

Licence Encyclopédie Spirite

Copyright (C) 2006 Encyclopédie Spirite - Mars 2006

<http://www.spiritisme.net>

spiritisme@spiritisme.net

Considérant l'objectif de base de l'Encyclopédie Spirite de mettre gratuitement à la disposition de toute l'Humanité les éléments de base du Spiritisme, les documents mis à disposition sur le site Internet de l'Encyclopédie Spirite peuvent être copiés, diffusés et utilisés dans les conditions suivantes :

1. Toute copie à des fins privées, à des fins de recherches, d'illustration ou d'enseignement est autorisée.
2. Toute diffusion ou inclusion de tout ou partie de ce document dans une autre œuvre ou compilation doit faire l'objet d'une autorisation écrite de l'Encyclopédie Spirite et doit :
 - a. Soit inclure la présente licence s'appliquant à l'ensemble de la compilation ou de l'œuvre dérivée.
 - b. Soit, dans le cas d'extraits ou de citations limitées à moins de 1000 caractères, mentionner explicitement l'origine de la partie extraite comme étant l'Encyclopédie Spirite et en indiquer l'adresse Internet, afin de permettre aux intéressés de retrouver facilement et gratuitement l'intégralité du document.
3. Cette licence qui accompagne chaque fichier doit être intégralement conservée dans les copies.
4. La mention du producteur original doit être conservée, ainsi que celle des contributeurs ultérieurs.
5. Toute modification ultérieure, par correction d'erreurs, mise en forme dans un autre format, ou autre, doit être indiquée. L'indication des diverses contributions devra être aussi précise que possible, datée, et envoyée à l'Encyclopédie Spirite.
6. Ce copyright s'applique obligatoirement à toute amélioration par simple correction d'erreurs ou d'oublis mineurs (orthographe, phrase manquante, ...), c'est-à-dire ne correspondant pas à l'adjonction d'une autre variante connue du texte, qui devra donc comporter la présente notice.

Frederico Camelo Leão

**Utilisation de pratiques spirituelles en institution en
faveur des porteurs de déficiences mentales.**

**Dissertation présentée au département de psychiatrie de la faculté
de médecine de l'Université de São Paulo en vue de l'obtention du
titre de maître en sciences.**

Domaine abordé : psychiatrie

Professeur référant : Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2004

Frederico Camelo Leão

Utilisation de pratiques spirituelles en institution en faveur des porteurs de déficiences mentales.

Dissertation présentée au département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université de São Paulo en vue de l'obtention du titre de maître en sciences.

Domaine abordé : psychiatrie

Professeur référant : Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2004

Fiche catalographique

Dédicace

Je dédie cette recherche à Lucia, Augusto, Sofia, à mes parents,
à mes sœurs et à tous ceux qui cherchent des connexions entre
science et religion, aux patients et aux travailleurs des Casas

André Luis.

Remerciements

Cette dissertation de maîtrise n'aurait pas été possible sans le soutien inestimable de mon Professeur, le Dr. Francisco Lotufo Neto. Courage, sérieux et rigueur scientifique sont quelques-unes des vertus qui font de lui un maître sans égal dans l'art de la recherche.

J'aimerais également remercier les membres du comité de qualification : le prof. Dr. Homero Vallada Filho, Prof. Dr. Paulo Correa Vaz de Arruda et le Prof. Dr. Mario Fernando Prieto Peres. Homero, par la qualité de son travail, est un exemple à suivre. Ses lectures précises et ponctuelles m'ont beaucoup aidé dans le déroulement de ma recherche.

Paulo Correa, de part son expérience académique et sa large culture, m'a gratifié de nombreux territoires nouveaux à explorer. Avec Mario, j'ai appris beaucoup. Ses commentaires et ses suggestions étaient décisifs dans ce travail. A vous tous, j'exprime mon immense gratitude.

Une recherche ne se fait pas sans dialogue. Dans ce sens, je suis redevable aux compagnons du NEPER -Noyau d'études des problèmes spirituels et religieux- de l'Institut de psychiatrie de l'Université de São Paulo : Alexander M. de Almeida, Sergio P. Rigonatti, Vivian E.P. De Albuquerque, Juilo P. Perez, Manuel J. P. Simão, Rodolfo Puttini et Franklin Ribeiro.

Je remercie également, pour le traitement statistique, Lurdes Conceição, Frederico Rafael Moreira e Marcus Vinicius Estandislau.

Je remercie aussi mes amis : Eduardo Mendes Machado, Ana Luísa Machado, Nadine Fajerman, Carmen Lúcia A. de Santana et Manuela Ferreira de Sousa.

J'exprime ma gratitude aux Casas André Luis, pour l'opportunité de cohabitation, dans une ambiance d'assistance multidisciplinaire associée aux pratiques religieuses. Mon remerciement s'étend à toutes les personnes de cette institution. Plus spécialement, j'aimerais remercier celui qui représente tout ce groupe, le Président de la Fondation, Onofre Astinfero Batista. Onofre, tu stimules de nombreux défis. Merci beaucoup pour cette opportunité !

Un remerciement spécial à mes parents qui ont toujours valorisé l'étude et m'ont soutenu dans tous les moments de ma vie.

Enfin, je veux remercier mes enfants, Augusto, Sofia et mon épouse Lucia. Je sais que j'ai pris beaucoup de notre temps pour me consacrer à cette recherche. Merci chère Lucia pour avoir été une lumière dans tous ces labyrinthes. Ton exemple de dévouement à la recherche m'a enthousiasmé et a été fondamental dans les moments difficiles.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Préface | 01 |
| Introduction | 18 |
| Justifications | 41 |
| Objectifs et hypothèse | 43 |
| Méthodes | 44 |
| Résultats | 50 |
| Discussion | 54 |
| Conclusions | 65 |
| Références bibliographiques | 67 |
| Référence des centres de recherche cités. | 78 |

Résumé

Leão FC. Utilisation de pratiques spirituelles en institution en faveur des porteurs de déficiences mentales. São Paulo : faculté de Médecine, Université de São Paulo, 2004. 78 pages.

OBJECTIF : valider l'impact de pratiques spirituelles dans l'évolution clinique et comportementale de patients porteurs de déficiences mentales internés en institution de santé.

METHODE : je compare un groupe expérimental soumis à la pratique spirituelle avec un groupe de contrôle. L'instrument utilisé pour l'obtention des données a été l'Echelle d'Observation Interactive de Patients Psychiatriques Internés - EOIPPI.

RESULTAT : la comparaison du groupe de contrôle (N=20) avec le groupe expérimental (N=20) a montré une différence de variations entre les groupes ($p=0,045$), démontrant de possibles bénéfices d'une telle intervention.

CONCLUSION : l'analyse des résultats obtenus dans l'expérience a confirmé l'hypothèse que l'utilisation de pratiques spirituelles présente des résultats positifs dans l'évolution clinique et comportementale de patients porteurs de déficiences mentales.

Mots-clefs : Utilisation de pratiques spirituelles ; Religion et Médecine ; Retard Mental ; Santé Mentale.

Préface : introduction à la recherche

« Nous devons pratiquer et défendre le fait que les psychiatres sont des médecins de l'âme autant que du corps ». Par ces mots, l'éditeur en chef du *American Journal of Psychiatry*, Nancy Andreasen, fait ressurgir un paysage qui avait été relégué à l'arrière plan par la recherche scientifique (Andreasen, 1996). En Angleterre, le *British Journal of Psychiatry* présente un article qui propose une introduction aux précautions spirituelles réalisées durant le traitement (Culliford, 2002). En opposition avec la séparation et le conflit qui existent entre la religion et la psychiatrie, (Zilboorg et Henry, 1941), Koenig affirme que le XXI^e siècle porte la promesse de réajustement et de collaboration entre les deux (Koenig, 2000a : 169).

Lorsqu'on pense à l'association *religion et santé*, peut-être, ce qui vient en premier à l'esprit est qu'une pratique religieuse exacerbée peut avoir des effets négatifs. Le fanatisme, par exemple, entraîne des personnes religieuses à s'exclure ou à nier les recours médicaux. Il est bien connu que des adeptes de certaines religions se refusent à faire des transfusions de sang ou des transplantations d'organes. D'ailleurs, de nombreux individus développent des symptômes dérivés d'une interprétation erronée des préceptes religieux. Parmi les effets psychologiques négatifs les plus courants, on observe l'apparition de culpabilité ; la diminution de l'estime de soi ; l'intériorisation de la colère, l'anxiété exprimée à travers des attitudes punitives ; l'apparition de dépendance,

conformisme et suggestibilité, développement de l'intolérance et hostilité envers ceux qui ne suivent pas la même religion, etc. (Koenig, 2001).

Nous avons vu surgir lors de ces diverses recherches, une volonté de rapprochement de la science et de la religion (Peters, 2003). Ces deux champs d'investigation ont entretenu des rapports divers au cours de l'histoire de l'humanité. Dans l'étude réalisée par Peter Hess, directeur associé au programme de cours de sciences et de religion à l'université de San Francisco, nous avons trouvé des éléments d'histoire de la science occidentale révélatrice de l'union intrinsèque qui existait antérieurement (Hess, 2003). A partir de l'illuminisme, du fait de la consolidation d'un modèle de recherche scientifique classique, on observe une rupture entre science et religion, bien qu'antérieurement elles aient été des champs de recherche complémentaires (Boehnlein, 2000).

Les auteurs qui cherchent à construire des ponts entre ces deux domaines du savoir, affirment l'importance de réfléchir sur la méthode de rapprochement employée (Russell et Wegter-Mcnelly, 2003-46). La typologie méthodologique proposée par le physicien Ian Barbour présente quatre types d'association entre science et religion : le conflit (avec des postures telles que celle du matérialisme scientifique et du littéralisme biblique) ; l'indépendance (paradigme qui affirme les différences entre les méthodes de la science et de la religion) ; le dialogue (il inclut des questions limitrophes et des parallèles méthodologiques) et l'intégration

(Barbour,1990). On observe une tendance à vouloir intégrer science et religion, même dans les déclarations de l'organisation mondiale de la santé :

Lors de l'assemblée mondiale de la santé de 1983, l'inclusion d'une dimension « non matérielle » ou « spirituelle » de santé a été discutée et a abouti à une proposition de modification du concept classique de « santé » de l'organisation mondiale de la santé pour « un état dynamique de complet bien-être physique, mental, spirituel et social et non plus l'absence de maladie ». (WHO/MAS/MHP/98.2). (FLECK, 2003).

Actuellement il existe divers centres de recherche scientifique qui se dédient à des investigations sur les relations entre la santé et la spiritualité. Aux États-Unis, par exemple, les universités George Washington et Duke ont des centres de recherche en spiritualité et santé. D'autres centres tels que Harvard Medical School et le Mind/Body Medical Institute¹ of Deaconess Hospital à Boston proposent des cours destinés à examiner les relations entre les pratiques médicales et la religion. L'autre référence importante est le cours dispensé par John Hopkins Medicine : Spirituality and Medicine Institute.²

En Europe, The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group du Royal College of Psychiatrists³ se consacre à des recherches sur les interférences spirituelles dans le domaine de la santé mentale. Fondée en 1999, 675

¹ <http://www.mbmi.org/pages/bio1.asp>

² <http://www.hopkinscme.org/cme/events/spiritmed04.html>

³ www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit

chercheurs associés y travaillent, ce groupe étant dirigé par Andrew Sims⁴. Dans un récent article, Sims présente une étude historique des relations entre psychiatrie et spiritualité en Angleterre. Son argumentation commence à partir d'une phrase du poète du XVIIIe siècle, William Cowper (1731-1800) : *God moves in a mysterious way*.⁵ Beaucoup de médecins psychiatres de la première moitié du XXe siècle ont adopté cette phrase comme prémisse basique de leur conduite et évite de développer des recherches sur les relations entre santé mentale et phénomènes religieux. Le panorama développé par Sims révèle qu'il y a eu une série de changements dans le paradigme de la psychiatrie en rapport avec les habitudes et les croyances religieuses. Dans les années 50, le psychiatre voyait les intérêts spirituels des patients avec suspicion et fréquemment avec hostilité. Les psychiatres croyaient que la religion, très souvent, portait préjudice à la santé. L'Eglise, d'un autre côté, discréditait la psychiatrie qui égarait les personnes. Sims nous raconte que le préjugé de l'Eglise contre les psychiatres eux-mêmes était présent dans les écritures. Un tel conflit peut-être vu dans la prescription de médicaments. Le mot pharmacologie vient du grec *pharmakeia*. Dans le livre de l'Apocalypse 18:23, le terme *pharmakeia* est utilisé pour le fétichisme et la magie noire (sorcellerie). Dans les années 60, le sentiment religieux a été fréquemment assimilé à une névrose. L'opinion religieuse des patients n'était pas considérée comme importante, et il y

⁴ http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publications/nl8_index.htm

⁵ Dieu se manifeste de façon mystérieuse

avait peu de tentatives de coopération entre les psychiatres et les leaders religieux dans l'aide aux patients. Les premiers changements dans ce scénario sont intervenus dans les années 70 lorsque quelques chercheurs ont commencé à se spécialiser dans l'investigation des relations entre les contenus religieux et la pratique psychiatrique. Dans les années 80, un petit groupe de chercheurs a d'abord considéré que l'étude de la superposition entre foi religieuse et symptômes psychiatriques constitue un champ d'investigation légitime (Sims, 2003).

