

BMJ

BMJ 2012;345:e4933 doi: 10.1136/bmj.e4933 (Published 31 July 2012) Page 1 of 14

RESEARCH

Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies

OPEN ACCESS

Tom C Russ alzheimer scotland clinical research fellow ^{1 2 3}, Emmanuel Stamatakis senior research associate and national institute for health research career development fellow ⁴, Mark Hamer principal research associate ⁴, John M Starr professor of health and ageing ^{1 2 3 5}, Mika Kivimäki professor of social epidemiology ⁴, G David Batty reader in epidemiology/wellcome trust fellow ^{3 4}

¹Scottish Dementia Clinical Research Network, NHS Scotland, Murray Royal Hospital, Perth, UK; ²Alzheimer Scotland Dementia Research Centre, University of Edinburgh, Edinburgh EH8 9JZ, UK; ³Centre for Cognitive Ageing and Cognitive Epidemiology, University of Edinburgh; ⁴Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK; ⁵NHS Lothian, Edinburgh

ANALYSE de L'ARTICLE

GROUPE BIBLIOGRAPHIE SPI

Dr Lionel Naccache

SYNTHESE

Cet article décrit la méthodologie et les résultats d'une étude conduite à grande échelle (**68200 personnes!**) dans le cadre d'une **Méta-analyse individuelle** de 10 grandes études de cohortes prospectives de l'enquête anglaise de santé. L'étude porte sur une **durée de 8 années**. L'objectif était de **chercher et, le cas échéant, quantifier l'existence éventuelle d'une association entre détresse psychologique (troubles anxieux et/ou dépressifs) et mortalité pour 3 types de causes** (cardiovasculaires y compris cérébro-vasculaires, néoplasiques et externes).

Les participants sont des **adultes de la population générale âgés de 35 ans et plus**, vivant en habitation privée. Les conditions d'entrée excluent les personnes atteintes de pathologie somatique cliniquement patente.

La détresse psychologique est mesurée par le **Test GHQ 12**, qui offre une échelle unidimensionnelle de détection et de mesure de détresse psychologique. Un score de 4 à 12 est interprété comme présence « d'un cas de détresse psychologique » d'intensité proportionnelle au score; les scores de 0 à 3 sont considérés comme des « non-cas » de détresse.

Les résultats ont été ajustés à la présence éventuelle de multiples **covariables**: âge, sexe, classe socio-professionnelle, IMC, pression artérielle, activité physique, consommation tabagique et éthylique, présence d'un diabète.

Les cas de **causalité inverse** ont été éliminés. Il s'agit des cas où la détresse psychologique s'avère à posteriori être la conséquence précoce d'une pathologie somatique infra clinique.

Les 3 groupes causaux de mortalité : cardio-vasculaires, cancers, externes; ont été regroupés à partir des données des **CIM 9 & 10**.

Les résultats statistiques démontrent l'existence d'une association entre détresse psychologique et mortalité par causes cardio-vasculaires et externes. Cette association est similaire pour ces 2 ordres de causes. Elle concerne également les faibles niveaux de détresse psychologique et comporte une relation dose - réponse entre le niveau de la détresse et son association au risque de mortalité. L'association existe également pour la mortalité par cancer mais uniquement pour des scores élevés au GHQ 12 (supérieurs ou égaux à 6).

COMMENTAIRES PSI

(Rédigés en relation avec le Pr STORA).

L'association statistique entre détresse psychologique et certaines causes de mortalité établie par cette étude s'avère **très forte: nombre de patients, indépendance à la présence de co-variables, élimination de la causalité inverse, existence d'une relation dose-réponse.**

La causalité inverse justifie l'importance accordée par la PSI à la notion **d'inconscient somatique et d'angoisse d'origine somatique.**

Le test GHQ (12 & 28) est un bon test de dépistage de la détresse psychologique. Son utilisation, pour autant, **n'offre pas de possibilités d'investigation tant du fonctionnement mental que des relations existant entre son organisation et les différents systèmes et organes somatiques.**

La mise au jour de cette association permet de soutenir que la détresse psychologique constitue, sur la période concernée, un facteur de risque pour les causes de mortalité étudiées.

L'association établie atteste d'une corrélation entre détresse psychologique première et événements somatiques entraînant les causes de mort concernés. Néanmoins, bien que l'étude en soit très suggestive, elle n'établit pas formellement un lien de causalité.

