

Religion et fonctionnement du cerveau (partie 2) : les religions jouent-elles un rôle favorable sur la santé mentale ?

Religion and brain functioning (part 2) : do the religions have a positive impact on mental health ?

C. Kornreich¹ et H.-J. Aubin²

¹Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann, Laboratoire de Psychologie Médicale, ULB,

²Service d'Addictologie, Hôpital Paul Brousse, France

RESUME

L'influence de la religion sur la santé mentale a fait l'objet d'une littérature abondante caractérisée par de nombreuses difficultés méthodologiques : définition de la religion et de la spiritualité ; mesure de la pratique religieuse ; déconstruction de ses composantes en dimension sociale, cognitive influençant une vision du monde, ou encore méditative par l'implication dans la prière.

Les corrélations relevées entre certaines dimensions religieuses et des paramètres de santé mentale sont en outre trop souvent interprétées sous forme de causalités.

Malgré toutes ces restrictions, il apparaît que la religiosité, définie comme un concept global comprenant tous les aspects de la vie religieuse, pourrait représenter un facteur de protection par rapport à plusieurs problèmes mentaux, en particulier les abus de substances, la dépression, les suicides et les troubles anxieux.

Cet impact protecteur n'est pas dû aux religions en tant que telles mais aux phénomènes qui leur sont associés : prévention de comportements à risque en raison d'une morale partagée, support social, recherche de sens, de prévisibilité et de contrôle, et pratiques méditatives qui exercent une fonction régulatrice sur le stress chronique.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 87-96

ABSTRACT

Religion's impact on mental health has been largely studied, but results are often difficult to interpret due to methodological concerns : definition of religion and of spirituality ; measuring issues ; identification of specific components such as social dimension, cognitive schemas influencing world perception and meditating behaviors such as prayers.

Furthermore, correlations between religious dimensions and mental health variables are too often considered as evidence of causality.

Despite all those methodological problems, it appears that religiosity, defined as a global concept encompassing all aspects of religious life, might be a protective factor against several mental health problems, namely substance abuse, depression, suicide and anxiety disorders.

This protective property isn't likely due to religions per se, but to associated components : risky behaviors' prevention due to shared moral standards, social support, sense of meaning, purposefulness and control, and meditation habits, exercising an inhibiting influence on chronic stress.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 87-96

Key words : religion, brain functioning, mental health, psychiatry

INTRODUCTION

Les religions sont particulièrement répandues dans le genre humain et y jouent un rôle majeur. Nos

structures mentales pourraient être particulièrement accueillantes pour la religion et la pensée magique¹. De plus, les religions instituées offrent une structuration de l'espace social, une possibilité d'identification à des

groupes, et une entraide entre ses membres sous le couvert d'une assurance (partielle) de réciprocité.

La détresse psychologique suscite encore aujourd'hui un recours à la religion. Par exemple, 90 % des Américains ont déclaré avoir géré le stress induit par les événements du 11 septembre 2001 en recourant à la religion². Dans la semaine qui a suivi cette attaque, 60 % des Américains ont assisté à un office religieux et les ventes de bibles ont augmenté de 27 %³. Les patients psychiatriques ont longtemps été considérés comme étant l'objet de possession démoniaque mais les structures religieuses ont aussi fourni un accueil et une compassion relative pendant des siècles avant l'avènement des structures de soins telles que nous les connaissons aujourd'hui⁴. De très nombreuses publications ont été consacrées à l'impact des croyances et de la vie religieuse sur la santé mentale. Nous proposons d'en faire une synthèse à partir des études et méta-analyses pertinentes retrouvées à partir d'une recherche sur *PubMed*, *Google scholar* et *Medline* portant sur les mots clés " psychiatry, mental health, religion " à partir des années 1990.

Le terme " religiosité " est utilisé tout au long de l'article pour faire référence à un concept global comprenant tous les aspects de la vie religieuse, depuis les croyances jusqu'aux dimensions sociales telles que la fréquentation des lieux de culte.

IMPACT DE LA RELIGION SUR LA SANTE : DIFFICULTES METHODOLOGIQUES

Il est difficile de dissocier complètement santé mentale et santé physique : il s'agit d'une tradition cartésienne qui ne tient pas tout à fait la route car les deux aspects sont évidemment liés ne fût-ce qu'au travers d'habitudes de vie telles que la consommation de substances de type tabac ou alcool ou de la notion de stress. Le stress chronique a en effet un impact sur les maladies cardiovasculaires, sur l'obésité et sur l'immunité⁵. Les critiques méthodologiques des études portant sur le lien entre religiosité et santé mentale sont nombreuses et en particulier sur la manière d'interpréter des corrélations : selon le vieil adage, une corrélation n'indique pas une causalité et de trop nombreux auteurs, influencés probablement par des pré-supposés de nature idéologique, font des raccourcis concluant à un bénéfice de la religion en tant que tel sur la santé lorsqu'une corrélation apparaît entre le degré de religiosité rapporté par les participants aux études épidémiologiques et leurs indices de santé⁶. A titre d'exemple, une corrélation entre assistance aux offices religieux et meilleure santé peut être liée au fait que les moins valides sont moins susceptibles d'y assister⁷. La définition de la religion et de la spiritualité ainsi que la déconstruction de ces concepts en entités pouvant être mesurées et évaluées constituent d'autres obstacles méthodologiques qui sont souvent relevés⁸. Une définition possible de la religion est reprise de Koenig *et al.*⁹ : La religion est un système organisé de croyances, de pratiques, de rituels et de symboles