Parmi les pionniers de ce domaine, on peut distinguer David B. Larson qui s'est consacré un temps à la recherche des effets que la foi exerce sur la santé. Ces recherches ont révélé que des patients avec une foi chrétienne ont moins de stress, et moins d'attaque cardiaque, ils ont également moins tendance à commettre le suicide. Il était président du *National Institute for Healthcare Research* et à la base de *The International Center for the Integration of Health & Spirituality*. Larson a été l'auteur de plus de 200 articles et co-auteur (avec Harold George Koenig⁶ et Michael E. McCullough) d'une des plus importantes publications dans ce domaine : *Handbook of Religion and Health : A Century of Research Reviewed*. Avant d'aller plus loin, il est important de souligner le fait qu'au début des recherches de Larson, il existait encore plus de préjugés contre les manifestations de religiosité chez les patients qu'aujourd'hui. Dans ce sens, la révision bibliographique de textes médicaux réalisés par Larson a été d'une

⁶ <http://www.dukespiritualityandhealth.org/hkoenig.html>

extrême importance. Ces études ont contribué aux changements sensibles des 6 représentations des expériences religieuses spirituelles présentes dans la version du *Diagnostic and Statistical Manual*, (DSM-III-R) par rapport à la version DSM-IV.

Un des chercheurs les plus féconds actuellement dans ce domaine et qui a déjà été cité, Harold G. Koenig, de l'université de Duke, Caroline-du-Nord. Éditeur des revues scientifiques *International Journal of Psychiatry in Medicine et Research News & Opportunities in Science and Theology*, Koenig est aussi l'auteur d'un véritable traité sur la manière interdisciplinaire d'aborder santé, religion et spiritualité : *Handbook of Religion and Health : A Century of Research Reviewed*, organisé par N Koenig conjointement avec Michael E. McCullough et David B. Larson. Il réunit de nombreux articles qui traitent de manière critique des relations entre religion et santé physique et mentale. Parmi les pathologies analysées, on trouve : l'anxiété, la dépression, le cancer, des maladies coronariennes, l'hypertension, la dysfonction du système auto-immune, etc. Ce livre fournit une révision détaillée et critique des recherches conduites entre les années 1990 et 2000 et il confirme la relation entre religion et effets mentaux et physiques dans la santé (Koenig, 2001). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*, est un des livres de Koenig, qui a pour objectif d'être un guide destiné au monde médical. Dans les questions les plus polémiques du livre, on trouve : comment et pourquoi doit-on se diriger vers un traitement spirituel, en respectant les croyances du patient ; le médecin doit-il s'interroger sur les croyances spirituelles dans l'évaluation clinique, existe-t-il des cas dans lesquels des croyances

religieuses interfèrent de fait dans l'état de santé, pouvant même entraîner une détérioration des symptômes, etc. (Koenig, 2002).

En dehors de ces publications, Koenig est directeur et fondateur du centre pour l'étude de la religion/spiritualité et de la santé (*Center for the Study of Religion/Spirituality and Health*⁷), dans l'université de Duke, centre qui a pour objectif d'étendre la compréhension du sujet de la santé et du bien-être. Dans ce sens il promeut des débats interdisciplinaires dans les domaines de la santé, de la religion, de l'éthique et de la spiritualité. L'approche de recherche est holistique et inclusive.

L'institut Mind/Body Medical de l'université de Harvard s'attache à mener des recherches sur la relation entre le stress et la santé. Le président-fondateur, Herbert Benson, M.D., est l'auteur de plus de 170 articles et 10 livres. Un des pionniers dans les études des relations corps/esprit dans la médecine, Benson soulignait l'importance de la relaxation pour neutraliser les effets préjudiciables du stress. En dehors de cela, Benson étudie aussi les relations entre spiritualité et soin (Benson, 1998, 1999).

The George Washington *Institute for Spirituality and Health* (GWish)⁸ est un autre centre qui se consacre à l'investigation des relations entre santé et spiritualité. Fondé et dirigé par Christina Puchalski, le Gwish a parmi ses objectifs d'établir

⁷ <http://www.dukespiritualityandhealth.org/>

⁸ <http://www.gwish.org>

des changements à caractère médical. Ainsi, le Gwish pense qu'on stimule un patient lorsqu'en le recevant, en dehors des précautions physiques, on inclut des attentions en rapport avec ses nécessités émotionnelles, sociales et spirituelles.

Un autre chercheur qui a agi dans cette direction de recherche est William Harris du Saint Luke's Hospital, ville de Kansas. Harris a dirigé une recherche sur les preuves scientifiques des effets des prières intervenant dans le résultat de l'évolution clinique des patients d'une unité de soins coronariens. La recherche a été publiée en 1999 dans le Arch Intern Med. Dans l'article, "A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit" (Harris, 1999).

John Astin, de Stanford University Center for Research in Disease Prevention, intervient dans le domaine de la psychologie de la santé. Astin a fait une revue systématique du soin à distance et du traitement médical pour tous. Dans 57 % des essais cliniques, il a trouvé des effets positifs (Astin, 2000).

Au Brésil, la thèse de « Livre-Docência » de Lotufo Neto affirme qu'avoir une orientation religieuse intrinsèque peut être bénéfique à la santé mentale. Malgré cela, la psychiatrie a négligé d'évaluer les effets d'une attitude religieuse sur ses patients. On observe que, dans la recherche des traitements médicaux, la variable religieuse a été peu étudiée. Lotufo Neto commence par le fait que les traitements psychiatriques doivent respecter les orientations spirituelles des patients et que pour cette raison, le médecin doit être familiarisé avec les

différents thèmes de la religion et les attitudes religieuses de ses patients (Lotufo Neto, 1997).

Le psychiatre Paulo Jacomo Negro, auteur de la thèse de doctorat défendue à l'université de São Paulo, *A natureza da dissociação : um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas* (la nature de la dissociation : une étude sur les expériences dissociatives associées à des pratiques religieuses) est un autre chercheur dans ce domaine. D'après sa recherche, de nombreuses personnes porteuses de comportement dissociatifs en rapport avec des pratiques religieuses ont eu de bons indices d'accomplissement social, d'éducation et de travail. Son travail invalide l'existence d'une relation directe entre des comportements dissociatifs en rapport avec des pratiques religieuses et des bouleversements mentaux (Negro, 1999).

Le noyau d'études des problèmes spirituels et religieux (NEPER), de l'institut de psychiatrie de l'université de São Paulo a réuni de nombreux chercheurs de ce domaine. Parmi eux, on trouve : Alexander Moreira de Almeida, Jorge W. F. Amaro, Francisco Lotufo Neto. A l'université de Campinas, dans le domaine de la santé mentale et de la spiritualité, Joel Giglio est le leader du groupe de recherche en psychologie et religion (Giglio, 1991). Un autre chercheur dans cette ligne d'investigation est Paulo Dalgalarondo (UNICAMP). Ces recherches associent des caractères religieux, des aspects culturels et psychiatriques (Dalgalarondo, 1991).

Le doctorat réalisé par Rodolfo Franco Puttini de la faculté des sciences médicales de l'université d'État de Campinas, vise des hôpitaux psychiatriques tenus par des institutions spirites. Son attention s'est concentrée sur les relations entre des pratiques médicales et religieuses en un même espace. Cette large étude couvre aussi les conceptions du monde dans la vision de la religion spirite (Puttini, 2004).

La recherche de doctorat de Alexander Moreira de Almeida, *Médiumnité : une expérience dissociative dans un contexte religieux* se situe également dans le domaine de la psychiatrie et religion. Elle a pour objectif de déterminer ce qui prévaut dans les bouleversements mentaux des médiums des centres spirites de São Paulo. Cela contribue à initier des recherches et des études sur les dimensions spirituelles et religieuses en rapport avec la santé mentale (Almeida, 2003).

À l'université fédérale du Rio Grande do Sul, le psychiatre Marcelo Fleck a développé des recherches sur la qualité de vie, dans le cadre du programme de l'organisation mondiale de la santé (WHOQOL). Ces investigations montrent qu'il existe une relation entre des scores élevés sur des échelles qui mesurent religiosité, spiritualité, croyances personnelles (SRPB/RECP) et de meilleurs états de santé. Fleck souligne aussi l'importance qui existe à considérer des aspects des dimensions religieuses dans la réception des patients (Fleck, 2003).

L'utilisation de thérapeutiques telles que l'application des prières est un sujet polémique qui nécessite un examen prudent. Il existe de nombreux arguments contre l'application de thérapeutiques complémentaires. Dans l'étude présentée par E. Ernst, on trouve : la médecine complémentaire est « non scientifique » ; elle est « inefficace » ; c'est une sorte de « placebo » ; parmi d'autres. D'ailleurs, Ernst lui-même souligne ensuite des faits importants tels que : la médecine complémentaire présente des résultats positifs tous les jours ; elle fait économiser de l'argent ; et offre moins de risques pour la santé (Ernst, 2000).

D'un autre côté, l'application des prières et son efficacité sur des processus de soins a été défendue par de nombreux chercheurs. Parmi les plus connus, il y a Herbert Benson, professeur à l'université de Harvard (Benson, 1998). Atwood, du Newton-Wellesley Hospital, dans *The efficacy of spiritual healing* évoque des problèmes méthodologiques dans des études de test de l'efficacité de soins à distance (Atwood, 2001).

L'auteur de la présente recherche a travaillé pendant cinq ans dans une institution spirite. Il a observé de manière empirique des altérations positives dans l'évolution clinique et dans le comportement des patients qui auraient supposément participé à des pratiques spirites (réunions médiumniques), même sans être présents physiquement. Notre propos est d'étudier les effets de l'utilisation de cette pratique religieuse sur des patients porteurs de déficiences mentales dans une institution de santé. L'institution étudiée est un hôpital philanthropique qui prête une assistance multidisciplinaire (médecins, infirmiers,

psychologues, physiothérapeutes, assistants sociaux, orthophonistes, thérapeutes occupationnels et nutritionnistes). En parallèle à cette assistance multidisciplinaire, il est offert une assistance spirituelle basée sur les principes de la doctrine spirite. On prétend tester les bénéfices possibles observés sur des patients qui participent aux pratiques spirituelles.

Dans ce sens, il est important que nous fassions une brève introduction, montrant les caractéristiques distinctes des concepts de thérapie complémentaire et de thérapie alternative. On appelle thérapie complémentaire, les traitements employés conjointement à la médecine conventionnelle. Il existe une autre manière d'aborder le problème, par les thérapies alternatives. Ce sont des thérapeutiques qui sont proposées avec des caractéristiques spécifiques. Mais tandis qu'en thérapie complémentaire, on travaille côte à côte avec des pratiques médicales orthodoxes, les thérapies alternatives, de nombreuses fois, partent de la prémisse qu'on peut se passer des méthodes conventionnelles.

L'association brésilienne de médecine complémentaire et de stratégie intégrative fondée au cours du premier congrès brésilien de médecine complémentaire et du sixième congrès brésilien de médecine biomoléculaire, à la date du 25 novembre 2000 définit la médecine complémentaire comme :

... La médecine pratiquée par des médecins qui utilisent les recours disponibles de la médecine conventionnelle et qui la complète en utilisant des méthodes thérapeutiques et des procédés non conventionnels, d'efficacité prouvée, en plaçant prioritairement toujours les besoins individuels du patient, et en employant des techniques sous sa responsabilité professionnelle, avec la pleine connaissance

et le consentement du patient. Nous n'utilisons pas le terme « alternatif », parce qu'il donne l'idée d'exclusion et qu'en vérité l'objectif principal est d'additionner des connaissances et des stratégies thérapeutiques en vue d'atteindre un but final, qui est le bien-être du patient. La médecine académique (traditionnelle) doit toujours être utilisée d'abord, mais, lorsque nous sommes arrivés au point où nous avons déployé toutes nos connaissances, nous devons disposer et utiliser tous les recours disponibles. Nous avons affaire à une médecine éthique et humaine, à la recherche de solutions.

En général, celui qui opte pour une thérapie alternative, part du postulat qu'il peut se passer de la médecine orthodoxe. Dans ce sens, à mesure qu'ils nient et excluent des procédés classiques, les adeptes de la thérapie alternative considèrent leur pratique comme unique et ne la soumettent pas à des méthodes d'investigations sur leur efficacité. Les pratiquants des méthodes alternatives, en vérité, déprécient la science au nom de la foi et de la pensée magique.

L'organisation mondiale de la santé recommande l'utilisation de pratiques complémentaires afin d'apporter bien-être aux patients à un coût relativement bas, ainsi, sont considérées comme des thérapies complémentaires, des pratiques telles que : l'art-thérapie, la musicothérapie, la réflexologie et des pratiques spirituelles telles que des prières, des méditations et des réunions médiumniques, du fait qu'elles sont réalisées conjointement à la médecine orthodoxe avec un accompagnement scientifique des effets.

Les thérapies complémentaires stimulent l'équilibre émotionnel et spirituel en favorisant la réintégration psychosociale du patient. Il faut également souligner que les thérapies complémentaires ne nient pas les causes organiques ni la nécessité d'un traitement médical conventionnel. Dans une vision holistique, les thérapies complémentaires ouvrent aussi sur l'étiologie spirituelle lors des bouleversements cliniques et comportementaux.

Le livre *Médecine Complémentaire : une réflexion sur l'autre côté de la pratique médicale* de Nelson Felice de Barros (2000), montre que l'application des thérapies complémentaires a constitué un chemin parcouru par de nombreux médecins. Cela vaut la peine de citer le livre organisé par Edward Ernst, *Médecine Complémentaire*, qui réunit 10 articles écrits par des spécialistes de différents pays et avec des opinions assez divergentes (Ernst 2000).

Cathy Malchiodi (1998), par exemple, dans son livre sur l'art-thérapie, montre comment l'utilisation de l'art peut aider au traitement des patients. Les techniques présentées par l'auteur partent du principe qu'il existe une créativité naturelle chez toutes les personnes. Grâce à des simulations de la créativité, l'être humain exprime ses angoisses, trouvant alors l'équilibre et un soulagement à la souffrance.

