

Religion, spiritualité et rétablissement

Synthèse de la littérature

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux

Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Juin 2019
Déposé en Avril 2015

Un outil d'aide à la décision de l'UETMIS-SS

 Les liens qui nous unissent

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

SOMMAIRE

Une analyse sommaire de la littérature scientifique montre que l'intégration de la religion ou de la spiritualité (RS) aux services de santé mentale peut offrir des avantages pour certains usagers mais comporter des risques pour d'autres. Les effets contradictoires de la RS seraient dus à la façon dont elle est vécue. Si elle est utilisée positivement, c'est-à-dire comme une stratégie d'adaptation aux événements de la vie, la RS peut contribuer au rétablissement. À l'opposé, elle peut être vécue de façon conflictuelle, que ce soit envers Dieu ou une transcendance, envers autrui ou envers soi-même. Dans ces circonstances, la RS peut induire une détérioration de la santé mentale et de la qualité de vie. Pour distinguer si la RS sera bénéfique ou nuisible au rétablissement des usagers, les intervenants en santé mentale procèdent généralement par une évaluation de l'histoire de leur spiritualité. Si la RS est vécue positivement, diverses activités (ex. religieuses, de conscience de soi, d'intégration sociale, de soutien spirituel) sont ensuite intégrées au plan de rétablissement des usagers.

© CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins non commerciales ou personnelles est permise, à condition d'en citer la source.

Afin de citer ce document :

Beauchamp, Sylvie. (2019, déposé en 2015). Religion, spiritualité et rétablissement. Synthèse de la littérature. Montréal, QC : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS).

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISBN : 978-2-550-82260-8

www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca

AUTEURS

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Professionnel Scientifique

CONSEILLERS SCIENTIFIQUE

Anne Crocker, Ph. D.

Chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas

Éric Latimer, Ph. D.

Chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun à signaler.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	1
LISTE DE FIGURES.....	3
LISTE DE TABLEAUX.....	3
LISTE DE TABLEAUX.....	3
1 CONTEXTE DE LA DEMANDE	4
2 MÉTHODES.....	4
3 RÉSULTATS	5
4 L'EXEMPLE DE LA PRATIQUE AU LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH.....	12
5 CONCLUSION.....	13
RÉFÉRENCES.....	14
Annexe 1: Études exclues après lecture des titres et des résumés	15
Annexe 2 : Lignes directrices pour l'intégration de spiritualité aux services du <i>Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)</i>	17

LISTE DE FIGURES

Figure 1 : Diagramme de sélection des études.....	5
---	---

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des résultats de la revue systématique (1990–2010) de Bonelli et Koenig (1).....	7
Tableau 2 : Synthèse des résultats de la revue systématique réalisée par Koenig (6)	8

LISTE DE TABLEAUX

Encadré 1 : Instrument FICA	10
-----------------------------------	----

1 CONTEXTE DE LA DEMANDE

De nos jours, la recherche sur la spiritualité et la religion rend les intervenants en santé mentale de plus en plus sensibles au fait que ces pratiques peuvent offrir des avantages pour le rétablissement de certains usagers. Même si des activités ou rituels religieux (ex. messe) ou spirituelles (ex. rencontres AA) sont proposées à l'Institut Douglas, le Comité des usagers est d'avis que la religion et la spiritualité n'y sont pas suffisamment intégrées.

Leur demande d'augmenter les activités religieuses et spirituelles a été entendue par la direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Cependant, intégrer des telles activités ne peut être fait à la légère. Pour alimenter le débat quant aux personnes qui pourraient bénéficier ou être désavantagées par l'introduction ou non d'autres activités religieuses ou de spiritualité, l'UETMIS-SS a entrepris une évaluation sommaire de la littérature scientifique. Cette revue n'est pas systématique et ne vise donc pas à faire l'état de la question de la religion et de la spiritualité dans les services en santé mentale.

2 MÉTHODES

Une recherche documentaire a été menée le 18 novembre 2014 au moyen du moteur de recherche Medline et ProQuest Central¹. Puisque la question de la RS a été largement étudiée, la recherche a été limitée aux études de synthèse des données primaires comme les revues narratives et systématiques. Aucune limite n'a été imposée quant aux dates de publication. Toutefois, les articles devaient être rédigés en français ou en anglais et avoir fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Les études repérées ont ensuite été sélectionnées sur la base des critères d'inclusion / exclusion suivants :

Critères d'inclusion

- ✓ Études de synthèse portant sur la religion ou la spiritualité et la santé mentale;
- ✓ Études publiées en français ou en anglais.

Critère d'exclusion

- ✓ Ne respecte pas les critères d'inclusion

D'autres études scientifiques ont été ajoutées au corpus de la présente revue. Elles ont été repérées par la technique de boule de neige, à partir des articles qui ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Ces études ont été intégrés dans l'objectif de clarifier certaines questions qui y étaient abordées. Suivant le même principe, une littérature grise ciblée a aussi été consultée.

