

**Traitement des phobies particulières
par la thérapie EMDR :
protocole, statut empirique
et difficultés conceptuelles.**

par A. D. de Jongh, Ph. D.

*Academic Centre for Dentistry and Centre for Psychotrauma and Psychotherapy, Amsterdam,
The Netherlands*

E. Ten Broeke, M.S.

General Hospital, Twenteborg, The Netherlands

M. R. Renssen, M.S.

Free University, Amsterdam, The Netherlands

Article paru dans le *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13,

No. 1–2, pp. 69–85, 1999

© 1999 Elsevier Science Ltd.

Résumé : Dans cet article, les auteurs étudient le statut empirique actuel de la thérapie EMDR en tant que méthode de traitement des phobies particulières, en même temps que certains points, conceptuels ou concrets, liés à sa pratique. Les études, aussi bien contrôlées que non contrôlées, sur le traitement par l'EMDR des phobies particulières montrent qu'elle est susceptible de produire des améliorations importantes en un nombre limité de séances. En ce qui concerne les phobies des araignées chez l'enfant, les études déclarent la thérapie EMDR plus efficace qu'un placebo, mais moins que l'exposition *in vivo*. Les rapports établissant l'efficacité empirique de la thérapie EMDR avec les phobies particulières sont encore peu nombreux, et il faut donc rester prudent.

Cependant, il y a encore trop peu de recherches pour pouvoir déclarer valide aucune des formes existantes de thérapie des phobies complexes ou traumatiques ; d'autre part, la thérapie EMDR est une procédure brève, qui fonctionne dans des cas où une exposition *in vivo* est difficile à pratiquer ; en conséquence, son utilisation avec les phobies particulières mérite qu'on poursuive les observations cliniques et les recherches.

LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ont montré leur grande valeur pratique dans le traitement des peurs et des phobies. Ces approches comprennent la désensibilisation systématique, l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. Les recherches menées sur les phobies particulières ont établi que la désensibilisation systématique et l'immersion dans les images étaient d'efficacité équivalente (cf. par exemple Marks, Boulougouris & Marset, 1971), cependant que les procédures imaginaires avaient en général de moins bons résultats que l'exposition *in vivo* (cf. par exemple Barlow, Leitenberg, Agras & Wincze, 1969). L'exposition *in vivo*, c'est-à-dire l'exposition progressive et prolongée au stimulus phobogène, est le traitement de choix des phobies particulières ; c'est là une opinion largement acceptée (cf. par exemple Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1989).

Le traitement de la phobie des araignées est un exemple typique de la procédure d'exposition *in vivo* ; on peut le décrire approximativement ainsi : d'abord, on présente au patient une araignée enfermée dans une boîte étanche, à une distance que le patient considère comme sûre. Quand l'anxiété du patient est tombée de façon importante, on lui demande, soit de s'approcher de la boîte, soit de la rapprocher de lui. Quand il a pu regarder de près la boîte, on ouvre celle-ci. Ensuite, le patient touche l'araignée avec un stylo, puis avec son doigt, puis laisse enfin l'araignée se promener sur sa main et ses doigts. De plus, le patient est encouragé à s'entraîner à s'approcher des objets phobiques, entre les séances de thérapie, en se retenant dans toute la mesure du possible de recourir à ses comportements habituels d'évitement et de fuite. L'exposition *in vivo* est couramment combinée à d'autres techniques (modélisation par le thérapeute, interventions cognitives destinées à corriger les mauvaises interprétations catastrophiques (cf. par exemple De Jongh *et al.*, 1995), tension appliquée (Öst & Sterner, 1987) pour empêcher les évanouissements en cas de phobies du sang et de phobie des piqûres).