Le livre de Barrie Cassileth (1999), *The Alternative Medicine Handbook : The Complete Reference Guide to Alternative and Complementary Therapies*, membre fondateur de l'Advisory Council to the National Institutes of Health Office

of Alternative Medicine (OAM), décrit 53 types de thérapie alternative et relate quelques preuves scientifiques.

Le livre *Spiritual Healing, Scientific Validation of a Healing Revolution* est une référence importante dans le domaine des soins spirituels. L'auteur, Daniel Benor (2001), présente 124 études scientifiques réalisées à partir de différentes méthodes de soins spirituels.

Au cours de cette dissertation, les pratiques médiumniques sont étudiées à partir du paradigme des thérapies complémentaires, comme des exercices ayant lieu parallèlement aux thérapies conventionnelles.

Nous ne nions pas les difficultés inhérentes à la présente recherche. Le premier grand obstacle à vaincre est les préjugés enracinés pendant de nombreuses années et dans lesquels a prédominé l'idée qu'on devait séparer la science des autres sujets en rapport à la foi. Formée par une logique classique (Da Costa, 1994), qui postule l'existence d'opposés extrêmes qui dit que quelque chose est vrai ou faux, les scientifiques ont laissé de côté les sujets considérés comme mystiques. Cependant, la science n'a pas toujours été ainsi. Selon Gaston Bachelard, ce qui a déterminé le développement scientifique à ses origines est la nécessité humaine d'avancer vers des territoires inconnus. Selon lui, ce qui différenciait l'homme des autres animaux est sa capacité d'observation et le plaisir qu'il obtenait à extraire des connaissances à partir de ce processus. Bachelard a caractérisé ceci comme étant notre côté *homo luddens*. Pour le

philosophe de la science, la curiosité a été le moteur qui nous a poussés en direction de l'esprit de découverte (Bachelard, 1984).

Aujourd'hui la science reprend la posture investigatrice des mystères complexes et incorpore dans sa méthodologie une logique d'incertitude : la logique floue (*fuzzy logic*). En résumé, on peut dire que la logique floue permet d'étudier des phénomènes imprécis, à différents niveaux. Nous trouvons plusieurs exemples dans la pratique médicale. On recherche la plus grande précision possible du diagnostic, et, malgré la considération de n variables, on arrive difficilement à un résultat absolu à 100% (Haack, 2002).

Un autre point névralgique de la présente recherche se situe dans les concepts de corps, de mental, d'esprit et d'âme. Diverses conceptions peuplent l'imaginaire jusqu'à ce que nous parvenions à notre vision contemporaine, qui est également multiple et polysémique. Cependant, il existe de nombreuses époques où la vision du corps s'oppose à l'âme. À cette vision, on donne le nom de dualisme. Parmi les dualismes les plus marquants, nous trouvons le dualisme anthropologique de Platon pour qui l'homme est corps et « âme » (habitée des idées) ; le dualisme théologique de Saint-Augustin affirme que l'homme est corps et âme (esprit) du fait que le corps est la prison de l'esprit ; le dualisme proposé par Descartes considère l'homme comme un ensemble corps et mental (raison) mais il considère le corps comme une machine. Pour Descartes, le mental serait quelque chose d'immatériel, séparé du cerveau, mais relié au corps physique

(Gardner, 1995). William James postule que la conscience n'est pas une entité née du fruit d'un processus. Le neuroscientifique Eccles affirme que le mental est distinct du corps (Eccles, 1979). Actuellement, cependant, de nombreux neuroscientifiques présupposent qu'il est possible d'expliquer le mental à partir du comportement des réseaux neuronaux.

La grande énigme demeure : il s'agit de définir les relations entre le corps et le mental. Pour quelques-uns, le mental est un produit du cerveau (Crick, 1994). Pour d'autres, le mental a sa place dans le corps comme un tout (Varela, 1991). Dans ce scénario, il est important de présenter la vision de W. Penfield. Le neurochirurgien a réalisé plusieurs expériences dans le cerveau grâce à l'utilisation d'électrodes qui stimulent des neurones spécifiques. Grâce à ses recherches, Penfield contredit les théories qui prétendaient localiser le mental dans le cerveau. Dans son dernier livre, Penfield confesse ne pas avoir obtenu de preuves que le mental serait localisé dans le cerveau (Penfield, 1975).

Introduction

1. Spiritisme et mouvement spirite au Brésil

L'histoire du spiritisme est une histoire de noms et d'ascensions. Conan Doyle, dans son étude sur ce thème, révèle que le suédois Emmanuel Swedenborg (1688), ingénieur et économiste a été un médium qui a laissé de nombreux écrits illustrant ses expériences paranormales. Un autre nom incontournable est Franz Anton Mesmer (1734-1815), dont des recherches dans le domaine du magnétisme, partent de l'existence d'un fluide invisible entre les corps (Doyle, 2002).

La genèse du spiritisme, toutefois, a été associée aux sœurs Fox. En 1847, des événements insolites ont été enregistrés à Hydesville, USA, et ont entraîné de grandes répercussions. L'intérêt pour ces manifestations « surnaturelles » s'est propagé à travers l'Europe. En France, sont restées les fameuses réunions autour des tables tournantes. Ces rencontres étaient réalisées par curiosité et considérées comme un passe-temps (Doyle, 2002).

À cette époque, le sujet a attiré l'intérêt d'intellectuels tels que Balzac, Victor Hugo, Flaubert, Edgar Allan Poe, Nataniel Hawthorne, entre autres. C'est aussi à cette époque que Hippolyte Léon Denizard Rivail, professeur, a commencé à étudier le somnambulisme et le magnétisme. L'évolution de ses recherches a conduit Rivail à s'intéresser aux manifestations spirites. L'ensemble de ses investigations a fini par engendrer un corps théorique qui compose actuellement les fondements de la

doctrine spirite. Rivail a écrit plusieurs livres et pris le pseudonyme de Allan Kardec. D'après les préceptes de la religion spirite, les livres de Kardec sont basés sur des dialogues avec des Esprits par l'intermédiaire de communications médiumniques. Les livres de Kardec sont : *Le livre des Esprits* (1857), *Le livre des médiums* (1861), *L'Évangile selon le spiritisme* (1864), *Le ciel et l'enfer* (1865), *La genèse* (1868), *Qu'est-ce que le spiritisme ?* En 1858 a été fondée la *Revue Spirite* et la *Société d'Etudes Spiritistes*.

À partir de la codification de Kardec, le spiritisme s'est diffusé à travers plusieurs pays, y compris au Brésil. En Italie, un grand chercheur du spiritisme, Ernest Bozzano, privilégiait l'aspect psychique. Ses recherches ont produit divers travaux scientifiques sur l'existence des esprits. Un autre Italien qui a agi dans ce champ d'investigation a été Cesare Lombroso. Médecin, hygiéniste, psychiatre et anthropologue, Lombroso a proposé des théories sur l'hypnotisme et la médiumnité (Silva, 1999).

Au Brésil, le spiritisme a pris des caractéristiques propres. Les noms les plus célèbres du spiritisme brésilien se sont dédiés à la réalisation d'œuvres d'amélioration morale avec beaucoup de détermination. Parmi les plus populaires, on trouve les médiums Francisco Candido Xavier et Divaldo Pereira Franco. Chico Xavier a laissé plus de 406 livres dits psychographiés (dicté par des Esprits). Sa priorité a toujours été l'amour du prochain. Divaldo Pereira Franco, quant à lui, agit dans le domaine du conseil psychologique, avec une manière d'aborder les choses qu'on pourrait caractériser « d'aide pour soi », il réalise des séminaires et des

débats en de nombreux pays, et a écrit plusieurs œuvres. Son œuvre d'assistance au Salvador, Bahia, a une influence internationale (Stoll, 1999).

Les brésiliens Bezerra de Menezes et Inácio Ferreira, tous deux des médecins, ont été décisifs dans la diffusion des idées kardecistes. Bezerra de Menezes, par exemple, a écrit un livre, *la folie sous un autre prisme* (1988), qui propose l'application des idées de Kardec pour comprendre le traitement des bouleversements mentaux (Menezes, 1988). Le psychiatre Inacio Ferreira, directeur du sanatorium spirite d'Uberaba, a appliqué plusieurs des théories de Menezes.

En résumé, on peut dire que le spiritisme brésilien se caractérise par le fait qu'il est une religion chrétienne qui valorise surtout la charité. Parmi les fondements de cette religion, on trouve la croyance en l'immortalité de l'âme. Selon les principes spirites, l'âme contient l'essence de l'individualité humaine. Une autre proposition fondamentale de cette religion est la conception dualiste esprit-corps dans laquelle l'esprit est indépendant du corps, pouvant aussi s'en détacher. Le troisième principe fondamental de cette religion est la croyance en la réincarnation. Pour les spirites, la réincarnation est la possibilité de renaissance dans la vie matérielle. Enfin, le quatrième principe est la médiumnité. Au sein du paradigme spirite, la médiumnité se définit comme la capacité de communiquer avec des Esprits. Le livre des anthropologues français François Laplantine et Marion Aubrée, *La Table, le livre et les esprits*, est un grand travail qui traite du spiritisme depuis sa naissance, en passant par les transformations qu'il a subies, jusqu'au monde

contemporain. Dans cette œuvre, les auteurs relèvent les principales différences entre les mouvements spirites français et brésiliens. Dans la vision des auteurs, le spiritisme français du XIXe siècle, est le fruit d'une vision contaminée par les idées du positivisme. De telles caractéristiques ont été perdues dans l'assimilation que le Brésil a faite de la doctrine (Aubrée et Laplantine, 1990).

Le sujet est repris dans le cadre du doctorat de l'anthropologue Sandra Jacqueline Stoll. Selon l'auteur, toute religion est réinterprétée et change selon son pays d'origine, car elle souffre des influences des cultures locales. Au Brésil, des croyances indigènes, africaines, et même catholiques, ont réinventé les prémisses de Kardec. Ainsi, dans la vision de Stoll, le spiritisme au Brésil n'est qu'une simple déformation de l'original français, comme l'affirment François Laplantine et Marion Aubrée, mais aussi un système philosophique et religieux aux caractéristiques propres (Stoll, 2003).

Comme on le sait, la culture brésilienne est le fruit de divers apports des cultures indigènes et africaines, en plus des influences européennes. Bien qu'elles aient des rituels de communication à travers des médiums, avec des Esprits tant dans les religions afro-brésiliennes que dans le spiritisme kardéciste, chacune de ces pratiques a des particularités distinctes (Hess, 1989). Dans la présente recherche, nous n'entrerons pas dans les différences entre ces pratiques, mais nous nous focaliserons sur les activités relevées à l'intérieur des préceptes du spiritisme kardéciste.

Au Brésil, de nombreuses recherches académiques ont visé à étudier le phénomène du spiritisme. Dans le domaine de l'éducation, la thèse de doctorat défendue à l'université de São Paulo par Dora Alice Colombo : *Pédagogie Spirite : un projet brésilien et ses racines historico-philosophiques* (Colombo, 2001). On peut également citer, en sociologie et en anthropologie, par exemple, Claudio Murilo Pimentel Gama qui a réalisé une dissertation de maîtrise à l'université fédérale de Rio de Janeiro : *L'esprit de la médecine : médecins et spirites en conflit* (Gama, 1992).

Une autre recherche importante a été réalisée par Emerson Giumbelli : « Hérésie, maladie, crime et religions : le spiritisme dans le discours des médecins et des scientifiques sociaux ». Elle nous révèle que le spiritisme, dans la seconde moitié du XIXe siècle, relevait du charlatanisme, ce qui le fait qualifier de « crime contre la santé publique » par le premier code pénal républicain (1890) (Giumbelli, 1997).

La vision négative du spiritisme a été modifiée à partir d'études sociales et anthropologiques. On peut citer les noms de Roger Bastide et Arthur Ramos. Ce dernier a présenté un travail au premier Congrès Médical Syndicaliste qui critiquait les préceptes de la Médecine Légale de l'époque. Arthur Ramos a développé une distinction entre « guérisseur » et « charlatanisme » (Ramos, 1931).

Roger Bastide, de son côté, a développé une distinction entre trois formats de « spiritisme ». La première, dénommée « spiritisme-science » rencontrée dans les classes élevées ; une seconde, le « spiritisme religieux », réalisée dans des

centres, fondée sur la dogmatique Kardeciste pratiquée par des membres des classes moyennes et blanches ; et le « spiritisme de Umbanda », composé par des pratiques diverses et rituelles, exercées par des individus provenant de couches plus pauvres de la société (Bastide, 1967).

2. Spiritisme et santé mentale

La psychiatrie traditionnelle avait pour habitude, Il y a de cela peu de temps, d'avoir une vision négative des pratiques religieuses, arrivant même à diagnostiquer les dimensions spirituelles des individus comme pathologiques (Lukoff, 1992; King, 1998). Des recherches récentes ont prouvé cependant qu'il n'existe pas d'association directe entre pratiques religieuses et psychopathologies, bien au contraire, des recherches scientifiques rapportent que des personnes avec un comportement religieux vivent moins de psychopathologies et plus de bien-être (Lotufo Neto, 1997).

De nombreuses études scientifiques ont été documentées par des centaines d'articles, démontrant les implications de la spiritualité dans la santé. Il a été reconnu que la santé des individus est déterminée par l'interaction de facteurs physiques, mentaux, sociaux et spirituels (Saad, 2001).

L'examen des pratiques religieuses et des soins développés doit être fait à partir d'une méthodologie scientifique rigoureuse. L'usage fréquent de thérapie

complémentaire (Eisenberg, Kessler, Foster, 1983 ; Joyce, 1994), les recherches déjà réalisées sur des soins spirituels (Hodges, 1995, Rizzi, 1995) et les rapports faits par des médecins spirites (Ferreira, 1990) soulignent la nécessité de tester la validité et l'efficacité thérapeutique de ces pratiques spirituelles, si communes dans notre pays.