destiné à faciliter la proximité avec le sacré ou le transcendant (Dieu, une puissance supérieure ou une vérité définitive). La spiritualité, toujours selon Koenig, peut être définie comme la quête personnelle de compréhension de questions fondamentales au sujet de la vie, sur sa signification, et sur sa relation avec le sacré ou le transcendant qui peut, ou pas, mener à ou émerger du développement de rituels religieux et de la formation d'une communauté. La spiritualité est une des stratégies humaines pour s'adapter aux limitations du cycle de vie, à la séparation et la perte, à la fragilité biologique et au caractère éphémère de l'existence¹⁰. Les définitions sont importantes : le terme de spiritualité était traditionnellement utilisé pour décrire la personne profondément religieuse mais son sens a été étendu progressivement pour inclure la personne superficiellement religieuse, la personne en recherche de religion, la personne en recherche de bien-être et de bonheur et la personne complètement sécularisée. Les instruments utilisés pour mesurer la spiritualité ont suivi cette tendance : ces mesures sont contaminées par des questions évaluant les traits positifs de caractère ou de santé mentale : l'optimisme, la capacité à pardonner, la gratitude, la présence de sens et de but dans la vie, la sérénité, l'harmonie et le bien-être général. Lorsque la spiritualité est mesurée par des indicateurs de bonne santé mentale, ces derniers sont forcément corrélés à une bonne santé mentale, ce qui est sans valeur et tautologique¹¹. En général, les études utilisent des mesures telles que le degré de présence à l'église, le temps passé à des activités privées comme la prière et la méditation, la lecture de textes religieux et finalement la subjectivité religieuse, c'est-à-dire l'importance de la religion dans la vie d'une personne¹². Kendler *et al.*¹³ ont tenté de décomposer la notion de religiosité pour en préciser le contenu. Ils ont initialement retenu deux dimensions qu'ils ont intitulées respectivement dévotion religieuse et conservatisme religieux. La dévotion religieuse était évaluée entre autres sur base de l'importance des croyances religieuses, de la fréquence de la prière et de l'assistance aux offices religieux. Le conservatisme religieux était associé à une croyance littérale de la bible et à une croyance en un Dieu qui récompense et qui punit. Dans une étude ultérieure¹⁴, ces conceptions ont été raffinées au point de définir 7 facteurs indépendants : religiosité générale (implication dans les prières, recours à Dieu dans les temps de crise), religiosité sociale (implication dans la vie religieuse, fréquentation des églises), croyance en un Dieu impliqué qui interfère dans les affaires humaines, attitude générale envers le monde et en particulier les dimensions d'amour et de pardon, croyance en un Dieu qui juge, croyance en un Dieu qui venge, sentiments de gratitude envers la vie et envers Dieu. Ces différentes dimensions semblent intéressantes car elles paraissent associées à une protection et à une vulnérabilité spécifiques à différentes pathologies psychiatriques¹⁴.

Le pourcentage d'études réellement utilisables compte tenu des difficultés méthodologiques mentionnées plus haut est relativement faible : à titre

d'exemple, Sloan *et al.*¹⁵ ont examiné toutes les études portant sur le lien entre maladies cardiovasculaires, hypertension et religion publiées sur la seule année 2000. Sur les 266 articles publiés, seuls 17 % pouvaient être pris en considération pour examiner le lien entre bénéfiques pour la santé et religion. Et parmi ces derniers, la plupart avaient des défauts méthodologiques importants. Il existe toutefois de bonnes revues consacrées aux liens entre religion, spiritualité et santé physique qui tiennent compte de toutes les limitations qui peuvent être envisagées. Elles indiquent globalement une corrélation négative entre religiosité et mortalité globale, plus spécifiquement celle liée aux maladies cardiovasculaires, alors qu'elle n'a pas d'impact sur le devenir de maladies cancéreuses ou aiguës⁹.

RELIGIOSITE ET SANTE MENTALE : GENERALITES

Les études examinant les liens entre religion et santé mentale peuvent être des études épidémiologiques corrélationnelles sur des populations tout-venant ou des études plus spécifiques comparant des populations atteintes de pathologies psychiatriques et des populations contrôles sur des dimensions de religiosité ou encore des études évaluant l'évolution différentielle de populations atteintes de troubles psychiatriques selon leur degré de religiosité.

Globalement, les études épidémiologiques montrent une corrélation entre des niveaux d'engagement religieux plus élevés et d'une part des indicateurs de bien-être psychologique (satisfaction de vie, bonheur, affects positifs et moral plus élevé) et d'autre part avec moins de dépression, de pensées et de comportements suicidaires et d'abus de substance (voir par exemple une revue portant sur 850 études publiées au cours du 20^{ème} siècle sur le rapport entre religion et santé mentale¹²). Ces études sont parfois de grande ampleur : une étude récente a ainsi trouvé une association entre religiosité et moindre symptomatologie dépressive sur une population de 98.975 sujets¹⁶. Lorsque les notions de religiosité sont précisées, les données sont parfois plus équivoques et difficiles à interpréter : à titre d'exemple, une étude canadienne portant sur 70.000 personnes âgées de plus de 15 ans a montré une diminution de prévalence de la dépression chez les personnes qui montraient une forte fréquentation des offices religieux, mais une augmentation de la prévalence de la dépression chez ceux qui indiquaient que les valeurs spirituelles ou la foi étaient importantes pour elles¹⁷. Une étude ultérieure de la même équipe, portant cette fois sur 37.000 personnes et différenciant entre pathologies psychiatriques, a montré que le fait de fréquenter davantage les services religieux était associé à une diminution de la prévalence de troubles psychiatriques tels que les addictions, les troubles anxieux et les dépressions mais par contre qu'une importance accrue accordée à la religion était associée à une histoire davantage marquée de troubles psychiatriques anciens mais pas actuels¹⁸. Ces discordances pourraient s'expliquer une fois encore par un problème de direction

de la causalité : il est possible que dans une culture où la religion est importante, les personnes dépressives puissent rechercher davantage de secours dans la religion sans avoir l'énergie d'assister aux offices religieux.

INFLUENCE DE LA RELIGIOSITE SUR DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES SPECIFIQUES

Abus de substances

L'influence théorique de la religiosité sur les abus de substances devrait être protectrice du fait des interdits moraux envers l'usage ou l'excès d'usage de drogues relayés par de nombreuses religions. C'est certainement le cas de la religion chrétienne qui s'est montrée concernée tout au long de son histoire par une concurrence possible des drogues pour obtenir un soulagement face aux difficultés de vie alors que ce secours ne devait venir que de la religion^{19,20}. Toutefois, l'attitude de la religion chrétienne vis-à-vis du vin a été pour le moins ambiguë, cette substance étant, à l'instar de ce que l'on retrouve dans la religion juive, souvent utilisée dans les rituels. A l'inverse, la prohibition envers l'alcool est totale dans la religion musulmane qui, par contre, s'est montrée plus indulgente envers d'autres substances, telles que l'opium alors que cette drogue était formellement interdite dans l'Europe chrétienne du Moyen-Age^{19,20}. Il est intéressant de noter que l'usage de drogues a été favorisé de manière très ritualisée pour provoquer des expériences dissociatives et mystiques, dans l'Antiquité pour la pythie de Delphes, ou dans les cultures amérindiennes, et encore actuellement au Brésil. Plusieurs auteurs soulignent que l'usage de dérivés de champignons hallucinogènes tels que l'ayahuasca²¹ ou la psilocybine^{22,23} est très positivement vécu dans les cérémonies religieuses, une majorité de participants estimant avoir ainsi pu bénéficier d'une expérience mystique complète. Cet usage a en outre un effet plutôt protecteur sur l'utilisation ultérieure de drogues et d'alcool en particulier pour les adolescents. La liberté religieuse étant une des bases de la constitution des Etats-Unis, elle a permis l'usage de drogues pour certaines sectes dans un cadre d'utilisation religieuse²⁴. Même dans les religions où les drogues sont autorisées, leur usage est strictement régulé et ritualisé, ce qui peut avoir une influence positive sur les adhérents.