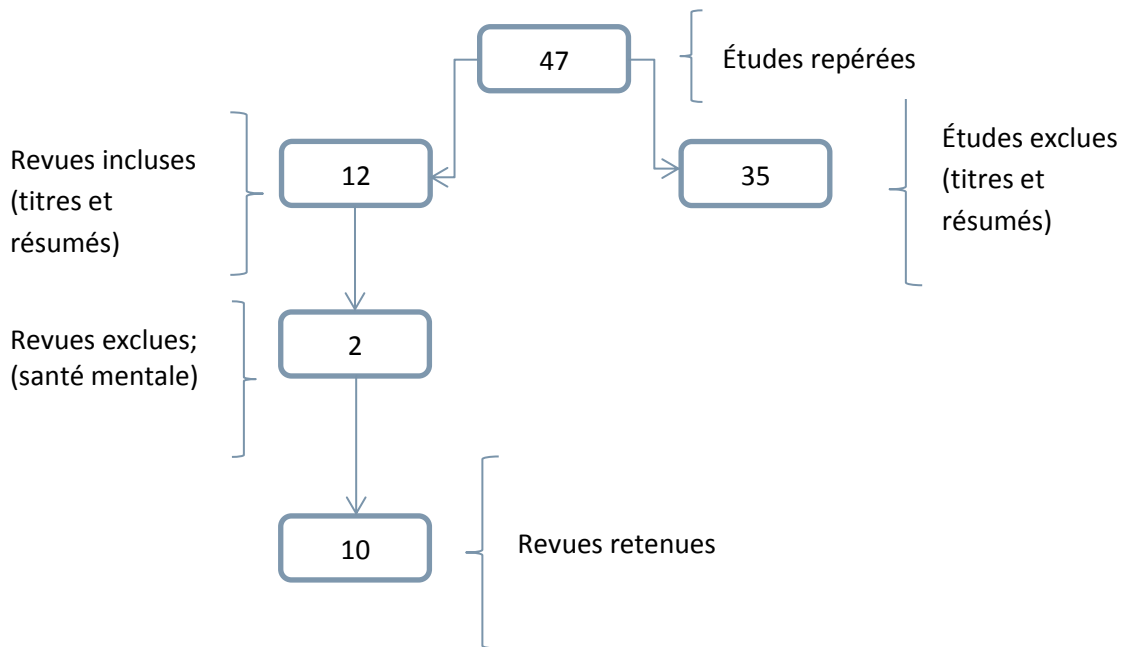
¹ La stratégie documentaire appliquée pour Medline est la suivante : mjmesh(mental health) AND ti((spirituality OR religion)) AND ti((review OR systematic review)).

La stratégie documentaire appliquée pour ProQuest Central est la suivante : AB((Mental OR Mental ill)) AND AB((spirituality OR religion)) AND AB((review OR systematic review)).

3 RÉSULTATS

La recherche documentaire a généré 47 documents, dont 35 ont été exclus après lecture des titres et des résumés (voir annexe A pour la liste de ces références). Douze études de synthèse publiées entre 1969 et 2014 ont été repérées (1-12). Du nombre, une a été exclue (11) du fait qu'elle traitait de la religion ou de la spiritualité auprès de patients atteints du cancer et a une autre parce qu'elle visait des personnes incarcérées (4); ces deux revues ne respectant pas ainsi les critères d'inclusion liés à la santé mentale. Ainsi dix revues constituent le corpus de la présente évaluation. La figure 1 présente le diagramme de sélection des études.

Figure 1 : Diagramme de sélection des études



La majorité des revues repérées porte sur des populations adultes, à l'exception de deux qui traitent d'adolescents (3, 12). La revue réalisée par Dew et coll. 2008 (3) vise à évaluer la relation entre la religion et la spiritualité sur les symptômes psychiatriques. Cent quinze articles ont été analysés. Du nombre, 61 portent sur l'usage de substances et non pas l'abus, 35 sur la délinquance (incluant parfois des mesures d'usage de substances), 21 sur la dépression, 20 sur le suicide et 6 sur l'anxiété. Vingt études traitent de plusieurs diagnostics. Les plus fréquentes mesures de religiosité et de spiritualité sont la participation à des activités ou des rituels religieux (fréquentations de l'église ou rencontres de jeunes croyants). Ces variables sont présentes dans plus de 50% des études analysées. Leurs résultats montrent que la majorité des études (92%) établissent une corrélation positive entre la religion et une meilleure santé mentale. Ces résultats permettent de supposer que la religion aurait un effet protecteur de la santé mentale des adolescents. Les données les plus probantes se trouvent dans les études portant sur l'usage de substances, mais émergent dans le même sens pour la délinquance, la dépression et la suicidabilité. Les auteurs concluent que l'hétérogénéité des conceptions de la religion et de la spiritualité rend la comparaison des études difficile et que la recherche devrait étendre la notion à des aspects davantage multidimensionnels.

Pour leur part, Wong et coll. (12) présentent les résultats d'une revue systématique dans laquelle la notion de santé mentale est à la fois comprise dans ses dimensions positives (ex. bien-être) et négatives (ex. dépression). La revue systématique inclut les publications parues entre janvier 1998 et décembre 2004. Vingt études ont été retenues. La religion et la spiritualité y sont traitées selon diverses catégories comme la fréquence de la prière, de la participation à des cérémonies religieuses ou à des rencontres de jeunes croyants, le bien-être spirituel ou religieux, les croyances et l'attitude envers la religion. Leurs résultats montrent que la plupart des études (18/20) trouvent une relation positive entre la religion et la spiritualité et la santé mentale. Des deux études qui n'ont pas démontré d'effets positifs, l'une portait sur un échantillon de participants Indiens asiatiques immigrants de première génération aux États-Unis. L'autre étude présente des résultats divergents dépendamment de la façon de mesurer la religion et la spiritualité. Parmi les études qui démontrent un effet positif de la religion et de la spiritualité, celles qui incluent des mesures de comparaisons variées, c'est-à-dire qui portent différents regards, tant institutionnelles qu'existentielles, apparaissent comme un meilleur indicateur de l'effet de la religion et de la spiritualité sur la santé mentale. À l'opposé, des mesures limitées à une perspective spécifique comme la dévotion idéologique ou personnelle ne seraient pas adéquats pour évaluer la religion et la spiritualité et conséquemment leur relation avec la santé mentale des adolescents. Ainsi, les auteurs mettent en garde des difficultés méthodologiques

La plus ancienne des études de synthèse repérée est celle de Sanua (8). Cette revue intègre des études empiriques qui traitent de la religion avec certains aspects associés à la santé mentale d'adultes, notamment l'ajustement psychosocial mesuré au moyen de tests objectifs. L'auteur pose l'hypothèse que les individus avec de fortes croyances religieuses peuvent trouver la paix de l'esprit à travers leur foi et, conséquemment, être "bien adaptés". Cependant, l'état des connaissances de l'époque n'a pas permis à l'auteur de valider son hypothèse.