L'existence de cette corrélation **met nécessairement en perspective le concept de somatisation**, pivot central et essentiel des **liens de continuité entre corps et esprit.**

Il est donc nécessaire de préciser l'approche théorique des processus de somatisations que développe la Psychosomatique Intégrative (PSI) dans son « Méta-modèle psychosomatique ». Celle-ci se trouve confortée par les résultats de cette étude. (Voir infra « Eléments généraux du Méta-modèle de la PSI ».

Enfin le fait que l'étude révèle que seuls de hauts niveaux de détresse psychologique induisent un facteur de risque statistique de mortalité par cancer est intéressant; du point de vue de la PSI. Il atteste d'une part de **corrélations entre psychisme et cancers.** Et d'autre part, de **la nécessité de très fortes surcharges imposées à l'appareil mental pour impacter son rôle défensif à l'égard de ces pathologies.**

ELEMENTS GENERAUX DU META-MODELE PSYCHOSOMATIQUE

Ce Méta-modèle a été conçu et développé par le Pr STORA.

Appareil de liaisons entre pensées affectés (émotions et sentiments) et comportements, le système psychique porte la charge de la structuration des défenses mentales.

Il est utile de préciser que **la détresse est un signal d'alarme dont l'origine remonte aux premiers temps de la vie lorsque le nourrisson se sent menacé sans comprendre la nature de la menace ; nous interprétons le signal de détresse du nourrisson comme une menace de nature diffuse.**

La détresse psychologique doit être pensée comme étant **réactionnelle**. Elle est **générée, en effet, par les difficultés inhérentes aux évènements de vie difficiles voire stressseurs**. Que ces évènements soient d'origine « endogène » c'est-à-dire **intra-psychique** ou qu'ils proviennent de **l'environnement**. Pour la PSI, la détresse signale l'**existence d'un débordement des capacités de prise en charge mentale par l'appareil psychique. Celui-ci se trouvant surchargé par les sollicitations** qui sont adressées à son **activité défensive**. Le système psychique peut, en effet se trouver, comme tout système, face aux limites de ses capacités de fonctionnement (voire être court-circuité dans les cas gravissimes responsables d'une **sidération de l'appareil psychique**, par exemple dans les suites immédiates des situations de **psychotraumatismes**).

C'est donc l'**insuffisance des possibilités de prise en charge défensive de l'appareil mental, qui restreint la participation de ce système aux régulations de l'homéostasie globale, qui est somatique et psychique, biologique et mentale.**

En termes « **économiques** », on peut formuler le fait que les sollicitations induites par les évènements de vie, imposent à l'appareil psychique des « **quantum d'excitations** » de niveau plus ou moins élevés selon l' **exigence adaptative qu'ils nécessitent**. Le principe de constance du milieu intérieur (**principe d'homéostasie**) impose la **contrainte que ces excitations soient liées et écoulées**. En l'absence de « **traitement** » mental de leur devenir, **les excitations sont transmises aux sous-systèmes neuronaux** (cf l'ouvrage du Pr Stora « Quand le corps prend la relève »). **Ces sous-systèmes** (cf infra, note du Pr Stora sur les sous-systèmes neuronaux) **prennent dès lors en charge l'écoulement des excitations transmises non liées psychiquement**. Les régulations deviennent dès lors purement somatiques, sans les possibilités qu'offre la dimension mentale « psychisée ».

On comprend dès lors **l'opposition radicale à toute idée de « psychogénèse » dans cette approche conceptuelle.**

Le système nerveux autonome et l'axe hypothalamo-hypophysaire sont en première ligne des conséquences de la transmission aux sous-systèmes neuronaux. C'est la permanence dans le temps de la prise en charge exclusive par les régulations biologiques (notion essentielle de « temps de latence ») et/ou l'intensité ponctuelle du quantum d'excitation (cas des états de choc émotionnels) qui sont responsables du déséquilibre de l'homéostasie globale, et de la perturbation des systèmes somatiques constitutifs de l'unité psychosomatique (systèmes nerveux central, psychique, nerveux autonome, immunitaire et génomique). Et, in fine, des troubles fonctionnels, voire le cas échéant des atteintes somatiques par surcharge durable ou excès suraigu de sollicitations: dysfonctionnements physiologiques voire lésions d'organe selon l'intensité quantitative et la permanence des sollicitations dans le temps.