Le spiritisme kardéciste a une vision assez spécifique et ponctuelle des maladies mentales. Selon cette doctrine, la maladie est un résultat du déséquilibre entre corps/mental/esprit. Dans la catégorie spécifique des déficiences mentales, le spiritisme affirme qu'il existe des causes spirituelles à la souffrance. Allan Kardec raconte qu'un esprit d'un déficient mental vivant est évoqué. Voyons quelques extraits du dialogue entre Kardec et l'esprit du jeune porteur d'une déficience mentale Charles, de 13 ans :

- Eprouvez-vous, comme Esprit, un sentiment pénible de votre état corporel ? - R. Oui, puisque c'est une punition.
- Dans votre état de veille, avez-vous conscience de ce qui se passe autour de vous, et cela malgré l'imperfection de vos organes ? - R. Je vois, j'entends, mais mon corps ne comprend ni ne voit rien. (Martins, 1999 : 29)

Quelques commentaires faits par Kardec un peu plus loin après la narration indiquent que l'esprit du malade jouit de toutes les facultés de la conscience, bien qu'il souffre des limitations du corps matériel. Une telle situation, d'après les croyances spirites, est due aux punitions engendrées par des attitudes

déséquilibrées dans les vies antérieures. Dans ce sens, le spiritisme avance que les porteurs de déficiences mentales doivent être traités avec bienveillance, car leurs esprits, conscients de leurs limites corporelles, souffrent et ont besoin de soutien. Une autre caractéristique importante de cette doctrine réside dans le fait qu'elle croit dans la possibilité d'évoquer l'esprit porteur de cette maladie comme on évoquerait l'esprit d'un mort :

- Son âme est liée au corps par des liens matériels, mais non spirituels. Elle peut se détacher. (Martins, 1999 : 28)

3. Médiumnité.

Pour de nombreux chercheurs, les expériences médiumniques sont considérées comme psychopathologiques. (Mulhern, 1991; Pimentel, 1919; Horton, 1974). Le spiritisme, cependant, a une autre vision. La médiumnité est une sorte d'affinité psychique qui permet divers genres de communication spéciale. On peut aussi définir la médiumnité comme une sorte de capacité de perception élargie. D'après le spiritisme, les médiums sont des intermédiaires entre deux mondes ou espaces différents. Pour le codificateur de la pensée spirite, Allan Kardec, la médiumnité est quelque chose de naturel, spontanée et peut-être de deux types : une intellectuelle, plus subtile et une ostensible, qui se traduit par des effets physiques.

Au Brésil, le spiritisme accepte, stimule et valorise les expériences dissociatives telles que : l'incorporation spirituelle et des expériences hors du corps. Il existe de nombreuses institutions philanthropiques pour le traitement des bouleversements

mentaux qui visent à associer des pratiques médicales et religieuses. Les procédés utilisés sont : des prières, une énergisation et l'usage de la médiumnité, selon les principes de la doctrine spirite (Negro, 1999).

Les activités se référant à la médiumnité de soins sont acceptées et stimulées, mais elles doivent être réalisées en accord avec les préceptes de la doctrine spirite. Parmi les considérations basiques, on a : la gratuité des services, l'attachement à un centre spirite, l'humilité et, pour les médiums, l'étude constante des textes de l'Évangile.

Selon le spiritisme, il existe divers types de médiumnité qui sont généralement classés par l'ordre de phénomènes qu'ils produisent. Les principaux sont : la médiumnité à effets physiques qui sont produits par des phénomènes tels que le mouvement de corps inertes et bruyants ; l'écriture ou psychographie, pour laquelle l'écriture manuelle est la plus simple ; la médiumnité auditive ou psycho phonique. Cette dernière, quelquefois, est une espèce de voix intérieure qui s'impose à notre être intime, d'autres fois c'est une voie externe de communication et le médium, sujet porteur de cette capacité, traduit verbalement les impressions ressenties (Kardec, 1991).

Dans l'étude historique sur la médiumnité conduite par J. H. Pires dans *L'esprit et le Temps*, on retrouve un large panorama qui traite des changements que l'expérience médiumnique a expérimentés au fil des transformations culturelles. Lors d'une première phase de L'Humanité, le médiumnisme a rapport à la croyance en une force qui imprègne toute la nature. Dans cette phase, également

dénommée totémique, le médium a une action importante dans les tribus. Après cette période, appelée aussi médiumnisme primitif, nous avons une phase agricole, dans laquelle prédomine l'animisme et le culte des ancêtres. Dans cette période de vie sociale sédentaire, surgit la conception fétichiste qui met en relation l'idée de Terre-Mère et Ciel-Père. Des exemples bien connus existent dans la mythologie égyptienne où Osiris, force originale masculine, féconde Isis, déesse Terre. La phase suivante, le médiumnisme d'oracle se caractérise par la croyance du fait qu'il est possible de communiquer avec les divinités à travers l'utilisation d'oracles. En Grèce antique, des sanctuaires tels que le fameux temple de Delphes, ont attiré des foules. Déjà à cette époque, des personnes qui recevaient une formation spéciale et avaient une vie extrêmement disciplinée pouvaient devenir pythonisses. Dans des temples, le voyageur cherchait des réponses à ses doutes à travers le médium.

On rencontre un autre type de médiumnité dans la Bible. Les prophètes étaient des êtres capables de communiquer directement avec la divinité. Dans ce cas de médiumnité biblique, les communications se caractérisent par le fait qu'elles apportent des explications qui composent le futur code de conduite morale judaïque. C'est seulement au Moyen Âge que le phénomène médiumnique devient associé à l'idée de possession ou bien à une manifestation démoniaque.

La période pendant laquelle le spiritisme se développe au XIX^e siècle présente une vision de la médiumnité totalement différente des précédentes. Parmi les différences qui ressortent, nous trouvons maintenant un type de médiumnité qui conçoit la communication entre des êtres de même nature. Il est important

d'observer cependant que le terme de médiumnité apparaît seulement au XIX^e siècle. Dans les études de parapsychologie, ce phénomène reçoit le terme de *canalisations (Channeling)* et le médium reçoit la dénomination de *sensitif*.

Les communications reçues par les médiums peuvent avoir deux origines : un esprit désincarné ou un esprit incarné (Bozzano, 1940). En traçant un parallèle entre ce type de communication et la télépathie, on peut affirmer qu'il existe des différences significatives. La télépathie se réfère à la transmission de pensée. Pour mieux comprendre la complexité qui entoure le phénomène de la communication médiumnique entre vivants, voyons l'étude développée par Bozzano. Le médecin professeur de Turin s'est consacré de nombreuses années à l'étude expérimentale de la médiumnité, parvenant à l'expérimenter avec 76 médiums. A propos du phénomène de communication médiumnique entre vivants, Bozzano définit plusieurs catégories. La première consiste en une simple communication de pensée et n'inclut pas la possibilité temporaire d'utilisation de l'organisme du médium par un esprit communiquant. Cette possibilité corporelle peut être observée par des altérations du ton de la voix, de la rédaction de texte, par des langues étrangères parlées, entre autres. La seconde se réfère au message transmis inconsciemment au médium par des personnes plongées dans le rêve. Bozzano souligne que dans cette catégorie on peut observer le développement d'une conversation dans laquelle l'agent (l'esprit communiquant) participe de fait. Un tel phénomène n'arrive pas dans les processus simplement télépathiques du fait que dans ceux-ci n'intervient pas la rencontre de deux personnalités intégrales. En d'autres mots, dans le processus de télépathie, quelqu'un parle de quelque chose

qui est en relation avec une autre personne (le communiquant). Dans le phénomène de communication médiumnique entre vivants, l'agent communiquant lui-même parle pour lui-même. Dans la troisième, on trouve des messages transmis de manière consciente par les personnes en état de vigilance. Il est important de mentionner une autre catégorie dans laquelle les messages sont transmis comme auxiliaire de manifestation des morts : (Bozzano, 1923 : 116)

Bien qu'il existe des controverses, la présente étude part du postulat qui consiste à dire que les capacités médiumniques ne se confondent pas avec des problèmes mentaux. Selon des recherches dans ce domaine, il est possible de délimiter les différences entre des conditions mentales de santé et des perturbations pathologiques telles que des hallucinations auditives, et/ou visuelles. En général, on observe que les porteurs de problèmes mentaux présentent plusieurs autres symptômes concomitants. D'un autre côté, les personnes ayant des activités médiumniques ont présenté un meilleur niveau dans les échelles de tests de qualité de vie en rapport avec la population générale (Negro, 1999).

Les pratiques spirituelles partent de la prémisse qu'il existe un déséquilibre dans le triple aspect organico-émotiono-spirituel. Dans la pratique spirituelle kardéciste, il est essentiel de travailler au changement de la conduite du patient. Une telle attitude empêche la syntonie avec des pensées négatives. Par ailleurs, les passes et la prière tendent aussi au rééquilibre.

Kardec a publié de nombreux rapports de cas en décrivant des soins à travers des évocations d'esprit. Il réfute que ces soins aient été spontanés à cause de leur très grand nombre. Il décrit ainsi plusieurs situations dans lesquelles l'amélioration du patient commence à intervenir à partir d'une réunion médiumnique (Kardec, 1993).

Des études aléatoires faites avec des groupes de contrôle sur l'efficacité des prières d'intercession ont été publiées dans des journaux d'enquête clinique, avec démonstration des résultats positifs (Astin, 2000).

Selon la doctrine spirite, la médiumnité serait une condition humaine naturelle par laquelle il sera possible d'établir des relations avec les esprits. L'intermédiaire médiumnique se réaliserait par l'action entre un médium et un esprit communiquant. Le processus médiumnique agirait sur le mental du médium qui est la somme des rapports d'influence entre ces deux esprits et qui se traduit comme étant le message final (Pires, 1984).

De récentes études ont démontré que des expériences extrasensorielles dissociatives sont communes à la population en général (Ross, 1990 ; Ross, 1992 ; Levin, 1994). Elles ne sont pas fréquemment associées à des bouleversements psychiatriques dans des populations non cliniques (Heber, 1989).

4. Hôpitaux spirites

Dans le monde entier, des institutions religieuses s'associent historiquement à l'assistance pour la santé. Aux alentours de 1500, les maisons saintes de la miséricorde sont apparues, elles avaient pour objectif de recevoir la population souffrante. São Camilo de Lellis (1550-1614), considéré comme le premier administrateur d'hôpital, est nommé par l'église catholique saint patron des hôpitaux, des malades et des professionnels de santé (Cherubin, 1997).

Historiquement, des organisations religieuses ont fondé et tenu des services de santé mentale dans diverses régions de la planète (Larson, 1997).

Les sociétés, en général, se constituent en trois champs d'action ou secteurs : le premier secteur correspond à l'émanation de la volonté populaire, par le vote, qui confère le pouvoir au gouvernement ; le second secteur correspond à la libre initiative, qui opère dans le marché, qui définit un programme économique en utilisant le profit comme instrument ; le troisième secteur correspond aux institutions ayant des préoccupations et des pratiques sociales sans but lucratif, qui engendrent des biens et des services à caractère public, tels que les ONG, les institutions religieuses, les associations de services, les entités bienfaitrices, les centres sociaux, les organisations de bénévolat, etc. Parmi les pratiques du troisième secteur, nous pouvons citer le volontariat, les initiatives bienfaitrices, l'humanisme, le partage, etc.

D'après le relevé fait par l'ISER (Institut Supérieur des Etudes des Religions) en partenariat avec l'université John Hopkins, le Brésil a environ 220 000 institutions bienfaitrices, sans buts lucratifs, rassemblant 10 millions de volontaires, proposant l'accueil direct d'environ 40 millions de personnes, ce qui représente un quart de la population brésilienne.

Historiquement vu comme un ensemble d'institutions de charité, le troisième secteur se développe dans d'énormes proportions. Cependant, il manque au troisième secteur d'incorporer la connaissance des procédés et des motivations que développe l'initiative privée. Le problème est encore plus accentué dans les institutions d'assistance à la santé. Il est nécessaire que le troisième secteur change ses paradigmes d'organisation (Bradley, 2003).

La religion spirite se caractérise par le fait d'avoir comme fondement la pratique de la charité. Dans ce sens, elle a des pratiques caractéristiques du troisième secteur, c'est-à-dire qu'elle s'associe au travail volontaire, de par ses principes.

5. L'institution spirite « Casas André Luis »

L'institution Centre Spirite Nosso Lar Casas André Luiz, est un hôpital de longue durée, où les patients habitent. L'institution assiste 650 patients internés qui reçoivent des soins pluridisciplinaires dans la ville de Guarulhos, São Paulo.

Le Centre Spirite Nosso Lar Casas André Luiz a son siège juridique dans la ville de São Paulo, elle a pour objectif la pratique de la charité tant spirituelle que morale et matérielle, en accueillant et en réalisant des événements culturels, au-delà de l'assistance particulière aux personnes porteuses de déficiences mentales et multiplie les associations, sans aucune distinction de croyances religieuses, de nationalité, de couleur, ou de sexe.

L'institution compte dans sa structure physique trois unités d'assistance spirituelle localisées dans les quartiers de Santana, Vila Gustavo et Vila Galvão ; deux unités d'assistance sociale qui se trouvent dans les quartiers Picanço et Vila Galvão, à Guarulhos, deux centrales de télémarketing - São Paulo et Santos/SP - afin de générer des revenus ; et trois brocantes (bazars dans lesquels sont commercialisés des dons qui ne correspondent pas à la demande de l'institution), localisées à Guarulhos, Osasco et São Miguel Paulista.