Outre les interdits moraux, une influence protectrice indirecte peut être postulée : en effet le support social fourni par les communautés religieuses est en soi favorable à une modération de la consommation d'alcool et de drogues. Les études confirment en général l'influence favorable de la religiosité sur les abus de substances : Geppert *et al.*²⁵ ont revu 1.352 papiers publiés entre 1941 et 2004 et concluent à une relation inverse entre religiosité et abus de substance ainsi qu'à une diminution de l'usage de substances chez les personnes pratiquant la méditation. Cette relation inverse s'observe dans une grande diversité de milieux : une étude australienne portant sur 2.000 jumeaux a montré une diminution du risque

d'abus de substances chez les personnes se disant de religion baptiste, méthodiste ou orthodoxe et chez ceux rapportant une fréquentation hebdomadaire d'une église²⁶. Une étude chez un millier d'adolescents hongrois dans un contexte post-communiste a montré que la religiosité était un facteur associé à une diminution de l'utilisation du tabac, de la marijuana, et de l'alcool chez les garçons et de la marijuana chez les filles²⁷. Une étude portant sur 1.615 adolescents canadiens²⁸ a également montré une diminution de la consommation de boisson et de cannabis chez les adolescents qui accordaient de l'importance à la religion et assistaient aux offices et ce indépendamment des facteurs socio-démographiques et de la structure familiale. Aux Etats-Unis, Kendler¹⁴ a mené une étude chez des jumeaux hommes et femmes en utilisant des mesures plus précises de la religiosité et montré que le degré général de religiosité (implication dans les prières et recours à Dieu dans les périodes de crise), la croyance en un Dieu impliqué dans les affaires humaines, le degré de pardon, la croyance en un Dieu comme juge, la religiosité sociale et le degré de gratitude étaient inversement corrélés à l'abus de substances. Il se montre prudent avec les causalités estimant que la religiosité peut affecter le risque d'une pathologie, qu'une pathologie peut affecter le degré de religiosité et finalement qu'un facteur additionnel pourrait affecter les deux éléments simultanément. Kendler a également mené des études longitudinales chez 1.796 jumeaux masculins évalués à 6 ans d'intervalle²⁹ : il a montré que le fait d'aller régulièrement à l'église était un des prédicteurs les plus importants et les plus constants de la faible consommation d'alcool et de nicotine. Au fur et à mesure que les jumeaux passent de l'enfance à l'âge adulte, l'influence de l'environnement partagé diminue au profit des facteurs génétiques. Dans l'adolescence, il existe une corrélation négative entre fréquentation des églises et usage d'alcool et de nicotine mais elle dépend fortement de facteurs environnementaux partagés alors qu'à l'âge adulte, la relation inverse entre fréquentation des églises et l'usage de substances devient plus forte et dépend davantage de facteurs génétiques. La fréquentation de l'église dépend donc de l'environnement social et familial pour les adolescents et dépend plus de facteurs de tempérament qui semblent protecteurs pour l'usage de substance à l'âge adulte.

Chez des hommes thaïlandais qui adhèrent au bouddhisme, la pratique religieuse plus intense semble associée à une moindre consommation d'alcool³⁰.

Finalement pour les personnes qui présentent un abus de substance, la religiosité et la fréquentation des associations basées sur des dimensions spirituelles comme les Alcooliques Anonymes (AA) est associée à un meilleur pronostic. Ainsi chez des patients cocaïnomanes répartis de manière randomisée dans plusieurs modalités de traitement, ceux qui étaient engagés dans des activités religieuses semblaient rester plus longtemps en traitement, rester abstinents plus longtemps et avoir des tests urinaires négatifs plus fréquents que les autres³¹. De nombreux auteurs

attribuent le succès des AA en partie à la dimension spirituelle, outre qu'ils offrent une supervision extérieure, une substitution de dépendance et un milieu social soutenant^{25,32,33}. L'adhésion aux dimensions spirituelles et religieuses présentes chez les AA semblent un facteur de bon pronostic pour les patients alcooliques les plus sévèrement atteints³⁴. L'association inversée entre religiosité et consommation de substances se retrouve également dans des populations où on aurait pu estimer que le comportement serait moins influencé par ce type de facteur : ainsi une étude suisse réalisée chez une centaine de patients schizophrènes montre une relation inverse entre religiosité et consommation de tabac³⁵ ou d'autres drogues dans cette population³⁶.

Dépression, troubles anxieux et suicide

Dépression

De la même manière que pour les abus de substances, on s'attend à une influence positive de la religiosité sur l'incidence des dépressions et des suicides. En effet, le support social, la possibilité de trouver un réconfort et un sens face aux difficultés de la vie peuvent exercer une influence protectrice sur le stress perçu. De plus, les interdits religieux usuellement présents par rapport au suicide pourraient avoir un effet préventif significatif. Par contre, la culpabilité, une émotion centrale dans la dépression, pourrait être accentuée par des aspects religieux, surtout dans un contexte de dimension de personnalité axée sur le neuroticisme. Ainsi, une étude portant sur 225 patients psychiatriques ambulatoires a montré que la religiosité intrinsèque était inversement corrélée aux ruminations sur les choses pratiques et sur les éléments moraux mais que le neuroticisme était positivement corrélé à ces deux dimensions³⁷.

Globalement toutefois, la religiosité semble un facteur de protection face à la dépression. Une méta-analyse récente portant sur 147 études regroupant 98.975 sujets a trouvé une corrélation négative assez modeste entre la religiosité et la présence de symptômes dépressifs¹⁶. L'association était plus forte chez les personnes qui avaient vécu des événements de vie stressants (*life events*) récents, évoquant la possibilité d'un effet protecteur permettant de mieux surmonter les stress de l'existence. Par contre, le type de mesure de la religiosité avait une influence forte sur cette association. L'orientation religieuse extrinsèque, c'est-à-dire motivée par des raisons de conformité sociale, et un mode d'adaptation religieuse centrée sur l'évitement des difficultés au travers d'un refuge dans la religion ou dans le fait de blâmer Dieu pour ses difficultés, était associée à de plus hauts niveaux de symptômes dépressifs.

