

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1695

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Adama KEBE

le 11 Octobre 2021

UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE
CHEZ LES PATIENTS ALEXITHYMIQUES : REVUE DE
LITTÉRATURE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE

Directeur de thèse : Dr Leonard AMETEPE

JURY

Monsieur le Professeur ARBUS Christophe
Monsieur le Professeur RAYNAUD Jean-Philippe
Docteur AMETEPE Leonard

Président
Assesseur
Suppléant




**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOKGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOULZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTE Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur GRAND Alain
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LANG Thierry
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	Professeur RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis
 Professeur ARBUS Louis
 Professeur ARLET Philippe
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
 Professeur BOCCALON Henri
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur BONEU Bernard
 Professeur CARATERO Claude
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTE Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
 Professeur GRAND Alain
 Professeur JOFFRE Francis
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LANG Thierry
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MANELFE Claude
 Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur MURAT
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrik (C.E)	Génétiq
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZERES Julien	Pneumologie
M. MOLINER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Génétiq
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARENTE Jérémie	Neurologie
M. PARNAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carl (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Eberne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROUCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandrine

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARDON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eila (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GULLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOËL Pat Andrie	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julia	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CÛROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SALINE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOLAA Bruno
Mme PUECH Mariette

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anna-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jiff	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DEBPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALNIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUEREY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MALPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Léila

Remerciements

Merci à ma famille pour leur soutien durant la thèse et pendant toutes ces années d'études ;

Merci au Dr. CHARPENTIER Jean Philippe de m'avoir donné l'envie de faire ces études de médecine ;

Merci au Dr. AMETEPE d'avoir été mon maître de thèse, de m'avoir supervisé et conseillé dans la rédaction de celle-ci ;

Merci au Dr. BERRICHI pour son accompagnement et ses idées, à qui j'adresse mes vœux de rétablissement ;

Merci au Dr. OLIVIER et à Mme SALIS pour leurs accompagnements pour le projet de recherche initial, même si celui-ci n'a malheureusement pas pu aboutir ;

Merci aux Drs. COUDERT et TAÏB pour leurs outils et conseils pour la rédaction de ma thèse, qui m'ont fait grandement gagner du temps ;

Merci à Kévin pour ta grande aide pour Word et pour la mise en page ;

Merci à Maud pour la relecture ;

Merci à tous les potes, vous êtes nombreux donc je ne peux pas tous vous citer, mais merci au Zyth, au Kiks, aux Toons, et aux Montpelliérains pour votre soutien et les bons moments passés ensemble !

Table des matières

Honorariat	1
Remerciements	5
Introduction.....	8
Méthode	11
Revue de la littérature sur hypnose et insomnie chronique.....	11
Revue de la littérature sur alexithymie et insomnie.....	11
Choix des bases de données.....	11
Sélection des articles	11
Revue de la littérature sur alexithymie et thérapies psychocorporelles	11
Choix des bases de données.....	11
Sélection des articles	12
Résultats.....	13
Résultats de la revue hypnose-insomnie	13
Analyse des articles sélectionnés	13
Détails des études.....	13
Synthèse des résultats.....	14
Limites et biais	14
Résultats de la revue alexithymie – insomnie	15
Analyse des articles sélectionnés	15
Détails des études.....	22
Synthèse des résultats.....	26
Limites et biais	26
Résultats de la revue alexithymie – thérapies psychocorporelles.....	27
Analyse des articles sélectionnés	27
Détails des études.....	31

Synthèse des résultats	34
Limites et biais	34
Discussion	35
Synthèse des revues étudiées	35
Limites de l'article	36
Proposition de projet de recherche.....	37
Description de l'étude.....	37
Objectif principal et secondaire	37
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	38
Procédure	38
Utilisation des échelles	39
Analyse des résultats : objectif principal	40
Analyse des résultats : objectifs secondaires	40
Conclusion	41
Annexes	42
Annexe 1 : Description d'une séance d'hypnose médicale	42
Annexe 2 : Définition de l'insomnie chronique selon le DSM-5 / ICSD-10	43
Bibliographie.....	44

Introduction

L'insomnie est l'une des premières pathologies psychosomatiques décrite dès 1818 par Johann Heinroth (Steinberg & Hegerl, 2014). Elle se caractérise par une difficulté à initier ou maintenir le sommeil, une insatisfaction de la quantité ou de la qualité du sommeil, et se traduit par des symptômes fonctionnels incapacitants diurnes (Sateia, 2014).

L'insomnie est une pathologie médicale fréquente avec une prévalence de 15.8 % dans la population générale Française, ce qui est dans la moyenne des autres pays (Beck et al., 2013 ; Inserm, 2021). Malgré son impact socio-professionnel (Léger, 2008 ; Shahly et al., 2012) et son association à de nombreuses pathologies somatiques (Bollu & Kaur, 2019) et psychiatriques (Blank et al., 2015 ; Hertenstein et al., 2019), l'insomnie reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée (Saddichha, 2010; Moreau, 2014) Les patients souffrant d'insomnie tendent à s'automédiquer avant de consulter un professionnel de santé (Morin et al., 2006). En France, la première consultation se fait en priorité chez un médecin généraliste. Des mesures hygiéno-diététiques sont mises en place en première intention, mais le recours aux hypnotiques est fréquent, avec jusqu'à 88% des médecins généralistes en ayant recours si les symptômes persistent (Moreau, 2014). Bien qu'utile sur le court terme (Buysse, 2013), il est maintenant bien établi que leur utilisation au long terme est délétère, et comporte des risques, principalement d'accidents, d'accoutumance et de mésusage (Brandt & Leong, 2017 ; Buysse, 2013 ; Votaw et al., 2019). Pour ces raisons, le délai d'utilisation maximale des médicaments hypnotiques recommandé par l'HAS en France est de 4 semaines.

Les recommandations concernant la prise en charge de l'insomnie en France sont anciennes (Sftg - Has, 2007) et ne s'accordent pas avec les recommandations Européennes (Riemann et al., 2017). Dans celles-ci, au-delà de l'approche hygiéniste, une prise en charge psychothérapeutique, notamment par thérapie cognitivo-comportementale (TCC), est indiquée en première intention.

Les TCC sont considérées à ce jour comme le gold-standard des psychothérapies (David et al., 2018), et sont indiquées dans une variété de troubles psychiatriques, dont l'insomnie. Elles ont fait la preuve de leur efficacité, et font l'objet de nombreuses publications, au détriment des autres approches psychothérapeutiques existantes (Leichsenring & Steinert, 2017).

Parmi celles-ci existe l'hypnose médicale, pratique thérapeutique ancienne et popularisée au XVIIème siècle par le Dr. Franz Anton Mesmer. Son fonctionnement implique une induction, menée par l'hypnothérapeute et le sujet, qui amène le sujet dans un état de transe hypnotique, donnant lieu à un état modifié de conscience. Dans cet état, le travail thérapeutique se déroule par le biais de l'inconscient du sujet, et celui-ci est plus réceptif aux suggestions formulées par le thérapeute (voir Annexe 1).

L'hypnose a de nombreuses applications en médecine (Häuser et al., 2016), en chirurgie (Wobst, 2007), en algologie (Thompson et al., 2019), et en psychiatrie (Fuhr et al., 2021 ; Valentine et al., 2019). En somnologie, l'hypnose augmente la durée des ondes lentes profondes, mesurée par polysomnographie (PSG) (Cordi et al., 2014). Ce paramètre est considéré comme un bon reflet du sommeil réparateur (Dijk, 2009 ; Roebuck et al., 2014). Des études montrent que, même chez des personnes indemnes de troubles du sommeil, l'hypnose augmente la durée de ces ondes lentes profondes (Debellemaniere et al., 2018). Malgré les preuves de son efficacité (Gueguen et al., 2015), l'hypnose médicale reste peu utilisée en pratique médicale (Alman, 2001 ; Montgomery et al., 2018). En somnologie, deux revues de littérature étudiant l'efficacité de l'hypnose dans les troubles du sommeil mettent en évidence un manque d'études de bonne qualité sur le sujet, et invitent à plus de recherche (Chamine et al., 2018; Lam et al., 2015).

Parmi les comorbidités fréquemment associées à l'insomnie, certaines études suggèrent une association entre insomnie et certains traits de personnalités. Les patients présentant une insomnie chronique seraient plus anxieux, et auraient des difficultés d'internalisation de leurs émotions (Ruiter et al., 2012 ; Van de Laar et al., 2010). Ces caractéristiques sont évocatrices d'alexithymie.

L'alexithymie, initialement décrite par P. Sifneos en 1973 (Sifneos, 1973) s'inspire du concept de « pensée opératoire », et se caractérise par une difficulté à identifier et décrire ses émotions, un discours désaffecté centré sur des éléments factuels, ainsi qu'une vie imaginative limitée (Taylor, 1984). D'abord décrite chez des patients atteints de pathologies à composante psychosomatique, l'alexithymie est fréquemment retrouvée dans des pathologies psychiatriques telles que les addictions (Morie et al., 2016), la dépression (Li et al., 2015), et les troubles du comportement alimentaire (Rovira A, 2018). Dans ces pathologies, comme en médecine somatique (Kojima, 2012), l'alexithymie est associée à un plus mauvais pronostic.

En somnologie, le degré auquel l'alexithymie est corrélée à l'insomnie chronique est ambigu à ce jour. Certaines études mettent en évidence un lien (Fukunishi et al., 1997), d'autres ne retrouvent pas cette association (Lundh & Broman, 2006).

L'alexithymie n'est pas une caractéristique psychologique immuable, et il est observé qu'une prise en charge par psychothérapie pour des troubles psychiatriques variés tendent à améliorer l'alexithymie de façon parallèle (Cameron et al., 2014; Grabe et al., 2008; Rufer et al., 2010). Selon certains auteurs, il est important qu'une prise en charge en psychothérapie agisse également sur l'alexithymie, au vu des comorbidités associées (Taylor & Bagby, 2004). Des thérapies par méditation pleine conscience se sont vues efficaces pour réduire l'alexithymie (Norman et al., 2019). Ceci peut s'expliquer par un effet sur l'intéroception des émotions, qui est un des mécanismes des thérapies psychocorporelles. L'hypnose, comme les thérapies méditatives, agit également par les mêmes processus, faisant appel aux ressources inconscientes du sujet.

À ce jour, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études explorant le lien entre hypnose, insomnie et alexithymie. Nous avons donc, dans un premier temps, repris les études traitant de l'efficacité de l'hypnose sur l'insomnie chronique. Puis, nous avons mené deux revues de littératures distinctes, la première explorant le lien entre alexithymie et insomnie, la seconde explorant le lien entre alexithymie et thérapies psychocorporelles. Si l'alexithymie est bien associée à l'insomnie, et qu'elle est modifiable par une approche psychocorporelle, alors nous formulons l'hypothèse qu'une prise en charge par hypnose, utilisée dans le traitement de l'insomnie chronique, pourrait améliorer de façon parallèle l'alexithymie. Pour finir, nous proposons un projet de recherche en lien avec les résultats de la littérature retrouvés.

Méthode

Revue de la littérature sur hypnose et insomnie chronique

À ce jour, deux revues systématiques de littérature ont été menées explorant la relation entre hypnose et insomnie chronique (Chamine et al., 2018 ; Lam et al., 2015). Ces revues étant récentes, nous les avons utilisées comme support.

