects du soi qui ne sont pas nécessaires pour accomplir la tâche que l'on est en train d'effectuer ("est-ce que je rougis ?", "est-ce que je me sens anxieux ?", "comment je vais ?", "comment les autres me voient ?") (16). Bien que la SFA puisse avoir un rôle adaptatif, certains modèles conceptuels postulent qu'il s'agit d'un processus jouant un rôle central dans le développement et le maintien des troubles anxieux (17). En effet la SFA est une composante du syndrome cognitif attentionnel (SCA) qui est considéré comme central dans toute détresse psychologique et qui s'accompagne d'un traitement des informations délétère et autocentré basé sur l'hypervigilance à la menace, l'inquiétude et la rumination mentale (18). Ce mode de fonctionnement psychologique épuise les capacités cognitives du sujet, l'enferme dans des schémas prolongés de traitement négatif de l'information, cause des déficits de performance mais surtout entrave le changement psychologique car une autorégulation efficace nécessite de la flexibilité et des ressources cognitives disponibles (18). L'ATT a donc pour but d'entraîner la flexibilité attentionnelle pour permettre à l'individu de rediriger son attention en dehors des processus inflexibles, autocentrés et répétitifs du SCA. Concernant le principe de la thérapie, elle commence généralement par l'explication théorique et la justification du modèle présenté ci-dessus. Une fois que les patients ont une bonne compréhension du rôle de l'attention, les exercices sont introduits. L'évolution du niveau de SFA au cours du temps est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert. Les patients sont ensuite exposés à de multiples sons externes à différents endroits de l'espace et on leur demande d'utiliser différentes capacités attentionnelles

(attention sélective, commutation de l'attention, attention divisée). La procédure dure environ 12 minutes. Si des pensées ou des sentiments envahissants se manifestent, les participants doivent traiter ces événements comme des "bruits de fond" et s'abstenir d'y faire face. La séance se termine par un retour d'expériences collectif, et les participants sont invités à pratiquer l'ATT au moins une fois par jour pendant 15 minutes. Il est précisé aux patients que l'ATT ne doit pas être utilisé comme une stratégie d'adaptation en réponse à des pensées ou des sentiments négatifs. L'ATT et le retour collectif sur l'expérience subjective de chacun aident ainsi les participants à faire l'expérience que le contrôle de la pensée est indépendant des événements internes (comme les pensées) et externes (comme les sons), libérant ainsi le contrôle attentionnel et améliorant la flexibilité cognitive (18).

Résultats et limites des principales études

Les articles sélectionnés ici regroupent des outils psychothérapeutiques comme l'ATT. Six essais contrôlés randomisés allant de 2010 à 2018 ont été identifiés comme remplissant nos critères d'inclusions. Les principaux résultats, les descriptifs et les limites de ces études sont présentés dans le tableau 1 en annexe. Nous exposerons ici l'analyse globale des principaux résultats en lien avec notre sujet d'étude. Concernant le type d'intervention et les participants des études, une seule étude utilise l'ATT dans un format sur six semaines à raison d'une séance par semaine (19). Les participants de cette étude sont des étudiants avec un diagnostic de phobie sociale. Les 5 autres études sont des études expérimentales avec une tâche à réaliser en laboratoire avec un échantillon de participants non cliniques n'ayant soit pas de symptomatologie particulière (20,21), soit une symptomatologie de stress en rapport avec un événement traumatique (22,23), soit une symptomatologie anxieuse (17). Parmi elles, 3 études utilisent l'ATT sur un format court d'une seule séance (17,20,21) et 2 études sur un format de 2 séances avec des exercices à la maison (22,23).

Réduction de la SFA :

Sur les 6 études utilisant l'ATT, toutes retrouvaient des résultats significatifs concernant la réduction de SFA. Dans la plupart des cas la différence était nettement significative par rapport au groupe contrôle, confirmant l'efficacité de l'ATT pour réduire la SFA.

Dans l'étude incluant un suivi à distance, les résultats étaient toujours significatifs à 3 mois (19). Une seule étude proposait une analyse statistique pour évaluer l'interaction entre la diminution de SFA et l'anxiété (21). Cette étude identifiait ainsi que la diminution des symptômes d'anxiété cognitive était liée à la réduction de SFA pour le groupe ayant participé à l'ATT. Un point intéressant est que cette étude relevait également que dans l'autre groupe pratiquant une tâche basée sur de la méditation pleine conscience, c'est au contraire une augmentation de la focalisation interne de l'attention qui était liée à la diminution de la symptomatologie anxieuse cognitive et somatique. Nous reviendrons sur ce point dans la partie suivante consacrée à la méditation. Afin de compléter ces résultats la seconde étude du même auteur (17) identifiait que l'ATT permettait une diminution de l'anxiété cognitive plus importante chez les personnes qui étaient très centrées sur elles-mêmes avant la tâche expérimentale.

Autres paramètres significatifs :

Dans les groupes ayant pratiqué l'ATT les résultats des différentes études montrent une augmentation du seuil de perception de la douleur et une réduction de certains biais attentionnels (hypervigilance) (20), une plus grande flexibilité attentionnelle et une réduction des intrusions mentales en rapport avec un souvenir traumatique (22,23), une réduction des affects négatifs (23), une diminution de l'anxiété cognitive (17,21), une réduction des symptômes de phobie sociale et de la peur d'être évalué négativement (19).

Limites :

Les principales limites de ces études sont elles aussi exposées dans le tableau 1. On peut souligner ici que les résultats sont dans l'ensemble non généralisables car la majorité des études portaient sur une population non clinique et sur des étudiants. Par ailleurs 5 études sur 6 n'évaluaient pas les résultats sur le long terme. Finalement une seule étude proposait une évaluation statistique de la relation entre réduction de SFA et diminution de l'anxiété, des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer avec certitude si c'est bien cette cible centrale de l'ATT qui est au cœur de l'amélioration des différents déterminants de santé mentale évalués. Ces résultats vont cependant dans le même sens que ceux présentés dans une revue systématique de

la littérature de 2016 (16) où il était montré par plusieurs études que la réduction de SFA était associée à l'amélioration des symptômes d'anxiété sociale. Nous pouvons aussi noter que l'étude en population clinique avec un suivi à 3 mois présentait des résultats encourageant pour le traitement de la phobie sociale. Il est aussi important de mentionner que l'ATT qui est ici évalué seul, fait habituellement partie des thérapies métacognitives qui interviennent aussi sur d'autres fonctions cognitives que l'attention.

Les interventions basées sur la méditation et la pleine conscience

Principes de la méditation de la pleine conscience

Il existe actuellement différents programmes thérapeutiques basés sur la méditation. Le pilier central de ces programmes repose le plus souvent sur la formation à la pleine conscience (*mindfulness*) qui est l'une des formes de méditation les plus répandues. Cette pratique implique le développement d'une conscience non-jugeante du moment présent par le maintien répété d'une attention sélective sur les expériences internes (12). L'attention peut se concentrer sur la respiration, les sensations corporelles, les perceptions des 5 sens, les pensées, les émotions ou une combinaison de ces paramètres. Le plus souvent, les participants sont encouragés à garder une attitude "détachée" et non réactive, se comportant comme des témoins non jugeant de l'expérience présente. La plupart du temps, lorsqu'un participant "dérive" ou est absorbé par ses pensées, il est encouragé à concentrer de nouveau son attention sur la respiration, le corps ou les pensées sans y réagir, comme un simple observateur (autrement dit, il est encouragé à opérer une défusion avec son expérience interne) (24). Ce mouvement de va et vient attentionnel se produit habituellement à plusieurs reprises au cours d'une séance. On peut noter que l'orientation de l'attention est de nouveau au cœur de l'exercice mais que les cibles sont différentes de l'ATT. Nous avons regroupé dans ce chapitre toute activité favorisant le développement d'une conscience expérientielle des phénomènes sensoriels du moment présent (c'est-à-dire l'attention consciente ou la méta-conscience ou encore la « conscience pure »). De multiples modalités d'exercices ont ainsi été retrouvées, allant de programmes courts d'une séance à des programmes thérapeutiques sur plusieurs semaines. En plus de l'entraînement à la *mindfulness* ces programmes pouvaient inclure des éléments de psychoéducation, des outils thérapeutiques dérivant des TCC de 2^{ème} ou 3^{ème} vague, le développement de certains sentiments comme la compassion ou l'incorporation de principes dérivant de la philosophie bouddhiste comme l'impermanence ou la vacuité. Des informations complémentaires concernant la description et la spécificité des différents programmes que nous allons évoquer dans cette revue de littérature sont disponibles dans la partie « matériel et méthode » des études incluses.

Résultats des principales études

Douze essais cliniques avec un groupe contrôle dont 8 randomisés ont été identifiés comme remplissant nos critères d'inclusions. Les dates de publications allaient de 2012 à 2017. Les principaux résultats, les descriptifs et les limites de ces études sont présentés dans le tableau 2 en annexe. Nous exposerons ici l'analyse des principaux résultats en lien avec notre sujet d'étude. Les études sont dans l'ensemble hétérogènes concernant leurs protocoles, les interventions proposées et les participants recrutés. Pour 6 études, la méditation est proposée sur un format de 8 à 12 semaines avec des séances d'1 à 2h et des exercices à faire à la maison. Parmi elles, 3 études utilisent la *Meditation Awareness Training* (MAT) (25–27), 1 étude la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (28), une étude la *Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy* (MAGT) (29) et une étude la *Mindfulness-Oriented Meditation* (MOM) (24). Les 6 autres études sont des études expérimentales en laboratoire avec 1 seule séance proposant le plus souvent un exercice de méditation suivi d'une tâche expérimentale à réaliser (2,30–34). Concernant les participants, 5 études portent sur une population clinique avec des individus souffrant de trouble de personnalité borderline (TPB) (34), de phobie sociale (28,29), de dépression (32) ou de syndrome fibromyalgique (25). Les 7 autres études sont en population non clinique (2,24,26,27,30,31,33).

Modification d'activité cérébrale au sein des réseaux neuronaux du SRP :

Trois études proposent une analyse en IRMf des états méditatifs. Pour l'étude (28) qui utilisait une tâche d'exposition à des croyances négatives sur soi, les analyses IRMf indiquaient une diminution de l'activité du cortex préfrontal ventrolatéral droit après les 8 semaines d'interventions pour le groupe MBSR. Cette zone cérébrale étant impliquée dans les processus de contrôle cognitif, les auteurs suggèrent que ce changement de l'activité cérébrale indique une diminution du contrôle cognitif automatique de l'expérience émotionnelle pour le groupe MBSR ou autrement dit une moindre réactivité émotionnelle face à des croyances négatives sur soi-même. Par ailleurs, pour le groupe MBSR, des modifications d'activité étaient présentes dans trois régions pariétales postérieures liées à l'attention : le lobe inférieur pariétal antérieure droit, le lobe inférieur pariétal postérieure droit et le lobule supérieur pariétal droit. Le

recrutement accru de ces régions cérébrales à la suite de la MBSR peut refléter un plus grand engagement attentionnel (plutôt qu'un évitement ou une distraction) face à un stimulus émotionnel. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'une précédente étude (Goldin et Gross, 2010). Pour la MBSR, la quantité d'entraînement avait une influence sur les réponses cérébrales constatées ainsi que sur les émotions négatives rapportées par les participants.

L'étude (31) comparait des méditants expérimentés à des personnes ne pratiquant pas lorsqu'ils étaient exposés à différents adjectifs positifs, négatifs ou neutre décrivant leur personnalité. Au niveau neuronal, les conditions d'auto-critique et d'auto-valorisation ont toutes deux produits plus d'activation dans le cortex préfrontal dorso-médial (DMPFC) chez les méditants expérimentés par rapport aux novices. L'activation dans cette région est en corrélation positive avec les scores de non-réactivité face aux expériences intérieures (questionnaire FFMQ) et a montré une connectivité fonctionnelle réduite dans les régions médianes postérieures et pariétales chez les méditants expérimentés par rapport aux novices. Les différences dans l'activation des DMPFC et les évaluations affectives indiquent un état de conscience accru, une régulation potentiellement consciente des conditions d'auto-critique et d'auto-valorisation, tandis que la diminution de la connectivité à d'autres régions du réseau par défaut (DMN) pourrait refléter une diminution de la focalisation sur soi dans ce groupe.

Pour la dernière étude (30) les participants qui étaient soit des méditants experts soit des non pratiquants devaient alterner entre de courts états de pleine conscience de soi (condition FEEL) ou de pensée auto-référentielle (condition THINK). Pour la condition FEEL, les méditants ont montré une diminution significativement plus importante de l'activation des zones préfrontales des CMS. La diminution d'activation des zones préfrontales inférieures gauches liées au langage et des régions amygdaliennes était présente mais non significative entre les groupes. Dans l'ensemble, des activations plus importantes dans ces régions pendant la phase FEEL étaient liées aux niveaux de dépression. Ces résultats suggèrent que l'entraînement à la méditation permet des modifications d'activations des zones cognitives liées à l'autoréférence et la conscience de soi. Selon les auteurs de l'étude, sur le plan clinique ces résultats pourraient indiquer que les états de pleine conscience, en particulier chez

les méditants expérimentés, sont associés à une réduction de l'activation des régions cérébrales associées à la rumination mentale et à la réactivité émotionnelle.

Modification du rapport à soi évalué par la psychométrie :

Pour cette partie, on retrouve 6 études utilisant des outils psychométriques divers permettant de mesurer différents paramètres influençant la perception de soi comme la capacité de décentration, la SFA, le non-attachement à soi ou la perception de la saillance corporelle. Les paramètres évalués par ces études étant trop hétérogènes pour en présenter une analyse globale, chaque étude sera exposée séparément.

L'étude (29) s'intéressait à la SFA sur une population de patients souffrant de phobie sociale. Les deux types d'intervention – la thérapie cognitive groupale et la MAGT - permettaient d'améliorer nettement les scores de SFA dans cette étude mais aussi les comportements autoprotecteurs par rapport à ceux du groupe contrôle. La SFA et les comportements autoprotecteurs sont considérés par plusieurs auteurs comme les principaux facteurs d'entretien de la symptomatologie de phobie sociale. Cette étude met en évidence le lien significatif existant entre ces différents paramètres et l'effet thérapeutique d'une diminution de SFA sur la sévérité de la symptomatologie de phobie sociale.