Les Casas André Luiz comprennent deux unités de soins, dans lesquelles un personnel compétent composé de professionnels du domaine médical (de 34

spécialités différentes) et d'une équipe pluridisciplinaire, intervient aux niveaux santé, éducation, culture et socialisation de 650 internes et 550 patients. Les deux unités se trouvent à Guarulhos. Une unité est de longue durée et l'autre est transitoire.

L'unité de longue durée se répartit sur une surface de 70046 m², dont 35000 m² de surface construite. Le complexe possède cinq immeubles comportant l'administration, la direction technique, le département des activités interdisciplinaires, le département d'enseignement et de recherche, le service de documentation scientifique, des infirmeries générales et de soins intensifs, des salles pour des thérapies spécialisées, une salle de rayons X, des cabinets dentaires, une bibliothèque et des secteurs de soutien.

L'aire technique est constituée par la physiothérapie ; la phonoaudiologie, la psychologie, la pédagogie, l'éducation physique, le service social, la thérapie occupationnelle, le service de nutrition et de diététique, la radiologie, l'odontologie, l'infirmerie, la pharmacie, la santé occupationnelle et le domaine médical. Ce dernier a les spécialités suivantes : psychiatrie, neurologie, clinique générale, pédiatrie, gastro-entérologie, urologie, acupuncture, physiatrie, pneumologie, gynécologie, dermatologie, homéopathie et acupuncture.

Par ailleurs, les Casas André Luiz sont pourvues des commissions suivantes : commission d'éthique médicale ; commission scientifique ; commission d'éthique et de recherche sur les êtres humains ; commission des décès ; commission de

contrôle des infections hospitalières ; commission des résidus ; commission de gestion des médicaments ; commissions des promptuaires et équipes pluridisciplinaires de thérapie nutritionnelle.

Le jour de la cérémonie d'inauguration, le 28 janvier 1949, a été créé le premier statut de l'institution, dont la finalité est de promouvoir la charité spirituelle et matérielle, sans distinction de croyances religieuses, de nationalité, de couleur, ou de sexe. Le travail du centre a été d'intensifier les soins auprès des enfants orphelins. Un message spirituel a alors changé le cours des travaux, soulignant que l'institution devrait soigner des enfants porteurs de déficiences physiques et mentales. En 1958, est inaugurée la Maison des Enfants et seulement après quatre années, la dénomination juridique de l'entité change pour *Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz*. Les directives de l'institution sont des conséquences de l'étude et de la pratique de la doctrine spirite.

L'action n'a pas de limites géographiques, car elle offre l'accueil spécialisé aux personnes venant de tout le Brésil. On se préoccupe également de travail communautaire, de développement de programmes de prévention de la déficience, de l'intégration du porteur de déficience dans la société, de formation de professionnels (vu que dans les universités il n'y a pas de diplôme d'habilitation délivrée pour les porteurs de déficiences mentales), de promotion des échanges, de convention et de stages, grâce au département d'enseignement et de recherche.

La Direction de l'institution est exercée par des organes d'activités diverses, mais tous reliés :

- Le Conseil de Contrôle : il est l'organe qui a la responsabilité de contrôler toutes les activités de l'institution, d'ordre spirituel et matériel, y compris l'exécution et le développement des programmes, en donnant des informations et en émettant des avis à la discrétion du Conseil Délibératif.

- Le Conseil Délibératif : il est l'organe qui a la compétence pour aborder tous les sujets relatifs aux finalités de l'institution, en déterminant des objectifs à courts, moyens et longs termes, en dehors des programmes et des projets spécifiques qui sont développés et exécutés par les organes subordonnés et établis par la Réglementation Complémentaire.

- Le Conseil Doctrinal : c'est l'organe de Recommandation Doctrinale, à qui il appartient de coordonner les activités établies par l'assemblée, dans la continuité des objectifs Spirituels et d'Assistance de l'institution, conformément à un Règlement Spécifique.

- Le Conseil Directeur : c'est l'organe administratif, à qui il appartient de conduire les activités de l'institution, en tant que représentant du Conseil Délibératif.

L'assistance médico-hospitalière et pluridisciplinaire vise à développer les potentialités du porteur de déficiences mentales à travers des actions préventives et personnalisées.

6. Séances médiumniques dans les casas André Luiz

L'institution Casas André Luiz adopte comme un de ses fondements les pratiques religieuses du spiritisme. Ainsi, l'application de prières et la réalisation de réunions médiumniques sont pratiquées et accompagnent l'institution depuis de nombreuses années. Ces pratiques n'entrent pas en conflit avec les procédés de la médecine conventionnelle. Dans cette recherche, nous nous sommes focalisés sur les activités d'assistance spirituelle aux patients, réalisées lors des réunions médiumniques.

La réunion médiumnique est composée d'un groupe de douze personnes en moyenne, où chacun a une fonction spécifique. Approximativement, une moitié du groupe est constituée par des médiums qui jouent également le rôle de dirigeants, orienteurs et soutiens. Nombre des activités ont pour fonction d'engendrer une harmonie dans l'ambiance, en accord avec les préceptes spirites. Les procédés des réunions médiumniques, tous empruntés au spiritisme, comprennent plusieurs étapes. Il est important de se rappeler que, selon la religion spirite, les médiums sont des personnes dotées de capacités de communication avec les Esprits (incarnés et désincarnés). Après une lecture initiale, vient la prière d'ouverture pour

l'harmonisation des participants. Ensuite, les médiums restent réceptifs à la communication médiumnique, qui intervient de manière spontanée. De nombreuses fois, ces communications arrivent avec des Esprits de patients internés de l'institution (ils seront nommés par la suite des *communiquants*). Il faut souligner que les médiums ne connaissent pas les patients et qu'il n'y a pas d'évocation de ceux-ci. La majorité des communications révèle une grande affliction. La conversation qui s'établit vise à aider le communicant à dépasser la condition dans laquelle il se trouve. Pour cela, on utilise des arguments du paradigme chrétien. Un tel dialogue reçoit le nom de conversation fraternelle dans le spiritisme. Le communicant n'est pas physiquement présent dans la réunion et son identification n'est pas toujours possible. Les réunions médiumniques sont réalisées de manière hebdomadaire, avec une durée de deux heures à chaque fois et produisent des résultats positifs. Nous allons voir ci-après une étude de cas.

7. Quelques cas

Dans les casas André Luiz, en janvier 2001, après une communication réalisée en réunion médiumnique, il est arrivé un cas de modification profonde et significative dans l'évolution d'un patient. Le patient en question avait été diagnostiqué d'un syndrome épileptique associé à une déficience mentale profonde. À l'époque, les caractéristiques de ce patient étaient qu'il déambulait ; il écoutait, mais il ne parlait pas. Il souffrait d'une petite perte visuelle, il y a un an, à cause de la cataracte. Depuis 2000 le patient avait besoin d'une intervention médicale avec des soins

intensifs car il présentait des régurgitations constantes suivies de vomis. Cela a entraîné une perte considérable de poids engendrant une cachexie et un risque nutritionnel tertiaire. Les examens aux rayons X et l'endoscopie ont révélé une dilatation de l'œsophage et une gastrite. L'équipe médicale, après de nombreuses tentatives cliniques de renversement de ce processus, a opté pour un procédé chirurgical de jéjunostomie. Bien qu'un tel procédé présente un risque chirurgical à cause des conditions cliniques du patient, cela paraissait être l'ultime recours pour éviter la mort du patient.

Tandis que les examens préopératoires étaient réalisés, un fait nouveau apparut. Pendant une réunion médiumnique de l'institution, il est arrivé une communication à travers une transe médiumnique. Dans celle-ci, le sujet communiquant s'est identifié comme étant le patient qui se trouvait à l'infirmerie centrale, R.C. bien qu'il ne fût pas physiquement présent lors de la communication faite à travers le médium, le *sujet communiquant R.C.* a affirmé qu'il se sentait privé de respect dans sa vie privée et qu'on le privait du droit d'abréger sa propre vie.

Il en a découlé un dialogue dans lequel on a tenté de le dissuader de ses intentions suicidaires par des techniques basées sur la psychologie positive. Le *sujet communiquant R.C.* a réagi initialement avec résistance et opiniâtreté, mais il finit par céder aux arguments, et à la fin de la conversation, il s'engagea à changer son attitude et à tenter de contribuer aux efforts pour sa propre survie.

On a constaté, après cet événement médiumnique, que le patient R.C. a commencé à présenter des changements dans son comportement alimentaire, ce qui a engendré un renversement significatif de sa trajectoire clinique. Avec les progrès réalisés, l'équipe médicale a suspendu l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, il était possible de reprendre les soins d'assistance pluridisciplinaire qui s'étaient révélés jusqu'à maintenant infructueux. Avec le temps, son état général s'est stabilisé, le patient a repris 17 kilos et a pu retourner à ses activités habituelles. Des cas comme celui-ci ne sont pas isolés, ce qui a amené l'auteur à s'intéresser au développement de l'application des méthodes de tests et de l'efficacité thérapeutique de tels procédés.

Justifications

Cela justifie l'objectif principal de cette recherche qui est d'étudier les effets de l'utilisation de pratiques religieuses sur des patients porteurs de déficiences mentales dans une institution de santé. Comme on le sait, malgré l'intérêt scientifique croissant à associer religion et médecine, il existe peu d'études dans ce domaine interdisciplinaire (Lotufo Neto, 1997). Par ailleurs, on observe des problèmes d'inconsistance méthodologique et bon nombre d'entre elles présentent des résultats sans conclusion (Sloan, 2000). Il est nécessaire de reconsidérer les interactions entre médecine et spiritualité à partir d'une méthodologie scientifique (Scheurich, 2003).

Lancet, New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, JAMA et d'autres publications médicales ont ouvert un espace pour des articles qui parlent de telles associations. Cependant, on observe des difficultés inhérentes à ce type d'investigation. Les sciences médicales opèrent à partir de méthodes rigoureuses qui, de nombreuses fois, ne sont pas compatibles avec les particularités des expériences religieuses.

En d'autres mots, malgré le fait que des scientifiques ont réalisé des enquêtes sur les effets de la religiosité sur la santé, les difficultés méthodologiques de ce type de recherche et la carence de résultats concluants révèlent la nécessité de continuer à réaliser d'autres études. La présente recherche a surgi de cette

constatation, de l'observation de l'application de pratiques spirituelles et de la nécessité de soumettre les résultats obtenus par ces pratiques à une analyse scientifique.

On observe une amélioration significative dans le comportement des patients à partir de l'utilisation des pratiques spirituelles. Parmi les changements observés, on trouve : la diminution de l'agressivité, une meilleure adaptation aux activités de la vie quotidienne et une meilleure disposition à la vie sociale.

Le motif du choix de cette population spécifique est dû principalement à deux facteurs : le premier, au fait que l'auteur a travaillé pendant sept ans dans une institution spirite, cela lui a permis d'observer empiriquement une amélioration des patients qui participaient supposément à ces réunions médiumniques, même sans être présents physiquement. Le deuxième est que ces cas ont été nombreux et ont entraîné des situations dans lesquelles l'amélioration du patient s'est vue à partir d'une réunion médiumnique.

Objectif général

Etudier les résultats thérapeutiques de l'application de pratiques spirituelles sur des patients porteurs de déficiences mentales.

Objectifs spécifiques

Tester l'impact d'une réunion médiumnique dans l'évolution clinique et comportementale des patients porteurs de déficiences mentales.

Hypothèse

Des patients porteurs de déficiences mentales qui participent aux sessions médiumniques présentent une amélioration de leurs problèmes cliniques ou comportementaux.

Méthodes

1. Echantillon

Sur un total de 650 patients porteurs de déficiences mentales, d'après CID 10, des internés des unités de longue durée des Casas André Luiz, ont été séparés en deux groupes (expérimental et contrôle) avec 20 patients chacun.

2. Instruments

2.1 Echelle d'Observation Interactive des Patients Psychiatriques Internés-EOIPPI

L'instrument choisi pour l'obtention des données a été l'Echelle d'Observation Interactive des Patients Psychiatriques Internés - EOIPPI (Zuardi, 1989) (annexe). L'EOIPPI est un instrument de test des altérations cliniques et comportementales des patients qui combinent l'observation directe et le jugement clinique. Les facteurs qui englobent des soins spéciaux, des intérêts et compétences sociales sont rencontrés dans l'échelle d'observation directe du comportement. L'EOIPPI a une échelle qui possède 18 tests et pour chacun d'eux, il y a juste une graduation possible (0, 1, 2), pouvant être choisie afin de

décrire au mieux l'observation. Au cas où il ne soit pas possible de classifier, et/ou il arriverait des situations nouvelles et/ou le patient présente une limitation physique qui interfère dans l'exécution des points 1, 2, 3, 4, il existe l'option NT (non testé) et on doit en écrire le motif (voir annexe).

La validité de l'EOIPPI a été établie sur des patients de l'unité psychiatrique de l'hôpital de Ribeirão Preto. Trente quatre (34) patients psychiatriques adultes ont été testés de manière hebdomadaire, pendant leurs trois premières semaines d'internement, par deux infirmières formées auparavant à l'usage de l'EOIPPI, produisant un total de 186 observations. Les mêmes patients ont été vus par deux psychiatres, dans les après-midi des mêmes jours d'observation que les infirmières. On a vérifié que l'EOIPPI montre une cohérence remarquable entre observateurs. Les critères de validité prédictive ont également été remplis. En effet, après que les patients aient reçu l'autorisation de quitter l'hôpital, jusqu'à une semaine après la dernière évaluation, ils ont obtenu des scores à l'EOIPPI bien inférieurs à ceux des patients qui n'avaient pas obtenu la permission de sortir de l'hôpital durant cette période (Zuardi, 1995). L'ensemble des observations montre que l'EOIPPI satisfait les critères de confiance et de validité exigés par une échelle de test, étant données des conditions d'utilisation visant à tester de possibles altérations cliniques et comportementales.