Revue de la littérature sur alexithymie et insomnie

Choix des bases de données

Nous avons mené une recherche sur les bases de données PubMed, Embase, WebOfScience, GoogleScholar, Archipel, qui est une base de données informatisée propre à l'université de Toulouse, et la base de données de thèse SuDoc. Cette revue a été réalisée suivant les principes des revues de littérature PRISMA 2020. Pour la base de donnée PubMed, les termes employés pour la recherche ont été « 'affective symptoms[MeSH Terms]' AND 'sleep initiation and maintenance disorders[MeSH Terms]' ». Pour la base de données Embase, les termes employés ont été « 'alexithymia'/exp AND 'sleep disorder'/exp ». Pour les autres bases de données, nous avons utilisés les termes « 'alexithymia' AND 'insomnia' », « 'alexithymia' AND 'sleep' ».

Sélection des articles

Pour être éligible, les articles devaient être en Français ou en Anglais, inclure une population de sujets de plus de 18 ans, évaluer l'alexithymie avec la Toronto Alexithymia Scale-20 items (TAS-20), qui est l'échelle la plus utilisée dans l'évaluation de l'alexithymie (Bagby et al., 1994). La TAS-26, qui est une variante de la TAS-20, pouvait également être utilisée. L'évolution de l'alexithymie pouvait être un objectif principal ou secondaire, du moment où celle-ci était évaluée avant et après intervention par la TAS-20 ou la TAS-26.

Revue de la littérature sur alexithymie et thérapies psychocorporelles

Choix des bases de données

Nous avons utilisé les mêmes bases de données pour cette revue. Pour la base de données PubMed, les termes employés ont été « 'affective symptoms[MeSH Terms]' AND

‘psychotherapy[MeSH Terms]’ ». Pour la base de données Embase, les termes employés ont été « ‘alexithymia’/exp AND ‘psychotherapy’ ». Pour les autres bases de données, les termes employés ont été « ‘alexithymia’ AND ‘psychotherapy’ ». Les termes employés pour cette recherche sont plus larges, le concept de « thérapie psychocorporelle » ne donnant que peu de résultats, et excluant des articles pouvant potentiellement entrer dans le cadre de notre revue.

Sélection des articles

Au vu de la faible littérature dans ce sujet, nous avons établi des critères d’éligibilité plus large que pour la première revue. Pour être éligible, les articles devaient être écrits en Anglais ou en Français, inclure une population de plus de 18 ans, et évaluer l’alexithymie, soit cliniquement, soit par un instrument de mesure validé. L’approche psychothérapeutique devait s’inspirer des thérapies psychocorporelles, avec un travail sur les ressentis émotionnels et corporels. Les thérapies analytiques ou cognitivo-comportementales n’ont pas été inclus dans la revue. L’évolution de l’alexithymie pouvait être un objectif principal ou secondaire, du moment que celle-ci était évalué avant et après intervention cliniquement, ou par un outil de mesure standardisé.

Résultats

Résultats de la revue hypnose-insomnie

Analyse des articles sélectionnés

2 revues de littératures, dont une avec méta-analyse, ont été réalisées par les équipes de Lam et al. et Chamine et al. en 2015 et 2018 respectivement. Nous nous appuyons sur ces revues pour explorer la relation entre hypnose et insomnie chronique.

Détails des études

Lam et al. (2015) ont mené une revue de littérature systématique des essais cliniques traitant de l'efficacité de l'hypnose sur l'insomnie, avec une méta-analyse plus spécifique dans un second temps. Pour être éligible, les articles devaient être obligatoirement des essais cliniques randomisés, avec une intervention ciblant les troubles du sommeil, par hypnose ou entraînement à l'autohypnose, et être en Anglais. Le critère de jugement principal était l'amélioration subjective du sommeil rapporté par des agendas du sommeil. Les différents groupes « Hypnose » ont appliqué des approches thérapeutiques différentes : par régression en âge, par la technique du « lieu-sur », par des techniques de visualisation corporelle, par renforcement de l'égo, par des techniques idéo-motrices, ou par un entraînement à l'autohypnose. La durée des interventions est variable selon les études, de 20 à 90 minutes. La fréquence et les modalités des séances sont également variable, certaines s'étant faites individuellement, d'autres en groupe, d'autres à distance par le biais d'Internet. Les différents groupe « Contrôle » contre lesquels ont été comparés les interventions par hypnose sont variables : intervention psychologique, pharmacologique, intervention factice ou aucune intervention. Les interventions factices sont définies comme des interventions ne correspondant pas à une séance d'hypnose classique, avec induction et état de transe hypnotique, ni à une psychothérapie spécifique identifiée comme la relaxation ou la psychoéducation. Les différentes modalités d'intervention factice utilisées diffèrent en fonction des études : visualisation mentale simple, relaxation autoguidée (sans explication ou entraînement préalable), développement autodidacte de techniques d'anxiolyse. Au total, 13 études ont été incluses dans la revue et 6 dans la méta-analyse. Les résultats de cette méta-analyse retrouvent une efficacité de l'hypnothérapie pour diminuer la latence d'endormissement par rapport aux groupes sans intervention, mais sans différence significative par rapport aux études avec intervention factice. De même,

l'entraînement à l'autohypnose apporte des résultats similaires, avec diminution du temps de latence à l'endormissement contre le groupe sans intervention, mais l'efficacité n'est pas significativement plus importante par rapport aux groupes avec intervention factice.

Chamine et al. (2018) ont mené une revue de littérature systématique couvrant les mêmes thèmes que la revue précédente. Dans celle-ci, les études incluses devaient être publiées en Anglais dans un journal scientifique validé par les pairs, être randomisées contre un groupe « Contrôle », avoir au minimum 10 patients majeurs inclus, et utiliser comme outil thérapeutique l'hypnose. Les troubles du sommeil devaient être mesurés par des outils objectifs ou subjectifs. Toutes les études n'ont donc pas inclus des patients souffrant d'insomnie. Les études employant l'autohypnose seule ou la relaxation n'ont pas été incluses pour limiter l'hétérogénéité des résultats. Au total, 24 articles ont été inclus dans la revue. Il est retrouvé une efficacité de l'hypnose pour améliorer le sommeil dans plus de la moitié des articles. Parmi ceux-là, un tiers environ n'ont inclus dans leur population étudiée que des patients présentant spécifiquement des troubles du sommeil. Dans ce sous-ensemble, 62,5% des articles ont retrouvés un impact positif et significatif de l'hypnose sur l'insomnie, et 25% n'ont pas retrouvé d'effet, le reste des études présentant des résultats intermédiaires mixtes.

Synthèse des résultats

Au total, les résultats retrouvés dans ces 2 revues sont en faveur d'une efficacité de l'hypnose sur les troubles du sommeil. L'efficacité de l'hypnose contre témoin a été démontrée par Lam et al. (2015), mais pas contre une intervention factice. L'efficacité globale de l'hypnose dans l'amélioration du sommeil est retrouvée dans la majorité des études de Chamine et al. (2018)

Limites et biais

Comme l'ont indiqué les deux auteurs, il existe peu d'études à ce jour évaluant l'efficacité de l'hypnose dans l'insomnie chronique. Les études existantes sont de qualité discutable selon l'équipe de Lam et al., certaines ne précisant pas quelles modalités d'hypnose ont été utilisées. Le recours à un questionnaire du sommeil comme critère de jugement principal dans les études sélectionnées est subjectif, et des questionnaires standardisés auraient pu permettre de limiter les biais liés à l'auto-évaluation, les patients insomniaques ayant tendance à surestimer leurs

troubles du sommeil (Buysse, 2013), et d'apporter des informations plus précises sur les domaines améliorés par l'hypnose, en analyse sous-factorielle. L'interprétation des résultats de la méta-analyse est délicate du fait du faible nombre d'articles inclus. De même, l'inclusion des articles de la méta-analyse ne différencie pas hypnose et autohypnose, ce qui peut expliquer la non-efficacité significative par rapport à des interventions factices.

Dans les deux revues, on retrouve une hétérogénéité marquée entre les différentes populations, les troubles comorbides, les méthodes d'hypnose utilisées, et les outils de mesure des paramètres du sommeil. On observe notamment qu'une seule étude utilise la « Insomnia Severity Index » (ISI), échelle de mesure standardisée pour grader le degré d'insomnie, et que peu d'entre-elles utilisent la « Pittsburg Sleep Quality Index » (PSQI).

Résultats de la revue alexithymie – insomnie

Analyse des articles sélectionnés

La sélection des articles dans la revue est résumée dans le diagramme de flux n°1. Des 48 articles retrouvés dans la littérature, 14 ont été lus en texte intégral, et 11 ont été sélectionnés dans la revue. Les études sélectionnées sont de nature variable et incluent des études transversales sur questionnaires, des études en laboratoires, et des études cas-témoins. Le tableau 1 résume les caractéristiques des études sélectionnées.

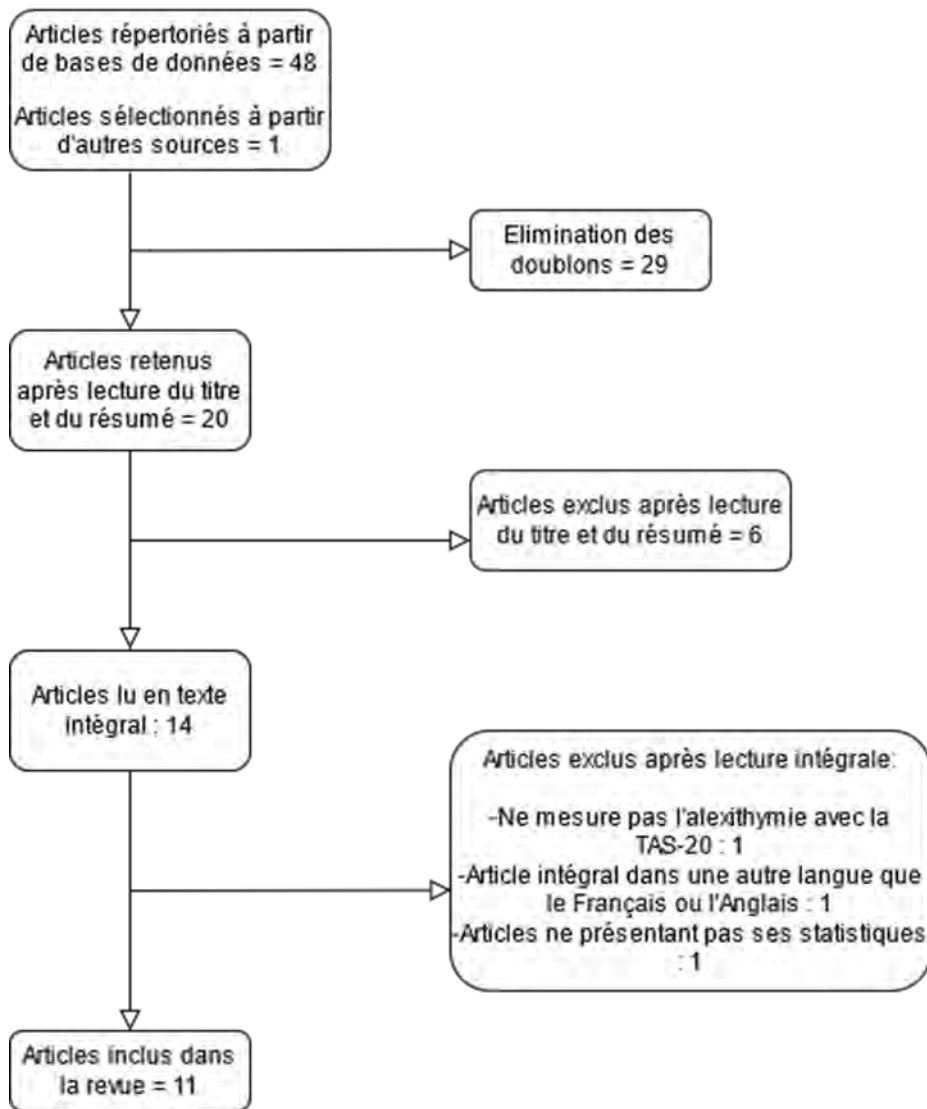


Figure 1 : Diagramme de flux de la revue concernant alexithymie et insomnie

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la revue alexithymie et insomnie