Bonelli et Koenig (1) ont réalisé une revue systématique portant sur la religion et la spiritualité dans le domaine de la psychiatrie. La sélection des études était limitée aux publications psychiatriques listées au 25% supérieur du *ISI citation index*, 2010. Les auteurs ont analysé 43 études publiées entre 1990 et 2010 traitant de la relation entre la participation à des activités religieuses et spirituelles et des troubles mentaux. La qualité de chacune de ces études a été évaluée au moyen d'un guide méthodologique² rédigé par Cooper (2). Les résultats ont été classifiés selon deux axes : les groupes de diagnostics suivant la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD-10) et le niveau de preuve. Les auteurs rapportent que 31 études sur les 43 sélectionnés (72,1%) trouvent des relations positives entre la religion et la spiritualité et la santé mentale. Lorsque ces résultats sont différenciés selon les diagnostics, ils constatent que les effets positifs sont principalement associés à trois grandes classes des troubles mentaux, à savoir: la dépression, la dépendance et la suicidabilité. De plus, le niveau de preuve serait prometteur pour les troubles liés au stress et pour la démence. Cependant, les effets de la religion et de la spiritualité seraient non établis pour la schizophrénie et les troubles bipolaires (résultats mixtes), voire négatifs pour ces derniers. De plus, les données seraient

² Ce guide porte sur l'évaluation de la qualité à partir d'indicateurs comme le devis et la validité interne, le pouvoir statistique, la qualité et la fiabilité des mesures et la représentativité des échantillons.

absentes pour divers troubles, comme ceux de la personnalité, alimentaires ou anxieux phobiques. Le tableau 1 résume les résultats de la revue systématique réalisée par Bonelli et Koenig (1).

Tableau 1 : Résumé des résultats de la revue systématique (1990–2010) de Bonelli et Koenig (1)

Diagnostic (ICD-10)	Fortes données probantes	Quelques données probantes	Faibles données probantes	Aucune donnée probante
Démence		Relations positives		
Dépendance	Relation positive			
Schizophrénie			Résultats mixtes	
Troubles bipolaires			Résultats mixtes / résultats négatives	
Dépression	Relation positive			
Suicidabilité	Relation positive			
Troubles obsessionnels–compulsifs				–
Troubles anxieux phobiques				–
Troubles liés au stress		Relation positive		
Troubles alimentaires				–
Troubles de la sexualité				–
Troubles du sommeil				–
Troubles de la personnalité				–
Développement				–
Enfance				–

Deux revues systématiques ont été produites par Koenig (5, 6). Celle publiée en 2009 (5) est intégrée à celle de 2012 (6) et ne sera donc pas rapportée dans la présente évaluation. La revue systématique de 2012 vise à établir les relations entre la religion et la spiritualité et la santé physique et mentale ainsi que d'en dégager des pistes d'orientation pour la pratique. Seuls les résultats portant sur la santé mentale sont ici rapportés (6). L'auteur présente les résultats de la revue systématique en catégorisant les études selon des diagnostics, notamment : la dépression, la suicidabilité, l'anxiété, les troubles psychotiques et la schizophrénie, les troubles bipolaires et l'abus de substances. Le tableau 2 présente une synthèse des résultats de cette revue systématique. Les articles analysés ont été publiés avant 2010.

Tableau 2 : Synthèse des résultats de la revue systématique réalisée par Koenig (6)

	Nombre d'études	Résultats généraux	Résultats limités aux études de qualité supérieure
Dépression	444	EB : 272 (61%) EN : 28 (6%)	N : 178 EB : 119 (67%) EN : 13 (7%)
Suicidabilité	141	EB : 106 (75%) EN : 4 (3%)	N : 49 EB : 39 (80%) EN : 2 (4%)
Anxiété	299	EB : 147 (49%) EN : 33 (11%)	N : 67 EB : 38 (55%) EN : 7 (10%)
Troubles psychotiques	43	EB : 14 (33%) EN : 10 (23%) EM : 8 (19%)	N : 7 EB : 2 (29%) EN : 2 (29%) EM : 2 (29%) SE : 1 (14%)
Troubles bipolaires	4	EB : 2 (50%) EM : 2 (50%)	N : 2 EB : 1 EM : 1
Abus de substances	AI : 278 UAS : 185	EB-AI : 240 (86%); EN- AL : 4 (1%); EB-UAS : 155 (84 %); EN-USA : 2 (1%)	N - AI : 145 EB : 131 (90%); EN : 1 (0,005%) N- UAS : 112; EB : 96 (86%); EN : 1 (1%)

EB : effets ou relations bénéfiques

AI : usage, abus et dépendance à l'alcool

EN : effets ou relations néfastes

UAD : usage et abus de drogue

EM : effets ou relations mixtes

SE : sans effets ou relations

Dans le cas de la dépression, l'auteur souligne que parmi les 444 études analysées, 30 essais cliniques randomisés ont étudié l'effet d'interventions religieuses ou spirituelles. Du nombre, 19 (63 %) montrent que ces interventions offrent de meilleurs résultats que les traitements usuels et les groupes témoins (*control groups*). Les résultats sont similaires pour l'anxiété, dans une proportion de 32 essais cliniques randomisés, dont 22 (69 %) trouvent que les interventions religieuses ou spirituelles sont davantage bénéfiques que les traitements usuels et les groupes témoins. L'auteur ne précise toutefois pas les traitements reçus par les groupes de comparaison. Quant aux autres diagnostics, l'auteur présente les résultats en termes de relations (ou corrélations) avec la religion et la spiritualité sans spécifier, dans son ensemble, s'il s'agissait de mesures de l'effet. Il importe aussi de préciser que la majorité des études portant sur l'abus de substances auraient été menées auprès de jeunes en âge de fréquenter l'école secondaire ou le collège. Par ailleurs, une proportion significative des études primaires intégrées dans la revue de Koenig (6) ont été menées auprès de personnes physiquement malades (ex. fin de vie, cancer, arrêt cardiaque, maladie pulmonaire).

Dans une perspective de rétablissement, Schrank et coll. ont mené une revue systématique dont l'un des objectifs était de déterminer l'efficacité des interventions visant à favoriser l'espoir (9). Même si les interventions fondées sur le rétablissement démontrent un effet positif sur l'espoir, principalement comme résultat secondaire, aucune des interventions évaluées n'a été démontrée efficace pour l'améliorer. Selon les auteurs, les échelles d'évaluation de l'espoir seraient trop limitatives (ex. buts et réalisations) et empêcheraient ainsi de saisir l'espoir dans une dimension plus globale, incluant des facteurs psychologiques et sociaux. Néanmoins, ils proposent des interventions prometteuses pour favoriser l'espoir des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Parmi celles-ci, des interventions qui soutiennent divers facteurs positifs comme l'estime de soi et la spiritualité sont recommandées.