Plusieurs études se sont attachées à regarder l'influence de la religiosité sur la dépression chez les personnes âgées. Par exemple, Bramm *et al.*, dans une étude de collaboration entre 5 pays, ont mis en évidence un lien entre moins de dépression et plus

de pratique religieuse chez les Européens âgés³⁸. Bramm³⁹ a aussi examiné l'effet de la prière chez 1.300 personnes âgées de 61 à 90 ans montrant que celle-ci avait peu d'impact sur les symptômes dépressifs et était même davantage associée à ces symptômes chez les personnes faisant état de peu d'affiliation religieuse. C'est évidemment ici la direction de la causalité qui doit être interprétée avec prudence, les personnes atteintes de dépression pouvant davantage recourir à la prière indépendamment d'une vie religieuse active habituelle. Koenig⁴⁰ a conduit une étude chez des patients âgés hospitalisés, en comparant plusieurs centaines de patients atteints de dépression majeure à des patients non dépressifs. Les patients dépressifs étaient moins impliqués religieusement que les non dépressifs. A nouveau, il est difficile d'en tirer des conclusions sur les causalités sous-jacentes.

Suivant 709 patients âgés fréquentant les premières lignes de soin pendant un an, King *et al.*⁴¹ ont montré une relation complexe entre religiosité et dépression. La relation entre l'implication religieuse privée et les symptômes dépressifs suivait une courbe en U : une forte ou une faible religiosité privée était associée à davantage de symptômes dépressifs. La réduction du risque dépressif était davantage liée à l'implication religieuse privée et non organisationnelle.

Dans une étude taïwanaise portant sur 1.000 sujets âgés, Hahn a montré qu'au-delà des facteurs de risque traditionnels tels que la maladie, le chômage, le faible niveau d'éducation, le sexe féminin et le manque de support social, le fait d'aller peu aux offices religieux représentait un facteur de risque indépendant pour la dépression⁴².

La religiosité pourrait par ailleurs améliorer le pronostic des patients dépressifs. Une étude hollandaise portant sur 177 patients âgés dépressifs a montré que la religiosité était un facteur prédictif d'amélioration de la dépression suite au traitement⁴³. Dans une étude prospective investiguant l'impact de la religiosité sur 87 personnes dépressives âgées, Koenig *et al.*⁴⁴ ont montré que la motivation religieuse intrinsèque était associée à une rémission plus rapide de la dépression, indépendamment du statut fonctionnel, du support social et de l'histoire familiale psychiatrique. Finalement, une étude prospective portant sur 135 proches de personnes en fin de vie dans des unités de soins palliatifs a examiné l'évolution des réactions de deuil de ceux-ci sur une période de 14 mois après le décès du proche. Les personnes qui professaient des croyances spirituelles plus fortes semblaient résoudre leur deuil de manière plus rapide et plus complète que les personnes sans croyances spirituelles⁴⁵.

Troubles anxieux

Il est difficile de séparer les études qui se sont intéressées à la dépression de celles qui ont trait aux troubles anxieux et en particulier au trouble anxieux

généralisé, d'autant qu'il existe un *continuum* clinique entre ces affections. Les données retrouvées dans la dépression le sont donc aussi pour les troubles anxieux avec un effet favorable de la religiosité générale pour la majorité des études³. Il existe en outre un effet spécifique de certaines sous-dimensions telles que la gratitude et l'absence relative de volonté de vengeance¹⁴. Une revue portant sur 17 études a montré que l'effet protecteur de la religiosité sur l'anxiété ne serait présent que pour la dimension de religiosité intrinsèque, la religiosité extrinsèque ou utilitariste étant elle associée à des niveaux d'anxiété plus élevés⁴⁶. Il faut également noter quelques spécificités. Le trouble panique serait favorisé par un haut degré de religiosité générale¹⁴. Cette observation quelque peu surprenante doit être nuancée, car le degré de religiosité serait par ailleurs un élément pronostique favorable pour les patients atteints de trouble panique et entreprenant une thérapie cognitivo-comportementale⁴⁷.

Les patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique (PTSD) recherchent souvent une aide au travers de la religion : les survivants du Tsunami de 2004 faisaient davantage confiance à un mode d'adaptation centré sur la spiritualité qu'aux structures formelles de soins de santé mentale pour les aider⁴⁸. De même, les habitants d'Afghanistan ayant été victimes de multiples traumatismes indiquaient rechercher une aide au travers du support familial et dans la religion bien davantage qu'en recourant à des soins médicaux⁴⁹. La religiosité ne semble pas toujours être un facteur protecteur du PTSD : d'une part une étude chez les colons israéliens victimes de terrorisme a montré qu'une plus grande religiosité était associée à un score de démoralisation plus faible⁵⁰ ; d'autre part une étude réalisée dans le décours de l'intifada de 2000 a montré que la religiosité était un facteur prédictif de développement d'un PTSD dans la population juive, mais pas dans la population arabe israélienne⁵¹.

Suicide

Les études sur le suicide sont relativement unanimes sur un impact préventif de la religiosité. Dans une étude européenne de grande ampleur⁵², portant sur 15 pays et 20.000 personnes, les croyances religieuses fortes étaient associées à une faible acceptation du suicide chez les individus. L'exposition à un milieu religieux semblait un facteur protecteur contre le suicide chez les hommes en diminuant probablement son acceptabilité. Une autre étude de Neeleman⁵³, effectuée cette fois sur base d'une enquête nationale dans les 11 provinces hollandaises, a confirmé une relation inverse entre le taux de suicide et le degré de croyance et d'affiliation religieuse. De la même manière, une étude épidémiologique canadienne⁵⁴, portant sur un échantillon représentatif de la population comportant 36.984 personnes, a conclu à une diminution du risque de tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête pour les personnes faisant état d'une fréquentation des offices religieux. Cette relation restait significative même