Titre de l'article et auteurs	Type d'étude réalisée	Caractéristiques de la population	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Alexithymia, depression and sleep disturbances symptoms. » (Kronholm et al, 2018)	Étude transversale par questionnaire de la relation entre insomnie, dépression et alexithymie	5.388 sujets (2464 hommes et femmes) recrutés en population générale finlandaise	SCL-90, item « Avez-vous présenté durant le mois précédent des troubles du sommeil ou de l'insomnie ? », TAS-20, BDI, Mesure du périmètre abdominal, Âge, Sexe, Niveau d'éducation	Corrélation entre insomnie et troubles du sommeil. En analyse par sous-facteur, DIF est le plus associée aux troubles du sommeil, EOT le moins. Pas d'association entre EOT et troubles du sommeil chez les femmes. Association plus importante de l'alexithymie avec les troubles du sommeil chez les hommes
« Anger and alexithymic characteristics of the patients diagnosed with insomnia: a control group study » (Engin et al, 2010)	Étude cas-témoins par questionnaires contre témoin évaluant l'alexithymie et l'expression de la colère	96 patients diagnostiqués avec une insomnie chronique pris en charge en thérapie dans un service hospitalier de somnologie VS 96 patients sains sans insomnie entre mars et juin 2007	Auto-évaluation par TAS-20, analyse par sous-facteurs (DDF, DIF, EOT). Auto-évaluation par Trait Anger -Anger Expression style, analyse par sous-facteurs	Patients avec insomnie ont un score TAS-20 et Trait-Anger-Anger Expression style significativement supérieur aux témoins.
« Alexithymia and Insomnia » (Lundh & Broman, 2006)	Étude cas-témoins par questionnaires entre patients atteints d'insomnie et la population générale	259 patients atteints d'insomnie, pris en charge dans un service universitaire de somnologie en Suède VS 137 individus témoins sans insomnie. Répartition en sous-groupes, incluant insomnie primaire, associée à une pathologie médicale ou associée à une pathologie psychiatrique	Entretien avec passation d'auto-questionnaire par TAS-20, analyse par sous-facteurs, KSP, MPS et HAD chez patients avec insomnie. Entretien avec passation de l'échelle TAS-20 modifiée*. Alexithymie positive si score > 61	TAS-20 et KSP significativement plus élevés chez les patients insomniaques chroniques. Corrélation entre insomnie et alexithymie non retrouvée lorsque ajustée sur les paramètres anxieux de la KSP et de l'HAD, sauf pour le sous-facteur « EOT »

Titre de l'article et auteurs	Type d'étude réalisée	Caractéristiques de la population	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Alexithymia and Polysomnographic Measures of Sleep in Healthy Adults » (Bazyldo et al, 2001)	Mesure en laboratoire de somnologie par PSG des paramètres du sommeil chez une population urbaine saine	50 sujets sains sans comorbidité médicale ou psychiatrique, non insomniaques, recrutés pour dormir une nuit en laboratoire de somnologie	Auto-questionnaire par TAS-20 et CES-D, mesure des paramètres du sommeil : pourcentages de temps passé dans les phases 1, 2, 3 ou 4. Mesure des paramètres du sommeil paradoxal : % du temps total de sommeil passé en sommeil paradoxal, Nombre d'épisodes de sommeil paradoxal, Durée des épisodes de sommeil paradoxal, dont ceux ayant lieu dans la phase 1 de sommeil, Nombre de réveils pendant le sommeil paradoxal, Temps entre endormissement et premier épisode de sommeil paradoxal	Alexithymie, particulièrement le sous-facteur EOT, significativement corrélée à la phase 1 du sommeil, inversement corrélée à la phase 3-4 et à la latence d'endormissement, non corrélée à la phase 2. Alexithymie corrélée à plus d'épisodes de sommeil paradoxal, de plus faible durée, plus souvent en phase 1 du sommeil. Alexithymie corrélée à une plus grande latence entre endormissement et premier épisode de sommeil paradoxal. Pas de corrélation entre alexithymie et éveils nocturnes pendant les phases de sommeil paradoxal.
« Are polysomnographic measures of sleep correlated to alexithymia? A study on laboratory-adapted sleepers » (Gennaro et al, 2002)	Mesure en laboratoire de somnologie par PSG des paramètres du sommeil chez une population urbaine saine, après 2 nuits consécutives préalable en laboratoire	27 hommes sans trouble du sommeil ayant déjà participé à des études en laboratoire de somnologie, évalués sur 2 nuits consécutives	Auto-questionnaire par TAS-20, mesure PSG des phases 1 et 2 du, mesure du sommeil lent profond, de la durée, densité et de la latence des REM	Pas de corrélation entre TAS-20 avec les variables du sommeil, à l'exception du sous facteur EOT, corrélé à une plus grande latence des REM

Titre de l'article et auteurs	Type d'étude réalisée	Caractéristiques de la population	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Alexithymia traits, independent of depression, are associated with reduced sleep quality » (Murphy et al, 2018)	Double étude clinique par questionnaire sur des sujets en population générale	1 ^{ère} étude : 70 sujets sains, homme ou femme, Anglophones, ayant rempli les questionnaires de façon randomisée 2 ^{ème} étude : 73 sujets sains, homme ou femme, Anglophones, ayant rempli les questionnaires de façon randomisée.	1 ^{ère} étude : Auto-questionnaires par TAS-20 et PSQI 2 ^{ème} étude : Auto-questionnaires par TAS-20, PQSI, DDAS-21	1 ^{ère} étude : Corrélation significative entre score générale et par sous-facteurs à la TAS-20 et troubles du sommeil à la PSQI 2 ^{ème} étude : Corrélation significative entre TAS-20 et troubles du sommeil. Après analyse par régression hiérarchique en 3 temps, alexithymie et dépression sont corrélés aux troubles du sommeil, anxiété non corrélée
« The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints » (De Gennaro et al, 2004)	Étude transversale sur questionnaires chez des étudiants de la relation entre alexithymie, dépression et insomnie	554 étudiants universitaires sains (480 femmes, 74 hommes, âge moyen = 23.17)	Auto-questionnaires par TAS-20, CES-D, PSQI	Association significative entre TAS-20 et score global PSQI sur la qualité du sommeil (C1), latence d'endormissement (C2), la durée du sommeil (C3), les perturbations du sommeil (C5), et la dysfonction diurne (C7). Association plus importante avec les sous-facteurs DIF, DDF mais pas EOT. Après ajustement sur la CES-D, corrélation entre alexithymie et insomnie disparaît, CES-D expliquant plus les troubles du sommeil

Titre de l'article et auteurs	Type d'étude réalisée	Caractéristiques de la population	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« The mediating effect of alexithymia on the relationship between schizotypal traits and sleep problems among college students » (Ma et al, 2020)	Etude transversale par questionnaires	2626 étudiants en première année de médecine (1601 femmes, 1025 hommes) à la faculté de Guangzhou en Chine	TAS-20, SPQ, ISI	Corrélation entre troubles du sommeil et troubles de personnalités schizotypiques. Rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre SPQ et troubles du sommeil
« The relationship between alexithymia and sleep disorders in patients with knee osteoarthritis » (Ozyurek et al, 2013)	Étude par questionnaires auprès de patients ayant une ostéoarthrite du genou pris en charge en centre de réhabilitation rhumatologique	305 patients (122 hommes, 183 femmes), âgés de plus de 60 ans, sans démence, sans dépression sévère et sans pathologie psychiatrique comorbide, pouvant communiquer à l'oral et à l'écrit,	Auto-questionnaire composite comprenant 18 items évaluant caractéristiques socio-démographiques, santé générale, habitudes du sommeil Auto-questionnaire par TAS-26 (seuil d'alexithymie, score>11) et PSQI (seuil de mauvais sommeil ; score>6)	Alexithymie significativement associée à insomnie, mouvements involontaires des jambes la nuit, retour au sommeil après éveil nocturne, sommeil diurne par rapport aux patients non-alexithymiques.
« Sleep problems and sleep hygiene of young adults with alexithymia. » (Bauermann et al, 2008)	Étude cas-témoins par questionnaire chez des étudiants universitaires en Ontario	Sur 2045 étudiants, 228 étudiants (61 hommes, 167 femmes, âge moyen 19.7 ans) alexithymiques ont été appariés à 228 témoins	Auto-questionnaire par TAS-20 (positif si score > 60), auto-questionnaire par SPI	Groupe d'étudiants alexithymique ont des scores significativement plus élevés sur l'insomnie, la somnolence diurne, le somnambulisme et les cauchemars. Hygiène du sommeil n'explique pas la relation entre alexithymie et troubles du sommeil.

Titre de l'article et auteurs	Type d'étude réalisée	Caractéristiques de la population	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Sleep characteristics of Japanese working men who score alexithymic on the Toronto Alexithymia Scale » (Fukunishi et al, 1997)	Étude par questionnaires auprès d'hommes japonais, lors de la visite annuelle en médecine du travail	171 hommes (âge moyen : 46.4 ans) travaillant dans une compagnie électrique à Tokyo	Questionnaire repris d'une étude de Shirakawa et al mesurant : Qualité, Durée, Périodicité du sommeil, Dette de sommeil, Interruption du sommeil. Questionnaires par SCI, TAS-20 et PMS. Classification du score à la TAS-20 par quartiles	Groupe D (Alexithymie à M+1 SD) ont un score significativement supérieur aux groupes A et B sur les items « Sommeil non réparateur » « Réveil à minuit » et « Somnolence diurne ». Pas de différence significative sur les items « Durée de sommeil », « Difficulté d'initiation du sommeil » et « Eveil matinal précoce ». Après ajustement sur PMS et SCI, corrélation significative entre « Dépression » et Confusion » du PMS et « Sommeil non réparateur » « Fatigue diurne » associée significativement à alexithymie

Légende : : CAPS : Cardiff Anomalous Perceptions Scale ; CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ; DDAS-21 : Depression, Anxiety and Stress Scale ; EOT : Externally Oriented Thinking ; GPTS : Green Paranoid Thoughts Scale part B ; HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale ; KSP : Karolinska Scales of Personality ; MPS : Multidimensional Perfectionism Scale ; PANAS : Positive and Negative affect Schedule ; PMD : Profile of Mood States ; PSQI : Pittsburg Sleep Quality Index ; REM : Rapid Eye-Movement ; SCI : Stress and Coping Inventory TAS-20 ; SCL-90 : Symptom Checklist-90 ; SD : Standard Deviation Toronto Alexithymia Scale ; SPI : Sleep Problems Inventory ; SPQ : Schizotypal Personality Questionnaire

**Le questionnaire par TAS-20 soumis aux sujets contrôles est une version légèrement modifiée de la version officielle Suédoise de la TAS-20.*

Détails des études

Engin et al. (2010) ont mené une étude cas-témoin évaluant l'expression de la colère et de l'alexithymie chez des patients diagnostiqués insomniaques contre des sujets témoins sans trouble du sommeil, par le biais d'auto-questionnaires. L'expression de la colère a été mesurée par l'échelle « Trait Anger-Anger Expression Style », évaluant le niveau de colère général (Trait Anger), la gestion de la colère (Anger Control) et l'expression de celle-ci, en l'extériorisant (Expression-out) ou en l'intériorisant (Expression-in). L'alexithymie a été évaluée par la TAS-20, avec analyse sous-factorielle. Il est retrouvé des scores d'alexithymie plus élevés chez les patients insomniaques que chez les témoins. De plus, il est retrouvé des scores à l'échelle « Trait Anger-Anger Expression Style » supérieur chez les patients insomniaques que chez les témoins, sauf en extériorisation de la colère, qui elle est significativement inférieure.