Snider et McPhedran ont produit une revue systématique portant sur les relations entre la religion ou la spiritualité et la santé mentale, limitée aux publications australiennes (10). Au total, 13 articles ont été considérés comme pertinents. Du nombre, six sont des opinions d'experts et ne sont pas intégrés dans la présente évaluation. Les sept autres études rapportent des résultats d'une collecte de données primaire. La qualité de ces dernières études n'a pas été évaluée par les auteurs. Les résultats montrent que la religion et la spiritualité peut être répandue dans la population australienne qui vit avec des troubles de santé mentale. Ce constat se fait généralement sur la base d'indicateurs subjectifs (importance perçue auprès des populations, effet positif sur la santé, protection lors de situations de crise en donnant sens à la vie, bien-être psychologique). Quelques études ont traité de la religion ou de la spiritualité comme un facteur de risque ou de protection de la santé mentale ou physique. Cependant, les données sont contradictoires et aucune conclusion ne peut être apportée, considérant l'état des connaissances dans le contexte australien.

La revue réalisée par Moreira-Almeida et coll. vise à dégager les preuves scientifiques afin de produire un guide de pratique pour l'intégration de la religion et de la spiritualité dans les services en santé mentale (7). Les auteurs relèvent que les connaissances scientifiques sont convergentes quant au besoin de collecter l'histoire de la spiritualité dans la pratique en santé mentale. L'histoire de la spiritualité inclut diverses dimensions comme les croyances, les rituels, les connections transcendantes, les perceptions de Dieu, les implications éthiques, les expériences mystiques, les pratiques religieuses communautaires ou privées.

Rapportant les travaux de leur propre groupe de recherche, les auteurs citent une revue systématique portant sur les instruments de cueillette de données sur la spiritualité (13). Les auteurs ont repéré 25 instruments de prise de l'histoire de la spiritualité. Ils les ont évalués sur la base de différents attributs (ex. facilité à mémoriser, validation, étendue des thèmes couverts). La plupart des instruments ont été développés pour la pratique clinique en général, tandis que deux l'ont été spécifiquement pour la psychiatrie, soit le *Royal College of Psychiatrists Assessment*³ et le *Spiritual Assessment Interview*⁴. Entre ces deux instruments, le *Royal College of Psychiatrists Assessment* s'est

³ Disponible à l'adresse Internet suivante :

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/therapies/spiritualityandmentalhealth.aspx>

⁴ Disponible à l'adresse Internet suivante : <http://www.spiritualcompetency.com/recovery/lesson7.html#interview>

démarqué en obtenant un score de 11/16 à l'évaluation. Il prend environ 20-25 minutes à passer et offre l'avantage d'être exhaustif sur des dimensions psychosociales. L'instrument qui a obtenu le plus haut score à l'évaluation (13/16) est le FICA (*faith, importance, community and address*). Il offre l'avantage d'être utilisable tant en psychiatrie qu'en pratique clinique générale et prend environ cinq minutes à passer. L'encadré 1 présente l'instrument FICA.

Encadré 1 : Instrument FICA

F: FAITH AND BELIEFS

- 1) What are your spiritual or religious beliefs?
- 2) Do you consider yourself spiritual or religious?
- 3) What things do you believe in that give meaning to your life?

I: IMPORTANCE AND INFLUENCE

- 1) Is it important in your life?
- 2) How does it affect how you view your problems?
- 3) How have your religion/spirituality influenced your behavior and mood during this illness?
- 4) What role might your religion/spirituality play in resolving your problems?

C: COMMUNITY

- 1) Are you part of a spiritual or religious community?
- 2) Is this supportive to you and how?
- 3) Is there a person or group of people you really love or who are really important to you?

A: ADDRESS

- 1) How would you like me to address these issues in your treatment?

Les auteurs proposent une marche à suivre pour recueillir l'histoire de la spiritualité de la personne. D'emblée, l'histoire de la spiritualité ne doit pas être prise en début d'entrevue, mais après qu'un certain rapport ait été établi. Elle doit être prise avec une curiosité respectueuse. Le langage doit aussi respecter les traditions spirituelles des patients. L'exploration peut commencer quand le patient indique que la spiritualité est importante pour lui (ex. utilise des mots religieux, porte des objets) ou par une question générale (ex. Quels sont vos sources de réconfort et de renforcement quand vous faite face à un problème ? Qu'est-ce qui vous aide à faire face à la maladie ?). Ces questions générales peuvent conduire à l'histoire de la spiritualité comme elles peuvent permettre de comprendre le point de vue de ceux qui ne sont pas religieux ou spirituels.

Selon Moreira-Almeida et coll. une autre approche consiste à explorer les racines socioculturelles ou l'histoire développementale de l'utilisateur (7). La plupart des guides recommanderaient de couvrir les questions suivantes :

- Questionner sur la foi en général (êtes-vous religieux, avez-vous la foi, la spiritualité est-elle importante pour vous);
- Questionner sur l'appartenance à une organisation ou une communauté religieuse (allez-vous à des rencontres, des activités, à quelle fréquence);
- Questionner sur la pratique privée (priez-vous, méditez-vous, lisez-vous des textes religieux, écoutez-vous des émissions religieuses, écoutez-vous des chants religieux);

- Questionner sur les conséquences (est-ce que la spiritualité influence votre façon de vivre ou de faire face aux problèmes courants, comment, certaines personnes disent que ça les aide, d'autres que ça les met en conflit ou en trouble, pour vous comment faites-vous face à vos problèmes courants);
- Questionner sur comment la communauté religieuse perçoit son problème ou son traitement (support, opposé, neutre);
- Questionner sur d'autres aspects ou besoins (autres besoins ou autres besoins spirituels).