L'étude (32) expose deux façons différentes de focaliser son attention sur soi : un mode ruminatif et un mode expérientiel. Elle décrit ensuite comment les capacités de décentration et la gestion des pensées négatives sont affectées en fonction du mode utilisé. Ces résultats suggèrent ainsi que l'auto-focalisation expérientielle pourrait être bénéfique au traitement des patients dépressifs en augmentant leur capacité de décentration et en réduisant le traitement ruminatif des pensées négatives qui maintient et exacerbe l'humeur et les symptômes dépressifs. La capacité de décentration a été identifiée comme un médiateur indirect de la relation entre le mode d'auto-focalisation et les pensées négatives dans la population de patient souffrant de dépression. Ces résultats vont dans le sens de l'étude (33) qui avait pour objectif de valider expérimentalement le SES-IAT (*Single Experience and Self Implicit Association Test*), qui cherche à mesurer deux modes de fonctionnement permettant de traiter un sentiment de peur : un mode expérientiel lié à soi ou ESRP (*Experiential Self-Referential Processing*) et un mode expérientiel désidentifié ou ESLP (*Experiential*

Selfless Processing). Les scores du SES-IAT ont démontré une bonne fiabilité pour mesurer l'association cognitive du participant entre « soi » et la peur et pour mesurer son expérience de la peur. Ces résultats suggèrent que le SES-IAT permet bien de mesurer l'ESLP et 2 formes d'ESRP : l'identification avec la peur et l'évaluation auto-référentielle négative de la peur. Ils indiquent également que l'ESRP et l'ESLP sont associés à la méta-conscience (un processus fondamental de la pleine conscience) et aux principaux processus psycho-comportementaux sous-jacents à une mauvaise capacité d'adaptation (symptôme d'anxiété, réactivité au contenu de la pensée et intolérance à la détresse et à la peur). Ces résultats indiquent que l'association cognitive du soi avec l'expérience (c'est-à-dire le mode ESRP) peut être un substrat important du sens du soi, et un déterminant important en santé mentale.

Sur le versant corporel, l'étude (2) s'intéressait au rapport entre la réduction de la saillance corporelle perçue (c'est-à-dire la perception des limites corporelles), l'anxiété et le sentiment de bonheur (au sens d'un état de contentement et de paix intérieure). Les résultats de cette étude indiquent qu'une courte méditation par balayage corporel est suffisante pour réduire la perception des limites corporelles et accroître le sentiment de bonheur. L'effet de la méditation par balayage corporel expliquait 14,5 % de la variance du changement des limites corporelles perçues et 15 % de la variance du changement sur la perception du bonheur. L'effet sur l'anxiété était plus modeste ; la manipulation n'expliquait que 6,6 % de la variance. Cette étude était conçue pour tester l'une des principales hypothèses de la SSHM que nous avons évoquée dans l'introduction, à savoir que le détachement de soi ou l'altruisme (*Selflessness*) induit par la pleine conscience réduit l'importance des limites corporelles perçues et que cela conduit à un état émotionnel plus positif. Les analyses de médiation vont dans le sens de cette hypothèse en montrant que le changement du ressenti de bonheur était bien lié à la diminution des limites corporelles perçues.

Pour l'étude (25) utilisant la MAT, le paramètre étudié concernant le self était le non-attachement à soi. Ce paramètre était évalué par une échelle psychométrique de 7 items, la NAS (*Non-Attachment Scale*) qui repose notamment sur la conception de l'attachement que nous avons exposée dans l'introduction. Les participants du groupe MAT avaient une amélioration significative de leur niveau d'attachement à eux-mêmes et une analyse de médiation montrait que ce paramètre médiait partiellement les effets

du traitement pour les scores de détresse psychologique et de qualité du sommeil, et médiait presque entièrement les effets du traitement pour la symptomatologie fibromyalgique et la perception de la douleur. Le temps moyen quotidien de méditation s'est avéré être un facteur prédictif significatif de l'évolution de toutes les variables de résultat.

Pour la dernière étude utilisant la MOM (24) les résultats montraient chez les participants des augmentations significatives et homogènes de leur scores sur l'échelle TCI (*Temperament and Character Inventory*) pour les trois dimensions de caractère intrapersonnel, interpersonnel et transpersonnel. Selon Cloninger, le concepteur de cet outil psychométrique, des scores élevés sur l'échelle TCI indiqueraient de meilleures capacités d'auto-régulation et serait protecteur vis-à-vis des troubles de personnalité (24). Ces résultats n'étaient significatifs que pour les groupes avec une pratique régulière et quotidienne. Ces résultats suggèrent que 8 semaines de formation à la méditation de pleine conscience pourraient être suffisantes pour modifier les descriptions que les gens donnent d'eux-mêmes. Aucun changement n'a été constaté dans le groupe de contrôle ce qui va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle la personnalité a tendance à rester stable avec le temps. Cependant, les changements constatés dans les groupes de méditants réguliers suggèrent que la méditation peut modifier la perception de soi, ce qui est en accord avec le principe théorique de la psychologie bouddhiste selon lequel "il n'existe pas de moi permanent et immuable" (24). Pour les auteurs de l'article le processus clé permettant ces changements pourrait être la désidentification du sujet avec certaines parties de son contenu mental (pensée, perception, émotion) qui chez les méditants expérimentés peut aller jusqu'à une désidentification avec un sens statique du soi.

Autres paramètres significatifs :

Dans les groupes ayant pratiqué une intervention basée sur la méditation sur un format long de 8 à 12 semaines, les résultats globaux (voir tableau 2) sont une diminution de la réactivité émotionnelle et de la sévérité des symptômes d'anxiété sociale pour la MBSR (28). Pour l'intervention MAT, on retrouve chez les participants des améliorations significatives et durables (avec de fortes tailles d'effet) en ce qui concerne les niveaux de stress liés au travail, la satisfaction au travail, la détresse

psychologique, les performances professionnelles évaluées par l'employeur et la symptomatologie d'addiction au travail avec des résultats qui étaient maintenus à 6 mois (26,27). Chez des patients souffrants de fibromyalgie, cette intervention permettait des améliorations de la symptomatologie fibromyalgique, de la perception de la douleur, de la qualité du sommeil, de la détresse psychologique et de l'engagement civique (25). Pour les groupes ayant pratiqué une tâche expérimentale ou une intervention basée sur la méditation sur un format court d'une seule séance, les résultats globaux retrouvent une meilleure tolérance à la détresse et une diminution de l'intensité de la colère chez des patients souffrants de TBP (34) et une moindre réactivité affective dans des conditions d'auto-critique chez des méditants expérimentés par rapport aux sujets contrôles n'ayant jamais pratiqué (31).

Limites :

Les principales limites de ces études sont elles aussi exposées dans le tableau 2. On peut souligner ici que les résultats sont dans l'ensemble non généralisables et ne permettent pas d'analyse globale de l'efficacité de ces interventions sur un déterminant de santé mentale particulier tant les protocoles d'études, le type d'intervention ou les populations étudiés sont hétérogènes. Par ailleurs la méditation bénéficie actuellement d'un effet de popularité et il est possible que les études recrutant des participants sur la base du volontariat et non par un adressage externe aient des résultats plus favorables car la population recrutée de cette façon pourrait présenter de meilleures dispositions vis-à-vis de la méditation et il s'agit d'un paramètre difficile à contrôler.

L'usage de substance psychopharmacologique

L'usage des psychédéliques en santé mentale

Le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), la psilocybine, la mescaline et le DMT (diméthyltryptamine) sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques 2A (5HT_{2A}-R) regroupés sous l'appellation des psychédéliques classiques ou des hallucinogènes classiques. Des années 1950, jusqu'aux débuts des années 1970 où leur usage a été interdit, ces substances faisaient l'objet d'un grand intérêt pour la recherche en psychiatrie et en neuroscience. Des résultats prometteurs ont été rapportés concernant leur usage dans le traitement de la détresse psychologique chez les personnes en fin de vie ou pour le traitement des addictions (35,36). Ils ont également servi d'outils pour étudier les bases neurobiologiques des troubles mentaux (35). Depuis quelques années les psychédéliques classiques font l'objet d'un regain d'intérêt majeur, de nouvelles autorisations ont permis la reprise des études utilisant ces produits chez l'homme et la recherche clinique sur le sujet est suffisamment riche pour voir émerger les premières méta-analyses indiquant des résultats très prometteurs pour le traitement des troubles anxieux, dépressifs et des états de stress post-traumatiques (37–39). Actuellement la recherche fondamentale sur les psychédéliques est principalement axée sur la compréhension des fonctions mentales et leur relation avec les processus neuronaux dans le cerveau (40). La recherche clinique met l'accent sur l'amélioration des mesures psychométriques pour le traitement des patients avec un diagnostic de trouble mental (comme la dépression ou l'état de stress post-traumatique) où les psychédéliques sont principalement censés fournir des outils pharmacologiques permettant d'assister la psychothérapie (40). Les études en populations non cliniques se concentrent principalement sur les pathologies supposées être induites ou associées à l'abus de ces substances, comme les troubles de la mémoire, les épisodes psychotiques ou les troubles de l'usage de ces substances (40).

L'approche dominante de la psychothérapie assistée par psychédélique n'implique qu'une ou un petit nombre de séances à forte dose qui visent à induire une expérience dite de pic ou de type mystique caractérisée par une dissolution des limites de l'égo et un sentiment concomitant d'unité avec l'environnement (41). Les recherches récentes

d'imagerie cérébrale ont mis en évidence des perturbations de l'activité et de la connectivité au sein des structures du DMN et des régions corticales frontopariétales sous psychédéliques (41). Un répertoire plus large de connectivité et une dynamique cérébrale plus aléatoire (entropie accrue) au sein des réseaux cérébraux d'ordre supérieur ont également été retrouvés (41). Cet effet de déségrégation ou "d'unification" globale de la dynamique cérébrale sous psychédéliques a été lié à l'expérience de dissolution de l'ego (42) et au "sentiment d'unité" et peut être une caractéristique des expériences de type mystique (41). Plusieurs études (dont certaines incluses dans notre revue de littérature) ont relié l'expérience mystique avec l'amélioration de déterminants de santé mentale comme le trait de personnalité d'ouverture, une diminution de l'anxiété ou l'amélioration du fonctionnement psychosocial global (43–46). Bien que l'expérience de dissolution de l'ego ne permette pas de rendre compte de l'ensemble de l'expérience subjective lors de la prise de psychédélique, ce paramètre est directement en lien avec notre sujet dans la mesure où il s'agit d'un changement radical dans la perception de soi. Les études incluses dans ce chapitre regroupent celles portant sur les psychédéliques classiques où ce paramètre était évalué avec des déterminants de santé mentale et une étude portant sur un antidépresseur, l'escitalopram.

Résultats des principales études

Cinq essais cliniques avec un groupe contrôle dont 4 randomisés ont été identifiés comme remplissant nos critères d'inclusions. Les dates de publications allaient de 2011 à 2019. Les principaux résultats, les descriptifs et les limites de ces études sont présentés dans le tableau 3 en annexe. Nous exposerons ici l'analyse globale des principaux résultats en lien avec notre sujet d'étude. Concernant les substances étudiées et les participants des études, 3 essais contrôlés et randomisés utilisent la psilocybine (45–47), 1 essai contrôlé sans randomisation le LSD (41) et 1 essai contrôlé randomisé l'escitalopram, qui n'est pas une substance psychédélique mais un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (48). Le nombre d'administration de substance allait de 1 à 5 prises et les périodes de suivi de 0 à 14 mois. Deux études ciblaient une population clinique à savoir des patients souffrant de cancer avec un pronostic vital engagé et une symptomatologie anxieuse

ou dépressive (46) et des patients souffrants de dépression unipolaire (48). Les 3 autres études ciblaient des volontaires sains.

Modification d'activité cérébrale au sein des réseaux neuronaux du SRP :

L'étude (48) montre qu'une prise d'escitalopram pendant une semaine a permis de normaliser le traitement neuronal aberrant de l'autoréférence chez des patients souffrants de dépression unipolaire, en déplaçant l'attention de soi vers l'environnement externe et en potentialisant le traitement positif de l'autoréférence. Cela été visible sur l'IRMf par une réduction de la réactivité des régions cérébrales fronto-pariétales médianes en réponse à des mots d'autoréférences et par une augmentation de la réactivité des régions du cortex préfrontal médian MPFC et du cortex cingulaire antérieur ACC en réponse aux mots positifs par rapport aux mots négatifs. L'activité cérébrale du groupe escitalopram redevenait ainsi similaire à celle des contrôles sains contrairement au groupe prenant le placebo. Cette régulation de l'activité neuronale des réseaux traitant de l'auto-référence pourrait donc être un facteur important concernant le mécanisme d'action des antidépresseurs.

Concernant les psychédéliques, l'étude (47) montre que la psilocybine induisait un découplage des cortex préfrontal médian et cingulaire postérieur, qui est censé servir de médiateur du « sens de soi », cela étant associé à l'expérience subjective de dissolution de l'ego pendant la séance de pleine conscience assistée par la psilocybine. L'ampleur de la dissolution de l'ego et des modifications de la connectivité cérébrale permettait de prédire des changements positifs dans le fonctionnement psychosocial des participants quatre mois plus tard. L'action sur cette connexion antéro-postérieure du DMN permettait de préserver le reste du signal cérébral relatif à l'état de méditation.