Certains types de phobies limitées peuvent être efficacement traités en une seule séance, qui ne dure souvent pas plus de trois heures (Öst, 1989, 1997). Ces résultats rapides pourraient donner l'impression qu'on peut traiter efficacement toutes les phobies particulières en quelques séances. Les traitements en une seule séance de trois heures ne sont cependant efficaces qu'avec une gamme réduite de phobies mono-symptomatiques, en particulier les phobies des serpents, des araignées et des piqûres (cf. Öst, 1997, pour une revue générale sur le sujet). Ce point soulève la question de savoir si les résultats disponibles peuvent être généralisés à des phobies

plus complexes. De fait, il existe nombre de phobies pour lesquelles on manque totalement d'études contrôlées de résultats, par exemple les phobies d'étouffement, de vomissement ou de la conduite automobile. Les constatations cliniques donnent à penser que d'autres phobies particulières, comme la phobie des orages ou la claustrophobie extensive demandent en général un traitement plus élaboré (cf. par exemple Emmelkamp *et al.*, 1989, rapportant le traitement comportemental d'une peur d'avaler qui a pris trente-trois séances)¹. Par rapport à cette question, Öst (1997) concluait : « Il y a donc grande nécessité de poursuivre les recherches sur la plupart des types de phobies particulières, à la fois pour évaluer les traitements actuellement pratiqués pour ces phobies, pour lesquels on manque d'études de résultats, et pour créer de nouvelles méthodes de traitement » (p. 245).

La thérapie EMDR (Shapiro, 1995) est une nouvelle procédure de traitement, proposée récemment pour les personnes souffrant de phobies particulières. La thérapie EMDR est recommandée en tant que méthode structurée, non invasive et limitée dans le temps ; on peut l'utiliser comme une technique en soi, ou dans le contexte plus large d'autres approches. Un certain nombre d'études contrôlées montrent que la thérapie EMDR accélère la guérison de pathologies issues d'événements perturbants, et en particulier le syndrome de stress post-traumatique (SSPT ; cf. Shapiro, 1999). L'objectif fondamental de cette thérapie est le traitement des souvenirs des événements originels qui déclenchent la pathologie, plutôt que l'extinction des réflexes conditionnés à travers une stratégie d'expositions graduelles ou prolongées au stimulus redouté. Si des études fiables montraient que la thérapie EMDR est une forme de traitement aussi efficace que l'exposition *in vivo* pour les phobies particulières, il pourrait y avoir un certain nombre d'avantages à l'utiliser. Par exemple, il est possible d'employer la thérapie EMDR dans des circonstances où l'exposition réelle est difficile à réaliser, ou bien les stimuli phobogènes impossibles à obtenir, tous les thérapeutes ne disposant pas de chiens, de rats, de guêpes ou de serpents, dans différentes tailles, dans leur cabinet. Dans le même ordre d'idée, on peut évoquer les coûts du traitement : par exemple, dans un cas de phobie de l'avion,

¹ Emmelkamp *et al.* (1989) indiquent plusieurs critères qui réduisent la probabilité de résoudre en quelques heures des phobies particulières par le traitement comportemental : l'existence de liens avec d'autres plaintes chez le patient, une définition trop peu précise du stimulus, l'absence de motivation suffisante pour supporter de courtes périodes de forte angoisse (p. 85).

il peut être plus utile de recourir à la thérapie EMDR qu'à une coûteuse exposition *in vivo*, dans laquelle on demande au client de prendre l'avion (Öst, 1997).

Le présent article est consacré au traitement des phobies particulières par la thérapie EMDR. Voici comment il est structuré : en premier lieu, on décrira l'utilisation du protocole EMDR dans les phobies particulières ; ensuite, on abordera les témoignages empiriques actuellement disponibles sur l'utilisation de la thérapie EMDR avec les phobies particulières ; enfin, on passera à certaines questions conceptuelles autour du traitement EMDR, en particulier la question essentielle des apports possibles de la thérapie EMDR au traitement des phobies particulières.

LA THÉRAPIE EMDR DES PHOBIES PARTICULIÈRES

La thérapie EMDR a été validée empiriquement pour le traitement du SSPT (cf. par exemple Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998 ; Marcus, Marquis & Sakai, 1997 ; Rothbaum, 1997 ; Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998 ; Shapiro, 1996, 1999 ; Wilson, Becker & Tinker, 1995, 1997).