2.2. Dossier informatisé de l'institution :

Un autre outil utilisé est le dossier du patient, aujourd'hui informatisé dans l'institution où sont enregistrées, en plus des informations d'identification et les informations cliniques, d'éventuelles participations aux activités interdisciplinaires et les rapports aux pratiques religieuses telles que la prière, l'énergisation, etc. Il existe une commission de contrôle du dossier qui suit des normes rigoureuses.

3. Procédés

Tous les sujets internés dans l'unité de longue durée des Casas Andre Luiz (N=650) ont été soumis deux fois à l'échelle EOIPPI afin de tester d'éventuelles altérations cliniques et comportementales. Une, au début de l'étude, et l'autre six mois après. La première collecte des données a été réalisée en juillet 2002 et la seconde en janvier 2003. Les deux collectes ont été réalisées par des professionnels de niveau supérieur après un entraînement préalable. Au total, dix professionnels ont participé (quatre infirmières, deux psychologues, deux thérapeutes occupationnels, deux orthophonistes) dans leur routine de travail.

Le groupe expérimental a été formé par 20 patients qui, tout au long de cette période, ont supposément participé à des réunions médiumniques. Le groupe de contrôle a été formé à partir des autres 630 patients.

Dans la constitution du groupe expérimental, trois catégories d'identification spontanée ont été créées :

1. Le *sujet communiquant* est identifié par son nom
2. Dans la communication médiumnique, le *sujet communiquant* attire l'attention et/ou s'exprime sur des caractéristiques personnelles, comportementales et cliniques d'un patient particulier.
3. Des communications à caractère général, sans conclusion, sans identification précise.

On a considéré comme groupe expérimental les individus qui s'identifient en accord avec les critères décrits dans les réunions médiumniques qui ont lieu dans l'institution. Les *sujets communicants* supposés de cette réunion, bien que non physiquement présents et n'ayant pas la connaissance de leur éventuelle participation, ne connaissent pas leur éligibilité au groupe expérimental. Les testeurs n'ont pas eu connaissance de ceux qui ont été les sujets qui ont supposément participé, ce qui caractérise une étude du type double aveugle.

On a établi que seuls feraient partie de l'échantillon expérimental, des cas rentrant dans les catégories 1 et 2. Le groupe de contrôle a été composé à partir d'un échantillon de genre et d'âge par des patients qui n'ont pas été classés comme étant supposément des *sujets communicants* de la réunion médiumnique.

Le procédé des réunions médiumniques a obéi à des paramètres de la doctrine spirite kardéciste. Lors des communications réalisées au travers des participants

nommés médiums, il est arrivé, parfois, des relations qui montraient la caractérisation de patients internés porteurs de retard du développement mental (catégories 1 et 2). À d'autres moments, les communications ont abordé des sujets étrangers à cette recherche.

Dans toutes les réunions médiumniques, on adoptait le procédé du dialogue qui passait par trois phases ou moments. Dans la première phase, le dialogue avait pour objectif de calmer des angoisses, des rancœurs, des colères, entre autres sentiments, et grâce à ceux-ci, d'amener le bien-être. Le second moment visait à établir un rapport de confiance entre le sujet communiquant et l'orienteur de la session. Ensuite, on adoptait des techniques suggestives de valorisation de la vie, de réconfort et de conseil moral.

4. Statistiques :

On a réalisé l'analyse descriptive de toutes les variables de l'étude. Les variables qualitatives ont été représentées en termes de nombre absolu et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été représentées à partir de leur valeur de tendance centrale et de dispersion. Pour vérifier le bon accord à la courbe normale, on a appliqué le test de Kolmogorov-smirnov, et pour vérifier l'homogénéité des variances, on a appliqué le test de Levene. Comme les variables de cette étude ont présenté ces deux principes satisfaits, des tests paramétrés ont été utilisés, le test t (lorsque nous comparons le groupe test avec le groupe contrôle tant pour le score I

que pour le score II). En plus, on a appliqué le test de ANOVA (analyse de variance) de mesures répétées pour vérifier si il y avait des différences entre les groupes dans le temps (score I et II) et simultanément. Le niveau de confiance était de 5 %. L'échantillon statistique utilisé correspond au SPSS 10.0 pour Windows.

5. Aspects éthiques

Le Conseil Directeur de l'Institution a donné son consentement éclairé sur le fait que les patients porteurs de retard de développement mental devraient être sous sa curatelle. La Commission d'Ethique et de Recherche de l'Institution a testé et approuvé le projet (voir annexe)

Résultats :

Groupe général : la population étudiée est constituée de 650 patients, tous porteurs de déficiences multiples (figure 2).

Groupe expérimental : 58 communications ont été obtenues en réunions médiumniques durant la période de l'étude, dans celle-ci, 20 ont satisfait les critères d'identification adoptée par l'auteur et 38 non.

1. Données biodémographiques

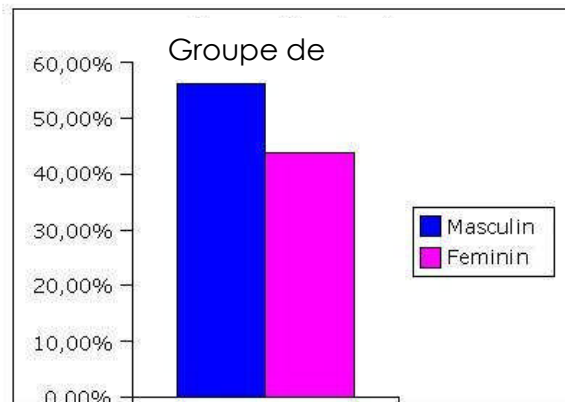
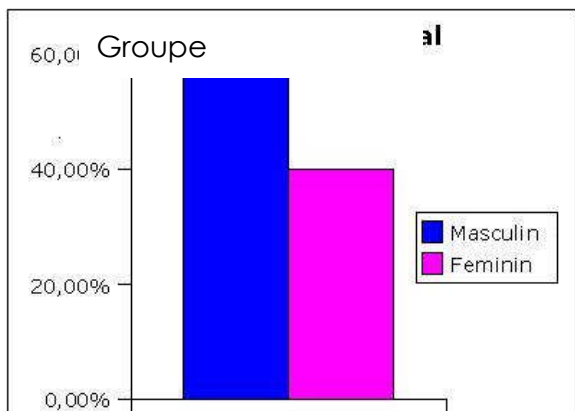
On peut observer sur le tableau 1 et aussi sur les figures 1 et 2 qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant aux variables de genre, de degré de déficience mentale et d'âge.

TABLEAU 1 – données biodémographiques : âge

| variable | Groupe test | Groupe contrôle | Test |
|--------------|----------------|-----------------|--------|
| âge (années) | N = 20 | N = 20 | Test t |
| $\mu \pm dp$ | 35,0 \pm 9,9 | 34,6 \pm 9,3 | p=0,91 |
| Mínimum - | 16 - 56 | 16-49 | ns |

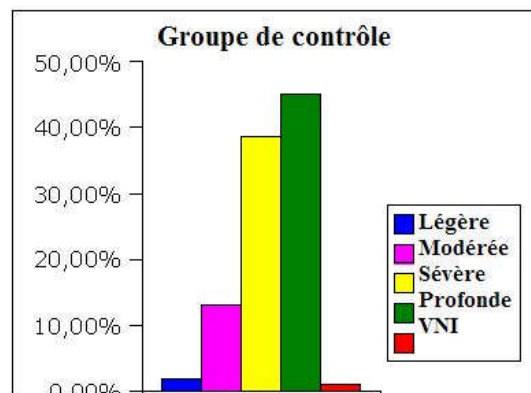
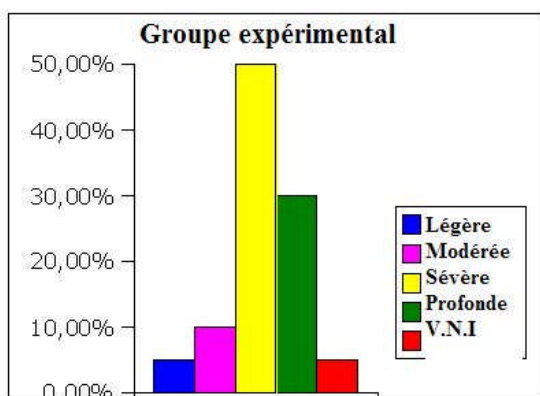
Où : ns=non significatif

FIGURE 1 – GENRE



Ki² (p=0,91) ns

2 – DEGRE DE DEFICIENCE MENTALE



V.N.I. : Variation Normale d'Intelligence.

2. Résultats de l'Echelle d'Observation Interactive des Patients Psychiatriques Internés (EOIPPI)

L'analyse statistique compare le groupe expérimental (N=20) avec le groupe de contrôle (N=20), constitué par la méthode de comparaison par âge et par genre. En appliquant le test t de la différence de variations entre les groupes nous avons obtenu $p = 0,045$. Test t comparé $p < 0,0001$.

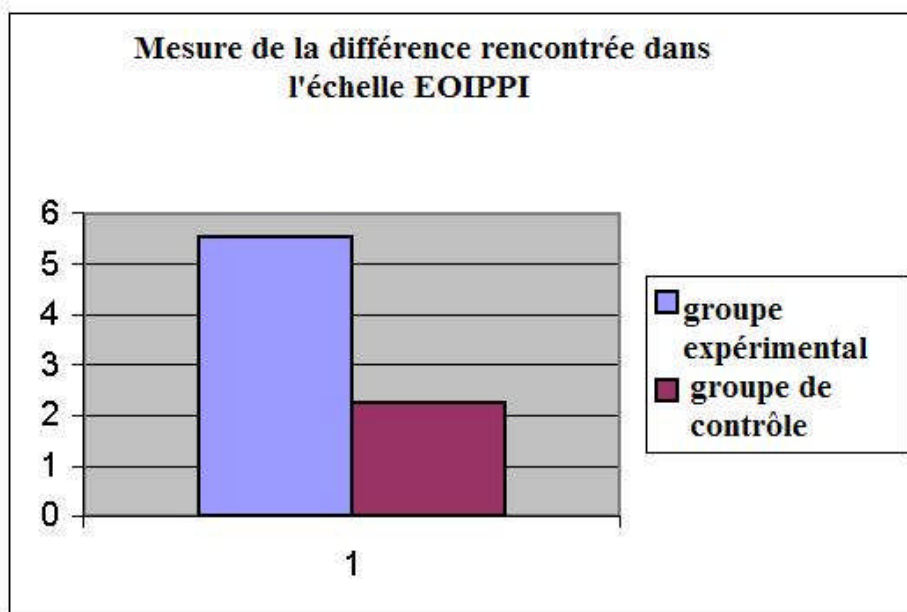
On observe sur la figure trois que lorsqu'on compare les deux scores du groupe expérimental (N= 20) et du groupe de contrôle, les deux groupes diffèrent par une variation entre un Score I et II (test t, $p < 0,05$). Ce résultat est confirmé par le test Ki^2 ($p=0,008$) conformément au tableau 2.

TABLEAU 2 – Données de la variation des scores

| variable | Groupe test | Groupe de contrôle | Total | Test |
|----------------|-------------|--------------------|-------|----------------|
| Avec variation | 11 | 03 | 14 | Ki^2 |
| sans variation | 09 | 17 | 26 | $p=0,008$ S |
| TOTAL | 20 | 20 | 40 | |

où S = significatif

55% se sont améliorés.

FIGURE 3– MESURE DE LA DIFFERENCE RENCONTREE DANS L'ECHELLE EOIPPI

Discussion

Les transformations par lesquelles la psychiatrie est passée durant le 19^e siècle paraissent indiquer un triomphe des aspects philosophiques et psychologiques devant les aspects scientifiques et quantitatifs de cette science. Cependant, comme Sims (2003) nous le rapporte, c'est une énorme faute. Les recherches scientifiques dignes de confiance n'ont pas abandonné les aspects scientifiques et quantitatifs. Au contraire, elles ont visé à chercher le développement de méthodes qui parviennent à étudier scientifiquement les phénomènes considérés antérieurement comme *mystérieux* (Sims, 2003)

C'est sur cette ligne, que l'auteur de la présente dissertation a développé une expérience ayant l'objectif d'engendrer un test quantitatif, en respectant les méthodes scientifiques classiques. Du fait de la nature du problème qui a été investigué, cette recherche est passée par de nombreuses étapes, dans lesquelles on a cherché à parfaire la méthode employée à travers l'utilisation d'analyses plus approfondies.

Il existe des études qui mettent en relation des altérations métaboliques et les pratiques religieuses. Parmi celles qui ont déjà démontré quelque preuve empirique on trouve seulement un rapport d'enquêtes utilisant des techniques d'images cérébrales, type Spect (*single photon emission computed tomography*) ou Pet (*positron emission tomography*) (Sousa, 2001). La pratique de la méditation profonde et du yoga, par exemple, entraîne une augmentation du métabolisme de

la glycémie cérébrale. (Herzog, 1990). Newberg, pour sa part, a vérifié l'augmentation significative de l'activité cérébrale, dans la région du cortex très frontal, pendant ces états (Newberg, 1997).

D'autres études qui associent des résultats cliniques à des pratiques religieuses ont été développées. La recherche de Harris sur la preuve scientifique des effets des prières d'intercession dans le résultat de l'évolution clinique de patients d'une unité de soins coronariens a eu un résultat positif (Harris, 1999). Il y a d'autres chercheurs qui ont remis en question l'association positive entre pratiques religieuses et améliorations cliniques des patients du fait du manque de consistance des études (Sloan, 2000).