Expérience subjective de dissolution de l'ego :

Cette expérience était retrouvée pour les 4 études utilisant les substances psychédéliques (psilocybine ou LSD) et était d'autant plus marquée que la dose de psychédélique était élevée lorsque plusieurs prises étaient proposées. Pour les études (45,46) la relation avec cette expérience et les autres résultats (en particulier les déterminants de santé mentale) n'était pas évaluée statistiquement. Ces études se

concentraient plutôt sur l'induction d'une expérience mystique qui rend aussi compte du vécu subjectif possible lors de la prise de ces substances en incluant plus de paramètres. Nous avons déjà évoqué la troisième étude utilisant la psilocybine (47) ci-dessus où l'expérience de dissolution de l'égo était corrélée à un profil de réponse cérébrale particulier sur l'IRMf et où elle était reliée à des changements positifs dans le fonctionnement psychosocial des participants. Concernant la dernière étude utilisant le LSD (41) les participants qui ont eu les plus importantes expériences de dissolution de l'égo et les plus importantes augmentations de l'entropie cérébrale visible sur l'IRMf sont également ceux qui ont montré les plus nettes améliorations du trait de personnalité d'ouverture.

Autres paramètres significatifs :

Les autres résultats (voir tableau 3) concernant l'amélioration de déterminant de santé mentale sont pour la psilocybine (45–47) une amélioration globale du fonctionnement psychosocial des individus qui était confirmé par l'entourage et maintenue jusqu'à 14 mois après. La psilocybine à forte dose a également entraîné une diminution significative des symptômes dépressifs et de l'anxiété chez des individus avec un cancer dont le pronostic vital était engagé. Cela incluait une amélioration de la qualité de vie, du sens de la vie, de l'optimisme, et une diminution des angoisses de mort. Ces changements étaient maintenus à 6 mois et en corrélation avec la dose de psilocybine et le fait d'avoir eu une expérience mystique.

Limites :

Les principales limites de ces études sont elles aussi exposées dans le tableau 3. Trois études portent sur une population d'adultes sains et les résultats de ces études sont non généralisables en population clinique. Les échantillons des études incluses sont de faible taille. La relation directe entre l'expérience de dissolution de l'égo et l'amélioration de déterminants de santé mentale n'était pas systématiquement analysée par chaque étude et reste un paramètre peu étudié dans le cadre d'essais cliniques. Des études complémentaires en population clinique sont nécessaires pour déterminer l'impact réel que peut avoir cette expérience en santé mentale et si elle est susceptible de favoriser la compréhension de certains mécanismes psychopathologiques.

Autres types d'interventions

Les études présentées dans ce chapitre utilisent chacune une intervention différente, ce qui ne permettait pas de les regrouper dans une autre catégorie. Seuls les résultats seront exposés ici et nous apporterons des précisions sur les mécanismes des interventions et le lien avec notre sujet dans la partie suivante. Les limites de chacune des études sont exposées dans le tableau 4.

Résultats des principales études

Quatre essais cliniques avec un groupe contrôle dont 3 randomisés ont été identifiés comme remplissant nos critères d'inclusions. Les dates de publications allaient de 2016 à 2019. Les principaux résultats, les descriptifs et les limites de ces études sont présentés dans le tableau 4 en annexe. Nous exposerons ici les principaux résultats en lien avec notre sujet d'étude. Concernant les interventions et les participants des études, 1 essai contrôlé sans randomisation utilise le neurofeedback par IRMf sur une population clinique d'adultes souffrant de dépression (49), 1 essai randomisé contrôlé utilise l'activation comportementale sur une population d'étudiant non clinique avec une symptomatologie dépressive infraclinique (50), 1 essai contrôlé randomisé étudie une population non clinique avec une symptomatologie anxieuse où il est simplement demandé aux participants d'écouter un enregistrement d'un discours qu'ils ont produit comme s'il avait été produit par quelqu'un d'autre afin qu'ils puissent s'évaluer sans se focaliser sur eux-mêmes (51) et la dernière étude utilise les TCC ou la thérapie ACT (Thérapie d'acceptation et d'engagement) sur des participants souffrant de phobie sociale (52).

Modification d'activité cérébrale au sein des réseaux neuronaux du SRP :

Trois études sur 4 incluent une analyse par IRMf pour évaluer les réseaux neuronaux impliqués dans l'activité mentale autoréférentielle.

Dans la première étude qui utilisait la technique de neurofeedback visant à réguler l'activité du réseau neuronal de la saillance (*Saliency Network ; SN*) (49), les résultats ont montré que par rapport aux participants du groupe contrôle, le nœud SN des participants du groupe de neurofeedback était moins réactif à l'IRMf face aux stimuli

négatifs. La réponse émotionnelle face à des scènes négatives ou des adjectifs autodéscriptifs négatifs était également significativement diminué en comparaison du groupe contrôle. Cela suggère entre autres que le SN est impliqué dans la régulation des biais cognitifs négatifs de la dépression.

Pour la seconde étude où l'intervention reposait sur l'activation comportementale (50) le groupe d'intervention a montré une augmentation de l'activité cérébrale du cortex préfrontal dorsal médial (dmPFC) sur l'IRMf avec des durées moyennes de réponses (temps de réaction) plus longues pour des mots positifs lorsque les individus se référaient à eux en prenant la perspective de quelqu'un d'autre (un ami). Ces paramètres étaient associés à une diminution de la symptomatologie dépressive. Les auteurs suggèrent ainsi que changer de perspective en prenant le point de vue d'un ami pour s'évaluer permet de favoriser un auto-contrôle plus objectif et que ces facultés sont améliorées par l'activation comportementale.

Pour la dernière étude comparant les différences d'activations cérébrales avant et après un traitement psychothérapeutique pour la phobie sociale (TCC ou ACT) (52) les résultats indiquent que chez les personnes souffrant de phobie sociale, l'aire fusiforme des visages (FFA) s'active de façon significativement plus importante que chez les sujets contrôles lors de la visualisation de son discours (SELF) par rapport au discours d'un autre (OTHER) lors des séquences d'IRMf. Une sévérité plus importante de la phobie sociale a été associée à une activation significativement plus importante dans la FFA droite et la zone extrastrée du corps gauche pour la condition SELF par rapport à la condition OTHER. Par ailleurs la diminution de la sévérité de la phobie sociale était associée à une plus forte connectivité entre l'amygdale et la FFA après le traitement alors que cette connectivité restait comparable pour les personnes avec une moindre amélioration. Cela témoigne de différences significatives concernant la connectivité fonctionnelle des régions cérébrales impliquées dans le traitement auto-référentiel de la phobie sociale.

Autres paramètres significatifs :

Pour l'étude (51) dans le groupe où il était proposé de décentrer son attention de soi en s'évaluant en prenant la perspective de quelqu'un d'autre, l'évaluation des performances était plus positive ce qui permettait de réduire l'anxiété de performance.

III/ Discussion

Mécanismes et applications en santé mentale des outils psychothérapeutiques permettant une décentration de soi

Etape 1 : Apprendre à défocaliser son attention de soi

A l'issue des résultats le premier outil psychothérapeutique permettant de se décentrer de soi que nous avons identifié est l'entraînement attentionnel (ATT). Nos résultats étaient unanimes sur le fait que l'ATT permet bien de diminuer la focalisation de l'attention sur soi (SFA), avec une taille d'effet importante pour certaines études, et dès la première séance. Un gain de flexibilité attentionnelle était également retrouvé par deux études ce qui confirme le rationnel théorique de l'ATT que nous avons présenté ci-dessus. Une réduction de l'anxiété en lien avec la réduction de SFA a été mise en évidence. L'ATT pourrait donc être un bon outil pour aider les personnes à sortir du syndrome cognitif attentionnel (SCA) et des états de détresse psychologique en libérant des ressources cognitives et attentionnelles qui pourront être mobilisées pour le changement psychologique et pour favoriser les capacités d'adaptations. Les principales forces de cette méthode sont qu'elle est peu coûteuse, très facile à mettre en place, avec des effets dès la première séance. D'après nos résultats cette méthode pourrait avoir une utilité dans la gestion des syndromes douloureux, le contrôle des intrusions mentales en lien avec des souvenirs traumatiques et pour le traitement des troubles anxieux comme la phobie sociale où la SFA tient une place centrale (16). Une revue systématique de littérature portant sur l'efficacité de l'ATT suggère que cette méthode pourrait être efficace dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs et aider à remédier à certains symptômes de la schizophrénie (18). Sur le plan théorique, l'efficacité de l'ATT sur les troubles anxieux et dépressifs (ou troubles internalisés) semble cohérente vu que ces troubles se caractérisent par un emballement de l'activité mentale autoréférentielle, notamment lors de l'exposition à des stimuli négatifs (12). Des études complémentaires avec de plus larges effectifs en population clinique incluant un suivi à long terme sont cependant nécessaires pour confirmer ces résultats. Il est aussi important de préciser que cette technique n'a pas pour vocation d'aider les personnes à traiter leurs pensées et émotions négatives. Ce n'est pas un outil de régulation émotionnelle. En effet l'attention est ici tournée vers l'extérieur et utiliser

cette technique uniquement dans ce but pourrait s'apparenter à de l'évitement ou de la distraction.

Étape 2 : Se détacher de soi et de ses expériences internes, apprendre la défusion

Le second outil psychothérapeutique de décentration du soi que nous avons identifié repose sur la méditation et la pleine conscience. Le processus de méta-conscience que nous avons déjà évoqué ci-dessus, permet l'observation du flux de la conscience et une prise de recul par rapport aux différents éléments qui le traversent, que ce soient des sensations corporelles, des pensées ou des émotions. En se situant dans l'instant présent et en se désidentifiant de ce flux continu, l'individu peut observer les différents composants de sa conscience comme étant des événements mentaux ou corporels passagers et éphémères. Il suspend ainsi son jugement et son analyse de la signification et du contenu de ces phénomènes qu'il peut dissocier de lui-même. C'est la défusion. Cette faculté peut opérer sur toute la palette d'expérience accessible à la conscience humaine. Dans nos résultats cela se traduit par une diversité de paramètres témoignant d'une modification du rapport à soi : diminution de SFA, amélioration des capacités de décentrage, diminution de la réactivité face aux expériences intérieures, réduction des perceptions de la saillance corporelle et détachement de soi pour l'intervention utilisant la MAT où c'est la notion de self elle-même qui est relativisée. (Pour des informations complémentaires sur la MAT, voir Shonin et al (9)). Divers effets bénéfiques pour le bien-être mental ont été associés à chacun de ces paramètres dans nos résultats. Plusieurs études incluses suggèrent que ces interventions, en entraînant le sujet à changer de perspective sur lui-même, permettent de développer les capacités de régulation émotionnelle, de diminuer la réactivité face à ses stimuli internes et d'améliorer la gestion des ruminations mentales négatives qui sont trois paramètres transnosographiques que l'on retrouve dans la plupart des troubles mentaux. Ces résultats sont concordants avec le rationnel théorique de ces méthodes et de précédents travaux de synthèses sur le sujet (53). Les données d'IRMf présentées dans notre revue vont également dans ce sens. Nous pouvons les compléter avec les données d'une méta-analyse qui retrouvait principalement huit régions cérébrales dont l'activité était modifiée chez les méditants, notamment les zones clés de la méta-conscience (cortex frontopolaire/aire de

Brodmann 10), la conscience corporelle extéroceptive et intéroceptive (cortex et insula sensoriels), la consolidation et la reconsolidation de la mémoire (hippocampe), la régulation de soi et des émotions (cingulum antérieur et moyen ; cortex orbitofrontal) et la communication intra- et interhémisphérique (fascicule longitudinal supérieur ; corps calleux). La méta-analyse indiquant une taille d'effet globale "moyenne" (54). Ainsi les interventions basées sur la pleine conscience sont susceptibles de réguler l'activité cérébrale de différentes régions impliquées dans le traitement autoréférentiel, régions potentiellement hyperactives ou avec un fonctionnement aberrant dans le cadre des troubles internalisés (12). Concernant l'applicabilité de ces méthodes, les interventions basées sur la méditation sont faciles à mettre en place et relativement peu coûteuses. Elles demandent cependant un investissement en temps important de la part du participant mais aussi de la part du thérapeute qui voudrait se former à ces pratiques. Un effet dose a été constaté dans nos résultats où les effets bénéfiques pouvaient être corrélés à la régularité d'une pratique quotidienne à la maison entre les séances. De plus, bien que ces pratiques bénéficient d'un effet de « mode » important, il est possible qu'elles ne conviennent pas à tout le monde, en particulier dans certaines populations comme les personnes souffrant de fibromyalgie, les taux d'abandons moyens vont de 21% à 37% (25). Par ailleurs ces pratiques sont généralement contre-indiquées pour certains troubles non stabilisés (état maniaque, symptomatologie psychotique instable, état de stress post-traumatique avec dissociation...) et ne sont pas utilisées en situation de crise. En dehors de ces réserves, les indications sont assez larges et l'on retrouve des programmes adaptés pour les différents troubles mentaux mais aussi pour certaines affections somatiques. On peut citer certaines indications spécifiques pour lesquels ces pratiques sont maintenant bien validées : la prévention des rechutes dépressives, la gestion du stress et de l'anxiété chronique, l'insomnie, la gestion de l'impulsivité (crise de colère, crise de boulimie), la gestion de la douleur chronique et la gestion de la détresse face à la maladie chronique (55).

Etape 3 : Utiliser des drogues pour changer son rapport à soi et l'environnement ?