Lundh & Broman (2006) ont mené une étude cas-témoin évaluant la relation entre alexithymie et insomnie, avant et après ajustement sur les paramètres anxieux. Les cas étaient des patients souffrant d'insomnie chronique, selon 3 modalités : primaire, secondaire à une pathologie médicale, ou psychiatrique. L'anxiété a été mesurée par les items « Anxiété somatique et « Anxiété psychiatrique » de la « Karolina Scales of Personality » (KSP). Le questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD) et la « Multidimensional Perfectionism Scale » (MPS) ont également été remplis par les sujets. Avant ajustement, on retrouve des scores d'alexithymie et d'anxiété supérieur chez les cas par rapport aux témoins. Après ajustement sur la KSP et l'HAD, la corrélation entre alexithymie et insomnie n'est plus significative, sauf pour le sous-facteur « Externally Oriented Thinking » (EOT), ou pensée orientée vers l'extérieur, qui lui garde une corrélation significative avec l'insomnie.

Bazyldo et al. (2001) ont mené une étude en laboratoire sur des sujets sains afin d'évaluer la relation entre alexithymie et troubles du sommeil. Les sujets recrutés ne présentaient aucune pathologie médicale, psychiatrique ou addictologique, et ont passé une nuit dans un laboratoire de somnologie, après passation de la TAS-20 et de la « Center for Epidemiological Studies Depression Scale » (CES-D). Les paramètres du sommeil mesurées étaient la durée des différentes phases (1, 2, 3/4), la durée du sommeil paradoxal en pourcentage du sommeil total, le nombre d'épisodes de sommeil paradoxal et leur durée, plus spécifiquement en phase 1 du

sommeil, et le temps entre l'endormissement et l'apparition du premier sommeil paradoxal. Il est observé que les sujets alexithymiques ont une phase 1 de sommeil (sommeil léger) plus longue, s'endorment plus tardivement, ont plus de sommeil paradoxal, mais de plus courte durée, ont plus de phases de sommeil paradoxal pendant le sommeil léger, et une plus grande latence d'apparition du premier épisode de sommeil paradoxal. En analyse sous-factorielle, la pensée orientée vers l'extérieure présente la plus grande corrélation avec les modifications du sommeil observées.

En réponse à cette étude, Gennaro et al. (2002) ont conduit une étude similaire sur des sujets sains. Leur hypothèse était que les perturbations du sommeil observé par Bazyldo et al. sont attribués au phénomène de « première nuit » en laboratoire de somnologie, qui est couramment retrouvé chez les sujets non-habitués à dormir dans des conditions expérimentales. Pour éliminer ce biais, Gennaro et al. ont mesuré les paramètres du sommeil sur 2 nuits consécutives, chez des sujets ayant déjà participé à des études en laboratoire de somnologie. Les paramètres mesurés étaient globalement les mêmes que l'étude de Bazyldo et al. : durée des différentes phases du sommeil, durée du sommeil lent profond, durée, densité et latence des phases de sommeil paradoxal. L'alexithymie a été mesurée auparavant par la TAS-20. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les sujets alexithymiques et non alexithymiques à la seconde nuit de sommeil. En analyse sous-factorielle, seule la pensée orientée vers l'extérieure montre une corrélation avec l'augmentation de la latence du sommeil paradoxal.

Murphy et al. (2018) ont mené une double étude clinique transversale sur des sujets sains afin d'évaluer la relation entre troubles du sommeil, dépression et alexithymie. Dans un premier temps, la relation entre sommeil et alexithymie a été évalué par les questionnaires TAS-20 et le « Pittsburg Sleep Quality Index » (PSQI). Une corrélation significative entre troubles du sommeil et alexithymie est mise en évidence. Dans un second temps, les sujets ont passé d'autres questionnaires visant à ajuster l'insomnie et l'alexithymie sur les paramètres anxieux et dépressifs. Ces paramètres ont été évalués par la « Depression, Anxiety and Stress Scale ». La particularité de cette échelle est qu'elle ne comprend pas d'items évaluant la qualité du sommeil, qui est un symptôme présent dans la dépression et l'anxiété. Ces symptômes sont

ainsi évalués indépendamment de la présence ou non de troubles du sommeil. Dans la seconde étude, il est observé une corrélation entre dépression, alexithymie et troubles du sommeil.

De Gennaro et al. (2004) ont mené une étude sur des étudiants universitaires sans trouble du sommeil, afin d'évaluer la relation entre alexithymie, insomnie et dépression. Ces paramètres ont été respectivement mesurés par les échelles TAS-20, PSQI et CES-D. Il est retrouvé une association significative entre les scores à la TAS-20 et les scores à la PSQI : les sujets alexithymiques ont un sommeil de moins de bonne qualité (item C1), une plus grande latence d'endormissement (item C2), une durée de sommeil plus courte (item C3), un sommeil plus perturbé (item C5) et des dysfonctionnements diurnes associées (item C7). En analyse sous-factorielle, les difficultés à identifier et à décrire ses émotions (DIF et DDF) sont associées aux troubles cités dessus, mais pas la pensée orientée vers l'extérieur. Après ajustement sur la CES-D, toute corrélation entre alexithymie et insomnie disparaît. Les paramètres de la CES-D sont plus corrélés à l'insomnie que l'alexithymie.

Ma et al. (2020) ont mené une étude transversale par questionnaire sur la relation entre traits de personnalité schizotypique et troubles du sommeil, et le rôle potentiellement médiateur de l'alexithymie entre les 2. L'hypothèse des auteurs est que les traits de personnalité schizotypiques partageraient les mêmes troubles du sommeil que les patients atteints de schizophrénie, et que l'alexithymie, fréquemment retrouvée dans la schizophrénie, expliquerait pour une partie ces troubles du sommeil. Pour évaluer ces différents critères, les échelles de la « Schizotypal Personality Questionnaire » (SPQ), la « Insomnia Severity Index » (ISI) et la TAS-20 ont été utilisés. Les résultats présentent une corrélation linéaire entre scores à la SPQ et à l'ISI, signifiant que les sujets avec le plus de traits schizotypiques, principalement les symptômes de désorganisation, ont les plus gros troubles du sommeil. Il est également retrouvé une corrélation entre TAS-20, SPQ, et ISI après régression hiérarchique. Les sujets avec les traits schizotypiques les plus prononcés étaient également les plus alexithymiques. Chez ces sujets, les troubles du sommeil sont expliqués en partie par les traits schizotypiques, mais également par le haut degré d'alexithymie.

Ozyurek et al. (2013) ont étudié la relation entre alexithymie et troubles du sommeil chez des patients présentant une ostéoarthrite prise en charge en centre de rhumatologie. Les patients recrutés étaient tous âgés de plus de 60 ans, ne présentaient ni démence, ni trouble psychiatrique associé. Ils ont été évalués sur des paramètres de santé et socio-démographiques généraux, sur la qualité de leur sommeil par la PSQI et sur leur degré d'alexithymie par la TAS-26, avec un seuil défini à 11. Selon leur score à la TAS-26, les patients étaient divisés en 2 groupes : alexithymiques et non-alexithymiques. Il est retrouvé une association significative entre alexithymie et insomnie, mouvements involontaires des jambes la nuit, latence pour se rendormir une fois éveillé la nuit, et somnolence diurne par rapport au groupe non-alexithymique.

Fukunishi et al. (1997) ont étudié la relation entre sommeil et alexithymie sur une population de travailleurs Japonais. Les sujets ont passé un questionnaire évaluant la qualité, durée, périodicité du sommeil, la dette de sommeil et les réveils nocturnes. D'autres questionnaires psychologiques ont également été passés : le « Stress and Coping Inventory » (SCI) évaluant le degré et la gestion du stress au quotidien, et le « Profile of Mood States » (PMS) évaluant l'anxiété, la dépression, la confusion, la colère et la vigueur. L'alexithymie a été mesurée par la TAS-20, et les sujets ont été divisés en quartiles selon leurs scores à la TAS-20, puis comparés entre eux. Dans le groupe D, ayant le plus haut score d'alexithymie, il est retrouvé significativement plus de troubles du sommeil comparés aux autres groupes, avec un sommeil moins réparateur et une plus grande somnolence diurne.

Bauermann et al. (2008) ont mené une étude cas-témoins sur des étudiants universitaires afin d'évaluer la relation entre alexithymie, sommeil et hygiène du sommeil. Une population d'étudiants a passé un premier questionnaire par la TAS-20. Les sujets ayant un score à la TAS-20 supérieur à 60 ont été définis comme alexithymiques. Un autre questionnaire, le « Sleep Problems Inventory » (SPI) a également été passé à l'inclusion. Les sujets définis comme alexithymiques ont ensuite été appariés sur l'âge et le sexe sur d'autres sujets non-alexithymiques. En comparant leur score à la SPI, il est observé que les sujets alexithymiques présentent significativement plus d'insomnie, de somnolence diurne, de somnambulisme, et de

cauchemars. Après contrôle sur l'hygiène du sommeil, celle-ci n'explique pas la différence observée entre les groupes.

Synthèse des résultats

Les résultats de ces études sont en faveur d'un lien entre alexithymie et insomnie. En analyse sous-factorielle, les résultats sont moins concluants. La pensée orientée vers l'extérieur semble être le paramètre le plus corrélée aux troubles du sommeil (Lundh & Broman, 2006). Ce sous-facteur n'est pas influencé par l'existence de troubles anxieux ou dépressifs, et après ajustement sur ces paramètres, est le seul à montrer une corrélation avec les troubles du sommeil observés. De même, en polysomnographie, il s'agit du seul sous-facteur ayant un lien avec la diminution du temps de sommeil paradoxal (Gennaro et al., 2002).

Limites et biais

Plusieurs biais peuvent être retrouvés dans les différentes études. La présence de troubles anxieux et dépressifs peut biaiser l'évaluation, l'insomnie étant un symptôme présent dans ces troubles. On observe que la majorité des études n'ajustent pas sur ces paramètres, voire ne les évaluent pas, ce qui est source d'un biais de confusion.

De plus, l'utilisation des questionnaires évaluant ces paramètres est importante, car peut être source d'un autre biais de confusion : la CES-D employé par De Gennaro et al. (2004) contient en effet des items relatifs au sommeil. Des recoupements entre CES-D et PSQI peuvent expliquer un biais de confusion, effaçant potentiellement la part d'alexithymie dans l'insomnie. L'utilisation de la DDAS-21 par Murphy et al. (2018) permet d'éviter ce biais, ce questionnaire ne comprenant pas d'items relatifs aux troubles du sommeil. La relation entre alexithymie et insomnie peut être évaluée en limitant ce biais.

La population étudiée est également un paramètre important dans le recrutement des sujets et l'interprétation des résultats. L'alexithymie est plus souvent retrouvée chez les hommes, et chez les personnes âgées. Ici, la majorité des études s'intéressent aux sujets jeunes, en population urbaine, et certaines études n'équilibrent pas leur sex-ratio.

La définition du seuil d'alexithymie est variable entre les études, dont une avec un score significatif à 11 (Ozyurek et al, 2013), ce qui rend la définition de l'alexithymie hétérogène entre les études. Peu d'entre-elles ont réalisé une analyse sous-factorielle, ce qui limite l'interprétation des données. Dans le cadre de notre étude, il serait intéressant de savoir quels sont les processus psychologiques les plus impliqués dans les troubles du sommeil chez les alexithymiques, afin de pouvoir agir dessus plus spécifiquement.