après ajustement pour la variable concernant le support social. Dans cette étude, les notions de croyance religieuse et de fréquentation des offices religieux représentaient des mesures non indépendantes car fortement corrélées entre elles. Sur les 27.738 décès de jeunes gens entre 15 et 34 ans répertoriés en Utah entre les années 1991 et 1995, le risque relatif de suicide pour les personnes présentant une faible implication religieuse était jusqu'à 7 fois plus élevé que chez les personnes avec forte implication religieuse⁵⁵. Il est toutefois possible que la moins grande implication religieuse dans des cultures où la religion est importante soit plutôt l'apanage de personnalités non conformistes, et que le risque accru ne soit pas nécessairement un reflet de la religiosité en tant que telle. Une étude turque comparant 200 adolescents ayant eu une éducation religieuse à 200 autres adolescents avec une éducation séculaire a montré que les idéations suicidaires étaient plus fréquentes et l'acceptation du suicide plus grande dans le groupe avec éducation non religieuse⁵⁶. Il existe d'autres études, non corrélationnelles qui aboutissent aux mêmes conclusions : dans une très grosse étude canadienne⁵⁷, portant sur 36.000 personnes dont 222 rapportaient un geste suicidaire, les facteurs de risque traditionnels ont été rapportés : être une femme, être jeune, séparé ou divorcé, sans emploi, et de niveau d'éducation faible sont des facteurs de risque. Le degré de religiosité perçue montrait une relation linéaire inverse avec le risque suicidaire. Par contre la relation avec le degré de participation aux activités religieuses était moins simple : les personnes participant au moins une fois par semaine aux offices étaient celles qui avaient le risque le plus faible. Les personnes qui ne participaient jamais avaient moins de risque que celles qui participaient 3 à 4 fois par an alors que celles qui participaient une fois par mois avaient un risque intermédiaire. Le support social et le degré d'interdit ne sont peut-être associés qu'avec une fréquentation régulière des structures religieuses, alors qu'une fréquentation très occasionnelle pourrait refléter l'ambivalence et le recours à la structure en cas de crise uniquement. Une étude américaine de 1993 a comparé la fréquence de participation à des activités religieuses de 584 personnes décédées par suicide à celle de 4.279 personnes décédées de mort naturelle chez des femmes et des hommes de plus de 50 ans après ajustement pour le sexe, le statut marital, l'âge, et la fréquence des contacts sociaux. La probabilité de ne jamais avoir participé à des offices religieux était plus grande pour les victimes de suicide que pour les personnes décédées de mort naturelle⁵⁸.

Psychoses

L'étude du lien entre religiosité et psychose invite évidemment à la circonspection : certaines études portent sur les croyances populaires relatives aux explications magico-religieuses des maladies mentales. D'autres études se penchent sur le contenu des délires en examinant si la présence d'un contenu religieux est associée à un degré de gravité ou à un pronostic différent pour les patients délirants. D'autres études

encore s'interrogent sur l'existence d'un bénéfice ou d'un handicap d'une religiosité antérieure sur le développement et l'évolution de patients psychotiques.

Il semble qu'il y ait une grande stabilité des contenus des délires selon les cultures et les époques⁵⁹. Il s'agit des grands thèmes humains éternels : persécution, grandiosité, culpabilité, religion, hypochondrie, amour et jalousie. Ces thèmes montrent quelque variabilité selon les époques et les cultures, les thèmes de persécution et de grandiosité étant les plus stables. Le développement de la technologie moderne et les changements culturels rapides n'induisent que des modifications cosmétiques des grands thèmes de base.

La maladie mentale a très longtemps reçu des explications magico-religieuses. C'est encore le cas dans certaines régions où la religion marque la vie quotidienne et fait partie intrinsèque de la culture. Par exemple, une enquête⁶⁰ portant sur 281 personnes suivies en médecine générale d'une part en Grande-Bretagne et d'autre part en Arabie Saoudite, a indiqué que les Saoudiens pensaient davantage que les hallucinations étaient créées par le diable ou dues à de la magie et que le traitement le plus efficace était religieux, alors que les Britanniques citaient le terme de schizophrénie et supposaient un dommage cérébral tout en indiquant que le traitement le plus favorable impliquerait des médicaments et un traitement psychologique. Le degré de rejet social de ces patients était par ailleurs plus important en Arabie Saoudite. Une étude réalisée dans le nord de l'Inde⁶¹ sur 40 patients schizophrènes a montré que la majorité des patients avaient subi l'une ou l'autre variété d'un traitement magico-religieux, et c'était certainement le cas pour les patients dont les délires impliquaient des phénomènes para-normaux compréhensibles par la culture. Même si de nombreux proches de la famille n'avaient toute conviction magico-religieuse personnelle, ils n'en recouraient pas moins aux traitements magico-religieux pour les patients.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre, les patients psychotiques qui déclarent une affiliation religieuse ont plus de contenu délirant de type religieux que les patients psychotiques non religieux⁶². Le contenu religieux des délires ne semble pas associé à une sévérité particulière de la psychose mais pourrait rendre son traitement plus difficile. Une étude⁶³ comparant 38 patients délirant sur un thème religieux et 85 patients avec d'autres sortes de délire a montré que les patients avec des délires religieux n'étaient pas cliniquement plus sévèrement atteints que les autres. Par contre, ils avaient plus de difficulté à adhérer au traitement. Les thèmes délirants religieux avaient trait à de la persécution par des entités spirituelles malveillantes, à une influence et à un contrôle subis par ces entités et à des délires de culpabilité, de péché ou de grandiosité.

Finalement, dans une étude portant sur 115 patients psychotiques suivis pendant 3 ans en

ambulatoire⁶⁴, le fait d'avoir une vision explicative de la maladie basée sur la spiritualité était plus fréquente chez les patients pour lesquels la dimension religieuse était plus importante au départ. Cette vision religieuse de la maladie pouvait se modifier au fil du temps mais n'était pas associée au devenir social ou clinique des patients.

Pathologies du contrôle : exemple de l'anorexie nerveuse et du trouble obsessionnel compulsif

Anorexie

Il existe certains points communs entre l'anorexie nerveuse et l'ascétisme religieux⁶⁵ : une idée du sacrifice, du déni sexuel, de l'auto-punition et de l'idéalisation. Les notions de culpabilité, de tentation, de décadence et de pureté sont souvent utilisées par les médias modernes en lien avec la nourriture⁶⁶. Cependant, il ne semble pas exister de lien entre la religiosité et les comportements de contrôle du poids dans la population générale⁶⁷. Si l'anorexie a pu exister pour des raisons religieuses, il y a peu d'éléments indiquant que les patients anorexiques d'aujourd'hui soient plus religieux que dans la population générale⁶⁵.

Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Le TOC partage aussi de nombreuses caractéristiques avec les religions : scrupulosité⁶⁸, culpabilité et notion de fautes, rituels élaborés, fusion pensée-action autrement dit croyance d'un impact de la pensée dans la réalité et surestimation de la responsabilité personnelle⁶⁹. Les études épidémiologiques confirment ce lien : les protestants très religieux font état de davantage de croyance d'un impact de la pensée dans la réalité⁷⁰, de symptômes obsessionnels, de surestimation de la responsabilité personnelle et de lavages compulsifs que les protestants moins religieux ou que les athées et les agnostiques⁷¹. De la même manière, une étude comparant des musulmans de Turquie et des chrétiens du Canada a mis en évidence davantage de pensées obsessionnelles, de vérifications, d'importance accordée à la nécessité de contrôler les pensées non satisfaisantes chez les sujets hautement religieux⁷². Cependant, les études cliniques ne mettent pas en évidence de lien entre religiosité et présence de TOC cliniquement significatif⁷³ ni d'une augmentation de gravité du TOC chez les patients religieux qui en sont atteints⁷⁴. Ces études étant toutefois peu nombreuses et portant sur de petits nombres de cas, le sujet est loin d'être épuisé.

MECANISMES EXPLIQUANT L'INFLUENCE DE LA RELIGIOSITE

Les modifications de comportement

Les recommandations de nombreuses religions impliquent la modération ou l'abstinence par rapport à l'alcool ou aux drogues et ces recommandations ont

manifestement un impact sur les pratiquants. Par exemple, les recommandations en matière de consommation d'alcool dans la religion musulmane ont un impact réel et très significatif sur la consommation d'alcool dans les pays musulmans. Il faut noter toutefois qu'il peut y avoir un déplacement relatif d'un problème de santé mentale vers un autre. La prévalence de l'alcoolisme est faible chez les hommes juifs américains mais par contre la prévalence de la dépression y est plus élevée que dans la population générale⁷⁵.

Une morale qui s'oppose à l'individualisme, à la compétition outrancière et qui insiste sur le pardon et l'acceptation pourrait théoriquement avoir un impact favorable sur le stress chronique engendré par la compétition sociale. Le comportement de type A, caractérisé par de l'hostilité, un sentiment d'urgence et une compétitivité importante est associé à des risques cardiovasculaires plus élevés et serait amendable par un traitement insistant sur les valeurs spirituelles⁷⁶. Toutefois, il faut relativiser ces arguments du fait que la devise au fronton des institutions (s'opposer à la compétition sociale) ne correspond pas nécessairement aux pratiques réelles de ses membres.

Le support social

L'appartenance à une communauté et l'affiliation sont fondamentales pour la bonne santé mentale chez l'être humain, qui depuis ses origines dépend de la coopération pour sa survie. Le support social favorise l'adhérence à des programmes de traitement, offre de l'aide en cas de stress, de souffrance et de chagrin et diminue l'impact de l'anxiété¹². Le support social des communautés religieuses est subordonné à l'acceptation des règles, à la conformité aux usages et à l'adhérence à un système de pensées. Si l'adhérence à la communauté relève uniquement du conformisme social, il est possible que les bénéfices du soutien social soient de moindre ampleur que pour les personnes adhérant par conviction personnelle à des structures¹⁶. De même, lorsque la religion est utilisée dans sa dimension de contrôle social par des régimes théocratiques totalitaires, elle est susceptible d'être un facteur aliénant et délétère pour la santé mentale des opposants, des croyants d'autres religions ou des non croyants.

Donner de l'aide est associé à une meilleure santé mentale qu'en recevoir ainsi qu'en témoigne une grosse étude portant sur 2.016 sujets d'obédience presbytérienne aux Etats-Unis⁷⁷. Cependant, il faut à nouveau se méfier de la direction de la causalité : les personnes qui bénéficient d'une meilleure santé mentale pourraient être enclines à davantage d'altruisme. L'hostilité et le manque de pardon sont associés à des niveaux de stress plus intenses que ce soit dans les couples⁷⁸ ou suite à des circonstances dramatiques comme celles qui ont prévalu dans l'après-*apartheid* en Afrique du Sud, les prévalences de dépression et de PTSD restant plus élevées chez les personnes qui montraient moins de pardon plusieurs

années après les événements⁷⁹.

La recherche de sens

Les croyances religieuses peuvent fournir du sens et un but dans des circonstances de vie difficiles, ce qui peut offrir un sens indirect de contrôle sur celles-ci et une impression de prédictibilité^{3,80}. L'impression de contrôle est un mécanisme favorable d'adaptation au stress bien connu⁵⁵. Très logiquement, l'effet positif de la religiosité sur le stress ne se retrouve pas chez les personnes pour qui la religion est imposée et n'est pas le fruit d'une réflexion personnelle⁸¹. L'effet de la religiosité n'est pas toujours univoque. La culpabilité, les doutes et l'anxiété peuvent également faire partie de l'expérience religieuse¹². Une revue de la littérature portant sur 35 études examinant la relation entre religiosité et paramètres physiologiques de santé a montré que les pratiques judéo-chrétiennes et asiatiques étaient associées à une réduction de pression artérielle et à une meilleure fonction immunitaire⁸², ceci reflétant un impact favorable sur le stress chronique. Il est difficile de tirer des conclusions sur base de ces études, faute de savoir ce que mesurent exactement ces corrélations.

Une analogie peut être faite entre la recherche de sens au travers d'expériences religieuses et celle qu'on retrouve dans les psychothérapies. Ainsi pour Cozolino⁸³, la construction d'un sens face aux aléas de la vie et aux symptômes évoqués par le patient en psychothérapie correspondrait à la formation de nouvelles connexions cérébrales exerçant une influence régulatrice sur l'activité du système limbique par les systèmes corticaux préfrontaux. La construction du sens proposée par la psychothérapie serait intrinsèquement plus importante que la rationalité de cette construction, ce qui expliquerait que les résultats des psychothérapies soient en général assez similaires quelles que soient les orientations alors que ces différentes orientations proposent des modèles explicatifs très différents aux patients⁸⁴. A l'appui de l'idée d'une influence régulatrice des systèmes explicatifs sur le stress, on évoquera les études montrant que les psychothérapies et la médication agissent sur des substrats différents dans la dépression : les psychothérapies en augmentant le contrôle de la suractivité du système limbique par le cortex préfrontal et les antidépresseurs en diminuant l'activité du système limbique à la source⁸⁵.