De nombreuses autres études ont été réalisées. La plus grande difficulté, surtout, est d'employer une méthode qui démontre les résultats avec précision. Plusieurs des plus importantes publications scientifiques dans le domaine médical tel que Lancet, New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, JAMA, ont présenté des recherches sur l'interface religion/santé. Cependant, on manque davantage de preuves consistantes que de fait qui consolide les résultats dans la communauté scientifique (Sloan, 2000). Dans un article intitulé « les médecins doivent-ils prescrire des activités religieuses ? » Publié dans la revue scientifique New England Journal of Medicine, Sloan et ses collaborateurs discutent de telles questions.

L'étude réalisée dans la présente dissertation de maîtrise est également passée par des difficultés liées à la définition d'une méthode de test spécifique. Le choix de la méthode a impliqué une série de difficultés associées principalement à la recherche d'un instrument qui ait la sensibilité suffisante pour détecter de subtiles altérations cliniques et comportementales.

En observant les résultats obtenus, on suppose qu'il est advenu 58 communications en réunion médiumnique durant la période de l'étude, et que 20 ont satisfait des critères d'identification adoptés par l'auteur et 38 non.

Dans l'analyse des résultats qui comparent le groupe de contrôle (N=20) avec le groupe expérimental (N=20), on a vérifié qu'en appliquant le test t de la différence de variations entre les groupes nous obtenions $p = 0,045$, Test t comparé $p < 0,0001$ et $ki^2 0,008$, ce qui démontre un résultat statistiquement significatif.

Ce résultat positif engendre plusieurs réflexions. La première, sans doute, nous amène à considérer l'effet positif d'une participation supposée dans une pratique appartenant à la religion spirite. Une question qui se pose aussi concerne les relations entre les bienfaits observés et les bienfaits obtenus à travers un soutien psychothérapeutique. Or, on sait que de nombreux patients ont présenté des améliorations de symptômes en s'exprimant verbalement sans angoisses. Dans ce sens, il est possible que cette pratique spirituelle offre une

opportunité de communication pour une population qui est incapable de se communiquer par des moyens conventionnels. Une autre possibilité est le fait qu'une institution religieuse avec des activités interdisciplinaires voit dans ces pratiques religieuses une motivation supplémentaire aux membres des équipes techniques de travail, plus dévouées qu'une institution sans orientation humaniste. Dans ce sens, nous observons ici des bienfaits que l'application de thérapie complémentaire peut engendrer.

La seconde série de questions émerge du point suivant : ayant constaté les bienfaits obtenus, il serait possible de développer une réflexion aboutissant à un système d'application de ces pratiques pour que d'autres patients en soient bénéficiaires. On se demande s'il serait possible de répéter cette expérience dans une institution laïque. Et plus, serait-il possible de reproduire cette expérience par l'application de pratiques spirituelles à travers la formation de réunions médiumniques dirigées vers les patients avec déficience mentale, internés dans d'autres institutions ?

Un autre point important quant à l'application de ces pratiques concerne la durée. Comment déterminer le temps nécessaire et suffisant pour consolider les améliorations obtenues ? Les pratiques doivent-elles être prolongées ? Quelle est la fréquence des applications de ces pratiques ? Dans le cas étudié, les réunions médiumniques sont réalisées de manière hebdomadaire. Est-ce que si on envisage des applications de ces pratiques dans d'autres institutions on devra

maintenir cette même fréquence ? Ces sujets n'ont pas été traités dans la présente recherche mais, c'est avec certitude que du fait de l'obtention de résultats positifs, il sera nécessaire de pousser notre investigation sur cette question de la fréquence. Un autre point doit être souligné par rapport au fait que la présente recherche a recueilli les données dans un intervalle de six mois. Dans ce sens, il est important de souligner que les résultats obtenus dans cette recherche viennent de pratiques ayant eu cours pendant une période de temps déterminée.

On observe que l'humanité, dans son développement, a toujours cherché à développer des technologies qui répandent sa capacité de communication. Des tambours des tribus primitives, en passant par les signaux de fumée, des messagers (à pied et à cheval), la télégraphie, la radio, le téléphone, les satellites, jusqu'à Internet, on comprend qu'il s'agit d'une intention claire de recherche de communication à distance. Il y a moins d'un siècle, l'idée que nous serions capables de converser, en temps-réel, avec des personnes dispersées sur la planète, était une fiction, quelque chose de très improbable. Il y a de nombreuses années, le chercheur anglais Roy Ascott (1999) a développé des recherches qui lient les expériences psychiques extra corporelles du chamanisme avec quelque chose qui est quotidien dorénavant dans la Cyberculture. D'après lui, en naviguant dans le cyberspace nous expérimentons différentes possibilités de présence, de perception et de communication. En considérant ces prémisses, l'ouverture d'un nouveau territoire qui rend possible d'autres formes de communication pour les déficients mentaux peut-elle apporter des bienfaits dans

la qualité de vie de ces individus, en augmentant leur estime personnelle et en transformant leur situation sociale ?

Est-il possible que les résultats positifs obtenus dans cette étude nous amènent à nous questionner à la manière de Nancy Andreasen que nous avons citée au début de cette dissertation ? Comment penser une psychiatrie dans laquelle le professionnel puisse interagir avec le corps et l'*âme* de ces patients ? Est-ce que les concepts avec lesquels nous opérons nos réflexions sont suffisants pour articuler une pensée d'investigation ? Est-ce que nous sommes préparés pour faire face à ces concepts sans préjugés ?

L'institution étudiée est composée d'un hôpital philanthropique qui prête assistance pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, physiothérapeutes, assistants sociaux, orthophonistes, thérapeutes occupationnels et nutritionnistes). Parallèlement à ceci, il est offert des assistances spirituelles basées sur les principes de la doctrine spirite. Nous avons évalué les possibles bienfaits observés sur des patients qui ont reçu une assistance spirituelle.

En principe, les investigations ont été conduites avec le souci de vérifier si les patients qui se sont communiqués via des réunions médiumniques ont présenté des améliorations significatives dans leur évolution clinique et comportementale. La population étudiée est celle de porteurs de retard du développement mental et les améliorations dans le cadre du retard mental sont moins évidentes. Ainsi,

on n'a pas cherché à vérifier des possibilités de soins de cette infirmité. On s'est concentré sur les améliorations cliniques intervenues ponctuellement et principalement, des améliorations du comportement. Il y a eu par exemple, le cas d'un patient qui ne se communiquait pas verbalement et qui refusait de s'alimenter, entrant alors dans un processus d'inanition. Celui-ci a présenté des améliorations après une communication supposée à travers un médium. Ce type d'événement a stimulé la présente étude. On a cherché à vérifier si cet épisode a été un cas particulier ou s'il serait représentatif de cas d'interventions fréquentes.

L'analyse des résultats obtenus dans l'expérience a confirmé l'hypothèse. Nous avons observé qu'il y a des différences statistiquement significatives entre les groupes expérimentaux et de contrôle. Nous avons également obtenu une différence statistiquement significative démontrée au cours du test Anova (analyse de variance) dans les groupes et dans le temps. Cette différence retient l'attention par le fait qu'elle révèle une amélioration clinique et comportementale chez les patients durant la période étudiée.

Les phénomènes médiumniques ont été décrits il y a plus de 100 ans par la littérature spirite (Almeida, 2003). La vision spirite défend un dualisme interactionniste, la survivance après la mort et la possibilité d'échanges entre des incarnés et des désincarnés. Sans oublier les causes biologiques, sociales et psychologiques des tourments mentaux, les spirites ajoutent l'étiologie spirituelle (Almeida, 2003).

En d'autres mots, cela fait partie des préceptes spirites que la croyance dans l'existence de la vie spirituelle. Ainsi, de nombreuses thérapies sont employées dans l'aide aux perturbations spirituelles. Les réunions médiumniques se rencontrent parmi quelques-unes de ces pratiques :

Pour la thérapie, au-delà de ces interventions médicales et psychologiques conventionnelles, les réunions de désobsessions sont recommandées, des passes, des prières et la recherche d'une conduite éthique de vie (Almeida, 2003).

Nous reprenons la question des pratiques spirituelles qui visent une amélioration des maux spirituels à l'intérieur d'une perspective de processus continu. En anglais, il existe deux termes qui, bien qu'ayant des significations similaires, gardent des différences subtiles. *Healing* se réfère à un processus donc à un traitement et, dans ce sens, englobe le concept d'amélioration ; et *cure*, plus employé pour se référer à des soins ponctuels, de nombreuses fois associé au concept de miracle (Canhadas, 2001). Peut-être serait-il intéressant de reprendre la validation des résultats à partir de ce paradigme de processus de soin (healing).

Difficultés méthodologiques

Durant le processus de recherche de mesure des impacts de la réunion médiumnique dans le cadre clinique et comportemental des patients, nous avons observé des difficultés méthodologiques.

Une première difficulté a rapport aux critères d'identification utilisés dans le processus de constitution du groupe expérimental et le fait d'être lié avec des *sujets communicants* supposés, porteurs de retard mental qui a exigé l'adoption de critères rigides. Ces critères ont établi que seuls pourraient être placés comme appartenant au groupe expérimental les cas appartenant aux catégories 1 et 2. Les critères étaient :

1. *Sujet communicant* s'identifiant par son nom.
2. Dans la communication médiumnique, le *sujet communicant* révèle et/ou exprime des caractéristiques personnelles, comportementales et cliniques évoquant un patient précis.

Cela signifiait qu'ont été exclus tous les cas dans lesquels il n'y avait pas de précision dans les communications et qui appartenait à la catégorie 3. Les résultats obtenus à partir de l'application de ce système de classification ont été : 20 cas satisfaisant les critères 1 et 2 et 38 cas dans la catégorie 3.

Il est important de souligner le fait que les supposés *sujets communicants* sont porteurs de retard mental et institutionnalisés pendant toute la vie ce qui entraîne des difficultés de repères spatiaux temporels et allopsychiques. On sait que nombre d'entre eux n'auraient pas des capacités cognitives suffisantes pour se communiquer dans le cadre des exigences du système de classification adoptée.

Une deuxième difficulté méthodologique se réfère au fait que quand on parle d'identification obtenue par des tierces personnes, on pénètre dans un territoire dans lequel des constatations ne sont pas toujours précises. En dehors des limites des descriptions de caractéristiques individuelles, il est possible qu'existent aussi les limites du langage verbal lui-même. Les facettes qui constituent un individu ne sont pas toujours réductibles à une description orale, fait qui est connu en psychiatrie.

Une autre difficulté rencontrée réside dans le fait que la recherche se propose d'étudier le phénomène des communications médiumniques. Le philosophe Léon Denis commente ces difficultés inhérentes à l'étude des phénomènes spirites :

« C'est pourquoi les savants officiels, habitués aux expériences positives, opérant avec des instruments de précision et se basant sur des calculs mathématiques, réussissent moins facilement et se lassent trop vite en présence du caractère fugace des phénomènes. Les causes multiples en action dans ce domaine, l'impossibilité de reproduire les faits à volonté, les incertitudes, les déceptions, les déroutent et les rebutent. Rares ont été pendant longtemps, en France, dans les milieux officiels, les expérimentateurs affranchis des routines classiques et doués des qualités nécessaires pour mener à bien ces observations délicates. Tous ceux qui ont procédé avec persévérance et impartialité ont pu constater la réalité des manifestations des défunts. Mais, lorsqu'ils publiaient les résultats de leurs recherches, ils ne rencontraient le plus souvent qu'incrédulité, indifférence ou persiflage. Les hommes de science, pour expliquer les faits spirites, ont entassé systèmes sur systèmes et recouru aux hypothèses les plus invraisemblables, torturant les phénomènes pour les faire entrer dans le lit de Procuste de leurs conceptions. »

(Denis, 1976).

Souza et ses collaborateurs, dans un article traitant de « la religiosité et ses interactions avec la médecine, la psychologie et l'éducation » commente l'analyse unifactorielle proposée par Batson et al (1993) :

L'étude a révélé un cadre assez cohérent sur le fait que les corrélations entre religion et les variables de santé mentale dépendent de plus que d'une association de facteurs séparés : il dépend d'une action conjointe de facteurs. Ces corrélations théoriques -facteurs « religiosité » et « santé mentale »- doivent être examinées de manière conjointe et non isolément. Elles ont apporté plus de lumière sur la complexité du sujet et doivent être conservées comme une balise méthodologique pour des investigations dans ce domaine. Il n'est pas difficile de présumer que, en fonction de la présence de facteurs multiples et agissant simultanément, des inadéquations méthodologiques tendent à être fréquentes (Souza, 2001).

Les difficultés méthodologiques mentionnées ont été surmontées graduellement et les résultats obtenus ont été satisfaisants. Cette recherche a été pionnière dans l'investigation des possibles effets cliniques et comportementaux obtenus à partir de pratique religieuse spirite. Certainement, de nombreuses autres recherches nécessitent d'être développées pour que le phénomène des relations entre ces pratiques religieuses et les bienfaits cliniques et comportementaux soient compris dans toute leur complexité.

La science est une des plus extraordinaire création de l'homme, en même temps à cause des pouvoirs qu'elle lui confère et par la satisfaction intellectuelle et même esthétique que ces explications lui procurent. Cependant, elle n'est pas le lieu des certitudes absolues et, excepté dans les mathématiques, dans lesquelles nous savons exactement les conditions dans lesquelles un théorème est vrai, nos connaissances scientifiques sont nécessairement partiales et relatives
(GRANGER, 1994 :113)

Conclusions

L'analyse des résultats obtenus dans l'expérience a confirmé l'hypothèse que l'usage des pratiques spirituelles présente des résultats positifs dans l'évolution clinique et comportementale des patients porteurs de déficiences mentales. Dans ce sens, il stimule la production de nouvelles études. Parmi les possibles développements qui peuvent être suggérés, on trouve : de nouvelles analyses et de nouvelles expériences ; l'application du modèle de pratique des communications médiumniques en tant que thérapie complémentaire ; d'autres développements des méthodes de reconnaissance pour les supposés *sujets communicants* porteurs de déficiences mentales ; une conceptualisation des

bienfaits cliniques et comportementaux en tant qu'indicateurs provisoires et inconstants, etc.