L'entrevue initiale peut aussi amener à une entrevue plus en profondeur afin de connaître les conflits ou luttes religieuses en cause:

- Le style d'adaptation (*coping*) et de relation avec Dieu;
- Les possibles sources de détresse spirituelle;
- Les préoccupations morales relatives à des actions prises antérieurement;
- Les ressources de soutien au coping;
- Les expériences spirituelles qui peuvent avoir engendré la peur et le doute. Ces expériences doivent être différenciées des épisodes psychotiques et dissociatives;
- Le développement spirituel (expériences positives et négatives, traumatismes, environnement où il a grandi);
- Les conflits avec une communauté ou des enseignements religieux;
- Les croyances religieuses générales (ex. le pouvoir de Dieu, la vie après la mort, la réincarnation) (7).

Dans une revue repérée par la technique de boule de neige, Menezes et Moreira-Almeida ont mené un revue narrative dans l'objectif de déterminer différentes facettes de la relation entre la religion, la spiritualité et la psychose (14). Les auteurs concluent que le domaine de la religion et de la spiritualité et de la psychose se divise en deux catégories, à savoir : 1) les effets de la religion ou de la spiritualité sur les patients psychotiques et 2) la distinction diagnostique entre l'expérience de la religion ou de la spiritualité et les troubles psychotiques. Leurs résultats font écho aux deux revues repérées qui rapportent la faiblesse, de la preuve, voire l'absence de données probantes quant aux effets de la religion ou de la spiritualité pour les patients psychotiques (1, 6).

Les auteurs ont aussi révisé les critères proposés dans la littérature sur les diagnostics différentiels entre l'expérience spirituelle et les troubles mentaux. La présence des caractéristiques suivantes suggère que les expériences spirituelles peuvent ne pas être pathologiques :

- L'absence de souffrance psychologique : la personne ne se sent pas perturbée par son expérience;
- L'absence d'obstacles sociaux ou occupationnels : l'expérience ne compromet pas les relations et les activités de la personne;
- L'attitude critique de l'expérience : la capacité de percevoir la nature inhabituelle de l'expérience est préservée;

- La compatibilité de l'expérience avec certaines traditions religieuses : l'expérience de la personne peut être comprise à l'intérieur de concepts et de pratiques de traditions religieuses établies;
- L'absence de troubles psychiatriques concomitants : il n'y a pas d'autres troubles mentaux ou d'autres symptômes pouvant suggérer un désordre mental en dehors de ceux liés aux expériences spirituelles;
- Le contrôle sur l'expérience : la personne est capable de diriger son expérience dans le bon lieu et au bon moment pour qu'elle se présente;
- La vie devient davantage significative : la personne recherche une compréhension plus globale de sa propre vie;
- La personne est sensible à aider les autres : la conscience élargie a permis de développer un profond lien avec les autres êtres humains.

Menezes et Moreira-Almeida ont aussi ajouté comme critère que l'expérience devrait être de courte durée et se produire occasionnellement et qu'elle ne devrait pas avoir de caractère invasif de la conscience et sur les activités quotidiennes de la personne (14). Ce critère a été retiré de la liste car des personnes vivant une profonde spiritualité (ex. moines tibétains et bénédictins, sœurs ursulines) pourraient ainsi se voir étiquetées d'avoir des comportements pathologiques.

4 L'EXEMPLE DE LA PRATIQUE AU LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Sur la base que la spiritualité est l'une des dimensions du bien-être et du rétablissement, le *Joint Commission Accreditation* 2011 a mandaté tous les établissements de soins accrédités de procéder à l'évaluation de la spiritualité pour tous les usagers (15). Le *Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)*⁵ en collaboration avec des représentants de divers groupes d'intérêts, incluant un Comité cléricale consultatif, a publié des lignes directrices qui donnent des orientations cliniques aux professionnels pour qu'ils puissent prendre en considération les croyances, les besoins et les pratiques spirituelles de tous les usagers et leur famille (voir annexe B)⁶. Ces lignes directrices doivent faire partie intégrante de l'évaluation de la santé mentale, de la formulation des objectifs et de la planification du traitement et du suivi. L'approche doit être sensible aux différences culturelles et interdit toute forme de prosélytisme ou référence des usagers à des organisations religieuses spécifiques.

Yamada et coll. ont évalué l'intégration du guide de pratique deux à trois mois suivant la publication du guide de pratique pour deux types de centres de soutien (*Wellness et client-run centers*) (15). Ces deux types de centres offrent un soutien par les pairs, à la différence que le *run center* n'offre pas d'évaluation de la santé et de services psychiatriques et embauche exclusivement des pairs. Cinq types de services y sont offerts, soit : des groupes de soutien à la spiritualité et des rencontres AA, des services

⁵ Le comté de Los Angeles présente l'une des plus fortes diversités ethnoculturelles des États-Unis. Le *Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)* bénéficie d'un budget annuel de 1,5 milliard \$.

⁶ Disponible au site Internet suivant : http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_178944.pdf

impliquant la religion, ou la pratique de la foi, des croyances (ex. la prière, lecture de textes sacrés), des programmes visant à promouvoir la paix intérieure ou le bien-être (ex. yoga, méditation, Tai Chi), des activités récréatives (ex. chant, musique, danse) et des activités d'implication dans la communauté (ex. visite de sites religieux, participation à des événements spirituels). Leurs résultats montrent que 98% (n=52) des centres rapportent offrir les services lorsque demandés.

5 CONCLUSION

L'évaluation des études de synthèse analysées montre qu'il y a suffisamment de données pour conclure des effets bénéfiques de la religion ou de la spiritualité pour la dépression et l'anxiété. De plus, les effets bénéfiques sont probants pour l'usage, l'abus et la dépendance à l'alcool, pour l'usage et l'abus de drogues de même que pour la suicidabilité; ce qui est congruent avec les valeurs religieuses ou spirituelles. Cependant, les données sont contradictoires pour les troubles psychotiques et quasi inexistantes pour les troubles bipolaires. Il est à noter que peu d'études de qualité ont traité de ces derniers diagnostics (voir tableau 2). Par ailleurs, l'évaluation des effets de la religion ou de la spiritualité est une tâche complexe qui nécessite l'identification d'indicateurs mesurables. L'espoir, le bien-être, la vie intérieure sont des indicateurs des effets que pourrait avoir la religion ou la spiritualité, mais ils sont difficilement mesurables.