Résultats de la revue alexithymie – thérapies psychocorporelles

Analyse des articles sélectionnés

La sélection des articles dans cette revue est résumée dans le diagramme de flux n°2. Des 69 articles retrouvés dans la littérature, 20 ont été lus en texte intégral, et 5 ont été sélectionnés dans la revue. Le tableau 2 résume les caractéristiques des études sélectionnées. Parmi celles-ci, la grande majorité sont des études interventionnelles, certaines sont des études randomisées contre témoins. 2 études utilisent une approche par hypnose. Une méta-analyse a également été incluse dans cette revue.

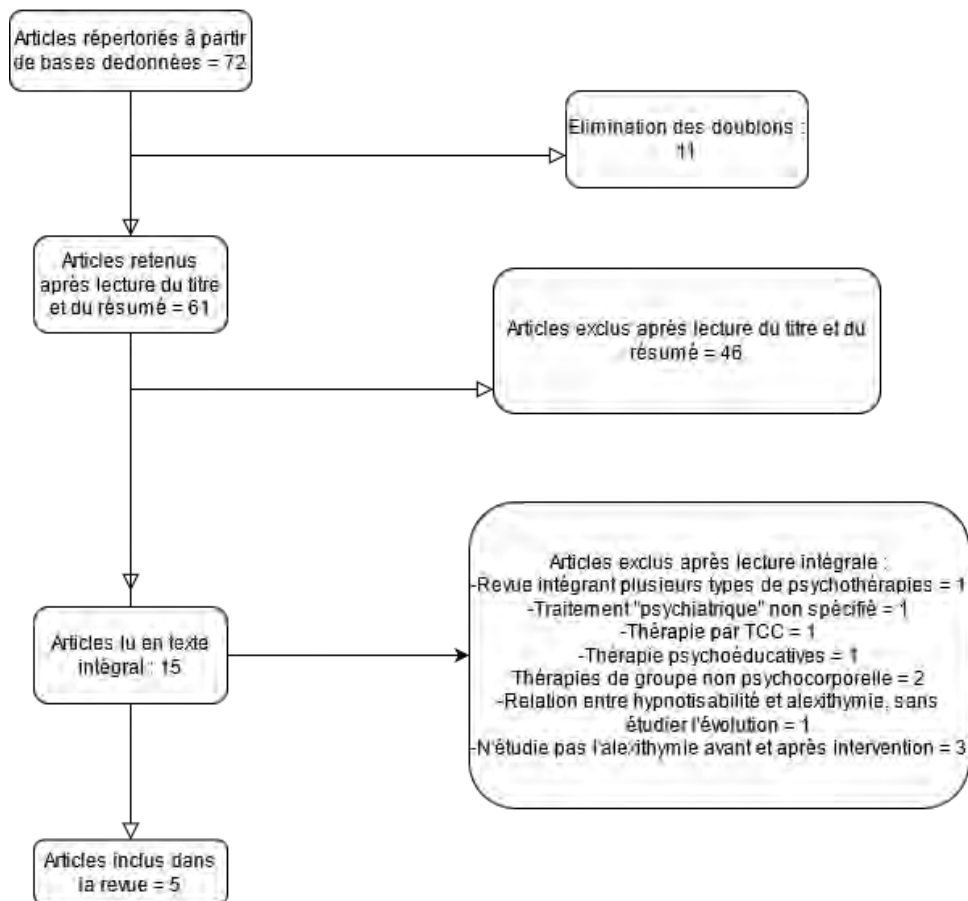


Figure 2 : Diagramme de flux de la revue alexithymie et thérapies psychocorporelles

Tableau 2 : Descriptif des études de la revue alexithymie et thérapies psychocorporelles

Nom de l'étude, auteurs, année	Type d'étude	Intervention réalisée	Caractéristiques de la population ciblée	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Effectiveness of an hypnotic imagery on reducing alexithymia » (Gay et al, 2008)	Étude contrôlée randomisée contre témoins	Dans le groupe interventionnel « Hypnose », 8 séances hebdomadaires, avec évaluation intermédiaire à 4 semaines, puis à 8 semaines. Dans le groupe « Contrôle », aucune intervention, évaluation à 4 et 8 semaines identiques	31 sujets exclusivement féminins alexithymiques (score >60 à la TAS-20) à l'Université du Louvain (sauf celles en étude de psychologie). 14 font partis du groupe « Hypnose », 17 du groupe « Témoin »	TAS-20, SQMI, IDQ, STAI-A, STAI-B, Zung, SEI, F-QOL, PANAS, SCL-90R à l'inclusion. À 4 semaines, évaluation intermédiaire par TAS-20, TAI-A, Zung. À 8 semaines, évaluation par TAS-20, STAI-A, Zung, SEI, SCL-90.	Amélioration de l'alexithymie dans le groupe Hypnose contre témoin à 4 et à 8 semaines. Pas de changement sur les autres variables étudiées. Amélioration de l'alexithymie chez le groupe hypnose indépendante des paramètres anxieux et dépressifs.
« Hypnosis and Alopecia Areata: Long-term Beneficial Effects on Psychological Well-being » (Willemsen et al, 2011)	Étude interventionnelle sur des sujets présentant une alopecie.	10 séances d'hypnose délivrées avec entraînement à l'auto-hypnose	21 patients entre 18 et 70 ans avec diagnostics d'alopecie partielle (>30% de cheveux perdus) ou totale, sans repousse de cheveux, depuis au moins 3 mois, avec échec du traitement conventionnel, sans traitement dermatologique depuis > 6 mois, sans traitement psychothérapeutique dans les 6 derniers mois.	TAS-20, SCL-90, SF-36, Skindex-17. Évaluation à T1 (inclusion), T2 (fin des séances d'hypnose) et T3 (à 6 mois).	Amélioration significative de tous les paramètres : diminution des items évaluant l'anxiété et la dépression de la SCL-90, amélioration de la qualité de vie à la SF-36, diminution de l'alexithymie à la TAS-20 à T1 à T2, T3

Nom de l'étude, auteurs, année	Type d'étude	Intervention réalisée	Caractéristiques de la population ciblée	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Hypnotic imagery - Therapy for a hives patient with alexithymic characteristics» (Suzuki, 2005)	Cas clinique	Intervention par hétéro-hypnose	Patiente proche des 30 ans, alexithymique, avec fatigue chronique et urticaire	BIHPQ à l'inclusion.	Amélioration des capacités de mentalisation, disparition de la fatigue et des poussées d'urticaire, maintien du bien-être à 2 ans après la thérapie
« Mindfulness-based interventions and their effects on emotional clarity: A systematic review and meta-analysis » (Cooper et al, 2018)	Revue de littérature systématique et méta-analyse de l'effet de la méditation pleine conscience sur la clarté émotionnelle.		17 études incluses dans l'analyse finale : 10 incluant des populations avec troubles psychologiques, 2 avec des populations saines, 5 sans spécifications.	Pour la mesure de l'alexithymie : TAS-20, FFMQ-DES, KIMS-DES, DERS-RC, TMMS-RC	<p>Taille d'effet entre pré et post-intervention, faible à modérée : Hedge's g= 0.42, 95% CI [0.25, 0.59]</p> <p>Taille d'effet inter-groupes entre faible et large : Hedges'g= 0.52, 95% CI [0.15, 0.90].</p> <p>Patients avec faible clarté émotionnelle ont le plus bénéficié des interventions proposées. Diminution de la TAS-20 chez les alexithymiques de 5.62 points de plus en moyenne que chez les non-alexithymiques</p>

Nom de l'étude, auteurs, année	Type d'étude	Intervention réalisée	Caractéristiques de la population ciblée	Outils de mesure utilisés	Résultats principaux
« Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study » (Löf et al, 2018)	Étude clinique prospective sur des patients présentant un trouble borderline.	Programme de psychoéducation visant à entraîner les capacités de mentalisation. Séances de méditation pleine conscience délivrées en individuel et en groupe pendant 18 mois. Prescriptions médicamenteuses réalisées par psychiatres, ciblant les pathologies comorbides mais pas le trouble borderline (dépression, TDAH, troubles du sommeil). Évaluation à 6, 12 et 18 mois.	97 patients avec diagnostic de trouble borderline confirmé par SCID-II, ZAN-BPD, DSM-5, MINI. Critères d'exclusion : QI<85 (mesurée par WAIS-III), pathologie psychotique (autre que trouble schizotypique), trouble bipolaire de type 1, trouble du spectre autistique, trouble des conduites alimentaires, trouble de l'usage des substances	KABOSS-S, SUAS-S, SCL-90-R, DSHI-9, TAS-20, SABS	Amélioration significative de la KABOSS-S à 12 mois. Amélioration non significative à 6 mois, amélioration non significative entre 12 et 18 mois. Amélioration significative de la TAS-20 à 12 mois, non significative entre 0 et 6 mois et entre 12 et 18 mois.

Légende : BIHPQ : Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire ; DSM-5 : Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, Fifth Edition ; DSHI-9 : Deliberate Self-Harm Inventory-9 ; F-QOL : French Profile Quality of Life ; IDQ : Individual Difference Questionnaire ; KABOSS-S : Karolinska Borderline and Symptoms Scales ; PANAS : Positive and Negative Affect Schedule ; MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview SABS : Structural Analysis of Social Behavior ; SCL-90R : Symptom Checklist 90 Revised ; SEI : Self-Esteem Inventory ; SF-36 : The Short Form Health Survey 36 ; SQMI : Questionnaire of Mental Imagery, revised by Sheehan ; STAI-A et B : Strait and Trait Anxiety Inventory ; SUAS-S : Suicide Assesment Scale, Self Report ; TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale ; Zung : Depression Self-Rating Scale Zung

Détails des études

Gay et al. (2008) ont mené une étude randomisée contre témoin évaluant l'effet d'une intervention par hypnose sur la diminution de l'alexithymie. Des questionnaires visant à évaluer l'alexithymie, l'anxiété, les troubles dépressifs, les capacités de visualisation mentale, la qualité de vie, les affects négatifs, la santé globale et l'estime de soi ont été passés à l'inclusion. Ces questionnaires sont respectivement la TAS-20, la STAI-A et B, la « Depression Self-Rating Scale Zung », le « Questionnaire of Mental Imagery, revised by Sheehan » (SQMI), la « French Profile Quality of Life » (F-QOL), la « Positive and Negative Affect Schedule » (PANAS), la SCL-90, et la « Self-Esteem Inventory » (SEI). Dans un second temps, les sujets ont été

aléatoirement attribués au groupe « Hypnose » ou « Contrôle ». Dans le groupe « Hypnose », 8 séances ont été délivrées à un rythme hebdomadaire. La technique utilisée est indirecte, ne visant pas à cibler directement l'alexithymie, et sans suggestion post-hypnotique ni apprentissage à l'autohypnose. Par le biais de contes évoquant différentes situations (abandon, trauma, indépendance...), les sujets étaient amenés à ressentir leurs émotions, et à visualiser des solutions originales à leurs problématiques personnelles, évoqués à travers les contes. Il s'agit d'une approche non-conventionnelle et originale, ce que les auteurs justifient par l'absence à ce jour de consensus concernant le traitement de l'alexithymie par hypnose. Le groupe « Contrôle » n'a reçu aucune intervention. Une évaluation intermédiaire à 4 semaines a été réalisée par TAS-20, STAI-A, et Zung. L'évaluation finale à 8 semaines a été réalisée par TAS-20, STAI-A, Zung, SEI et SCL-90. Il est observé une diminution significative de l'alexithymie dans le groupe « Hypnose » par rapport au groupe « Contrôle » à 4 semaines, persistant à 8 semaines. Les autres variables n'ont pas été modifiées, et après ajustement sur les paramètres anxieux et dépressifs, la différence de l'alexithymie dans les 2 groupes reste significative.