A partir d'une perspective interdisciplinaire, il est nécessaire de réexaminer les résultats en corrélation avec les procédés thérapeutiques, qu'ils soient de nature religieuse ou non.

D'un autre côté, cette recherche a eu le mérite d'initier une investigation dans des territoires plutôt nébuleux incluant des patients internés dans un hôpital de longue durée et l'application de pratiques religieuses.

Références bibliographiques

Almeida AM, Hyong JC, Jorge WFA, Lotufo Neto F. Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (Neper) Revista de Psiquiatria Clínica, 2000;27(2), [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27\(2\)/carta.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27(2)/carta.htm)

Almeida AM. Visão Espírita dos Transtornos Mentais. Pôster; XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, 2003.

Amaro, JWE. Psicoterapia e Religião. São Paulo: Ed. Lemos, 2001.

Andreasen N. Body and soul. American Journal of Psychiatry 1996: 153, 589–590.

Ascott, R. (ed.). Reframing consciousness: art, mind and technology. Exter-Portland: Intellect, 1999.

Astin JA, Harkness E, Ernst E. The efficacy of distance healing: a systematic review of randomized trials. Annals of Internal Medicine 2000; 132(11).

Atwood KC. The efficacy of spiritual healing. Annals of Internal Medicine, 2001; 134(12).

Aubrée M, Laplantine F. La Table, le Livre et les Esprits, Naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil. Paris: Jean-Claude Lattès, 1990.

Bachelard G. A Filosofia do Não. Filosofia do Novo Espírito Científico. Lisboa: Editorial Presença, 1984.

Barbour I. Religion in an age of science. San Francisco: Harper and Row, 1990.

- Barros NF. Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo : Annablume/Fapesp, 2000.
- Bastide R. Le Rêve, la Transe et Folie. Paris: Flammarion, 1972.
- Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. Religion and the individual: a social-psychological perspective. New York: Oxford Univ. Press; 1993.
- Benor D. Spiritual Healing, Scientific Validation of a Healing Revolution. Southfield, MI: Vision Publications, 2001.
- Benson H, Dusek J. Self-Reported Health, and Illness and the Use of Conventional and Unconventional Medicine and Mind/Body Healing by Christian Scientists and Others. Journal of Nervous and Mental Disease 1999; 187:540-549.
- Benson H, Marg S. Medicina Espiritual: O Poder Essencial da Cura. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística São Paulo: EPU, 1981.
- Boehnlein J (editor). Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit. Washington: American Psychiatric Press, 2000.
- Bozzano E. Animismo e Espiritismo. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira FEB, 1940.
- Bozzano E. Comunicações Mediúnicas entre Vivos. São Paulo: EDICEL, 1987.(Primeira edição 1923)
- Bradley B, Jansen P; Silverman L. “A oportunidade de U\$100 bilhões do terceiro setor”. Harvard Business Review, 2003;74-84.
- Camargo CPF. Kardecismo e Umbanda: uma interpretação sociológica. São Paulo: Pioneira, 1961.

Canhadas CM. A eterna busca da cura: uma visão holística da saúde interior. São Paulo: Boa Nova, 2001.

Cassileth BR. The Alternative Medicine Handbook: The Complete Reference Guide to Alternative and Complementary Therapies. New York: W.W. Norton & Company, 1999.

Cherubin NA. Administração Hospitalar: fundamentos. São Paulo: Serdas, 1997.

Colombo DA. Pedagogia Espírita: um projeto brasileiro e suas raízes histórico-filosóficas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2001.

Cowper W, 1731-1800. God Moves in a Mysterious Way. In: The Lutheran Hymnal. St. Louis: Concordia Publishing House, 1941.

Crick F. The Astonishing Hypothesis: the Scientific Search for the Soul. Nova York: Scribners, 1994.

Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. British Journal of Psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment 2002; 8: 249-258.

Da Costa N. Ensaio sobre os Fundamentos da Lógica. São Paulo: Hucitec, 1994.

Dalgalarondo P. Religious issues in psychiatry. American Journal of Psychiatry 1991; 148(10): 1414-1415.

Dantas CR, Pavarin LB, Dalgalarondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. Rev. Bras. de Psiquiatria; 1999 21 (3), 158-164.

Denis L. No Invisível. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira FEB, 1976.

Doyle AC. História do Espiritismo. São Paulo: Pensamento, 2002.

Eccles J. O Conhecimento do Cérebro. São Paulo: Atheneu Editora E EDUSP, 1979.

Eisenberg DM, Kessler F. Unconventional medicine in the United States. N Engl J. Med, 1983; 328:246-252.

Ellerhorst R. Selecting on instrument to measure spiritual distress. Oncol Nurs Forum, 1985; 12: 93-9.

Endereço

Ernst E. Medicina Complementar: uma avaliação objetiva. São Paulo: Manole, 2000.

Ferreira I. Novos rumos à medicina: tratamento dos processos obsessivos no Sanatório Espírita de Uberaba, Vol.1. São Paulo: Federação Espírita do Estado de São Paulo, 1990.

Ferreira I. Psiquiatria em Face da Reencarnação. São Paulo: Federação Espírita do Estado de São Paulo, 1989.

Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G et al. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. Rev. Saúde Pública 2003; 37(4):446-455.

Gama, CMP. O espírito da medicina: médicos e espíritas em conflito. Dissertação de Mestrado em Sociologia e Antropologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

Gardner H. A Nova Ciência da Mente: Uma História da Revolução Cognitiva. São Paulo: EDUSP, 1995.

- Giglio J.S. *Psicoterapia e Espiritualidade*. Associação Junguiana do Brasil, S. Paulo, 1998.
- Giumbelli E. Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. *Rev. Antropol.*, 1997;40(2):31-82.
- Granger GG. *A ciência e as ciências*. São Paulo: UNESP, 1994.
- Harris WS, et col. "A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit". *Arch Intern Med* 1999;159:2273-2278.
- Heber AS, Fleisher WP, Ross CA, Stanvick RS. Dissociation in alternative healers and traditional therapist: A comparative study. *Am. J. Psychotherapy*, 1989.
- Herzog H, Lele VR, Kuwert T, Langen K-J, Kops ER, Feinengeden LE. Changed pattern of regional glucose metabolism during yoga meditative relaxation. *Neuropsychobiol* 1990/1991;23:182-7.
- Hess P. Os dois livros de Deus: a revelação especial e a ciência natural no ocidente cristão. In: Peters T, Bennett G, editors. *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.
- HESS D J. Disobsessing disobsession: religion. Ritual, and the social sciences in Brazil. *Cultural Anthropology*, Washington, 1989; 4,2:182-193.
- Hodges RD, Scofiel AM. Is spiritual healing a valid and effective therapy? *J.R Soc Med*, 1995; 88:203-207.
- Horton PC. The mystical experience: substance of an illusion. *Am Psychoanal Assoc J*, 1974; 22:364-380.

- Joyce CRB. Placebo and complementary medicine. *Lancet*, 1994; 344:1279-1281.
- Kardec A. *O Livro dos Médiuns*. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1993.
- Kardec A. *Obras completas*. São Paulo: Opus, 1991.
- King MB, Dein S. The spiritual variable in Psychiatric research. *Psychological Medicine*, 1998; 28:1259-1262.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Koenig HG. Religion and Future Psychiatric Nosology and Treatment. In: Boehnlein J, editor. *Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit*. Washington: American Psychiatric Press, 2000.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *MSJAMA – JAMA*, 2000b; 284(13):1708.
- Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Randor, Pa: Templeton Foundation Pr, 2002.
- Krippner S. Some contributions of native healers to knowledge about the healing process. *Int J Psychosom*, 1993; 40:96-9.
- Larson DB. (ed.). *Scientific research on spirituality and health: a consensus report. A report based on the scientific progress in spirituality conferences*. National Institute for Healthcare Research, 1997.
- Levin JS. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it and is it causal? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(11), 1475-1482.

Lotufo Neto F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: FM-USP, 1997.

Lukoff D, Lu F, Tuner R. Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *J Nerv Ment Dis*, 1992; 180: 673-682.

Malchiodi C. *The Art Therapy Sourcebook*. New York: McGraw-Hill/Contemporary Books, 1998.

Martins C. *Deficiências Físicas e Mentais: o espiritismo esclarece*. São Paulo: DPL, 1999.

Mcbride JL, Arthur G, Brooks R, Pilkington L. The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Fam Med*, 1998; 30(2):122-6.

Menezes B. *A loucura sobre um outro prisma*. Rio de Janeiro: FEB, 1988.

Morettin P, Bussab W. *Estatística Básica*. São Paulo: Atual, 1982.

Mueller PS, David P, Teresa R. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Religion, Spirituality, and Medicine. Mayo Clin Proc*. 2001; 76: 1225-1235.

Mulhern S. Embodied alternative identities: bearing witness to a world that have been. *Psych Clin N Am*, 1991; 14:769-789.

Negro Jr PJ. *A natureza da dissociação: um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: FM-USP, 1999.

Newberg AA, Alavi AA, Baime M, Mozley P, D'Aquili E. The measurement of the cerebral blood flow during the complex task of meditation using HMPAO-SPECT imaging. *J Nuclear Med*, 1997; 38:95.

Newsletter, 2003; 13, October. Disponível em:

<http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publications/Andrew%20Sims%201.11.03%20Mysterious%20Ways%20-%20Spirituality%20and%20British%20Psychiatry%20in%20the%2020th%20Century.pdf>

Pattison EM. *Clinical Psychiatry and Religion*. Boston: IPC, 1969.

Penfield W. *Mystery of the Mind*. Princeton: Princeton University Press, 1975.

Peters T, Bennett G, editors. *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.

Pimentel OS. *Em torno do espiritismo*. [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.

Pires JH. *O espírito e o tempo: introdução antropológica do espiritismo*. São Paulo: Edicel, 1979.

Pires JH. *Mediunidade*. São Paulo: Edicel, 1984.

Puttini RF. *Medicina e religião no espaço hospitalar*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

Ramos A. "O problema psicologico do curandeirismo. Trabalho apresentado no 1º Congresso Médico Sindicalista", *Brasil Médico*, nº 42, 1931.

- Rizzi ND. Visões do Transe Religioso. Dissertação de mestrado, PPGS-FFLCH-USP, 1995.
- Ross CA, Joshi S. Paranormal experiences in the general population. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1992; 180:357-61.
- Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population. *Am. J. Psychiatry*, 1990; 147:1547-1552.
- Russell RJ, Wegter-McNelly K. Ciência e Teologia: interação mutual. In: Peters T, Bennett G, editors. *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.
- Saad M et al. Espiritualidade baseada em evidência. *Acta Fisiátrica*, 2001; 8(3):107-112.
- Santos AP. Geografia do (in) Visível: o espaço do Kardecismo em São Paulo. Dissertação de mestrado, FFLCH-GEO-USP, 1999.
- Scheurich N. Reconsidering Spirituality and Medicine. *Acad Med* 2003; 78: 356-360. www.med.uth.tmc.edu/edprog/facdev/may.pdf -
- Silva, E.M. O espiritualismo no sec. XIX. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, IFCH, 1999.
- Silva FL. A Perspectiva do além: a história na visão do Espiritismo (1938-1949). Dissertação de Mestrado em História. Universidade Estadual de Londrina, UEL, Londrina, Paraná, 2002.
- Sims A. Mysterious ways: Spirituality and British psychiatry in the 20th century. *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group Newsletter* 2003 oct; 13.

Sloan R, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*. 1999;353:664-667.

Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med*. 2000; 342:1913-1916.

Sousa PLR, Ieda AT, Cristina LH, Flávio MO. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria Prática*, 2001;34:112-17.
www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial07.htm

Stoll, S.J. Entre dois mundos: o espiritismo na França e no Brasil. Tese de doutorado, PPGAS-FFLCH-USP, 1999.

Stoll S.J. *Espiritismo à brasileira*. EDUSP: São Paulo, 2003.

Stoll S.J. Religião, ciência ou auto-ajuda? trajetos do Espiritismo no Brasil. *Rev. Antropol.*, 2002; 45(2):361-402.

Turner RP, et. al. Religious or spiritual problem. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995;183:435-444.

Varela FJ, Thompson E, and Rosch E. *The Embodied Mind*. Cambridge MA: MIT Press, 1991.

Volcan SM, Sousa PLR, Mari JJ et al. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev. Saúde Pública*, Aug. 2003; 37(4):440-445. ISSN 0034-8910.

Zilboorg G, Henry GW. *A history of medical psychology*. New York: WW Norton, 1941.

Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Pedrão LJ. Elaboração de uma escala de enfermagem para observação participante de pacientes psiquiátricos internados. *ABP-APAL*, 1989; 11: 69-75.

Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC. Reliability, validity and factorial dimensions of the interactive observation scale for psychiatric inpatient. *Acta Psychiatr Scand*, 1995; 91: 247-51.

Références des centres de recherches cités :

Center for the Study of Religion/Spirituality and Health, Duke University,
<http://www.dukespiritualityandhealth.org/>

Harvard Medical School e o Mind/Body Medical Institute of Deaconess Hospital,
Boston, <http://www.mbmi.org/pages/bio1.asp>

Johns Hopkins Medicine: Spirituality and Medicine Institute,
<http://www.hopkinscme.org/cme/events/spiritmed04.html>

The George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish),
<http://www.gwish.org>

The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group do Royal College of
Psychiatrists, <http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/>