Dans une perspective de rétablissement, l'évaluation de l'historique de la spiritualité est proposée pour être intégrée plan d'intervention. Diverses activités peuvent alors être offertes pour considérer la religion et la spiritualité dans les services en santé mentale. Le *Royal College of Psychiatrists* a d'ailleurs pris fermement position sur cette question et en fait la promotion auprès de ses membres⁷. Cependant, la principale barrière à l'implantation est la propre spiritualité (ou l'absence) et la sensibilité des cliniciens sur la question. Les stratégies possibles pour surmonter cette barrière à la mise en œuvre consistent à favoriser la compétence culturelle des cliniciens et à augmenter leur sensibilité sur la question. Les moyens proposés sont :

- La diffusion des connaissances (ex. formation médicale continue, matériels didactiques, conférences);
- Des directives professionnelles concernant l'évaluation holistique des usagers et centrée sur l'usager;
- L'intégration de contenu portant sur la spiritualité et la santé dans les cours de médecine (7).

⁷ Voir le site Internet du *Royal College of Psychiatrists* à l'adresse suivante :
<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/therapies/spiritualityandmentalhealth.aspx>

RÉFÉRENCES

1. Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of Religion and Health*. 2013;52(2):657-73. doi: 10.1007/s10943-013-9691-4.
2. Cooper HM, Cooper HM. *Integrating research : a guide for literature reviews*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications; 1989.
3. Dew RE, Daniel SS, Armstrong TD, Goldston DB, Triplett MF, Koenig HG. Religion/Spirituality and Adolescent Psychiatric Symptoms: A Review. *Child Psychiatry and Human Development*. 2008;39(4):381-98. doi: 10.1007/s10578-007-0093-2.
4. Eytan A. Religion and mental health during incarceration: a systematic literature review. *The Psychiatric quarterly*. 2011;82(4):287-95. doi: 10.1007/s11126-011-9170-6.
5. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(5):283-91.
6. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012;2012. doi: 10.5402/2012/278730.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*. 2014;36(2):176-82.
8. Sanua VD. Religion, mental health, and personality: a review of empirical studies. *The American journal of psychiatry*. 1969;125(9):1203-13.
9. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social science and medicine*. 2012;74(4):554-64. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008.
10. Snider A-M, McPhedran S. Religiosity, spirituality, mental health, and mental health treatment outcomes in Australia: a systematic literature review. *Mental Health, Religion & Culture*. 2014;17(6):568-81. doi: 10.1080/13674676.2013.871240.
11. Visser A, Garszen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-oncology*. 2010;19(6):565-72. doi: 10.1002/pon.1626.
12. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in mental health nursing*. 2006;27(2):161-83.
13. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti ALG. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (New York, NY)*. 2013;9(3):159-70. doi: 10.1016/j.explore.2013.02.004.
14. Menezes A, Jr., Moreira-Almeida A. Religion, spirituality, and psychosis. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(3):174-9. doi: 10.1007/s11920-010-0117-7.
15. Yamada AM, Subica AM, Kim MA, Van Nguyen K, Lim CS, Mancuso LL. State of spirituality-infused mental health services in Los Angeles County wellness and client-run centers. *Adm Policy Ment Health*. 2014;41(6):835-44. doi: 10.1007/s10488-014-0536-6.

Annexe 1: Études exclues après lecture des titres et des résumés

1. Bailey, B. (2000). A white paper on aboriginal education in universities. *Canadian Ethnic Studies*, 32(3), 126.
2. Boyd, J. H. (2008). Have We Found the Holy Grail? Theory of Mind as a Unifying Construct. *Journal of Religion and Health*, 47(3), 366-385. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-008-9169-y>
3. Hurley, J. (2008). Invade Your Own Privacy: Self-truth as the First Step Towards Discovering 'Other' Truth in Educational Research. *International Journal of Pedagogies & Learning*, 4(1), 5-13.
4. Jeanfreau, S., Porche, D., & Lee, O. D. (2010). Determinants of Health: A Framework for Advanced Health Assessment. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(3), 226-227. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.12.012>
5. Larimore, W. L. M. D., Parker, M. D. S. W., & Crowther, M. P. M. P. H. (2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say? *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 69-73. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_08
6. Laura Weiss, R., & McAuliffe, T. L. (2006). Investigators' Affirmation of Ethical, Safeguard, and Scientific Commitments in Human Research. *Ethics & Behavior*, 16(2), 135-150. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb1602_4
7. Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health*, 6(6), 749-769. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/ahe.10.70>
8. Low, S. A. (1997). MENTAL CULTIVATION IN GUTHLAC B. *Neophilologus*, 81(4), 625-636. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1004215426739>
9. Lysne, C. J., & Wachholtz, A. B. (2011). Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions*, 2(1), 1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel2010001>
10. Mohr, W. K. (2006). Spiritual Issues in Psychiatric Care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3), 174-183.
11. Morgan, G. (2010). Independent advocacy and the "rise of spirituality": views from advocates, service users and chaplains. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(6), 625.
12. Nichols, L. M., & Hunt, B. (2011). The Significance of Spirituality for Individuals with Chronic Illness: Implications for Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 51-66. doi: 10.1001/jama.279.19.1548
13. Owen, S., & Khalil, E. (2007). Addressing diversity in mental health care: A review of guidance documents. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 467.
14. Paris, J. M. D. (2009). Many Hands Make Light Work: Thank You. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(1), 1.
15. Park, C. L., Wortmann, J. H., Hale, A. E., Cho, D., & Blank, T. O. (2014). Assessing quality of life in young adult cancer survivors: development of the Survivorship-Related Quality of Life scale. *Quality of Life Research*, 23(8), 2213-2224. doi: 10.1002/cncr.22107 <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-014-0682-z>
16. Peter, C., Müller, R., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. *Spinal Cord*, 50(3), 188-201. doi: 10.1007/s00391-009-0090-0 [.http://dx.doi.org/10.1038/sc.2011.125](http://dx.doi.org/10.1038/sc.2011.125)
17. Samaan, R. A. (2000). The influences of race, ethnicity, and poverty on the mental health of children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11(1), 100-110.