Le troisième outil mis en évidence par cette revue systématique de la littérature repose sur la possibilité d'assister les psychothérapies de décentration de soi par

l'administration de substances psychoactives. Les psychédéliques classiques par leur action sur le système sérotoninergique et l'ampleur des modifications de la connectivité cérébrale qu'ils occasionnent, sont susceptibles de provoquer une expérience subjective intense et un bouleversement de l'ensemble du champ perceptif et de la conscience d'un individu. Les termes d'expérience mystique ou de dissolution de l'égo sont des tentatives (peut-être réductrices) de description de cette expérience que l'on peut évaluer par la psychométrie. Par ailleurs de nombreuses études essaient de traduire cette expérience subjective par des mesures objectives d'IRMf. Par exemple avec le LSD, il a été montré une augmentation de la connectivité globale des cortex d'association de haut niveau et du thalamus (qui se chevauchent partiellement avec le DMN, le SN et les réseaux frontopariétaux de l'attention) (42). Les zones corticales montrant une connectivité globale accrue se superposaient significativement avec une carte représentant les densités des récepteurs de la sérotonine 2A (5-HT_{2A}) (le site d'action clé des drogues psychédéliques) (42). L'augmentation de la connectivité globale observée sous LSD, y compris entre des réseaux cérébraux normalement distincts, était corrélée avec des rapports subjectifs de dissolution de l'ego. Ces résultats confirment que le LSD étend sélectivement la connectivité globale du cerveau, compromettant simultanément les frontières perceptuelles entre le soi et l'environnement (42). Nos résultats retrouvent bien la présence de ces expériences lors de la prise de psilocybine ou de LSD, avec une corrélation en fonction de la dose administrée. Concernant le lien avec l'efficacité thérapeutique de ces substances, plusieurs études ont déjà mentionné le lien entre l'expérience mystique et l'amélioration de certains déterminants de santé mentale. En plus de ceux déjà cités pour l'expérience mystique, nos résultats retrouvent une amélioration durable du fonctionnement psychosocial global et une amélioration durable du trait de personnalité d'ouverture en lien avec l'expérience de dissolution de l'ego. Ce paramètre est particulièrement intéressant car la personnalité est considérée comme relativement fixée à l'âge adulte et ces résultats sont soutenus par une autre étude qui montrait qu'une seule séance avec de la psilocybine pouvait produire des améliorations durables du trait de personnalité d'ouverture jusqu'à plus d'un an après (43). L'ouverture étant considérée comme l'une des principales dimensions de la personnalité, liée à l'imagination, à l'appréciation esthétique, à la recherche de nouveauté, au non-conformisme et à la créativité (43). Toutefois des efforts

complémentaires restent nécessaires afin de déterminer la place exacte de l'expérience de dissolution de l'égo et son rôle quant à l'amélioration de certains déterminants de santé mentale. Bien que plusieurs personnes témoignent que l'expérience des psychédéliques est l'une des plus significatives de leur vie (45), il est difficile de savoir quels sont les véritables moteurs du changement psychologique : l'expérience subjective ? l'ampleur des modifications de la dynamique cérébrale qui la précède ? les deux ? Quoiqu'il en soit, ces paramètres soutiennent tous deux qu'une modification de la conscience de soi est directement en lien avec les effets thérapeutiques. La force principale de ces produits est qu'ils sont efficaces rapidement après une à deux administrations seulement et avec des effets qui peuvent être importants et durables. Les effets secondaires sont relativement peu nombreux et dans un cadre hospitalier approprié, en présence de professionnels formés à leur administration, leur usage est considéré comme sécurisé (38,39). Certaines contre-indications sont cependant importantes à prendre en compte, comme l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de trouble psychotique ou de schizophrénie. Plusieurs études insistent sur l'importance du cadre et de l'environnement lors de l'administration (13) et des effets sur la suggestibilité ont été retrouvés (56). La limite principale à leur utilisation en santé mentale en France est que pour le moment ces substances restent interdites, les premières autorisations d'utilisations pour des essais thérapeutiques sont en cours. Les indications concernant l'usage des psychédéliques en santé mentale sont en cours d'élaboration. Pour le moment ces substances restent principalement administrées dans le cadre d'essais cliniques. Sur la base des résultats des publications médicales sur la psilocybine, la FDA (Food and Drug Administration) qui est l'agence américaine responsable de la protection de la santé publique concernant les produits alimentaires et médicamenteux, a accordé en 2018 le statut de « *breakthrough therapy* » (thérapie révolutionnaire) à la thérapie utilisant la psilocybine pour le traitement des patients souffrant de dépression résistante (57). En accord avec les preuves d'efficacité mises en évidence par de récentes méta-analyses, les psychédéliques classiques pourraient également être bénéfiques pour le traitement des troubles de l'usage de l'alcool (36), les troubles anxieux et la dépression unipolaire (37–39), les troubles de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression associée à une maladie mortelle, et l'anxiété sociale chez les adultes avec un trouble du spectre de l'autisme (37).

L'autre candidat pour assister les psychothérapies de décentration du soi identifié dans cette partie est l'escitalopram, un antidépresseur ISRS. L'étude que nous avons incluse dans notre revue pose la question du mécanisme d'action des antidépresseurs et ces résultats suggèrent que l'escitalopram opère une régulation de l'activité cérébrale aberrante de certains réseaux du SRP chez les patients souffrant de dépression unipolaire. Le point important étant que ces effets survenaient avant tout effet sur la symptomatologie dépressive, ce qui indique qu'ils sont bien directement imputables aux effets de l'escitalopram et non une conséquence de la rémission des symptômes. Des travaux antérieurs chez des volontaires sains confirment que les antidépresseurs (mirtazapine et escitalopram) sont susceptibles de moduler rapidement le traitement de l'autoréférence ou SRP (58,59). Avant de pouvoir tirer des conclusions définitives sur ce possible mécanisme d'action, ces études doivent être répliquées et il serait également intéressant de tester d'autres molécules antidépressives afin de comparer leurs efficacités sur cette cible thérapeutique. Si cette piste se confirme, des antidépresseurs comme l'escitalopram pourraient potentialiser les thérapies de décentration du soi.

Etape 4 : Outils complémentaires

Nous terminerons par quelques pistes supplémentaires concernant d'autres outils possibles de décentration de soi. Le neurofeedback assisté par l'IRMf a été évoqué par l'une des études incluses. Le principe de cet outil repose sur la modulation de l'activité d'une zone cérébrale spécifique par le participant, ici le SN, qui fait partie du SRP. On peut imaginer que d'autres zones cérébrales impliquées dans le SRP pourraient être ciblées, cependant des données supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir juger de l'efficacité de cette méthode qui pose en plus la question de l'accessibilité et du coût de l'IRMf. L'électroencéphalogramme est une autre technique possible pour faire du neurofeedback. On peut également s'interroger sur l'intérêt d'utiliser les différentes techniques de neurostimulations transcrâniennes dans ce cadre théorique.

Concernant l'activation comportementale, il s'agit d'un élément clé des TCC pour le traitement de la dépression. Cette méthode est axée sur l'amélioration de l'autocontrôle et l'adoption de comportements sains orientés vers un objectif afin

d'augmenter la fréquence des récompenses environnementales. Au cours des interventions, les participants contrôlent et évaluent leurs activités quotidiennes et s'efforcent de modifier leurs comportements habituels, de manière à augmenter les événements agréables et à améliorer les symptômes dépressifs (50). Les auteurs de l'étude incluse dans notre revue partent du constat que cette intervention permet de réduire les pensées automatiques négatives liées à soi, et par conséquent, qu'elle est susceptible de modifier la façon dont un individu se perçoit (50). Selon eux la nécessité d'évaluer régulièrement ses comportements lors de cette intervention favorise un basculement entre des pensées négatives autocentrées et un rapport à soi plus objectif dans la mesure où la capacité à adopter la perspective de quelqu'un d'autre pour s'auto-évaluer est renforcée. Ces résultats sont soutenus par des modifications d'activités du dmPFC à l'IRMf qui est impliqué dans le SRP (50). Cette faculté à s'observer et « manager » ses comportements depuis un point de vue extérieur se rapproche de la capacité de défusion. L'activation comportementale est une intervention peu coûteuse et facile à mettre en place qui a fait ses preuves pour l'amélioration de la symptomatologie dépressive (50).

La thérapie ACT a été utilisée dans l'une des études incluses mais sans que les principes de cette thérapie ni la façon dont elle conçoit le self n'aient été développées. Cette thérapie s'appuie sur la théorie des cadres relationnels qui est une théorie fonctionnelle du langage (voir (60)). L'objectif de la thérapie est de développer la flexibilité psychologique en altérant les processus langagiers à l'origine de l'évitement expérientiel pour que le sujet retrouve la capacité d'agir en adéquation avec ses valeurs tout en acceptant l'apparition éventuelle d'évènements psychologiques difficiles (60). Ainsi l'ACT repose sur 6 piliers ou « Hexaflex » : la défusion cognitive, l'acceptation, le soi comme contexte, les valeurs, l'engagement dans l'action et le contact avec l'instant présent. Notons que plusieurs de ces principes comme la défusion ou le contact avec l'instant présent se retrouvent dans les pratiques méditatives et la pleine conscience dont l'ACT et les TCC de 3^{ème} vague s'inspirent. L'autre point intéressant est la notion de soi comme contexte où l'enjeu est d'appréhender le self comme le contexte d'apparition des évènements mentaux et non comme ces évènements eux-mêmes (60). Cela permet notamment de sortir de la définition parfois rigide et stéréotypée que les individus se font d'eux-mêmes ce qui

permet d'adopter des comportements plus flexibles et adaptables au contexte, sans se laisser absorber par le contenu de ses pensées. Avec cette représentation du soi comme « observateur », l'ACT rejoint selon nous le cadre théorique des thérapies de décentration du soi. L'efficacité de cette méthode en santé mentale est maintenant bien établie et soutenue par de nombreuses études (60).

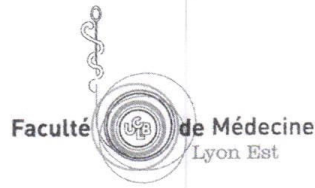
Pour terminer, des combinaisons entre les différents outils psychothérapeutiques permettant de se décentrer de soi sont également possibles. Par exemple, des chercheurs de l'université de Yale ont publié un manuel thérapeutique en août 2020 combinant les thérapies ACT et l'utilisation de la psilocybine pour le traitement des troubles dépressifs majeurs (61). D'autres études proposent d'associer la prise de psychédélique classique comme la psilocybine et les pratiques méditatives (47,62). Ces méthodes pourraient aussi être associées à de la psychoéducation ou au développement d'autres compétences ne concernant pas directement le « soi » comme la compassion, la générosité, la patience, l'amour bienveillant ou la conscience de la mort comme le suggèrent certains auteurs pour les pratiques méditatives par exemple (9). Par ailleurs il pourrait être intéressant d'approfondir l'évaluation de l'efficacité de ces outils sur d'autres troubles mentaux caractérisés par un surinvestissement du « self ». Le trouble de personnalité borderline a notamment été décrit par Ducasse et al (8) comme une forme extrême d'addiction ontologique. Nos résultats suggèrent que les pratiques méditatives et les psychédéliques classiques sont susceptibles d'avoir un effet sur la personnalité, il serait donc intéressant de poursuivre l'évaluation de ces méthodes dans le cadre du traitement de ce trouble.

Limites :

Certaines limites concernant la méthodologie de cette revue systématique de la littérature peuvent être soulignées. Tout d'abord l'algorithme de recherche que nous avons utilisé était assez large et sensible afin de pouvoir détecter la plus grande variété d'interventions possible. Une recherche plus spécifique et approfondie sur chacune des interventions identifiées pourrait permettre d'identifier des travaux supplémentaires. Par ailleurs la sélection d'articles sur une période de 10 ans et l'exigence d'une qualité méthodologique minimale avec la présence d'un groupe contrôle ont pu être des critères restrictifs occasionnant un biais de sélection.

Précisons également qu'un seul lecteur a effectué le travail de sélection et de lecture des articles dans le cadre d'un travail de thèse de médecine contrairement aux deux relecteurs recommandés habituellement pour effectuer ce type de travail. Une autre limite est que la littérature grise n'a pas été analysée, ainsi certains travaux non publiés sur le sujet ou présentant des résultats non significatifs ont pu nous échapper. Pour finir, les études incluses avaient pour faiblesse méthodologique principale de ne pas toujours indiquer les taux de rejets lors de l'inclusion des participants et de ne pas toujours préciser la méthode de randomisation utilisée pour la répartition entre les groupes d'intervention.

IV/ Conclusion :



Nom, prénom du candidat : Mestres Eliaz

CONCLUSIONS

Malgré le nombre considérable d'études scientifiques s'intéressant à la question, le fonctionnement de la conscience de soi (ou du « self ») reste débattu. Envisager par exemple le « soi » comme une entité unifiée, dotée d'une existence propre, est actuellement critiquée par plusieurs modèles contemporains. Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, un exemple est celui de la théorie de « l'addiction ontologique » qui postule que cette conception du soi est susceptible de conditionner un fonctionnement psychologique essentiellement basé sur un surinvestissement de soi, auquel invite pourtant de nombreux dispositifs psychothérapeutiques. En effet, un fonctionnement subjectif excessivement autocentré peut s'avérer délétère car il réduit les capacités d'adaptation du sujet et joue un rôle essentiel dans le maintien et le développement des troubles mentaux internalisés comme les troubles anxieux et dépressifs.

L'objectif de ce travail consiste à interroger, par la méthode de la revue systématique de la littérature, les effets psychologiques des stratégies psychothérapeutiques de décentration de « soi ». Notre méthodologie s'est appuyée sur les recommandations PRISMA et trois bases de données scientifiques ont été analysées : Pubmed, Cochrane library et Web of Science. Après fusion des doublons, 4719 références ont été sélectionnées comme potentiellement éligibles à l'inclusion et 27 études avec un groupe contrôlé publiées entre 2010 et 2020 ont été retenues.

Les résultats nous ont permis de regrouper les interventions en 4 blocs : 1) les interventions métacognitives basées sur l'entraînement attentionnel (ATT) ; 2) les interventions basées sur la méditation et la pleine conscience ; 3) les interventions basées sur l'administration de substances psychopharmacologiques ; 4) les autres types d'interventions regroupant 4 études non classables en une catégorie. Chacune de ces interventions propose des modalités singulières de décentration du « soi » dont les mécanismes d'actions et les applications possibles diffèrent : réduction de l'attention focalisée sur soi pour l'ATT ; diminution de la réactivité et détachement de soi pour la pleine conscience ; expérience de dissolution de l'égo pour la prise de LSD ou de psilocybine. Les protocoles des études, le type d'intervention et les populations étudiés étant très hétérogènes, l'analyse globale n'a pas permis de généraliser les résultats, ni de faire une synthèse mesurant l'efficacité des interventions ou des différents



paramètres permettant de se décentrer de soi pour le traitement d'un trouble mental spécifique. Cependant l'analyse individuelle de chacune de ces études retrouve des résultats significatifs pour l'amélioration d'un ou plusieurs déterminants de santé mentale transdiagnostiques comme par exemple une diminution de l'anxiété, une meilleure régulation émotionnelle ou une amélioration du fonctionnement psychosocial global. Une efficacité pour le traitement de certains troubles spécifiques comme la phobie sociale, la dépression ou la fibromyalgie est également retrouvée.