Réduction de l'anxiété au travers des rituels et de la méditation

Il est possible que les rituels religieux partagés lors de cérémonies, menant à des états modifiés de conscience, puissent produire catharsis et apaisement¹². Les rituels exercés en privé ou en groupe tels que la prière s'apparentent à des techniques de méditation, permettant la prise de distance par rapport au quotidien. Or les techniques de méditation ou "mindfulness" sont à la mode dans le champ des psychothérapies depuis les années 90 et trouvent leurs

principales indications dans les troubles dépressifs et anxieux⁸⁶. Les pratiques de yoga, de zen et de méditation sont par ailleurs corrélées à des taux plus faibles d'hormones de stress et de cholestérol⁸². Cet effet favorable sur le stress pourrait être lié à une plus grande capacité d'inhibition de l'activité limbique par le système cortical préfrontal chez les personnes qui sont davantage enclines à méditer⁸⁷.

CONCLUSION

La religiosité a un impact globalement favorable sur la santé mentale. Toutefois, cet impact est probablement lié à des facteurs qui ne sont pas dus aux religions en tant que telles mais aux phénomènes qui leur sont associés : les instructions comportementales fournies par la culture, concernant certains comportements à risque tels que l'abus de substance ou le suicide, le support social qui est essentiel à la bonne santé mentale humaine, la recherche de sens, de prévisibilité et de contrôle qui exercent une fonction régulatrice sur le stress chronique et les états dissociatifs apportés par la prière, la méditation et les rituels religieux, qui offrent des moments de régulation et d'apaisement dans un quotidien agité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kornreich C, Neu D : Religion et fonctionnement du cerveau (partie 1) : Nos structures mentales nous prédisposent-elles à la religion ? Rev Med Brux 2010 ; 31 : 50-6
2. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L *et al.* : A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. N Engl J Med 2001 ; 345 : 1507-12
3. Koenig HG : Research on religion, spirituality, and mental health : a review. Can J Psychiatry 2009 ; 54 : 283-91
4. Taubes T : " Healthy avenues of the mind " : psychological theory building and the influence of religion during the era of moral treatment. Am J Psychiatry 1998 ; 155 : 1001-8
5. Sapolsky RM : Why Zebras Don't Get Ulcers, Third Edition. Holt Paperbacks, 2004
6. Miller WR, Thoresen CE : Spirituality, religion, and health. An emerging research field. Am Psychol 2003 ; 58 : 24-35
7. Sloan RP, Bagiella E, Powell T : Religion, spirituality, and medicine. Lancet 1999 ; 353 : 664-7
8. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE : Religion and spirituality : Linkages to physical health. American Psychologist 2003 ; 58 : 36-52
9. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB : Handbook of Religion and Health. 1st ed. Oxford University Press, USA, 2001
10. Shaw JA : A pathway to spirituality. Psychiatry 2005 ; 68 : 350-62
11. Koenig HG : Concerns about measuring " spirituality " in research. J Nerv Ment Dis 2008 ; 196 : 349-55
12. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG : Religiousness and mental health : a review. Rev Bras Psiquiatr 2006 ; 28 : 242-50
13. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA : Religion, psychopathology, and substance use and abuse ; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. Am J Psychiatry 1997 ; 154 : 322-9

14. Kendler KS, Liu X-Q, Gardner CO *et al.* : Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 496-503
15. Sloan RP, Bagiella E : Claims about religious involvement and health outcomes. *Ann Behav Med* 2002 ; 24 : 14-21
16. Smith TB, McCullough ME, Poll J : Religiousness and depression : evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003 ; 129 : 614-36
17. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E : The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis* 2004 ; 192 : 818-22
18. Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T : How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry* 2006 ; 51 : 654-61
19. Courtwright DT : *Forces of Habit : Drugs and the Making of the Modern World.* Harvard University Press, 2002
20. Escohotado A, Symington K : *A Brief History of Drugs : From the Stone Age to the Stoned Age.* 1st ed. Park Street Press, 1999
21. Doering-Silveira E, Grob CS, de Rios MD *et al.* : Report on psychoactive drug use among adolescents using ayahuasca within a religious context. *J Psychoactive Drugs* 2005 ; 37 : 141-4
22. Griffiths RR, Richards WA, McCann U, Jesse R : Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology (Berl.)* 2006 ; 187 : 268-83 ; discussion : 284-92
23. Griffiths R, Richards W, Johnson M, McCann U, Jesse R : Mystical-type experiences occasioned by psilocybin mediate the attribution of personal meaning and spiritual significance 14 months later. *J Psychopharmacol* 2008 ; 22 : 621-32
24. Halpern JH, Sewell RA : Hallucinogenic botanicals of America : a growing need for focused drug education and research. *Life Sci* 2005 ; 78 : 519-26
25. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR : Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug Alcohol Rev* 2007 ; 26 : 389-95
26. Knopik VS, Heath AC, Madden PAF *et al.* : Genetic effects on alcohol dependence risk : re-evaluating the importance of psychiatric and other heritable risk factors. *Psychol Med* 2004 ; 34 : 1519-30
27. Piko BF, Fitzpatrick KM : Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict Behav* 2004 ; 29 : 1095-107
28. Rasic D, Kisely S, Langille DB : Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *J Affect Disord* 2011 ; 132 : 389-95
29. Kendler KS, Myers J : A developmental twin study of church attendance and alcohol and nicotine consumption : a model for analyzing the changing impact of genes and environment. *Am J Psychiatry* 2009 ; 166 : 1150-5
30. Assanangkornchai S, Conigrave KM, Saunders JB : Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men. *Alcohol Alcohol* 2002 ; 37 : 193-7
31. Petry NM, Lewis MW, Ostvik-White EM : Participation in religious activities during contingency management interventions is associated with substance use treatment outcomes. *Am J Addict* 2008 ; 17 : 408-13
32. Vaillant GE : *Alcoholics Anonymous : cult or cure ?* *Aust N Z J Psychiatry* 2005 ; 39 : 431-6
33. Galanter M : Spirituality and recovery in 12-step programs : an empirical model. *J Subst Abuse Treat* 2007 ; 33 : 265-72
34. Kelly JF, Hoepfner B, Stout RL, Pagano M : Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous : a multiple mediator analysis. *Addiction.* Available at : <http://onlinelibrary.wiley.com/>. Consulté le 4 octobre 2011
35. Borrás L, Mohr S, Brandt P-Y *et al.* : Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry* 2008 ; 54 : 539-49
36. Huguelet P, Borrás L, Gillieron C, Brandt P-Y, Mohr S : Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Subst Use Misuse* 2009 ; 44 : 502-13
37. Kroll J, Egan E, Erickson P, Carey K, Johnson M : Moral conflict, religiosity, and neuroticism in an outpatient sample. *J Nerv Ment Dis* 2004 ; 192 : 682-8
38. Braam AW, Van den Eeden P, Prince MJ *et al.* : Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans : results from the EURODEP collaboration. *Psychol Med* 2001 ; 31 : 803-14
39. Braam AW, Deeg DJH, Poppelaars JL, Beekman ATF, van Tilburg W : Prayer and depressive symptoms in a period of secularization : patterns among older adults in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 15 : 273-81
40. Koenig HG : Religion and depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 15 : 282-91
41. King DA, Lyness JM, Duberstein PR *et al.* : Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychol Med* 2007 ; 37 : 1807-15
42. Hahn C-Y, Yang M-S, Yang M-J, Shih C-H, Lo H-Y : Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 ; 19 : 1148-54
43. Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W : Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life ; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1997 ; 96 : 199-205
44. Koenig HG, George LK, Peterson BL : Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 536-42
45. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R : Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement : prospective study. *BMJ* 2002 ; 324 : 1551
46. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA : Religion and anxiety : a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2004 ; 24 : 379-97
47. Bowen R, Baetz M, D'Arcy C : Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2006 ; 23 : 266-73
48. Rajkumar AP, Premkumar TS, Tharyan P : Coping with the Asian tsunami : perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity. *Soc Sci Med* 2008 ; 67 : 844-53
49. Scholte WF, Olf M, Ventevogel P *et al.* : Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA* 2004 ; 292 : 585-93
50. Levav I, Kohn R, Billig M : The protective effect of religiosity under terrorism. *Psychiatry* 2008 ; 71 : 46-58