18. Sessanna, L., Finnell, D. S., Underhill, M., Chang, Y.-P., & Peng, H.-L. (2011). Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1677.
19. Slife, B. D., Hope, C., & Nebeker, R. (1999). Examining the Relationship between Religious Spirituality and Psychological Science. *Journal of Humanistic Psychology*, 39(2), 51-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0022167899392005>
20. Tripathi, M., & Asthana, H. S. (2013). Spirituality and religiosity as coping strategies in terminal illness. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(5), 1180-1184.
21. Uppal, G., & Bonas, S. (2014). Constructions of dementia in the South Asian community: a systematic literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(2), 143.
22. Van Ness, P. H., & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 386-397.
23. Wendel, R. (2003). Lived religion and family therapy: What does spirituality have to do with it? *Family Process*, 42(1), 165-179.
24. Baetz, M. M. D. F., & Toews, J. M. D. F. (2009). Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 292-301. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
25. Bennett, K., Shepherd, J., & Janca, A. (2013). Personality disorders and spirituality. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 79.
26. Blanch, A. (2007). Integrating Religion and Spirituality in Mental Health: The Promise and the Challenge. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 251.
27. Bryant-Davis, T., Ellis, M. U., Burke-Maynard, E., Moon, N., Counts, P. A., & Anderson, G. (2012). Religiosity, spirituality, and trauma recovery in the lives of children and adolescents. *Professional Psychology : Research and Practice*, 43(4), 306.
28. Camp, M. E. (2011). Religion and spirituality in psychiatric practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(6), 507.
29. Cook, C. C. H. (2011). The faith of the psychiatrist. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 9.
30. Hefti, R. (2011). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel2040611>
31. Kruse, T. (2005). Mental Health and Spirituality in Later Life. *Families in Society*, 86(3), 443-445.
32. Mohr, S. (2011). Integration of Spirituality and Religion in the Care of Patients with Severe Mental Disorders. *Religions*, 2(4), 549-565. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/rel2040549>
33. Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for Clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
34. O'Leary, R. D. J. (2005). Spirituality and Mental Health Breakthrough. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 543.
35. Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. doi:10.1097/yco.0000000000000080

Annexe 2 : Lignes directrices pour l'intégration de spiritualité aux services du Los Angeles County Department of Mental Health (DMH)

Original Date: February 23, 2012 Parameter 4.15 Pg. 1 of 6

COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

OFFICE OF THE MEDICAL DIRECTOR

4.15 ASSESSMENT AND INTEGRATION OF SPIRITUAL INTERESTS OF CLIENTS IN THEIR

WELLNESS AND RECOVERY

Revised May 24, 2012

I. INTRODUCTION:

A. The parameters provided in this document were developed by the Los Angeles County Department of Mental Health (DMH) with input from representatives of various groups, including the DMH Clergy Advisory Committee, to provide staff guidance as they inquire about and address the spiritual beliefs, needs, and practices of all clients and families as applicable to clinical work. This collaboration should be an integral part of mental health assessment, goals formulation, and treatment planning, but should never be confused with proselytizing. DMH employees, students, volunteers or contractors (hereafter referred to as "staff"), are not permitted to proselytize under the auspices of the County of Los Angeles or the Department of Mental Health.

B. Staff should have the skills to address the spiritual and religious interests, beliefs and worldviews of clients and families in order to integrate these into treatment goals whenever appropriate, recognizing that value-rich spiritual and religious concepts are often at the core of hope, wellness, recovery and the therapeutic processes.

II. DEFINITIONS:

A. Family: Parents, siblings, children, spouses, extended family, foster family, life partner and other persons who are significant in a personal support system.

B. Proselytize: To induce someone to convert to one's faith or spiritual beliefs.

C. Religion: A set of beliefs and practices designed to help an individual or group express and carry out their spirituality. (Provided by the DMH Clergy Advisory Committee.)

D. Spirituality: It is a person's deepest sense of belonging and connection to a higher power or transcendent life philosophy which may not necessarily be related to an organized religious institution. (Adapted from California Mental Health & Spirituality Initiative with input from the DMH Clergy Advisory

Committee.) Spirituality is a process of pursuing meaning and purpose in life (Marvin J. Southard, D.S.W., 2009).

E. Worldview: “Worldview” refers to the manner in which a culture sees and expresses its relation to the world around it.⁴

III. ASSESSMENT:

A. Staff should sensitively inquire about the client’s spirituality and/or religion. While this inquiry may be done at any time, staff should exercise professional judgment to assess the appropriateness of the inquiry. Staff should consider this inquiry as a part of an overall assessment and a critical component of identifying a client’s strengths, challenges and resources in order to more fully understand the client’s functioning.

B. Staff should communicate their reasons for asking questions about a client’s spirituality by incorporating the following practices:

1. Discuss the importance of this information for ensuring culturally sensitive DMH services for the best treatment and recovery outcomes.
2. Communicate that establishing a dialogue on this information is a matter of choice and not a requirement for DMH services, and that it will not be a basis for any form of discrimination or denial of services.
3. Emphasize the non-judgmental nature of the mental health assessment and treatment; especially as it relates to spirituality and/or religion.

C. Staff should assess key components of any spiritual or religious preferences and practices, including:

1. The wish to include spiritual or religious practice information as part of the care planning.
2. The meaning of spirituality to the client, including affinity to any specific spiritual or religious group/organization/practice.
3. Any spiritual or religious concerns or conflicts involving the client and other members of the support system, or others involved in the client’s life.
4. Any involvement from a spiritual community that has resulted in the client’s seeking and obtaining mental health services in the past.
5. The role spirituality or religion may have previously played in the client’s life.
6. The role spirituality or religion currently has in the client’s life, plans, or hopes, specifically as it relates to coping skills.
7. Current sources of spiritual or religious comfort or guidance.