Nous discutons pour conclure les possibles mécanismes d'action des stratégies de décentration du soi, les principales indications à ce type d'approche et les perspectives qui pourraient découler de ce travail.

Le Président de la thèse,
Pr POULET Emmanuel

Vu :
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 14 septembre 2020

Annexe :

- **Tableau 1** : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité de l'entraînement attentionnel à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.
- **Tableau 2** : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité des interventions basées sur la méditation et la pleine conscience à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.
- **Tableau 3** : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité de l'usage de substance psychopharmacologique à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.
- **Tableau 4** : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité des « autres types d'interventions » à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.
- **Tableau 5** : Qualité méthodologique des études incluses dans la revue systématique de littérature.

Tableau 1 : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité de l'entraînement attentionnel à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Sharpe et al, 2010, Australie	N = 103 étudiants de première année de psychologie	Tâche expérimentale : test de la réaction à un stimulus douloureux ATT : Entraînement attentionnel (n=51) PMR : Relaxation musculaire progressive (n=52)	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.	L'ATT a modifié les processus cognitifs de la concentration interne/externe avec une diminution de la focalisation sur les sensations internes et une moindre hypervigilance à l'égard des mots évoquant la douleur sensorielle. (FPQ)	S = 5 Population d'étudiant non clinique, résultats non généralisables à des individus souffrants de syndrome douloureux. Possible biais de réponse sur la détection du seuil de douleur. Pas de groupe d'intervention neutre, possible augmentation de la focalisation interne par la relaxation.
Nassif et al, 2013, Royaume-Uni	N = 42 Volontaires ayant vécu un évènement de vie stressant toujours source de détresse	Tâche expérimentale : écoute de l'enregistrement de la narration du souvenir traumatique avant et après l'intervention ATT : Entraînement attentionnel (n=21) Tâche de distraction : détection de chiffre et de lettre (n=21)	Tâche expérimentale en laboratoire. 2 séances + exercice à la maison (pour le groupe ATT) Pré., Post.	Les participants à l'ATT ont montré une réduction significative de la fréquence des intrusions mentales (évalué par une échelle visuelle allant de 0 à 12 ou plus) et une augmentation de la flexibilité attentionnelle par rapport au groupe contrôle (DMQ). L'ATT a été associé à une réduction 3,4 fois plus importante de l'incidence des intrusions.	S = 5 Echantillon de faible taille avec une répartition des sexes non homogène chez des volontaires ne recherchant pas de traitement. Non possibilité de généraliser les résultats à des personnes souffrant d'état de stress post-traumatique ou des patients en cours de traitement. Pas de mesure des symptômes de stress au sens large. Mesure des intrusions mentales rétrospectives pouvant contenir des erreurs
Callinan et al, 2014, Royaume-Uni	N = 60 étudiants universitaires ayant vécu un évènement de vie stressant toujours source de détresse	Tâche expérimentale : écoute de l'enregistrement de la narration du souvenir traumatique + tâche ACCE avant et après l'intervention ATT : Entraînement attentionnel (n=29) Tâche de distraction : détection de chiffre et de lettre (n=31)	Tâche expérimentale en laboratoire. 2 séances + exercice à la maison (pour le groupe ATT) Pré., Post.	L'ATT a considérablement réduit les intrusions mentales et amélioré les affects négatifs (PANAS) chez les personnes qui ont vécu un évènement stressant. La technique semble également réduire l'attention auto focalisée (SARS), augmenter la flexibilité de l'attention (DMQ) et modifier les performances sur une tâche de déplacement de l'attention émotionnelle. (ACCE)	S = 5 Echantillon non clinique, résultats non généralisables en population clinique. Mesure des intrusions non standardisée Pas d'évaluation à distance permettant de savoir si les résultats se maintiennent ATT évalué seulement sur 2 séances
Donald et al, 2014, Australie	N = 30 étudiants souffrants de phobie sociale	ATT : Entraînement attentionnel (n=14) CT : Thérapie cognitive (n=16)	Intervention sur 6 semaines 1 séance par semaine d'1.5 à 2h. Pré., Post., à 3 mois	Efficacité des deux interventions pour la réduction des symptômes de phobie sociale (SPAI). ATT > CT montrant une nette amélioration des scores d'attention focalisée sur soi (SFA) et de peur d'une évaluation négative (B-FNE-S). Résultats toujours significatifs à 3 mois.	S = 6 Pas de groupe contrôle sur liste d'attente Pas d'évaluation en aveugle de la fiabilité diagnostique ou de la fidélité du suivi du traitement Questionnaire en auto-évaluation Echantillon de faible taille Faible taille d'effet

Tableau 1 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Fergus et al, 2014, USA	N = 76 étudiants de premier cycle universitaire	ATT : Entraînement attentionnel (n=38) MB-PMR : Relaxation musculaire progressive basée sur la mindfulness (n=38)	Etude expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.	L'ATT et la MB-PMR ont montrés un effet différent sur l'attention (FA) qui était davantage tournée vers l'extérieur pour l'ATT et vers soi-même après la MB-PMR. L'ATT et la MB-PMR ont toutes deux conduits à une réduction de l'anxiété cognitive mais seule la MB-PMR a montré une diminution de l'anxiété somatique (STICSA). Cette réduction était liée à une réduction de l'attention centrée sur soi après l'ATT et à une augmentation de l'attention centrée sur soi après la MB-PMR.	S = 3 Pas d'analyses à distance des effets de l'intervention. Intervention contrôle MB-PMR non optimal combinant deux composantes différentes, pleine conscience et relaxation. Evaluation de l'attention avec un seul item. Utilisation des techniques sans induction d'un stress préalable. Echantillon de taille moyenne
Fergus et al, 2018, USA	N = 133 étudiants en psychologie de premier cycle universitaire avec PSWQ > 62	Tâche expérimentale : Provocation d'anxiété. ATT : Entraînement attentionnel (n=45) Exercice de pleine conscience (n=44) Exercice de distraction (n=44)	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.	L'ATT a entraîné de fortes réductions des scores d'attention focalisée sur soi (SFA) alors qu'il n'y a pas eu de changement de ce paramètre pour les deux autres groupes. Une réduction de l'anxiété (STICSA) a été constatée pour les trois groupes ; cependant, l'ATT, en comparaison à l'exercice de distraction, s'est avéré provoquer une plus grande réduction de l'anxiété cognitive chez les personnes très centrées sur elles-mêmes avant la tâche.	S = 4 Pas d'analyses à distance des effets de l'intervention. Sévérité de l'anxiété prise en compte mais non sa durée. Seul l'attention focalisée sur soi a été prise en compte comme modérateur. Nécessité de répliquer les résultats sur une population clinique souffrant de trouble anxieux. Evaluation de l'attention avec un seul item.

Légende :

Interventions : **ATT** : Attention Training Technique ; **PMR** : Relaxation musculaire progressive ; **ACCE** : The Attentional Control Capacity for Emotional Representations ; **CT** : Thérapie cognitive ; **MB-PMR** : Mindfulness-based progressive muscle relaxation.

Psychométrie : **FPQ** : Fear Of Pain Questionnaire ; **DMQ** : Detached Mindfulness Questionnaire ; **PANAS** : Positive and Negative Affect Schedule ; **SARS** : Self-Attention Rating Scale ; **SPAI** : Social Phobia Anxiety Inventory ; **SFA** : Self Focused Attention ; **B-FNE-S** : Brief Fear of Negative Evaluation Scale ; **STICSA** : State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety ; **PSWQ** : Pen State Worry Questionnaire.

Tableau 2 : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité des interventions basées sur la méditation et la pleine conscience à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Sauer et al, 2012, USA	N = 40 patients souffrant de trouble de la personnalité borderline (TPB)	Tâche expérimentale : exercice de tolérance à la détresse après induction de colère. Groupe 1 : (n=20) <i>Ruminative Self-focus condition</i> Groupe 2 : (n=20) <i>Mindful Self-focus condition</i>	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.	Le groupe 2 a persisté beaucoup plus longtemps que le groupe 1 sur la tâche de tolérance à la détresse (PASAT-C) et a signalé des niveaux de colère beaucoup plus faibles (PANAS-X) après la période d'auto-focalisation.	S = 5 Pas d'évaluation de la fiabilité du diagnostic de TPB. Résultats non généralisables, population peu hétérogène et nécessité d'évaluer d'autres émotions que la colère. Pas de groupe contrôle sans instruction. Echantillon de faible taille.
Goldin et al, 2012, USA (voir aussi (63) pour des résultats complémentaires)	N = 56 Patients souffrants de phobie sociale	Tâche expérimentale : Après les interventions, tâche comprenant 5 situations permettant de réguler l'attention différemment en réponse à des croyances négatives sur soi. MBSR : (n=31) AE : (n=25) MAT : (n=76) CBTG : (n=76)	MBSR : 1 séance de 2.5 h par semaine pendant 8 semaines, 1 jour de retraite méditative et une pratique quotidienne à la maison. AE : Au minimum 2 séances individuel et une groupale par semaine pendant 8 semaines. Pré., Post., à 3 mois	Par rapport à l'AE, la MBSR a permis de réduire davantage les émotions négatives lors de la tâche de régulation attentionnelle et d'augmenter les réponses neurales des régions corticales pariétales liées à l'attention (IRMf). La pratique de la méditation a été associée à une diminution de l'émotion négative (évaluée lors de la tâche expérimentale) et de la sévérité des symptômes d'anxiété sociale (63).	S = 6 Résultats se limitant à une seule stratégie de régulation émotionnelle (régulation de l'attention métacognitive) pour un seul type d'induction de l'anxiété ne couvrant pas tout le spectre la phobie sociale. Pas de groupe témoin sur liste d'attente Echantillon de taille moyenne.
Shonin et al, 2014, Royaume-Uni	N = 152 Cadres intermédiaires	Tâche expérimentale : RSC : <i>Ruminative self-focus condition</i> (n=39 dont 26 patients) ESC : <i>Experiential self-focus condition</i> (n=36 dont 25 patients)	Interventions avec 1 séance d'1h30 par semaine pendant 8 semaines et des exercices quotidiens à la maison pour le groupe MAT. Pré., Post., à 3 mois	Les participants à la MAT ont montré des améliorations significatives et durables (avec de fortes tailles d'effet) par rapport aux participants du groupe témoin en ce qui concerne les niveaux de stress lié au travail (WSIT), la satisfaction au travail (AJIGS), la détresse psychologique (DASS) et les performances professionnelles évaluées par l'employeur. Effets différents du mode d'auto-focalisation, ruminatif ou expérientiel, (RRS, VAS) sur la capacité de décentrage (EQ) et les pensées négatives (ATQ). La capacité de décentrage (EQ) a été identifiée comme un médiateur indirect de la relation entre le mode d'auto-focalisation et les pensées négatives dans la population de patient souffrant de dépression.	S = 6 Echantillon contenant principalement des personnes avec un intérêt actif pour la méditation (Du fait de la procédure de recrutement) Résultats non généralisables en population clinique
Lo et al, 2014, Hong Kong	N = 75 patients souffrants de dépression majeure (n=51) et étudiants dysphoriques (BDI-II > 10 ; n = 24)	Tâche expérimentale : RSC : <i>Ruminative self-focus condition</i> (n=39 dont 26 patients) ESC : <i>Experiential self-focus condition</i> (n=36 dont 25 patients)	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.		S = 4 Questionnaire en auto-évaluation. Pas de groupe contrôle asymptomatique. Non possibilité de différencier si l'ESC permettait de diminuer les pensées négatives ou si elles étaient en augmentations dans le groupe RSC. Echantillon de taille moyenne, taille d'effet modérée

Tableau 2 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Campanella et al, 2014, Italie	N = 56 étudiants ou employé de l'hôpital	MOM : Méditation pleine conscience (n=41) Groupe contrôle : liste d'attente (n=15)	8 semaines, 1 séance par semaine de 2h + pratique à la maison Pré, et 3 semaines après l'intervention	Augmentations significatives dans les groupes expérimentaux des niveaux de maturité personnelle sur le plan intrapersonnel, interpersonnel et transpersonnel. (TCI). Ces effets n'ont été significatifs que dans les groupes qui pratiquaient la méditation quotidiennement de façon régulière.	S = 3 Pas de randomisation Pas de groupe contrôle actif Pas de questionnaire évaluant la pleine conscience
Lutz et al, 2015, Suisse	N = 44 dont 22 volontaires sains expérimentés dans la pratique de la méditation et 22 novices ou personnes n'ayant jamais pratiqué	Tâche expérimentale : stimuli constitués d'adjectifs descriptifs négatifs ou positifs de la personnalité permettant l'induction de 4 conditions (SC, SP, NNSC, NT) au cours d'une analyse en IRMF.	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré, Post	Au niveau neuronal, la condition SP et SC ont toutes deux produits plus d'activation dans le cortex préfrontal dorso-médial (dmPFC) chez les méditant expérimentés par rapport aux novices. L'activation dans cette région est en corrélation positive avec les scores de non-réactivité (FFMQ) et a montré une connectivité fonctionnelle réduite aux régions médianes postérieures et pariétales. Au niveau comportemental, l'analyse a révélé des différences significativement plus importantes des évaluations affectives (SAM) après les blocs de SC par rapport à la SP chez les novices par rapport aux expérimentés.	S = 2 Différences possibles entre les 2 groupes concernant les caractéristiques individuelles des personnes ayant un attrait pour la méditation. Différences possibles sur le mode de vie, la personnalité, l'attrait pour la gestion émotionnelle. Résultats non généralisables en population clinique car population en bonne santé avec un bon niveau de fonctionnement. Impossibilité de dissocier les aspects émotionnels et autoréférentiels des stimuli. Analyse transversale
Hadash et al, 2016, Israël	N = 138 adultes, population non clinique	Tâche expérimentale : Fear SES-IAT. Contrôle : écoute d'un documentaire sur la migration des oiseaux (n=54) Exercice de méditation pleine conscience et métacognition avec identification : (n=39) Exercice de méditation pleine conscience et métacognition avec désidentification : (n=43)	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré, Post-intervention, Post-Tâche expérimentale.	Les scores du SES-IAT ont démontré une bonne fiabilité pour mesurer l'association cognitive du participant entre « soi » et la peur et pour mesurer son expérience de la peur. Ces résultats suggèrent que le SES-IAT de la peur permet bien de mesurer l'ESLP de la peur et 2 formes d'ESRP- identification avec la peur et évaluation auto-référentielle négative de la peur. Ils indiquent également que l'ESRP et l'ESLP sont associés à la méta-conscience et à des processus psycho-comportementaux clés sous-jacentes aux processus d'adaptations.	S = 3 L'évaluation de l'identification avec l'expérience ne retrouve pas les effets attendus pour le groupe de désidentification. (Intervention possiblement trop brève pour des novices en méditation) Le test SES-IAT mesure une association cognitive avec la peur et pas seulement l'identification (par exemple l'appropriation, et l'agentivité de la peur) L'évaluation d'autres émotions que la peur serait nécessaire pour compléter la compréhension de ces mécanismes.