Cependant, les effets du traitement EMDR sur le SSPT ne sont pas généralisables à d'autres troubles anxieux, dans la mesure où il existe un certain nombre de différences conceptuelles non négligeables. Dans le SSPT, il est peu probable que le même événement anxiogène se reproduise : c'est une différence importante avec la phobie particulière. Ce point n'est pas sans conséquences dans le traitement. Par exemple, dans un cas de viol, peu de thérapeutes auraient envie de préparer leur patiente à une nouvelle agression, de même qu'elle n'accepterait pas d'apprendre à y participer. Au contraire, le patient phobique doit apprendre à s'engager dans des situations où les stimuli phobiques peuvent être présents. C'est le cas de personnes qui ont développé une phobie après une expérience conditionnante puissante, telle qu'une intervention chirurgicale très douloureuse ou un autre événement horrible. Le cas suivant illustre ce point :

Mlle A., dix-neuf ans, présentait une phobie de l'étouffement. Sa peur d'avaler la nourriture remontait à l'âge de quatorze ans, où elle s'était étouffée avec une confiserie (une meringue) au cours d'un goûter d'enfants. La meringue était restée coincée dans sa gorge ; heureusement, quelqu'un était parvenu à la déloger. Après cet incident, Mlle A. avait continué à avoir la sensation que la confiserie était encore dans sa gorge. Elle avait été admise à l'hôpital pour observation, et elle y était restée deux semaines pour des examens physiques et un certain nombre de séances de psychothérapie. Elle continua cependant d'avoir peur après son

séjour à l'hôpital. Elle ne mangeait plus que des aliments pour bébé, absorbés avec des liquides. Quand elle sortait de chez elle, elle redoutait que des mouches n'entrent dans sa bouche et ne l'étouffent. Au travail, elle gardait la bouche obstinément fermée pour empêcher la poussière d'entrer dans sa bouche. Par ailleurs, elle avait des cauchemars au cours desquels elle s'étranglait avec des aliments, ou mangeait de la nourriture contenant des morceaux de verre qui la faisaient s'étouffer avec son propre sang. Le seul mot « avaler » provoquait en elle des peurs extrêmes. Le score global de la patiente à la Symptom Check List-90-R (SCL-90-R; Arrindell & Ettema, 1986; Derogatis, 1977) était de 344 ("très élevé").

Il est évident que, même si les souvenirs de cet événement traumatique sont traités et émotionnellement intégrés, Mlle A. devra encore apprendre à ingérer des aliments solides. Par conséquent, dans des cas de ce type, le protocole standard EMDR de traitement des SSPT ne va pas suffire (Shapiro, 1995). Contrairement à ce qui se passe pour le SSPT, il ne faut pas arrêter le traitement des phobies particulières avant que le patient n'ait été préparé aux interactions futures avec les situations ou les stimuli qui généraient auparavant de l'anxiété chez lui. Il peut s'agir de l'acquisition de compétences adaptatives, par exemple des stratégies de gestion psychologique de la « peur d'avoir peur », ou de techniques destinées à se relaxer ou à se distraire. De plus, les patients doivent être capables de mettre en pratique ce qu'ils ont appris ; il faut qu'ils aient l'occasion d'acquérir une plus grande confiance en eux-mêmes, en surmontant leurs peurs et en s'apercevant de leurs progrès.

Il fallut deux séances de thérapie EMDR pour soulager Mlle A. de ses peurs liées aux souvenirs traumatiques du goûter. À ce moment, elle se sentit capable d'avaloir de nouveau des aliments solides. Un test SCL-90-R², qu'elle avait passé une semaine après la seconde séance, montrait un score total de 135 (« au-dessous de la moyenne »). Comme elle avait réduit, depuis plusieurs années, sa consommation à des aliments mixés et à des liquides, on consacra trois séances au fait de manger pour qu'elle s'habitue complètement à la consommation d'aliments solides. Six mois après, un contrôle montrait que ces améliorations se maintenaient.

Le traitement EMDR des phobies particulières est fondé sur un protocole standard en trois étapes (pour une description de ce protocole, cf. Shapiro, 1995, p. 222-226). Il a ceci de particulier qu'après avoir identifié les cibles, on se sert d'une approche en trois phases : on aborde le passé, le présent et le futur. Cette approche

² Le SCL-90-R (Symptom Checklist-90-révisé) est un test en 90 items, destiné à l'évaluation de toutes sortes de problèmes psychopathologiques et de symptômes, dans lequel le patient fournit une auto-évaluation de ses symptômes. Le test est également très utile pour évaluer les progrès du patient et les résultats du traitement. (N. d. T.)