IV. TREATMENT PLANNING:

A. Staff should include spiritual/religious dimensions as appropriate within treatment planning. For example:

1. The consideration of culturally competent spiritual and religious issues in case formulations, treatment planning and the development of the Client Care Coordination Plan (CCCP).
2. The inclusion of culturally relevant spiritual and religious support, resources and goals in recovery-based treatment planning.
3. The coordination of contact, when desired and appropriate, with spiritual counselors or advisors of the client's choosing and, ideally, with the client present, and with the stipulation that the:
 - a. Client's consent should be obtained before initiating contact.
 - b. Contact is treated with cultural sensitivity and respect.
 - c. Outcome of such contact is noted in the client's clinical record.

V. BOUNDARY ISSUES:

A. Staff should use sound professional judgment, taking into account personal, interpersonal and cultural effects on the client, when choosing to:

1. Share personal spiritual or religious information;
 2. Support client's or family's spiritual or religious activities; or
 3. Participate in such activities with a client (e.g., religious wedding or coming of age ceremony, funeral, etc.)
- B. Under no circumstances should staff take actions that create an appearance of proselytizing.

VI. ADMINISTRATIVE ISSUES:

A. DMH programs should act upon requests for specific services or available staff on the basis of spiritual or religious beliefs in an appropriate fashion, including:

1. Affirming that a consumer's ability to choose his/her therapist is important and that consideration will be given to such requests.
2. Clarifying that such requests will be honored to the degree possible.
3. Affirming the non-discriminatory and ethical nature of service/support offered by staff.

B. All DMH administrative and clinical activities, including any that are related to spiritual or religious practices or beliefs must comply with existing governmental regulations and recognized ethical and professional standards.

VII. STAFF TRAINING:

A. Spiritual/religious assessment, case formulation and treatment planning should be a part of both clinical and cultural competence training on an ongoing basis.

B. Topics covered by training should include:

1. Important clinical and administrative issues related to spiritual and religious aspects of assessment and treatment.
2. Definitions and explorations of spirituality, worldviews, and religious practices, as they relate to hope, wellness, and recovery.
3. Discussion of therapeutic dynamics and cultural biases related to spirituality and religion.
4. Discussion of the cultural context, relevance and variations in spirituality and religious practices in local and regional communities.
5. Assessing the role of spirituality and religion in the life experiences and mental health of clients and families.
6. Incorporating spiritual and religious beliefs and practices in case formulations, treatment planning, and overall treatment.
7. Understanding and noting how clients describe the quality and meaning (essence) of their experiences as they relate to spiritual and mental health practices.

VIII. DMH PROGRAM RELATIONSHIPS WITH THE SPIRITUAL AND RELIGIOUS COMMUNITIES

DMH programs should:

- A. Maintain an avenue for receiving appropriate referrals from local spiritual and religious resources.
- B. Assist clients and families to connect with the spiritual and religious resources of their choice in the community as appropriate and specifically on the client's request.
 1. Staff shall not make formal referrals for clients to a specific spiritual or religious resource.
- C. Always be sensitive to the value of information provided by spiritual or religious advisors and to the disclosure constraints they may face.
- D. Inform spiritual and religious communities about available mental health services.

E. Consult with the program manager if at some point staff learns that a specific religious practice the client is engaging in may be illegal or harmful to the client.

IX. REFERENCES:

A. California Mental Health and Spirituality Initiative

(<http://www.mhspirit.org/uploads/VALUESSTATEMENTRev2011-03-23.pdf>)

B. Southard, M.J. (2009), The Connection Between Mental Health and Spirituality, ([http://www.mhspirit.org/uploads/2009 conference Dr southards speechbyline. revMJS060710.pdf](http://www.mhspirit.org/uploads/2009%20conference%20Dr%20southards%20speech%20byline%20revMJS060710.pdf))

C. Toelken, B (1996). "Cultural Worldview." Dynamics of Folklore (revised and expanded edition), Logan: Utah State University Press, [263]

X. RESOURCES:

Listed below are some of the related informational resources.

A. Cornah, D. (2006). The impact of spirituality on mental health: A review of the literature. ([http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Mental Health Foundation spirituality reportx.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Mental%20Health%20Foundation%20spirituality%20reportx.pdf))

"In the past decade or so, researchers across a range of disciplines have started to explore and acknowledge the positive contribution spirituality can make to mental health. Service users and survivors have also identified the ways in which spiritual activity can contribute to mental health and wellbeing, mental illness and recovery."

B. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2007. Volume 30, No. 4, 287-294. "Spirituality has been cited as having a positive effect on mental health outcomes. . . .Results suggest that age, gender, having psychotic symptoms, having depressive symptoms, and having a higher global quality of life, hope and sense of community were all significant correlates of spirituality."

C. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2007. Volume 30, No 4. 247-249. "Emerging evidence about the beneficial impact of spirituality on recovery outcomes suggests that the successful incorporation of spiritual approaches into clinical practice has the potential to contribute to the next quantum leap in the development of effective, person-centered systems of care."

D. Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. Community Mental Health Journal, 39(6), 487-499. Corrigan, et coll, suggests that spirituality holds unique promise in fostering recovery from psychiatric disabilities.

E. Seybold, K & Hill P.C. (2001). The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health. <http://cdp.sagepub.com/content/10/1/21.short> An increased interest in the effects of religion and spirituality on health is apparent in the psychological and medical literature. Although religion in particular was thought, in the past, to have a predominantly negative influence on health, recent

research suggests this relationship is more complex. This article reviews the literature on the impact of religion and spirituality on physical and mental health, concluding that the influence is largely beneficial. Mechanisms for the positive effect of religion and spirituality are proposed.

F. Corresponding Committee on Religion, Spirituality and Psychiatry, American Psychiatric Association (2006). Religious/Spiritual Commitments and Psychiatric Practice: Resource Document. Retrieved from <http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/ResourceDocuments/200604.aspx>.

G. Dein, S. (2010). Religion, Spirituality and Mental Health, *Psychiatric Times*, 27 (1). (<http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/15098320>)

H. Puchalski, C. (2001). Role of Spirituality in Health Care, *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14 (4), 352-357. http://findarticles.com/p/articles/mi_6802/is_4_14/ai_n28127920/?tag=content;col