Tableau 2 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Dambrun, 2016, France	N = 53 étudiants de psychologie	Groupe 1 : méditation par balayage corporel (n = 27) Groupe 2 : groupe contrôle, repos, consigne de ne pas s'endormir (n = 26)	Etude expérimentale, 1 séance. Pré, Post	La réduction de la saillance corporelle perçue (VASAPBD) a été plus importante dans le groupe scan corporel que dans le groupe contrôle. La modification de la saillance corporelle perçue s'est accompagnée d'une augmentation du sentiment de bonheur (SA-DHS) et d'une diminution d'anxiété (SSAI). Les analyses de médiation révèlent que le changement du ressenti de bonheur est lié à la modification de la perception des limites corporelles	S = 3 Echantillon principalement composé d'étudiante en psychologie limitant la possibilité de généraliser les résultats. Modification significative de la perception de la saillance corporelle, du ressenti de bonheur et de l'anxiété également dans le groupe contrôle. L'étude ne permet pas de préciser quels mécanismes du scan corporel permet d'obtenir ces résultats. Questionnaire en auto-évaluation. Echantillon de taille modérée.
Lutz et al, 2016, Suisse	N = 40 dont 21 volontaires sains expérimentés dans la pratique de la méditation et 19 novices ou personnes n'ayant jamais pratiqué	Tâche expérimentale : Analyse d'IRMf de courtes périodes de conscience de soi (FEEL) ou de pensée autoréférentielle (THINK)	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré, Post	Activations et diminutions somatosensorielles des structures de la ligne médiane corticale CMS (IRMf) pendant la phase FEEL pour les deux groupes. Diminution d'activité significativement plus fortes au niveau de la CMS préfrontale chez les méditant (IRMf). Dans l'ensemble, les activations plus importantes des régions amygdaliennes et médianes pendant la phase FEEL étaient liées aux niveaux de dépression (SDS)	S = 2 Aucune corrélation identifiée entre les résultats et l'intensité de la pratique méditative Différences possibles entre les 2 groupes concernant les caractéristiques individuelles des personnes ayant un attrait pour la méditation. Différences possibles sur le mode de vie, la personnalité, l'attrait pour la gestion émotionnelle. Résultats non généralisables en population clinique car population en bonne santé avec un bon niveau de fonctionnement. Echantillon de faible taille. Analyse transversale S = 6
Desnoyer et al, 2016, USA	N = 137 Adultes souffrants de phobie sociale	CBGT : thérapie cognitive et comportementale groupale (n=53) MAGT : Thérapie groupale basée sur l'acceptance et la méditation pleine conscience (n=53) Contrôle : liste d'attente (n=31)	Intervention psychothérapeutique, 12 semaines 1 séance par semaine de 2h. Pré., mid., Post., à 3 mois	Les deux types d'intervention CBGT et MAGT ont permis d'améliorer nettement les scores d'attention focalisée sur soi (SFA) et de comportements d'autoprotecteurs (SPSBS) par rapport à ceux du groupe contrôle, mais ne différaient pas l'une de l'autre. Les comportements autoprotecteurs servaient de médiateur dans la relation entre attention focalisée sur soi (SFA) et l'anxiété sociale (SPIN). L'attention focalisée sur soi (SFA) est quant à elle un médiateur de la relation entre les comportements autoprotecteurs (SPSBS) et l'anxiété sociale (SPIN). Ces résultats ont été retrouvés pour les deux groupes de traitement.	Impossibilité de déterminer l'ordre de modification des différentes variables. Questionnaire en auto-évaluation. Thérapies groupales, possible influence du groupe sur les résultats.

Tableau 2 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Van Gordon et al, 2016, Royaume-Uni	N = 148 patients souffrants de syndrome fibromyalgique	MAT : (n=74) CBTG : (n=74)	Interventions avec 1 séance de 2h par semaine pendant 8 semaines et des exercices quotidiens à la maison. Pré., Post., à 6 mois	Améliorations durables (6 mois) dans le groupe MAT par rapport aux participants du groupe CBTG de la symptomatologie fibromyalgique (FIQ-R), de la perception de la douleur (SF-MPQ), de la qualité du sommeil (PSQI), de la détresse psychologique (DASS), du non-attachement à soi-même, aux symptômes et à l'environnement (NAS) et de l'engagement civique (CE). Une analyse de médiation a montré que le non-attachement a partiellement médié les effets du traitement pour la détresse psychologique et la qualité du sommeil, et presque entièrement médié les effets du traitement pour la symptomatologie fibromyalgique et la perception de la douleur. Le temps moyen quotidien de méditation s'est avéré être un facteur prédictif significatif de l'évolution de toutes les variables de résultat.	S = 6 Questionnaire en auto-évaluation Mesure à seulement 3 reprises ne permettant pas d'identifier à quel moment l'intervention est la plus efficace. Possible « effet de popularité » de la méditation. Patients s'inscrivant eux-mêmes à l'étude ne permettant pas de savoir si les résultats seraient aussi favorables en cas d'adressage médical. Taux d'abandon non négligeable
Van Gordon et al, 2017, Royaume-Uni	N = 73 individus souffrants d'addiction au travail (BWAS)	MAT : (n=37) Liste d'attente : (n=36)	Intervention avec 1 séance de 2h par semaine pendant 8 semaines et des exercices quotidiens à la maison. Pré., Post., à 3 mois	Améliorations durables (6 mois) dans le groupe MAT par rapport aux participants sur liste d'attente en ce qui concerne la symptomatologie de l'addiction au travail (BWAS), la satisfaction au travail (AJIGS), l'engagement au travail (RBPS), la durée du travail et la détresse psychologique (DASS). Par rapport au groupe de contrôle, les participants à la MAT ont démontré une réduction du nombre d'heures de travail sans diminution des performances professionnelles.	S = 4 Pas de randomisation, possible biais de sélection Pas de groupe contrôle actif, des facteurs non spécifiques (interaction de groupe, alliance thérapeutique ou autres...) ont pu influencer les résultats. Taille de l'échantillon réduite du fait d'un taux d'abandon important dans le groupe témoin. Participants s'inscrivant eux-mêmes à l'étude

Légende :

Interventions : **MBSR** : Mindfulness-based stress reduction ; **AE** : Aerobic Exercise ; **MAT** : Meditation Awareness Training ; **CBTG** : Cognitive Behaviour Theory for Groups ; **RSC** : Ruminative self-focus condition ; **ESC** : Experiential self-focus condition ; **MOM** : Mindfulness-Oriented Meditation ; **Fear SES-IAT** : Fear Single Experience and Self Implicit Association Test ; **SC** : Self-critical ; **SP** : Self-Praise ; **NNSC** : Negative but Not Self Critical ; **NT** : Neutral ; **ESRP** : Experiential Self-Referential Processing ; **ESLP** : Experiential Selfless Processing ; **MAGT** : Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy ; **CBGT** : Cognitive Behavioral Group Therapy ; **TCC** : Thérapie cognitive et comportementale ; **ACT** : Acceptance and commitment therapy ;

Psychométrie : **PASAT-C** : Computerized Paced Auditory Serial Addition Task ; **PANAS-X** : Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Version ; **WSIT** : Work-Related Stress Indicator Tool ; **AJIGS** : Abridged Job in General Scale ; **DASS** : Depression, Anxiety and Stress Scale ; **RRS** : The Ruminative Response Scale ; **VAS** : Visual Analogue Scale ; **EQ** : Experiences Questionnaire-The Decentering Subscale ; **ATQ** : Automatic Thoughts Questionnaire ; **TCl** : Temperament and Character Inventory ; **FFMQ** : Five Facets Mindfulness Questionnaire ; **SAM** : Self-Assessment Mannikins ; **VASAPBD** : Visual Analogue Scale Assessing Perceived Body Boundaries ; **SA-DHS** : Authentic-Durable Happiness Scale ; **SSAI** : Spielberger State Anxiety Inventory ; **SDS** : Zung Self-Rating Depression Scale ; **FIQ-R** : Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire ; **SF-MPQ** : Short-form McGill Pain Questionnaire ; **PSQI** : Pittsburgh Sleep Quality Index ; **NAS** : Non-Attachment Scale ; **CE** : Civic Engagement ; **BWAS** : Bergen Work Addiction Scale ; **RBPS** : Role-Based Performance Scale.

Tableau 3 : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité de l'usage de substance psychopharmacologique à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Griffiths et al, 2011, USA	N = 18 volontaires sains	Groupe 1 : (n=9) psilocybine, doses croissantes (0, 5, 10, 20 et 30 mg / 70 kg) Groupe 2 : (n=9) psilocybine, doses décroissantes (30, 20, 10, 5 et 0 mg / 70 kg)	5 séances de 8h à 1 mois d'intervalle. Suivi de 14 mois. Mesures pendant la séance, à 1 mois, à 14 mois.	72 % des volontaires ont rapportés une expérience de type mystique (MS) aux doses de 20 et 30 mg/70 kg. Un mois après, ils ont estimé que l'expérience de la psilocybine avait une signification personnelle et spirituelle substantielle, et lui ont attribué des changements positifs durables dans leurs attitudes, leur humeur et leur comportement (PEQ). La séquence de doses ascendantes montrant les effets positifs les plus importants. À 14 mois, les évaluations n'ont pas diminué et correspondaient aux changements évalués par les observateurs de la communauté (CORCPBA). Les effets aigus et persistants de la psilocybine (MS/APZ) suivaient généralement une fonction monotone croissante de la dose, avec la dose la plus faible présentant des effets significatifs.	S = 6 Population d'adultes sains, bien éduqués, stables psychologiquement. Résultats non généralisables en population clinique. Echantillon de faible taille.
Griffiths et al, 2016, USA	N = 56 patients atteints de cancer avec un pronostic vital engagé et présentant des symptômes anxieux ou dépressifs	Groupe 1 : (n=29) psilocybine haut dosage (22 ou 30 mg/70kg) Groupe 2 : (n=27) psilocybine <i>placebo-like</i> (1 ou 3 mg/70kg)	2 séances à 5 semaines d'intervalle. Suivi pendant 9 mois. Pré., pendant la séance, 5 semaines après chaque séance, et à 6 mois de la dernière séance.	La psilocybine à forte dose a entraîné une amélioration importante des mesures des symptômes dépressifs et anxieux évalués par les cliniciens et les auto-évaluations (15 auto-questionnaires). Cela incluait une amélioration de la qualité de vie (MQOL), du sens de la vie (PLT) de l'optimisme (LOT-R), et une diminution de l'anxiété de mort (LAP-R). A six mois de suivi, ces changements étaient maintenus. Les participants ont attribué l'amélioration de leurs attitudes à l'égard de la vie, de soi, de l'humeur, des relations et de la spiritualité à l'expérience de la forte dose, avec >80 % d'avis rapportant une augmentation modérée ou plus importante du bien-être et de la satisfaction de vivre. Les évaluations des observateurs de la communauté ont montré des changements correspondants. L'expérience de type mystique était le médiateur de l'effet de la dose de psilocybine sur les résultats thérapeutiques.	S = 5 Pas d'évaluation en double aveugle Les différents effets positifs sur l'attitude et l'humeur n'ont pas été évalués de façon indépendante Population avec un haut niveau d'étude limitant la généralisation des résultats Critères d'exclusions nombreux Soutien professionnel important avant, pendant et après les séances. Echantillon de taille modérée.
Lebedev et al, 2016, Suède	N = 20 volontaires sains	Chaque participant reçoit une dose de LSD de 75 µg ou le placebo pour la séance 1 et le produit qu'il n'aura pas reçu pour la séance 2.	2 séances à 2 semaines d'intervalle Suivi sur 4 semaines Pré., Post., à 2 semaines	Le LSD a montré un effet global prononcé sur l'entropie cérébrale (IRMf). Ces changements ont permis de prédire une augmentation durable du trait de personnalité d'ouverture (NEO-PI-R). Le pouvoir prédictif des augmentations de l'entropie cérébrale était le plus important pour les scans avec écoute de musique et lorsque la "dissolution de l'ego" (VAS) a été signalée lors de la phase aiguë.	S = 3 Musique utilisée lors de l'étude ayant pu avoir un effet relaxant influençant la dynamique cérébrale et les phénomènes psychologiques associés Certains participants avaient déjà expérimenté les psychédéliques. Etude non randomisée Echantillon de faible taille