comprend les étapes suivantes : a) on soulage la détresse liée à un ou plusieurs souvenirs anciens, b) on déconditionne les effets des stimuli actuels qui déclenchent la réaction de peur ; c) on prépare le patient aux confrontations à venir avec les stimuli conditionnels. Le tableau 1 présente le plan du protocole EMDR pour les phobies particulières. Une composante importante du protocole des phobies est la suivante : après l'acquisition d'un schéma positif d'action pour l'avenir (étape D du tableau 1), on demande au patient de fermer les yeux et de visualiser la séquence entière d'une action à venir (par exemple, un traitement dentaire prochain : se réveiller, aller chez le dentiste, s'asseoir dans la salle d'attente, etc.), comme une vidéo sur un magnétoscope. On demande au patient, si une perturbation quelconque apparaît pendant la projection de la vidéo, de s'arrêter, d'ouvrir les yeux, et d'en informer le thérapeute. Celui-ci a pour objectif de retraiter les images mentales du patient au fil de l'apparition des perturbations. Il lui demande alors de repasser la vidéo mentale jusqu'à ce que tous les aspects anxiogènes aient été retraités et que le patient puisse visualiser la totalité du film, du début à la fin, sans ressentir aucune détresse.

Un point mérite une attention particulière : d'après F. Shapiro (1995, p. 222 de l'édition américaine), il est justifié, au plan conceptuel, de faire la différence entre deux types de phobies particulières, pour lesquels ont été élaborés des protocoles différents : l'un pour les *phobies simples*, l'autre pour les *phobies complexes*. On définit les phobies simples comme des peurs importantes ressenties face à des objets ou des situations bien précises (par exemple, les araignées) et qui se déclenchent lorsque le patient y est exposé. En général, la peur surgit dans toutes sortes de circonstances imprévues, indépendamment du comportement du patient. Les phobies complexes sont définies comme des peurs excessives face à des situations ou à des projets dans lesquels le patient doit prendre une part active ; on peut citer comme exemples les phobies des soins médicaux ou la phobie de l'avion : dans ces cas, le client doit prendre une décision et agir pour être exposé aux stimuli phobogènes. Par conséquent, il serait nécessaire d'aborder d'autres aspects du processus phobique, tels que l'anticipation anxieuse des événements. À notre avis, toutefois, cette distinction entre phobies simples et phobies complexes n'est pas toujours utile. En pratique clinique, le fait que les objets ou les situations phobiques soient activement anticipés dépend souvent du patient lui-même ou de la situation, plutôt que du type de la phobie : par exemple, il n'est pas toujours nécessaire que le

patient s'engage activement envers l'objet (qu'il aille vers l'objet pour le tirer vers soi, le pousser, le toucher, le laisser ramper sur sa main...). À l'inverse, si une personne phobique des araignées doit se rendre là où elle risque de rencontrer l'objet phobique (une maison pleine d'araignées par exemple), elle va devoir se préparer et anticiper une rencontre éventuelle. Dans ce cas, la phobie simple deviendrait une phobie complexe. Comme il n'est pas toujours possible de prédire exactement la façon dont la personne va se comporter face au stimulus phobogène, il semble plus pratique d'utiliser le protocole pour les phobies complexes (tableau 1) dans la majorité des cas.

L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE EMDR DANS LE TRAITEMENT DES PHOBIES PARTICULIÈRES

Si de nombreux cliniciens formés à la thérapie EMDR ont rapporté ses puissants effets cliniques dans le traitement des phobies particulières, il y a encore peu de recherches empiriques confirmant son efficacité. La présente section se propose de donner une vue globale des recherches sur le sujet. Pour des raisons de clarté, les rapports concernant le traitement d'individus anxieux qui ne remplissaient visiblement pas les critères diagnostiques de la phobie particulière ont été laissés de côté (par exemple, le test d'anxiété parmi des étudiants dans l'article de Bauman et Melnyk, 1994, et dans celui de Gosselin et Matthews, 1995).