Willemsen et al. (2011) ont mené une étude interventionnelle par hypnose sur des patients atteints d'alopecie avec répercussion psychologique. Les patients devaient présenter un certain degré d'alopecie (totale, ou >30% des cheveux perdus sans repousse), depuis au moins 3 mois, sans traitement dermatologique actif, après échec des thérapies conventionnelles, et ne pas avoir été suivi en psychothérapie sur les 6 derniers mois. L'intervention consistait en 10 séances d'hypnose avec apprentissage de l'autohypnose. Les paramètres étudiés ont été l'alexithymie, l'anxiété, la dépression, le bien-être psychologique et la qualité de vie ajustée à la santé. Les questionnaires utilisés ont été respectivement la TAS-20, la SCL-90, la SF-36 (Short Form Health Survey 36) et la Skindex-17. L'évaluation s'est déroulée en 3 temps : à l'inclusion (T0), à la fin des séances (T1) et à 6 mois (T2). Il est observé une amélioration de tous les paramètres de façon significative, persistant à 6 mois.

Suzuki (2005) a réalisé un article retraçant un cas clinique suivi pendant plusieurs mois en thérapie individuelle par hypnose. Une patiente, diagnostiquée alexithymique cliniquement et par le « Beth and Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire » (BIHPQ), présentant une fatigue chronique et de l'urticaire, est suivie en thérapie pendant plusieurs mois par le même

thérapeute. L'étude décrit en plusieurs étapes comment la patiente, initialement sans plainte fonctionnelle et avec de faibles capacités de mentalisation, a réussi à développer ses capacités d'imagination, de symbolisation et d'introspection. Ses symptômes physiques se sont améliorés pendant la prise en charge, avec rémission complète jusqu'à 2 ans après la fin des séances. Sur le plan psychique, elle décrit de meilleures capacités de visualisation mentale. L'étude étant un cas clinique unique, aucune analyse statistique n'a été réalisée.

Cooper et al. (2018) ont mené une revue de la littérature avec méta-analyse sur les effets de la méditation pleine conscience sur la clarté émotionnelle et l'alexithymie. Celle-ci est définie ici comme « l'inverse » de la clarté émotionnelle, les alexithymiques n'étant pas capable de correctement décrire, identifier et exprimer leurs émotions. L'analyse a repris tous les articles parus avant Avril 2017 d'études utilisant la méditation pleine conscience, ou reprenant ses principes, avec évaluation de différentes composantes émotionnelles avant et après intervention. Une analyse supplémentaire intergroupe a été réalisée, visant à comparer, dans les études contre témoins, si l'effet entre intervention et groupe contrôle était significative. Il est retrouvé que les interventions par méditation pleine conscience améliorent les différents scores évaluant la clarté émotionnelle, avec une taille d'effet légère à modérée. En analyse en sous-groupe, la taille d'effet est plus importante pour les études utilisant la TAS-20 comme outil de mesure par rapport à celles en utilisant d'autres. De même, dans les études comparatives contre témoin, les interventions par méditation pleine conscience ont significativement amélioré les scores de clarté émotionnelle, avec une taille d'effet de 0.10 à 0.90, ce qui correspond à un effet léger à important. Comme précédemment, cette taille d'effet est plus importante dans les études utilisant la TAS-20 comme outil de mesure par rapport à celles utilisant d'autres échelles. Dans l'ensemble des études de la méta-analyse, il est retrouvé une diminution significative de la TAS-20 chez les sujets alexithymiques par rapport aux sujets non-alexithymiques.

Löf et al (2018). ont mené une étude évaluant l'efficacité de séances de méditation pleine conscience sur des patients avec un trouble de personnalité borderline. L'objectif principal était la réduction des scores à l'échelle « Karolinska Borderline and Symptoms Scales » (KABOSS-S), qui évalue les symptômes du trouble borderline. Les objectifs secondaires comprenaient l'évolution de la suicidalité (par la SUAS-S : Suicide Assesment Scale Self Report), de

l'alexithymie (par la TAS-20), des symptômes psychiatriques généraux (par la SCL-90), de l'image de soi (par la SABS : Structural Analysis of Social Behavior) et des conduites auto-agressives (par la DHSI-9 : Deliberate Self-Harm Inventory). Il est retrouvé une amélioration significative de l'ensemble de ces paramètres à 12 mois, avec une taille d'effet modérée (0.49 à 0.79), incluant l'alexithymie. La difficulté à identifier ses émotions est le paramètre le plus significativement amélioré des 3 sous-facteurs.

Synthèse des résultats

Les résultats de cette revue sont en faveur d'une amélioration de l'alexithymie lors de prises en charge par thérapies psychocorporelles. Les mécanismes en jeu ne sont pas tous décrits, mais impliqueraient une plus grande intéroception émotionnelle, une plus grande attention portée par les individus alexithymiques à leurs ressentis corporels et émotionnels.

Limites et biais

Il existe très peu d'études évaluant l'impact des thérapies psychocorporelle sur l'alexithymie, et leur hétérogénéité rend la généralisation des résultats difficiles. L'étude de Gay et al. (2008) est à ce jour la plus complète pour évaluer l'effet de l'hypnose sur l'alexithymie. Les résultats sont probants et spécifiques, mais il n'a pas été réalisé d'analyse sous-factorielle, il est donc difficile de savoir quel sous-aspect a été le plus impacté par l'intervention. La méta-analyse de Cooper et al. (2018) est la plus complète à ce jour pour évaluer l'effet de la méditation pleine conscience sur l'alexithymie, mais les études utilisant la TAS-20 sont hétérogènes, et le concept de « clarté émotionnelle » n'est pas très bien établi. De même, aucune analyse par sous-facteur de la TAS-20 n'a été réalisé.

Pour les autres études, un des principaux biais est, comme la revue précédente, le manque d'ajustement sur les paramètres anxieux et dépressifs, ce qui constitue potentiellement un biais de confusion, ainsi qu'une définition fluctuante de l'alexithymie (certains auteurs, comme Suzuki, ne l'ayant pas évalué avec la TAS-20, habituellement utilisée). L'étude de Löf et al. (2018) manque également de spécificité, du fait que des traitements pharmacologiques ait été utilisé durant l'étude, dont des antidépresseurs.

Discussion

Synthèse des revues étudiées

Nous avons repris 2 revues systématiques de littérature explorant l'efficacité de l'hypnose sur l'insomnie chronique. Nous avons également réalisé 2 revues de littérature couvrant l'alexithymie en rapport avec le sommeil et les thérapies psychocorporelles. Malgré le faible nombre d'articles explorant ces domaines, quelques hypothèses peuvent être formulées.

Un des mécanismes de l'insomnie chronique implique un état d'hyperexcitation nocturne (Buysse, 2013). Une étude de Hyypä et al. (1990) a évalué le lien entre insomnie, cortisolémie nocturne et alexithymie. Il n'est pas retrouvé de différence significative dans la cortisolémie nocturne des sujets insomniaques alexithymiques par rapport aux sujets non-alexithymiques. Les auteurs ont cependant retrouvé une tendance à l'internalisation des émotions chez les sujets alexithymiques. Engin et al. (2010) retrouvent de même une plus grande internalisation de la colère chez ces sujets. Cette colère, difficilement régulée par les patients alexithymiques, pourrait expliquer les troubles du sommeil, notamment par un sommeil plus léger et une augmentation de la latence à l'endormissement observée en polysomnographie par Bazylido et al. (2001) et, dans une certaine mesure, Gennaro et al. (2002) Ayant du mal à gérer leurs émotions, les sujets alexithymiques rumineraient plus le soir, et mettraient donc plus de temps à s'endormir. Ce mécanisme est également retrouvé dans les troubles du sommeil liés à l'anxiété, ce qui explique les difficultés à spécifier clairement à quel degré l'alexithymie est responsable des troubles du sommeil. Nous avons en effet observé, à travers les études recueillies, une inconsistance des résultats : certains auteurs (De Gennaro et al, 2004 ; Lundh & Broman, 2006) ne retrouvent pas de corrélation significative entre troubles du sommeil et alexithymie, lorsqu'elle est ajustée sur les paramètres anxieux et dépressifs ; d'autres à l'inverse mettent en évidence l'existence d'une corrélation (Murphy et al, 2018). Il est donc important de correctement prendre en considération les paramètres anxieux et dépressifs lors de l'évaluation de l'alexithymie. De même, les analyses sous-factorielles ne sont pas réalisées dans toutes les études : chez celles l'appliquant, on retrouve une relation entre « Pensée orientée vers l'extérieur » et troubles du sommeil. Cela peut concorder aux troubles de l'intéroception observé par certains auteurs (Aaron et al, 2020) : en orientant leur pensée vers le monde factuel, les alexithymiques s'aveuglent, consciemment ou non, à leurs vécus intérieurs. Les émotions

négligées, telle la colère, sont donc mises en silence, et leur accumulation peut générer les symptômes d'insomnie chronique, les émotions ne trouvant pas de voie pour être exprimées. Si cette « pensée orientée vers l'extérieur » est le phénomène central entre l'alexithymie et les insomnies, alors il est à penser qu'une approche visant à augmenter l'intéroception sera plus efficace pour traiter ces patients. En effet, du fait de leurs difficultés à faire de l'introspection, les thérapies analytiques ne sont pas efficaces sur les patients alexithymiques. Les approches cognitivo-comportementalistes ont montré leur efficacité et sont indiqués en première ligne pour traiter les insomnies, mais une approche trop « dirigiste » ou éducative risque de renforcer la tendance des alexithymiques à orienter leurs efforts vers l'extérieur, au lieu de chercher les solutions en eux-mêmes. Dans le cadre des TCC, il faut veiller à ce que l'approche centre les efforts sur les ressentis intérieurs, et éviter d'externaliser les problèmes.

Les approches plus centrées sur les émotions, comme vues dans la seconde revue, ont montré une efficacité dans la diminution de l'alexithymie, expliquée par une plus grande capacité d'intéroception émotionnelle. L'intérêt de ces techniques est qu'elles sont « indirectes » ; les alexithymiques étant assez hermétiques aux approches trop directes (Gay et al, 2008), une approche tangentielle est préférable. L'hypnose répond à cette approche : par un état de transe hypnotique, les sujets peuvent laisser s'exprimer et travailler leur inconscient, et les suggestions sont plus facilement acceptées que les directives ou les recommandations.

Limites de l'article

En plus des limites vues dans les parties spécifiques, les deux revues menées ont des limites plus générales liées principalement aux termes d'« alexithymie » et de « thérapies psychocorporelles ». Ces termes ne sont pas systématiquement référencés comme tels dans les moteurs de recherche, notamment les thérapies psychocorporelles. Nous avons pour éviter cette limite étendu notre recherche aux termes de « psychothérapie » en général.

Le manque de recherche dans le domaine de l'hypnose et l'alexithymie limite la possibilité de conclure sur une réelle efficacité. L'hypnose étant une thérapie personnalisée, il est difficile de mener des études répondant aux critères actuels de la littérature scientifique, à savoir standardisée, en aveugle et contre témoin. Des biais existent en fonction du thérapeute, de la technique et des suggestions utilisés. Il est préférable que, pour limiter ces biais, un seul et

même thérapeute soit sollicité. Gay et al. (2008) ont tirés des résultats concluants avec une approche originale, mais cela ne correspondrait pas forcément à ce que les hypnothérapeutes pourraient utiliser en pratique courante.

Dans ce contexte, nous proposons un projet de recherche pouvant apporter plus d'informations sur les relations entre hypnose, insomnie et alexithymie, à travers le protocole ci-dessous, et en lien avec les résultats de la littérature cités plus haut.

Proposition de projet de recherche

Description de l'étude

Nous proposons une étude interventionnelle visant à confirmer l'intérêt de l'hypnose médicale en population générale dans le traitement de l'insomnie chronique chez l'adulte et d'estimer notamment son efficacité chez les personnes présentant des traits alexithymiques. 4 séances individuelles sont délivrées à un rythme hebdomadaire. Le choix de réaliser 4 séances fait suite aux résultats de la revue de Charmine et al. (2018), indiquant que des effets de l'hypnose sur les troubles du sommeil peuvent être observés à partir de 3 à 4 séances.

Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer si une prise en charge par hypnose médicale permet d'améliorer les symptômes de l'insomnie chronique chez l'adulte en population générale. Le critère principal de jugement est la proportion de patients présentant une amélioration de leur insomnie, définie par une diminution du score de la « Insomnia Severity Index » (ISI) après intervention.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer si une prise en charge par hypnose médicale permet d'améliorer les symptômes de l'insomnie chronique dans la sous-population de patients présentant des dimensions alexithymiques, d'évaluer la diminution concomitante de l'alexithymie chez les patients concernés, et d'évaluer le maintien du bénéfice de l'hypnose sur l'insomnie et l'alexithymie à 1 et 6 mois post-interventionnel. Les critères secondaires de jugement secondaires sont la proportion de patients alexithymiques présentant une amélioration

de l'insomnie, défini par une diminution du score de l'ISI, ainsi qu'une amélioration de l'alexithymie, défini par une diminution du score à la TAS-20, comparativement à la visite d'inclusion, et si cette amélioration se maintient à 1 et 6 mois. Le choix d'une évaluation à distance à 1 et 6 mois fait suite aux résultats de Gay et al. (2008), qui donnent des résultats à 1 mois, ce qui correspond à un maintien à court terme. Nous souhaitons ainsi voir si l'amélioration se poursuit à moyen terme.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être éligible, les patients doivent être âgés de plus de 18 ans, présenter une insomnie chronique selon les critères du DSM-5 (voir Annexe 2) et ne pas avoir de contre-indication à une prise en charge par hypnose médicale, la seule actuellement en vigueur étant l'épisode psychotique aigu.

Les sujets présentant une insomnie d'origine organique, lié à un décalage de phase, déjà pris en charge par une autre psychothérapie, et ne parlant pas Français ne sont pas inclus dans l'étude.

Procédure

La sélection des participants à l'étude est réalisée lors de consultations de patients présentant une insomnie chronique. L'étude peut se dérouler en cabinet libéral, ou dans une structure publique ambulatoire de suivi. À l'issue des consultations, si le patient présente tous les critères d'éligibilité, le thérapeute l'informe sur la recherche et lui propose de participer à l'étude. Une notice d'information lui est remise.

Après un délai de réflexion, si le patient consent à participer à l'étude, un rendez-vous, avec un investigateur différent du thérapeute en charge des séances d'hypnose, est programmé juste avant la première séance d'hypnose, le même jour. Lors de cette visite, l'investigateur s'assure que les critères d'inclusion sont réunis et qu'aucun des critères d'exclusion n'est présent. Pour cela il s'appuie sur l'interrogatoire du patient et sur les informations disponibles au niveau du dossier médical. L'investigateur évalue l'intensité de l'insomnie, de la dimension alexithymique et des symptômes anxio-dépressifs à l'aide de plusieurs questionnaires spécifiques, détaillés ci-après.

Cette étude comprend 4 temps d'évaluations, avec passation de tous les questionnaires à chaque temps.

- ➔ 1) T0 : avant le début de la 1^{ère} séance d'hypnose,
- ➔ 2) T1 : à la fin de la dernière séance d'hypnose,
- ➔ 3) T2 : à 1 mois après les séances d'hypnose, envoyés par courrier sous forme papier avec enveloppe pré timbrée pour retour,
- ➔ 4) T3 : à 6 mois après les séances d'hypnose, envoyés par courrier sous forme de papier avec enveloppe pré timbrée pour retour.

Utilisation des échelles

Comme mis en évidence dans les revues précédentes, il est important que les symptômes anxio-dépressifs soient correctement évalués, afin de pouvoir ajuster leur impact dans la relation entre insomnie et alexithymie. Pour cela, les échelles suivantes sont utilisées :

- ➔ L'échelle de la « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD) qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).
- ➔ L'échelle de la « Toronto Alexithymia Scale-20 items » (TAS-20) est l'échelle la plus utilisée pour la mesure de l'alexithymie. L'échelle mesure 3 dimensions de l'alexithymie : la difficulté à exprimer ses émotions (en 5 items : 2, 4, 11, 12, 17), la difficulté à identifier ses émotions (en 7 items : 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), et le degré d'orientation de la pensée vers l'extérieur (en 8 items : 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).
- ➔ L'ISI est un auto-questionnaire qui mesure la sévérité de l'insomnie et son impact sur la vie diurne du patient. Les sept items de l'ISI sont cotés sur une échelle de 5 points variant entre 0 (aucun) et 4 (très sévère). Le patient évalue la sévérité de ses difficultés de sommeil (insomnie initiale, de maintien, matinale) ; le degré d'insatisfaction concernant son sommeil ; le niveau d'interférence avec son fonctionnement quotidien ; le degré d'apparence des difficultés de sommeil, et le niveau d'inquiétude

reliée à son insomnie. Le résultat total varie entre 0 et 28. Un résultat élevé indique des difficultés de sommeil plus importantes.

- La « Depression, Anxiety and Stress Scale » (DDAS-21), qui est une échelle de type Likert de 0 à 3, comprenant 21 items évaluant anxiété, dépression et stress. Il n'y a pas d'item évaluant les troubles du sommeil.
- La Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), qui est une échelle de type Likert de 0 à 3, évaluant les troubles du sommeil sur le dernier mois. Elle comprend 19 items, évaluant 7 aspects du sommeil, donnant un score total allant de 0 à 21.

Analyse des résultats : objectif principal

Le nombre et le pourcentage de patients présentant une amélioration de l'insomnie, défini par une diminution du score de l'ISI (Insomnia Severity Index) comparativement à T0 (avant intervention) est exploré. Les caractéristiques de ces patients sont décrites, ainsi que celles des patients ne présentant pas d'amélioration.

Analyse des résultats : objectifs secondaires

La comparaison des évolutions de l'alexithymie à T1, T2 et T3, ainsi que l'évolution de l'insomnie à T2 et T3 est réalisée. Ces évaluations sont décrites en termes de moyenne et d'écart-type (l'effectif de données renseignées pour chaque critère étant précisé). Autant que possible, les évolutions des différents scores utilisés sont représentées sous forme graphique. Une régression linéaire avec ANOVA et ajustement du lien entre insomnie et alexithymie sur les scores de l'HAD et de la DDAS-21, séparément, sont réalisés.

Conclusion

Le lien entre hypnose, insomnie et alexithymie n'est pas exploré à l'heure actuelle dans la littérature scientifique. Les arguments collectés au travers des revues de Charmine et al. (2018) et Lam et al. (2015), ainsi que nos deux revues, laissent entrevoir qu'une prise en charge par hypnose serait efficace pour améliorer l'insomnie, et parallèlement l'alexithymie. Les mécanismes en jeu, principalement l'intéroception, sont retrouvés dans l'insomnie et l'alexithymie, et les thérapies psychocorporelles sont efficaces pour agir sur ce dernier phénomène, amenant à une plus grande proximité avec ses ressentis intérieurs. De façon générale, l'hypnose manque de recherche expérimentale, et l'alexithymie n'étant pas une pathologie à proprement parler, manque de considération dans les stratégies thérapeutiques employées. Nous espérons, à travers nos revues, qu'une plus grande attention soit retenue sur ces sujets. L'étude que nous proposons, appuyée sur les résultats des revues réalisées, nous permettrait d'avoir plus d'informations sur l'efficacité de l'hypnose pour diminuer l'insomnie et, parallèlement, l'alexithymie. Cette étude permettrait d'ouvrir la voie sur la recherche en hypnose dans l'alexithymie, et de mieux comprendre l'impact de cette prise en charge, notamment sur la pensée opératoire, qui semble être un élément central dans les symptômes d'insomnies ressentis par ces patients.

Annexes

Annexe 1 : Description d'une séance d'hypnose médicale

La séance d'hypnose est un acte thérapeutique relationnel basée sur une communication bienveillante et positive ayant pour but de créer un changement à un niveau émotionnel, physiologique ou comportemental. L'hypnothérapeute va inviter le patient à quitter son fonctionnement rationnel et logique vers un fonctionnement plus multisensoriel et imagé.

La première étape est de créer l'alliance thérapeutique en expliquant que cette communication particulière n'a rien à voir avec le sommeil puisqu'il s'agit d'un état d'hyper-attention à un niveau physiologique et que le patient garde son libre arbitre. L'opérateur va décrire les objectifs de la séance, acceptés par le patient, sorte de consentement éclairé puis les différentes étapes de la séance en commençant par les consignes de sécurité, validant le fait que le patient peut se réorienter seul, quand il le souhaite en prenant une grande respiration.

La séance d'hypnose proprement dite comprend :

1. L'induction hypnotique permettant d'amener le patient à quitter sa pensée rationnelle par une focalisation multisensorielle (visuelle, auditive ou cénesthésique).
2. La transe hypnotique, facilitant un fonctionnement de type automatique lié à la sensorialité et à la créativité (métaphores et images) repérable par un lâcher prise de type relâchement
3. Une communication positive encourageante basée sur des suggestions qui sont des propositions de changement tel que d'être dans l'instant présent, de pouvoir ressentir des bonnes sensations ou d'aller dans un espace de tranquillité. À chaque proposition le thérapeute valide par un discours interactif que le processus est en cours vers l'objectif fixé au début de séance.
4. La réorientation permet au patient d'être dans l'ici et le maintenant une fois que le travail thérapeutique ait été accompli avec les objectifs de séance atteints. Le patient va sentir les pieds sur le sol et l'ancrage dans le dos puis ouvrir les yeux et s'étirer.
5. Le débriefing de la séance est important car il permet de s'assurer que tout va pour le mieux pour le patient avant qu'il ne reparte chez lui.

Annexe 2 : Définition de l'insomnie chronique selon le DSM-5 / ICSD-10

- A. Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :
 - a. Difficulté à initier le sommeil. (Chez les enfants, sans l'intervention de la personne qui en prend soin.)
 - b. Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils. (Chez les enfants, sans intervention.)
 - c. Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.
- B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.
- C. La difficulté de sommeil se produit au moins 3 nuits par semaine.
- D. La difficulté de sommeil est présente depuis au moins 3 mois.
- E. La difficulté de sommeil se produit en dépit de la possibilité adéquate de sommeil.
- F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par, et ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (par exemple, la narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, un trouble veille-sommeil du rythme circadien, une parasomnie).
- G. L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament).
- H. Des troubles mentaux et des conditions médicales coexistants n'expliquent pas adéquatement la plainte prédominante d'insomnie.
- I. Le « trouble d'insomnie » peut être :
 - Episodique : les symptômes durent depuis au moins 1 mois, mais moins de 3 mois.
 - Persistant : les symptômes durent depuis 3 mois ou plus.
 - Récurent : deux (ou plus) épisodes dans l'espace de 1 an.

Bibliographie

1. Aaron, R. V., Blain, S. D., Snodgrass, M. A., & Park, S. (2020). Quadratic Relationship Between Alexithymia and Interoceptive Accuracy, and Results From a Pilot Mindfulness Intervention. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 132. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00132>
2. Alman, B. (2001). Medical Hypnosis : An Underutilized Treatment Approach. *The Permanente Journal, 5*(4), 35-40.
3. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
4. Bauermann, T. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2008). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality and Individual Differences, 45*(4), 318-322. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.04.019>
5. Bazydlo, R., Lumley, M. A., & Roehrs, T. (2001). Alexithymia and Polysomnographic Measures of Sleep in Healthy Adults: *Psychosomatic Medicine, 63*(1), 56-61. <https://doi.org/10.1097/00006842-200101000-00007>
6. Beck, F., Richard, J.-B., & Léger, D. (2013). Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85ans). *Revue Neurologique, 169*(12), 956-964. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2013.02.011>
7. Blank, M., Zhang, J., Lamers, F., Taylor, A. D., Hickie, I. B., & Merikangas, K. R. (2015). Health Correlates of Insomnia Symptoms and Comorbid Mental Disorders in a Nationally Representative Sample of US Adolescents. *Sleep, 38*(2), 197-204. <https://doi.org/10.5665/sleep.4396>
8. Bollu, P. C., & Kaur, H. (2019). Sleep Medicine : Insomnia and Sleep. *Missouri Medicine, 116*(1), 68-75.