Tableau 3 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Komulainen et al, 2018, Finlande	N = 32 patients souffrants de dépression unipolaire (score MADRS entre 15 et 30) (Plus utilisation d'un échantillon de 15 volontaires sains d'une précédente étude comme contrôle pour l'analyse IRM)	Groupe 1 : (n=17) Escitalopram 10 mg, 1 dose le matin pendant 1 semaine. Groupe 2 : (n=15) placebo	Tâche expérimentale en laboratoire précédée d'une semaine de prise de traitement. 1 seule séance. Pré., pendant, Post.	Réduction des réponses des régions cérébrales fronto-pariétales médianes (IRMf) aux mots d'autoréférence par rapport aux stimuli contrôles non émotionnels dans le groupe Escitalopram. L'escitalopram a également augmenté les réponses dans les régions du cortex préfrontal médian MPFC (IRMf) et du cortex cingulaire antérieur ACC (IRMf) aux mots positifs par rapport aux mots négatifs. Les changements des réponses neurales se sont produits avant tout effet sur les symptômes dépressifs (MADRS, BDI-II), ce qui implique un effet direct de l'escitalopram. Les réponses neurales du groupe escitalopram et des témoins sains non traités étaient similaires.	S = 3 Différences entre les groupes concernant la symptomatologie dépressive et les traits de personnalité. Echantillon de faible taille ne contenant que des étudiants universitaires ne permettant pas de généraliser les résultats.
Smigielski et al, 2019, Suisse	N = 38 Volontaires sains expérimentés dans la pratique de la méditation	Groupe 1 : (n=20) prise de psilocybine (315 µg/kg) lors du 4 ^{ème} jour d'une retraite méditative de 5 jours Groupe 2 : Prise de placebo selon le même schéma.	Retraite méditative de 5 jours, 1 prise de psilocybine ou de placebo lors du jour 4. Pré., Post., à 4 mois	L'analyse de la connectivité fonctionnelle (IRMf) a permis d'identifier les modifications liées à la psilocybine, dépendantes de l'état mental (5D-ASC), dans les régions de traitement autoréférentiel du réseau de mode par défaut (DMN). Notamment, le découplage des cortex préfrontal médian et cingulaire postérieur, qui est censé servir de médiateur du « sens de soi », a été associé à l'effet de dissolution de l'ego subjectif pendant la séance de pleine conscience assistée par la psilocybine. L'ampleur de la dissolution de l'ego (5D-ASC) et des modifications de la connectivité cérébrale a permis de prédire des changements positifs dans le fonctionnement psychosocial des participants quatre mois plus tard (PEQ). La psilocybine, combinée à la méditation, a facilité les modulations neurodynamiques des réseaux d'autoréférence en préservant le signal du processus de méditation par le biais de son action sur la connexion antéro-postérieure du DMN. (IRMf)	S = 5 Participants expérimentés dans la pratique de la méditation limitant la possibilité de généraliser les résultats. Prise de psilocybine dans le cadre particulier d'une retraite méditative (réactions différentes possibles dans un cadre standard). Echantillon de faible taille.

Légende :

Psychométrie : **MS** : *Mysticism Scale* ; **PEQ** : *Persisting Effects Questionnaire* ; **CORCPBA** : *Community Observer Ratings of Changes in Participants Behavior and Attitudes* ; **APZ** : Questionnaire évaluant les états de conscience modifié (incluant l'évaluation de la dissolution de l'ego) ; **MQOL** : *Measure of Overall Quality of Life* ; **LOT-R** : *Optimism measure associated with illness* ; **LAP-R** : *Death Acceptance* ; **PLT** : *Purpose in Life Test* ; **IRMf** : imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ; **NEO-PI-R** : *The Revised NEO Personality Inventory* ; **VAS** : *Visual Analogue Scale* ; **MADRS** : *Montgomery-Asberg Rating Scale* ; **BDI-II** : *The Beck Depression Inventory-II* ; **5D-ASC** : *Five Dimensional Altered States of Consciousness Scale* ; **PEQ** : *Persisting Effects Questionnaire* ;

Tableau 4 : Résumé des essais contrôlés comparant l'efficacité des « autres types d'interventions » à un groupe témoin pour l'amélioration de déterminants de santé mentale.

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Hamilton et al, 2016, USA	N = 20 patients souffrants de dépression	<p>Tâche expérimentale : évaluation des réactions émotionnelles face à des scènes négatives et à des adjectifs autodescriptifs négatifs et positifs</p> <p>Salience Network Neurofeedback : (n=10) patients voyant en temps réel leurs réponses neurales</p> <p>Contrôle : (n=10) SHAM-Neurofeedback ; patients pensants voir leurs réponses neurales mais voyant en réalité celles de l'autre groupe</p>	1 séance Pré, Post	Par rapport aux participants du groupe contrôle, les participants du groupe de neurofeedback ont montré une plus grande diminution de la réponse du nœud SN (<i>Salience Network</i> , IRMf) aux stimuli négatifs, une plus grande diminution de la réponse émotionnelle autodéclarée aux scènes négatives (PANAS), et une plus grande diminution de la réponse émotionnelle autodéclarée aux adjectifs autodescriptifs négatifs (PANAS)	S = 2 Pas de groupe contrôle sain pour comparer les réponses neurales du SN au neurofeedback Echantillon de faible taille Pas de données de suivi permettant d'évaluer l'efficacité à long terme Etude n'incluant que des femmes ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats Pas de randomisation
Shiota et al, 2016, Japon	N = 56 étudiants avec un seuil infraclinique de symptomatologie dépressive (BDI-II > 10)	<p>Tâche expérimentale : IRMf lors d'une tâche d'autoréférence avec deux points de vue (soi/autre) et deux valences émotionnelles (positif/négatif) à deux reprises. Interventions entre les deux évaluations.</p> <p>Thérapie d'activation comportementale : (n = 27)</p> <p>Groupe de contrôle : (n = 29) pas de traitement</p>	5 semaines, 1 séance d'1 heure par semaine Pré, Post	Le groupe d'intervention a montré une amélioration des symptômes dépressifs (BDI-II), une activation accrue du cortex préfrontal dorsal médial dmPFC (IRMf) et un temps de réaction plus long (IRMf) lors du traitement auto-référentiel des mots positifs après l'intervention. Il y avait également une corrélation positive entre une activation accrue du dmPFC et l'amélioration des symptômes dépressifs. De plus, il y avait une corrélation positive entre l'amélioration des symptômes dépressifs et l'augmentation des temps de réaction.	S = 3 Pas de groupe contrôle sain Echantillon non clinique ne permettant pas la généralisation des résultats Echantillon de taille moyenne Pas de suivi à long terme
Nilsson et al, 2016, Suède	N = 41 Étudiants (FNE > 17)	<p>Tâche expérimentale : enregistrer un discours (audiofeedback).</p> <p>RS: Reduced Self-Focus intervention (n=20)</p> <p>Contrôle : pas d'intervention (n=21)</p>	Tâche expérimentale en laboratoire. 1 seule séance. Pré., Post.	L'audiofeedback avec RS a montré une amélioration des scores d'évaluation vocale (VEQ) comparé au groupe contrôle après le premier discours, et les effets se sont maintenues pour le second discours. Des évaluations vocales plus positives ont été associées à une réduction de l'anxiété de performance. (VEQ)	S = 4 Pas de mesure de SFA pour le groupe RS Toutes les composantes de l'anxiété de performance n'ont pas été prises en compte Questionnaire en auto-évaluation Echantillon de faible taille Faible taille d'effet

Tableau 4 : (Suite)

Auteur, Date, Pays	Effectifs (N)	Groupes et intervention	Durée ou format et moment des mesures	Résultats principaux (mesures)	Score méthodologique (S) et limites principales
Brown et al, 2019, USA	N = 64 Personnes souffrantes d'anxiété sociale (n=51) et contrôle sain (n=13)	<p>Tâche expérimentale : Après les interventions, IRMf lors de la visualisation d'un discours fait par le participant (SELF) entrecoupé de deux discours d'une présentatrice de télévision. (OTHER)</p> <p>TCC : thérapie cognitive et comportementale (n=17)</p> <p>ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement (n=20)</p> <p>Contrôle : liste d'attente (n=14)</p>	<p>Intervention psychothérapeutique, 12 semaines</p> <p>1 séance par semaine d'1h.</p> <p>Pré., Post., à 3 mois</p>	<p>Pour les personnes souffrant de phobie sociale, l'aire fusiforme des visages (FFA) s'active de façon significativement plus importante que chez les sujets contrôles lors de la visualisation de son discours (SELF) par rapport au discours d'un autre (OTHER) lors des séquences d'IRMf. Une sévérité plus importante de la phobie sociale a été associée à une activation significativement plus importante dans la FFA droite et la zone extrastriée du corps gauche pour la condition SELF par rapport à la condition OTHER. Par ailleurs la diminution de la sévérité de la phobie sociale était associée à une plus forte connectivité entre l'amygdale et la FFA après le traitement alors que cette connectivité restait comparable pour les personnes avec une moindre amélioration. Cela témoigne de différences significatives concernant la connectivité fonctionnelle des régions cérébrales impliquées dans le traitement auto-référentiel de la phobie sociale.</p>	<p>S = 5</p> <p>Faible taille d'échantillon pour le groupe contrôle sain</p> <p>Pas de mesure permettant de confirmer que les participants étaient réellement concentrés sur la tâche pendant l'imagerie.</p>

Légende :

Interventions : **RS** : *Reduced Self-Focus intervention* ; **TCC** : thérapie cognitive et comportementale ; **ACT** : Thérapie d'acceptation et d'engagement.

Psychométrie : **PANAS** : *Positive and Negative Affect Schedule* ; **BDI-II** : *The Beck Depression Inventory-II* ; **FA** : *Focus of Attention* ; **FNE** : *Fear of Negative Evaluation* ; **VEQ** : *Voice Evaluation Questionnaire*.

Tableau 5 : Qualité méthodologique des études incluses dans la revue systématique de littérature

Références	Groupe contrôlé	Randomisation*	Méthode de randomisation**	Taux de rejet	Taux d'abandon lors de l'intervention***	Taux d'abandon lors de la période de suivi***	Total (0 – 6)
Sharpe et al, 2010	1	1	1	1	1	NA	5
Nassif et al, 2013	1	1	1	1	1	NA	5
Callinan et al, 2014	1	1	1	1	1	NA	5
Donald et al, 2014	1	1	1	1	1	1	6
Lo et al, 2014	1	1	1	0	1	NA	4
Fergus et al, 2014	1	1	0	0	1	NA	3
Nilsson et al, 2016	1	1	1	0	1	NA	4
Desnoyer et al, 2016	1	1	1	1	1	1	6
Fergus et al, 2018	1	1	0	1	1	NA	4
Griffiths et al, 2011	1	1	1	1	1	1	6
Griffiths et al, 2016	1	1	0	1	1	1	5
Lebedev et al, 2016	1	0	0	0	1	1	3
Komulainen et al, 2018	1	1	0	0	1	NA	3
Smigielski et al, 2019	1	1	1	0	1	1	5
Sauer et al, 2012	1	1	1	1	1	NA	5
Goldin et al, 2012	1	1	1	1	1	1	6
Shonin et al, 2014	1	1	1	1	1	1	6
Campanella et al, 2014	1	0	0	0	1	1	3
Lutz et al, 2015	1	0	0	0	1	NA	2
Hadash et al, 2016	1	1	0	0	1	NA	3
Dambrum, 2016	1	1	0	0	1	NA	3
Lutz et al, 2016	1	0	0	0	1	NA	2
Van Gordon et al, 2016	1	1	1	1	1	1	6
Van Gordon et al, 2017	1	0	0	1	1	1	4
Hamilton et al, 2016	1	0	0	0	1	NA	2
Shiota et al, 2016	1	1	0	0	1	NA	3
Brown et al, 2019	1	1	0	1	1	1	5

Note :

0 = Non ; 1 = Oui ; NA = Non applicable (pas de suivi).

*étude décrite comme randomisée. **La méthode de randomisation est correctement décrite. *** La gestion des perdus de vue est correctement décrite ou il n'y a pas de perdus de vue.

Bibliographie :

1. Bhar SS, Kyrios M. The self-concept: theory and research. In: Doron G, Nedeljkovic M, Mikulincer M, Kyrios M, Moulding R, Bhar SS, éditeurs. *The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2016 [cité 4 juill 2020]. p. 8-18. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/self-in-understanding-and-treating-psychological-disorders/selfconcept-theory-and-research/84DD8C481399D4C3F2EF671328A7C174>
2. Dambrun M. When the dissolution of perceived body boundaries elicits happiness: The effect of selflessness induced by a body scan meditation. *Conscious Cogn*. nov 2016;46:89-98.
3. Gallagher null. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)*. janv 2000;4(1):14-21.
4. Dambrun M, Ricard M. Self-Centeredness and Selflessness: A Theory of Self-Based Psychological Functioning and Its Consequences for Happiness. *Review of General Psychology*. 1 juin 2011;15:138-57.
5. Levenson M, Jennings P, Aldwin C, Shiraishi R. Self-Transcendence: Conceptualization and Measurement. *International journal of aging & human development*. 1 mars 2005;60:127-43.
6. Van Gordon W, Shonin E, Diouri S, Garcia-Campayo J, Kotera Y, Griffiths MD. Ontological addiction theory: Attachment to me, mine, and I. *J Behav Addict*. 1 déc 2018;7(4):892-6.
7. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Buddhist philosophy for the treatment of problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*. 2013;2(2):63-71.
8. Ducasse D, Van Gordon W, Brand-Arpon V, Courtet P, Olié E. Borderline personality disorder: from understanding ontological addiction to psychotherapeutic revolution. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 4 juin 2019;
9. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Ontological addiction: Classification, etiology, and treatment. *Mindfulness*. 2016;7(3):660-71.
10. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 21 juill 2009;6(7):e1000100.
11. Alonso M, Guillen AI, Munoz M. Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *Span J Psychol*. 14 mai 2019;22:E27.
12. Lin Y, Callahan CP, Moser JS. A mind full of self: Self-referential processing as a mechanism underlying the therapeutic effects of mindfulness training on internalizing disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. sept 2018;92:172-86.