Dans la première étude non contrôlée sur l'utilisation de la thérapie EMDR avec les phobies, Marquis (1991) a traité 78 clients souffrant de toutes sortes de troubles psychologiques. Il déclare la thérapie EMDR efficace avec les dix patients qui souffraient d'une peur ou d'une phobie particulières (c'est-à-dire la peur de prendre l'avion, des hauteurs, et de certains animaux). Malheureusement, comme l'ont relevé à juste titre plusieurs auteurs, par exemple Acierno, Hersen, Van Hasselt, Tremont & Meuser, 1994, Herbert & Mueser, 1992, cette étude souffre de toute une série de biais méthodologiques. La critique principale touche au fait que la thérapie EMDR était complétée par toutes sortes d'autres interventions ; d'autre part, l'auteur utilise des mesures fondées sur les rapports des patients et des estimations non standardisées du thérapeute pour évaluer les progrès du traitement ; enfin, il n'y a pas d'informations concernant le diagnostic de la psychopathologie des patients.

Kleinknecht (1993) a utilisé avec succès la thérapie EMDR dans le traitement d'une femme qui souffrait depuis seize ans d'une phobie du sang et des injections.

Après quatre brèves séances, représentant, en tout, moins d'une heure de traitement, la patiente put subir des injections et une prise de sang. Deux autres études de cas de phobie du sang, des blessures et des injections (Lohr, Tolin & Kleinknecht, 1995) ont montré une baisse générale des évaluations SUD (*Subjective Units of Distress*, unités subjectives de détresse) et une réduction substantielle des scores au SCL-90-R (Derogatis, 1977) et à plusieurs échelles de mesure de la peur des soins médicaux. Cependant, on ne notait que des changements mineurs en ce qui concernait le rythme cardiaque et la tension artérielle. Après le traitement EMDR, qui ne durait pas plus d'une heure, une des personnes se fit volontairement faire une prise de sang pour le dépistage du cholestérol, trois semaines après, et rapporta qu'elle n'avait pas ressenti d'anxiété anticipée. Cependant, six mois plus tard, elle ressentit à nouveau une forte peur au cours d'une seconde prise de sang. Le second sujet, qui ne pouvait pas se rappeler d'incident pouvant expliquer le début de ses peurs, se soumit à une chirurgie de la peau nécessitant de nombreuses injections d'un anesthésiant douloureux. Même s'il ressentait de la peur, ses évaluations de sa propre angoisse étaient bien plus basses qu'avant le traitement. De façon curieuse, dans une revue critique sur la validité empirique de la thérapie EMDR, les auteurs minimisaient fortement leurs propres résultats en déclarant : « Si la procédure EMDR a véritablement produit des effets, ils sont limités aux seules évaluations SUD » (Lohr, Kleinknecht, Tolin & Barrett, 1995, p. 291). On remarquera que les deux rapports concernant le traitement de sujets phobiques du sang et des injections (Kleinknecht, 1993; Lohr, Tolin & Kleinknecht, 1995) donnaient peu de renseignements quant à l'application de la procédure. Il est dès lors difficile de déterminer dans quelle mesure les investigateurs ont administré la procédure toute entière, ou s'ils ont tronqué le protocole EMDR standard. Par exemple, aucune information n'est donnée sur la partie cognitive du protocole standard (c'est-à-dire la sélection de cognitions appropriées et l'installation d'une cognition positive). En conséquence, on ne sait pas si les évaluations des croyances étaient assez élevées pour justifier l'arrêt du traitement.

Young (1994) rapporte le traitement réussi de deux patientes souffrant d'un trouble de la personnalité multiple avec des phobies sévères et persistantes. L'une d'elles souffrait d'une phobie des serpents, l'autre avait une peur extrême des papillons de nuit (combinée avec une peur de voir la pleine lune). Toutes deux se rappelaient des souvenirs traumatiques d'enfance en rapport avec leurs phobies, et elles tirèrent des bénéfices positifs du traitement, respectivement en une et deux

séances. Six mois après, les résultats obtenus se maintenaient. Malgré ces résultats positifs, la description de la procédure utilisée laisse penser que l'auteur n'a pas appliqué le protocole EMDR standard. Par exemple, il demandait à sa cliente de se centrer sur ses émotions plutôt que sur le souvenir cible : « Je lui demandai de s'imaginer en présence d'un serpent, en conservant à l'esprit les sensations associées de terreur et d'impuissance » (p. 130).