51. Hobfoll SE, Canetti-Nisim D, Johnson RJ *et al.* : The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *J Trauma Stress* 2008 ; 21 : 9-21
52. Neeleman J, Halpern D, Leon D, Lewis G : Tolerance of suicide, religion and suicide rates : an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychol Med* 1997 ; 27 : 1165-71
53. Neeleman J : Regional suicide rates in the Netherlands : does religion still play a role ? *Int J Epidemiol* 1998 ; 27 : 466-72
54. Rasic DT, Belik S-L, Elias B *et al.* : Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *J Affect Disord* 2009 ; 114 : 32-40
55. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL : Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol* 2002 ; 155 : 413-9
56. Eskin M : The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 ; 39 : 536-42
57. Blackmore ER, Munce S, Weller I *et al.* : Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts : results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008 ; 192 : 279-84
58. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L : The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000 ; 188 : 543-6
59. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H : Old wine in new bottles ? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. *Psychopathology* 2003 ; 36 : 6-12
60. Wahass S, Kent G : A comparison of public attitudes in Britain and Saudi Arabia towards auditory hallucinations. *Int J Soc Psychiatry* 1997 ; 43 : 175-83
61. Kulhara P, Avasthi A, Sharma A : Magico-religious beliefs in schizophrenia : a study from north India. *Psychopathology* 2000 ; 33 : 62-8
62. Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM : Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Res* 2001 ; 103 : 87-91
63. Mohr S, Borrás L, Betrisey C *et al.* : Delusions with religious content in patients with psychosis : how they interact with spiritual coping. *Psychiatry* 2010 ; 73 : 158-72
64. Huguélet P, Mohr S, Gilliéron C, Brandt P-Y, Borrás L : Religious explanatory models in patients with psychosis : a three-year follow-up study. *Psychopathology* 2010 ; 43 : 230-9
65. Huline-Dickens S : Anorexia nervosa : some connections with the religious attitude. *Br J Med Psychol* 2000 ; 73 : 67-76
66. Griffin J, Berry EM : A modern day holy anorexia ? Religious language in advertising and anorexia nervosa in the West. *Eur J Clin Nutr* 2003 ; 57 : 43-51
67. Kim KH-Cheon : Religion, weight perception, and weight control behavior. *Eat Behav* 2007 ; 8 : 121-31
68. Greenberg D, Huppert JD : Scrupulosity : a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010 ; 12 : 282-9
69. Duchateau I, Kornreich C, Verbanck P, Pelc I : Trouble obsessionnel compulsif de type religieux : A la limite de la psychose. *Acta Psychiatrica Belgica* 2001 : 101 : 249-62
70. Siev J, Chambless DL, Huppert JD : Moral thought-action fusion and OCD symptoms : the moderating role of religious affiliation. *J Anxiety Disord* 2010 ; 24 : 309-12
71. Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DF : Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depress Anxiety* 2004 ; 20 : 70-6
72. Yorulmaz O, Gençöz T, Woody S : OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *J Anxiety Disord* 2009 ; 23 : 401-6
73. Assarian F, Biqam H, Asqarnejad A : An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder among high school students and its relationship with religious attitudes. *Arch Iran Med* 2006 ; 9 : 104-7
74. Tek C, Ulug B : Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001 ; 104 : 99-108
75. Levav I, Kohn R, Golding JM, Weissman MM : Vulnerability of Jews to affective disorders. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 : 941-7
76. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ *et al.* : Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients : summary results of the recurrent coronary prevention project. *Am Heart J* 1986 ; 112 : 653-65
77. Schwartz C, Meisenhelder JB, Ma Y, Reed G : Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosom Med* 2003 ; 65 : 778-85
78. Kiecolt-Glaser JK, Loving TJ, Stowell JR *et al.* : Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 1377-84
79. Kaminer D, Stein DJ, Mbanga I, Zungu-Dirwayi N : The Truth and Reconciliation Commission in South Africa : relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 373-7
80. James A, Wells A : Religion and mental health : towards a cognitive-behavioural framework. *Br J Health Psychol* 2003 ; 8 : 359-76
81. Pargament KI : The Bitter and the Sweet : An Evaluation of the Costs and Benefits of Religiousness. *Psychological Inquiry* 2002 ; 13 : 168-81
82. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M : Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am Psychol* 2003 ; 58 : 53-63
83. Cozolino L : The Neuroscience of Psychotherapy : Healing the Social Brain. Second Edition. W.W. Norton & Company, 2010
84. Lambert MJ : Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5^e ed. Wiley, 2003
85. DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD : Cognitive therapy vs medications for depression : Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 2008 ; 9 : 788-96
86. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM : Mindfulness and Acceptance : Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. 1st ed. The Guilford Press, 2011
87. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD : Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine* 2007 ; 69 : 560-5

Correspondance et tirés à part :

C. KORNREICH
 C.H.U. Brugmann
 Service de Psychiatrie
 Place A. Van Gehuchten 4
 1020 Bruxelles
 E-mail : ckornrei@ulb.ac.be

Travail reçu le 7 octobre 2011 ; accepté dans sa version définitive le 12 février 2012.