13. Lebedev AV, Lövdén M, Rosenthal G, Feilding A, Nutt DJ, Carhart-Harris RL. Finding the self by losing the self: Neural correlates of ego-dissolution under psilocybin. *Hum Brain Mapp.* août 2015;36(8):3137-53.
14. Wells A. Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy.* 1 juin 1990;21(3):273-80.
15. Ingram RE. Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin.* 1990;107(2):156-76.
16. Gregory B, Peters L. Changes in the self during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* mars 2017;52:1-18.
17. Fergus TA, Wheless NE. The attention training technique causally reduces self-focus following worry provocation and reduces cognitive anxiety among self-focused individuals. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* déc 2018;61:66-71.
18. Knowles MM, Foden P, El-Deredy W, Wells A. A Systematic Review of Efficacy of the Attention Training Technique in Clinical and Nonclinical Samples. *J Clin Psychol.* 2016;72(10):999-1025.
19. Donald J, Abbott MJ, Smith E. Comparison of attention training and cognitive therapy in the treatment of social phobia: a preliminary investigation. *Behav Cogn Psychother.* janv 2014;42(1):74-91.
20. Sharpe L, Nicholson Perry K, Rogers P, Dear BF, Nicholas MK, Refshauge K. A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain.* sept 2010;150(3):469-76.
21. Fergus TA, Wheless NE, Wright LC. The attention training technique, self-focused attention, and anxiety: a laboratory-based component study. *Behav Res Ther.* oct 2014;61:150-5.
22. Nassif Y, Wells A. Attention Training Reduces Intrusive Thoughts Cued by a Narrative of Stressful Life Events: A Controlled Study. *Journal of clinical psychology.* 1 juin 2014;70.
23. Callinan S, Johnson D, Wells A. A Randomised Controlled Study of the Effects of the Attention Training Technique on Traumatic Stress Symptoms, Emotional Attention Set Shifting and Flexibility. *Cognitive Therapy and Research.* 1 févr 2015;39.
24. Campanella F, Crescentini C, Urgesi C, Fabbro F. Mindfulness-oriented meditation improves self-related character scales in healthy individuals. *Compr Psychiatry.* juill 2014;55(5):1269-78.
25. Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia-Campayo J, Griffiths MD. Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *Br J Health Psychol.* févr 2017;22(1):186-206.
26. Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia-Campayo J, Demarzo MMP, Griffiths MD. Meditation awareness training for the treatment of workaholism: A controlled trial. *J Behav Addict.* 1 juin 2017;6(2):212-20.

27. (PDF) Shonin, E., Van Gordon, W., Dunn, T., Singh, N., & Griffiths, M. D. (2014). Meditation Awareness Training for work-related wellbeing and job performance: A randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, DOI 10.1007/s11469-014-9513-2. [Internet]. ResearchGate. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/264991857_Shonin_E_Van_Gordon_W_Dunn_T_Singh_N_Griffiths_M_D_2014_Meditation_Awareness_Training_for_work-related_wellbeing_and_job_performance_A_randomized_controlled_trial_International_Journal_of_Mental_Health
28. Goldin P, Ziv M, Jazaieri H, Hahn K, Gross JJ. MBSR vs aerobic exercise in social anxiety: fMRI of emotion regulation of negative self-beliefs. *Soc Cogn Affect Neurosci*. janv 2013;8(1):65-72.
29. Desnoyers AJ, Kocovski NL, Fleming JE, Antony MM. Self-focused attention and safety behaviors across group therapies for social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping*. juill 2017;30(4):441-55.
30. Lutz J, Bruhl AB, Scheerer H, Jancke L, Herwig U. Neural correlates of mindful self-awareness in mindfulness meditators and meditation-naïve subjects revisited. *Biol Psychol*. sept 2016;119:21-30.
31. Lutz J, Bruhl AB, Doerig N, Scheerer H, Achermann R, Weibel A, et al. Altered processing of self-related emotional stimuli in mindfulness meditators. *Neuroimage*. 1 janv 2016;124(Pt A):958-67.
32. Lo C, Ho S, Yu N, Siu B. Decentering mediates the effect of ruminative and experiential self-focus on negative thinking in depression. *Cognitive therapy and research*. 2014;38(4):389-396.
33. Hadash Y, Plonsker R, Vago DR, Bernstein A. Experiential self-referential and selfless processing in mindfulness and mental health: Conceptual model and implicit measurement methodology. *Psychol Assess*. juill 2016;28(7):856-69.
34. Sauer SE, Baer RA. Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personal Disord*. oct 2012;3(4):433-41.
35. Johnson MW, Hendricks PS, Barrett FS, Griffiths RR. Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacol Ther*. 2019;197:83-102.
36. Fuentes JJ, Fonseca F, Elices M, Farré M, Torrens M. Therapeutic Use of LSD in Psychiatry: A Systematic Review of Randomized-Controlled Clinical Trials. *Front Psychiatry*. 2019;10:943.
37. Luoma JB, Chwyl C, Bathje GJ, Davis AK, Lancelotta R. A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Trials of Psychedelic-Assisted Therapy. *J Psychoactive Drugs*. 12 juin 2020;1-11.
38. Romeo B, Karila L, Martelli C, Benyamina A. Efficacy of psychedelic treatments on depressive symptoms: A meta-analysis. *J Psychopharmacol (Oxford)*. 25 mai 2020;269881120919957.
39. Goldberg SB, Pace BT, Nicholas CR, Raison CL, Hutson PR. The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;284:112749.

40. Jungaberle H, Thal S, Zeuch A, Rougemont-Bucking A, von Heyden M, Aicher H, et al. Positive psychology in the investigation of psychedelics and entactogens: A critical review. *Neuropharmacology*. nov 2018;142:179-99.
41. Lebedev AV, Kaelen M, Lovden M, Nilsson J, Feilding A, Nutt DJ, et al. LSD-induced entropic brain activity predicts subsequent personality change. *Hum Brain Mapp*. sept 2016;37(9):3203-13.
42. Tagliazucchi E, Roseman L, Kaelen M, Orban C, Muthukumaraswamy SD, Murphy K, et al. Increased Global Functional Connectivity Correlates with LSD-Induced Ego Dissolution. *Curr Biol*. 25 avr 2016;26(8):1043-50.
43. MacLean KA, Johnson MW, Griffiths RR. Mystical Experiences Occasioned by the Hallucinogen Psilocybin Lead to Increases in the Personality Domain of Openness. *J Psychopharmacol*. nov 2011;25(11):1453-61.
44. Griffiths R, Richards W, McCann U, Jesse R. Psilocybin Can Occasion Mystical-Type Experiences Having Substantial and Sustained Personal Meaning and Spiritual Significance. *Psychopharmacology*. 1 août 2006;187:268-83.
45. Griffiths RR, Johnson MW, Richards WA, Richards BD, McCann U, Jesse R. Psilocybin occasioned mystical-type experiences: immediate and persisting dose-related effects. *Psychopharmacology (Berl)*. déc 2011;218(4):649-65.
46. Griffiths R, Johnson M, Carducci M, Umbricht A, Richards W, Richards B, et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind trial. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2016;30(12):1181-1197.
47. Smigielski L, Scheidegger M, Kometer M, Vollenweider FX. Psilocybin-assisted mindfulness training modulates self-consciousness and brain default mode network connectivity with lasting effects. *Neuroimage*. 1 août 2019;196:207-15.
48. Komulainen E, Heikkila R, Nummenmaa L, Raij TT, Harmer CJ, Isometsa E, et al. Short-term escitalopram treatment normalizes aberrant self-referential processing in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 15 août 2018;236:222-9.
49. Hamilton JP, Glover GH, Bagarinao E, Chang C, Mackey S, Sacchet MD, et al. Effects of salience-network-node neurofeedback training on affective biases in major depressive disorder. *Psychiatry Research-Neuroimaging*. 30 mars 2016;249:91-6.
50. Shiota S, Okamoto Y, Okada G, Takagaki K, Takamura M, Mori A, et al. Effects of behavioural activation on the neural basis of other perspective self-referential processing in subthreshold depression: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychol Med*. avr 2017;47(5):877-88.
51. Nilsson J-EC, Lundh L-G. Audio Feedback with Reduced Self-focus as an Intervention for Social Anxiety: An Experimental Study. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(2):150-62.

52. Brown LA, Young KS, Goldin PR, Torre JB, Burklund LJ, Davies CD, et al. Self-referential processing during observation of a speech performance task in social anxiety disorder from pre- to post-treatment: Evidence of disrupted neural activation. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 28 févr 2019;284:13-20.
53. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*. nov 2011;6(6):537-59.
54. Fox KCR, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*. juin 2014;43:48-73.
55. La mindfulness - Mindful-France [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.mindful-france.org/mindfulness>
56. Carhart-Harris R, Kaelen M, Whalley M, Bolstridge M, Feilding A, Nutt D. LSD enhances suggestibility in healthy volunteers. *Psychopharmacology*. 2015;232(4):785-794.
57. FDA Permits Psilocybin to Be Tested for Refractory Depression [Internet]. *Medscape*. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.medscape.com/viewarticle/904159>
58. Komulainen E, Heikkilä R, Meskanen K, Raij T, Nummenmaa L, Lahti J, et al. A single dose of mirtazapine attenuates neural responses to self-referential processing. *Journal of psychopharmacology (oxford, england)*. 2016;30(1):23-32.
59. Matthews SC, Simmons AN, Strigo IA, Arce E, Stein MB, Paulus MP. Escitalopram attenuates posterior cingulate activity during self evaluation in healthy volunteers. *Psychiatry Res*. 30 mai 2010;182(2):81-7.
60. Ducasse D, Fond G. Acceptance and commitment therapy. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*. févr 2015;41(1):1-9.
61. (PDF) The Yale Manual for Psilocybin-Assisted Therapy of Depression (using Acceptance and Commitment Therapy as a Therapeutic Frame) [Internet]. *ResearchGate*. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/343645122_The_Yale_Manual_for_Psilocybin-Assisted_Therapy_of_Depression_using_Acceptance_and_Commitment_Therapy_as_a_Therapeutic_Frame
62. Heuschkel K, Kuypers KPC. Depression, Mindfulness, and Psilocybin: Possible Complementary Effects of Mindfulness Meditation and Psilocybin in the Treatment of Depression. A Review. *Front Psychiatry*. 2020;11:224.
63. Jazaieri H, Goldin PR, Werner K, Ziv M, Gross JJ. A Randomized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychol*. juill 2012;68(7):715-31.

MESTRES Eliaz

Se décentrer de soi est-il un vecteur de bien-être psychologique ? Une revue systématique de la littérature.

RESUME : Malgré le nombre considérable d'études scientifiques s'intéressant à la question, le fonctionnement de la conscience de soi (ou du « self ») reste débattu. Envisager par exemple le « soi » comme une entité unifiée, dotée d'une existence propre, est actuellement critiquée par plusieurs modèles contemporains. Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, un exemple est celui de la théorie de « l'addiction ontologique » qui postule que cette conception du soi est susceptible de conditionner un fonctionnement psychologique essentiellement basé sur un surinvestissement de soi, auquel invite pourtant de nombreux dispositifs psychothérapeutiques. En effet, un fonctionnement subjectif excessivement autocentré peut s'avérer délétère car il réduit les capacités d'adaptation du sujet et joue un rôle essentiel dans le maintien et le développement des troubles mentaux internalisés comme les troubles anxieux et dépressifs. L'objectif de ce travail consiste à interroger, par la méthode de la revue systématique de la littérature, les effets psychologiques des stratégies psychothérapeutiques de décentration de « soi ». Notre méthodologie s'est appuyée sur les recommandations PRISMA et trois bases de données scientifiques ont été analysées : Pubmed, Cochrane library et Web of Science. Après fusion des doublons, 4719 références ont été sélectionnées comme potentiellement éligibles à l'inclusion et 27 études avec un groupe contrôle publiées entre 2010 et 2020 ont été retenues. Les résultats nous ont permis de regrouper les interventions en 4 blocs : 1) les interventions métacognitives basées sur l'entraînement attentionnel (ATT) ; 2) les interventions basées sur la méditation et la pleine conscience ; 3) les interventions basées sur l'administration de substances psychopharmacologiques ; 4) les autres types d'interventions regroupant 4 études non classables en une catégorie. Chacune de ces interventions propose des modalités singulières de décentration du « soi » dont les mécanismes d'actions et les applications possibles diffèrent : réduction de l'attention focalisée sur soi pour l'ATT ; diminution de la réactivité et détachement de soi pour la pleine conscience ; expérience de dissolution de l'égo pour la prise de LSD ou de psilocybine. Les protocoles des études, le type d'intervention et les populations étudiés étant très hétérogènes, l'analyse globale n'a pas permis de généraliser les résultats, ni de faire une synthèse mesurant l'efficacité des interventions ou des différents paramètres permettant de se décentrer de soi pour le traitement d'un trouble mental spécifique. Cependant l'analyse individuelle de chacune de ces études retrouve des résultats significatifs pour l'amélioration d'un ou plusieurs déterminants de santé mentale transdiagnostiques comme par exemple une diminution de l'anxiété, une meilleure régulation émotionnelle ou une amélioration du fonctionnement psychosocial global. Une efficacité pour le traitement de certains troubles spécifiques comme la phobie sociale, la dépression ou la fibromyalgie est également retrouvée. Nous discutons pour conclure les possibles mécanismes d'action des stratégies de décentration du soi, les principales indications à ce type d'approche et les perspectives qui pourraient découler de ce travail.

MOTS CLES : Self, psychothérapie, entraînement attentionnel, méditation, psychédéliques classiques.

JURY:

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel POULET
Membres : Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Monsieur le Professeur Nicolas GEORGIEFF
Monsieur le Docteur Brice MARTIN

DATE DE SOUTENANCE : Mercredi 28 octobre 2020.

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 07 rue Servient 69003 Lyon.

ADRESSE MAIL DE L'AUTEUR : eliaz.mestres@gmail.com