Muris et Merckelbach (1995) ont utilisé la thérapie EMDR avec des personnes souffrant de phobie des araignées. Ils ont d'abord traité deux adultes, avec une séance d'une heure. Les évaluations personnelles des sujets quant à leur peur des araignées ainsi qu'une évaluation comportementale après le traitement EMDR montraient des améliorations. Ensuite, les deux personnes furent soumises à une exposition *in vivo* pendant deux heures et demie, suite à quoi les deux sujets furent capables de toucher réellement l'araignée. Les auteurs disent avoir utilisé le protocole des phobies, mais notent également que le temps leur avait manqué pour l'appliquer en son entier. Les effets, cependant, sont comparables à ceux d'une étude de cas rapportée par Muris et De Jongh (1996), concernant une fillette souffrant de phobie des araignées. La peur s'était installée suite à une rencontre traumatisante avec une araignée, alors qu'elle avait deux ans. Après une heure de traitement, son score sur une échelle d'auto-évaluation de la peur des araignées (la version abrégée du *Questionnaire de Peur des Araignées pour Enfants*, le SPQ-C, cf. Kindt, Brosschot & Muris, 1996) était passée de 12 (le maximum est de 15) à 2. À un test comportemental d'approche, on notait aussi une amélioration importante. Avant le traitement, l'enfant n'osait pas toucher un bocal qui contenait une araignée. Après, elle pouvait toucher l'araignée avec un crayon. Ensuite, elle subit une heure d'exposition *in vivo*, après quoi elle put faire circuler l'araignée sur sa main nue.

Dans une étude de cas publiée par De Jongh et Ten Broeke (1994), une patiente a été soulagée d'une phobie de vomir. Elle était angoissée à l'idée d'avoir envie de vomir dans une situation dont elle ne pourrait s'échapper facilement (sur un bateau, en disant « oui » devant le maire, si elle tombait enceinte, en dansant avec quelqu'un, en sortant au restaurant). Après une seule séance de thérapie EMDR, son angoisse se dissipa et les symptômes ne revinrent pas. Ces résultats furent confirmés par une chute des scores totaux au SCL-90-R (Arrindell et Ettema, 1986), qui passèrent de 144 (« au dessus de la moyenne ») à 106 (« bas ») ; ces améliorations se maintenaient quatre mois plus tard, lors d'un contrôle (103).

Les mêmes auteurs ont rapporté le traitement réussi d'une phobie des souris (Ten Broeke & De Jongh, 1993), et de deux cas de phobies des soins dentaires (De Jongh, Ten Broeke & Van der Meer, 1995; De Jongh & Ten Broeke, 1996). En ce qui concerne la phobie des souris, une thérapie par exposition *in vivo* n'avait pas résolu une peur des souris chez une femme de soixante-trois ans. Une réduction importante de la peur suscitée par la présence d'une souris a été obtenue en une seule séance de thérapie EMDR. Six mois après, lors d'un contrôle, la peur des souris n'était pas revenue.

L'un des deux cas de phobie des soins dentaires concernait un homme qui avait développé des réactions phobiques après avoir subi une extraction extrêmement douloureuse alors qu'il était à l'étranger (De Jongh, Ten Broeke & Van der Meer, 1995). Il avait évité ensuite tout traitement dentaire pendant douze ans. Une approche comportementale, comprenant cinq séances d'exposition progressive et l'apprentissage de techniques de gestion de l'anxiété, n'avait pas produit d'amélioration importante. En revanche, une seule séance de thérapie EMDR a entraîné une réduction considérable de sa peur. Lors du rendez-vous suivant chez le dentiste, celui-ci put poursuivre son travail avec, pour le patient, un degré de détresse acceptable. L'autre cas de phobie des soins dentaires concerne une femme qui avait évité ces soins pendant trente ans (De Jongh & Ten Broeke, 1996). Sa peur avait commencé à l'âge de huit ans : un dentiste lui avait attaché les bras au fauteuil avec une serviette pour l'empêcher de bouger pendant qu'il lui soignait une carie. Plus tard, elle avait également développé un trouble panique. Un an de thérapie comportementale n'avait pas apporté de soulagement à ses symptômes. Après une séance de thérapie EMDR, la patiente se sentit capable d'aller faire des courses pour la première fois depuis longtemps. Après la seconde séance, elle put commencer un traitement dentaire. Lors d'un contrôle, deux ans plus tard, elle n'avait toujours pas de crises de panique, et son traitement orthodontique était fini.