9. Brandt, J., & Leong, C. (2017). Benzodiazepines and Z-Drugs : An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs in R&D*, 17(4), 493-507. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>
10. Buysse, D. J. (2013). Insomnia. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 309(7), 706-716. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.193>
11. Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention : A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162-178. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000036>
12. Chamine, I., Atchley, R., & Oken, B. S. (2018). Hypnosis Intervention Effects on Sleep Outcomes : A Systematic Review. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(2), 271-283. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6952>
13. Cooper, D., Yap, K., & Batalha, L. (2018). Mindfulness-based interventions and their effects on emotional clarity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 235, 265-276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.018>
14. Cordi, M. J., Schlarb, A. A., & Rasch, B. (2014). Deepening Sleep by Hypnotic Suggestion. *Sleep*, 37(6), 1143-1152. <https://doi.org/10.5665/sleep.3778>
15. David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
16. De Gennaro, L., Martina, M., Curcio, G., & Ferrara, M. (2004). The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. *Psychiatry Research*, 128(3), 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.023>
17. Debellemanniere, E., Gomez-Merino, D., Erblang, M., Dorey, R., Genot, M., Perrault-Pierre, E., Pisani, A., Rocco, L., Sauvet, F., Léger, D., Rabat, A., & Chennaoui, M. (2018). Using relaxation techniques to improve sleep during naps. *Industrial Health*, 56(3), 220-227. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0092>

18. Dijk, D.-J. (2009). Regulation and Functional Correlates of Slow Wave Sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 5(2 Suppl), S6-S15.
19. Engin, E., Keskin, G., Dulgerler, S., & Bilge, A. (2010). Anger and alexithymic characteristics of the patients diagnosed with insomnia : A control group study: Anger and alexithymia of the insomniac patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 692-699. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01604.x>
20. Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cyrny, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression—Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.069>
21. Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Yamasaki, Y., Fukui, T., Tatemichi, M., Sei, H., Morita, Y., Horiguchi, E., & Rahe, R. H. (1997). Sleep characteristics of Japanese working men who score alexithymic on the Toronto Alexithymia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 84(3 Pt 1), 859-865. <https://doi.org/10.2466/pms.1997.84.3.859>
22. Gay, M.-C., Hanin, D., & Luminet, O. (2008). Effectiveness of an hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemporary Hypnosis*, 25(1), 1-13. <https://doi.org/10.1002/ch.344>
23. Gennaro, L. D., Ferrara, M., Curcio, G., Cristiani, R., Lombardo, C., & Bertini, M. (2002). Are polysomnographic measures of sleep correlated to alexithymia ? A study on laboratory-adapted sleepers. *Journal of Psychosomatic Research*, 5.
24. Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Grömlger, R., Franke, G. H., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3), 189-194. <https://doi.org/10.1159/000119739>
25. Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C., & Falissard, B. *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. 213. Inserm, Juin 2015.

26. Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis : A Systematic Review of Meta-analyses. *Deutsches Arzteblatt Online*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>
27. Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders : A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *43*, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
28. Hyypä, M. T., Lindholm, T., Kronholm, E., & Lehtinen, V. (1990). Functional insomnia in relation to alexithymic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Medicine*, *6*(4), 277-283. <https://doi.org/10.1002/smi.2460060406>
29. Inserm. *Insomnie*. (2021, mai 31). La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/insomnie>.
30. Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems : A brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, *6*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-21>
31. Kronholm, E., Partonen, T., Salminen, J. K., Mattila, A. K., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia, depression and sleep disturbance symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*(1), 63-65. <https://doi.org/10.1159/000110063>
32. Lam, T.-H., Chung, K.-F., Yeung, W.-F., Yu, B. Y.-M., Yung, K.-P., & Ng, T. H.-Y. (2015). Hypnotherapy for insomnia : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, *23*(5), 719-732. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.07.011>
33. Léger, D. (2008). Conséquences économiques du manque de sommeil et son impact sur la qualité de vie. *Médecine du Sommeil*, *5*(18), 19-23. [https://doi.org/10.1016/S1769-4493\(08\)70188-2](https://doi.org/10.1016/S1769-4493(08)70188-2)
34. Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy?: The Need for Plurality in Treatment and Research. *JAMA*, *318*(14), 1323. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737>

35. Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression : A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006>
36. Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder : A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
37. Lundh, L.-G., & Broman, J.-E. (2006). Alexithymia and insomnia. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1615-1624. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.026>
38. Ma, Q., Zhang, X., & Zou, L. (2020). The Mediating Effect of Alexithymia on the Relationship Between Schizotypal Traits and Sleep Problems Among College Students. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00153>
39. Montgomery, G. H., Sucala, M., Dillon, M. J., & Schnur, J. B. (2018). Interest and Attitudes about Hypnosis in a Large Community Sample. *Psychology of consciousness (Washington, D.C.)*, 5(2), 212-220. <https://doi.org/10.1037/cns0000141>
40. MOREAU Sandie. Insomnie chronique de l'adulte : Développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale. Elaboration d'un guide sur l'usage des TCC-I en médecine de ville et évaluation par des généralistes d'Ile-de-France (136 pages). Th D, médecine générale, Paris 7, 2014, n° non disponible
41. Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Current Addiction Reports*, 3(2), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0097-8>
42. Morin, C., Leblanc, M., Daley, M., Gregoire, J., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia : Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>

43. Murphy, J., Wulff, K., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Alexithymic traits, independent of depression and anxiety, are associated with reduced sleep quality. *Personality and Individual Differences, 129*, 175-178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.023>
44. Norman, H., Marzano, L., Coulson, M., & Oskis, A. (2019). Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia : A systematic review. *Evidence Based Mental Health, 22*(1), 36-43. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300029>
45. Ozyurek, S., Kaya, E., Kaplan, C., Kose, O., Sivrioglu, A. K., Atik, A., Carli, A. B., & Kiralp, M. Z. (s. d.). *THE RELATIONSHIP BETWEEN ALEXITHYMIA AND SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS*. Acta Medica Mediterranea, 2013, 29;555.
46. Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groseelj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research, 26*(6), 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
47. Roebuck, A., Monasterio, V., Geder, E., Osipov, M., Behar, J., Malhotra, A., Penzel, T., & Clifford, G. (2014). A review of signals used in sleep analysis. *Physiological measurement, 35*(1), R1-57. <https://doi.org/10.1088/0967-3334/35/1/R1>
48. ROVIRA, A. Présentation du protocole ALEXART : évaluation de l'art-thérapie sur l'alexithymie chez des patientes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie, étude pilote (127 pages). Th D, psychiatrie, Toulouse, 2019, 2019 TOU3 1516
49. Rufer, M., Albrecht, R., Zaum, J., Schnyder, U., Mueller-Pfeiffer, C., Hand, I., & Schmidt, O. (2010). Impact of Alexithymia on Treatment Outcome : A Naturalistic Study of Short-Term Cognitive-Behavioral Group Therapy for Panic Disorder. *Psychopathology, 43*(3), 170-179. <https://doi.org/10.1159/000288639>
50. Ruiter, M. E., Lichstein, K. L., Nau, S. D., & Geyer, J. (2012). Personality Disorder Features and Insomnia Status amongst Hypnotic-Dependent Adults. *Sleep medicine, 13*(9), 1122-1129. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.05.004>

51. Saddichha, S. (2010). Diagnosis and treatment of chronic insomnia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 13(2), 94-102. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.64628>
52. Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest*, 146(5), 1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
53. Sftg - Has. (2007). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine du Sommeil*, 4(14), 5-27. [https://doi.org/10.1016/S1769-4493\(07\)70020-1](https://doi.org/10.1016/S1769-4493(07)70020-1)
54. Shahly, V., Berglund, P. A., Coulouvrat, C., Fitzgerald, T., Hajak, G., Roth, T., Shillington, A. C., Stephenson, J. J., Walsh, J. K., & Kessler, R. C. (2012). The Associations of Insomnia With Costly Workplace Accidents and Errors : Results From the America Insomnia Survey. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1054. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2188>
55. Sifneos, P. E.. *The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, ;22(2):255-62, DOI: 10.1159/000286529.
56. Steinberg, H., & Hegerl, U. (2014). Johann Christian August Heinroth on sleep deprivation as a therapeutic option for depressive disorders. *Sleep Medicine*, 15(9), 1159-1164. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.03.027>
57. Suzuki, T. (2005). Hypnotic imagery—Therapy for a hives patient with alexithymic characteristics. *Contemporary Hypnosis*, 22(2), 94-98. <https://doi.org/10.1002/ch.28>
58. Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.6.725>
59. Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77. <https://doi.org/10.1159/000075537>
60. Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N., & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 99, 298-310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>

61. Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: *A Meta-Analysis*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336-363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
62. Van de Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.07.007>
63. Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95-114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>
64. Willemsen, R., Haentjens, P., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2011). Hypnosis and Alopecia Areata: Long-term Beneficial Effects on Psychological Well-being. *Acta Dermato Venereologica*, 91(1), 35-39. <https://doi.org/10.2340/00015555-1012>
65. Wobst, A. H. K. (2007). Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future: *Anesthesia & Analgesia*, 104(5), 1199-1208. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000260616.49050.6d>

UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS L'INSOMNIE CHRONIQUE CHEZ LES PATIENTS ALEXITHYMIQUES : REVUE DE LITTÉRATURE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE

La relation entre hypnose, insomnie et alexithymie est à ce jour inconnue. L'insomnie est fréquente chez les sujets dits « alexithymiques », qui ont des difficultés à décrire et identifier leurs émotions ainsi qu'une pensée opératoire. Nous formulons l'hypothèse qu'un traitement par hypnose médicale de l'insomnie chronique améliore parallèlement l'alexithymie. Partant de 2 revues évaluant l'efficacité de l'hypnose dans l'insomnie chronique, nous avons réalisé 2 revues de littératures explorant la relation entre alexithymie, insomnie et thérapies psychocorporelles. L'hypnose est efficace pour traiter l'insomnie, l'alexithymie est associée à des troubles du sommeil, et peut diminuer par des approches psychocorporelles. Devant un manque de recherche dans ces domaines, nous formulons un protocole de recherche.

TITRE EN ANGLAIS : Use of hypnosis in chronic insomnia on alexithymic patients : review of the litterature and protocol of research

RESUME EN ANGLAIS :

The relationship between hypnosis, alexithymia and insomnia is, to this day, unknown. Insomnia is a frequent condition in people with alexithymia, which have difficulties identifying and expressing their emotions, as well as an externally focused thinking. We made the hypothesis that hypnosis therapy targeting sleep problems is effective in reducing both insomnia and alexithymia. Starting from 2 systematic reviews evaluating the efficacy of hypnosis on insomnia, we realized 2 reviews on the relationship between alexithymia, insomnia and mind body therapies. Hypnosis is effective for treating insomnia, alexithymia is associated with sleep troubles, and can be alleviated with mind body therapies. Since there is few researches on this topic, we made a research protocol.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : hypnose, insomnie, sommeil, alexithymie, revue, protocole de recherche, hypnosis, alexithymia, insomnia, mind body therapy, thérapie psychocorporelle, sleep

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Leonard AMETEPE