ELEMENTS FONDAMENTAUX DE CONTINUUM PSYCHOSOMATIQUE

(Extraits de l'Ouvrage « La dernière étreinte : F. de Waal. Ed

: LLL »)

La question centrale de la pensée psychosomatique intégrative est celle du **devenir économique interne des perturbations qui affectent l'individu** considéré comme Unité Psychosomatique. Les affects regroupent l'ordre émotionnel et celui des sentiments. En effet, l'ordre émotionnel relève d'automatismes neurologiques programmés avec leurs conséquences induites, biologiques intra-systémiques et comportementales. L'ordre des sentiments relève d'une dimension intrasubjective qui fait appel à la prise de conscience de ce qui arrive. Par là s'ouvre le champ des potentialités d'une dimension mentale subjective de traitement des affects. C'est à dire leur élaboration mentale conscientisée. On comprend dès lors la fonction de l'appareil psychique comme appareil ayant pour charge la liaison entre affects (émotions et sentiments), pensées et comportements aux fins d'identifier (percevoir consciemment c'est-à-dire **conscientiser**) ce qui arrive et élaborer une réponse mentale consciente qui met en jeu les fonctions neurologiques supérieures corticales frontales, qui ouvrent les possibilités des pensées rationnelle et symbolique.

« Les sentiments sont des états intérieurs subjectifs qui stricto sensu, ne sont connus que de celui qui les éprouve. Je sais quels sont mes sentiments à moi. Je ne sais pas quels sont les vôtres, à part ce que vous m'en dites. Les sentiments se communiquent par le langage. Les émotions, elles, sont des états du corps et de l'esprit qui induisent un certain comportement. Déclenchées par certains stimuli et accompagnées par des changements de comportement, elles sont repérables de l'extérieur d'après l'expression du visage, la teinte de la peau, le timbre de la voix, tel geste, telle odeur, et ainsi de suite. Vous devez prendre conscience de ces modifications pour qu'elles deviennent des sentiments. C'est pourquoi nous montrons nos émotions, mais nous parlons de nos sentiments ».

EXTRAIT DE LA NOTE SUR LES SOMATISATIONS

(Pr Stora Décembre 2018. Cours de l'IPSI).

2. le système de réaction de rage et de colère est activé par des états de frustration qui le mettent en oeuvre. Ce système est connu par les programmes de réponse motrice à la

perception de l'agression : **la réponse de combat**. Toutes les fonctions du corps sont mobilisées au niveau du système nerveux autonome pour préparer l'être humain à se battre : accroissement du rythme cardiaque, redirection du flux sanguin vers la musculature, etc. blocage du système digestif, du sphincter anal et des désirs sexuels. Tous ces changements sont orchestrés par des projections neuronales de l'amygdale (située dans le lobe temporal) reliées au système hypothalamique. Lorsque ce système est faiblement activé, il est déclenché par ce que l'on pourrait appeler de l'irritabilité due à la frustration d'activités qui n'ont pu être réalisées. On peut comprendre qu'un tel système est programmé pour assurer la survie des êtres vivants lors de rencontres violentes.

3. Le système de réaction de peur, générant des sentiments d'anxiété associés à la peur, est à l'origine **des réactions de fuite**.

Nous devons faire la différence entre les réactions d'attaque panique et les réactions d'anxiété et de peur ; ces dernières sont plus reliées à ce que nous appelons en psychanalyse le noyau paranoïde. Les benzodiazépines sont recommandées dans ce cas-là pour réduire le niveau d'anxiété de peur. Ce sont les parties latérales et centrales nucléiques du complexe de l'amygdale qui sont le coeur d'un tel système. À partir de l'amygdale il existe des projections neuronales vers l'hypothalamus antérieur et médian. Les réactions motrices de ce système sont proches du système rage-colère avec comme différence une transmission des excitations au niveau viscéral : diarrhées par exemple.

4. Le système de **séparation-détresse** ou système panique est non seulement associé avec de l'angoisse générée par la panique mais aussi avec les sentiments de tristesse et de perte accompagnant souvent les affects dépressifs. Le coeur neuronal d'un tel système est le gyrus cingulaire antérieur qui a des connexions avec de nombreux nucléi thalamiques et hypothalamiques. La neurochimie de ce système est dominée par les opioïdes endogènes; il semble aussi que l'ocytocine et la prolactine soient impliquées dans la mise en oeuvre de ce système qui relie des mécanismes émotionnels causés par la crainte de la séparation et le comportement maternel. On peut comprendre alors que les opioïdes endogènes aient pour rôle de réduire considérablement les sentiments de douleur liée à la séparation d'un objet aimé ou bien à sa perte.

Nous partageons avec les animaux l'ensemble de ses circuits programmés dans le système nerveux central.

En résumé, les excitations transitent par les systèmes neuronaux en cas de défaillance du système psychique. Les systèmes neuronaux traitent les excitations en activant les différents niveaux du vivant reliés à ces systèmes.