Acierno, Tremont, Last, et Montgomery (1994) ont utilisé un protocole expérimental à base multiple avec un seul sujet pour étudier l'efficacité relative de la thérapie EMDR et une condition de contrôle par exposition imaginaire appelée « désensibilisation par centrage oculaire ». Le sujet souffrait d'une impossibilité à assister à un enterrement ou à rester dans une pièce obscure, ce qui résultait, d'après les auteurs, d'une « combinaison complexe de traditions culturelles colombiennes, d'essais d'apprentissages générateurs de répulsions au cours de l'enfance, d'une

insuffisante exposition naturelle aux stimuli liés à ses peurs, et d'un évitement envahissant à l'âge adulte » (p. 275). Le sujet ne montra aucun soulagement en EMDR (11 séances) au-delà du traitement de contrôle (6 séances), cependant que de grandes améliorations comportementales étaient obtenues en six séances d'exposition *in vivo*. Il faut noter que le thérapeute n'avait pas de formation officielle en EMDR et qu'il se servait d'un protocole contraire à la procédure standard (il donnait par exemple pour instructions au sujet de revenir à l'image phobique à chaque séquence, de se relaxer entre les séquences, il faisait associer répétitivement l'image perturbante à la cognition négative et n'établissait pas de lien entre la cognition positive et l'information ciblée).

Lohr, Tolin et Kleinknecht (1996) ont utilisé la thérapie EMDR auprès de deux sujets masculins souffrant de phobies d'origine traumatique ; ils se sont servi d'un protocole en série avec changement de phase. Le premier sujet avait développé une peur des situations d'enfermement après avoir été affecté à un compartiment situé sous la ligne d'eau à bord d'un porte-avion, alors qu'il faisait son service militaire dans la marine. Le traumatisme d'origine, pour l'autre, avait été sa détention par les troupes soviétiques dans un tunnel, à Berlin Est. Tous deux souffraient de graves peurs de paniquer. Au bout de quatre séances de traitement, on avait obtenu une réduction substantielle des taux de perturbation associés aux images, jusqu'ici angoissantes, de l'événement conditionnant. Une reprise de contact avec eux, six mois plus tard, montra l'apparition d'un certain nombre de modifications de comportement depuis la fin du traitement (par exemple, l'usage délibéré d'un ascenseur, la participation à des réunions entre amis ou à un concert). Les auteurs, cependant, concluaient : « Si les évaluations SUD ont quelque validité psychométrique, il est également vrai que ce sont les seules mesures qui changent avec le traitement EMDR » (p. 86).

Dans la première expérience contrôlée sur l'utilisation de la thérapie EMDR avec les phobies, Sanderson et Carpenter (1992) ont utilisé un protocole expérimental croisé en une seule séance avec 58 sujets (29 personnes souffrant principalement de phobie des araignées et 29 sujets contrôle). Ils n'ont pas trouvé de différence d'efficacité significative entre une version « simplifiée » (p. 269) de la thérapie EMDR (c'est-à-dire sept séquences de mouvements oculaires réduits de vingt secondes chacune) et une « confrontation à l'image » (c'est-à-dire le fait d'imaginer l'objet ou la situation redoutés, les yeux fermés, tous les jours pendant une période d'un mois).

Comme l'a fait remarquer Greenwald (1994), là aussi, la procédure EMDR a été sérieusement déformée. Par exemple, ces chercheurs sans formation ne se servaient que d'un nombre limité de mouvements oculaires réduits, demandaient aux sujets de ne se centrer que sur une seule cible bien définie et ne se souciaient pas des croyances dysfonctionnelles engendrées autour de la cible.

Bates, McGlynn, Montgomery et Mattke (1996) ont assigné au hasard des individus souffrant de phobie des araignées à une « procédure EMD/R en 20 allers-retours » (n=7) ou à une condition de contrôle d'évaluation seulement (n=7). Leurs données indiquent que la thérapie EMDR n'a pas modifié la peur des araignées des étudiants souffrant de cette phobie. Le thérapeute de l'expérience n'avait pas de formation reconnue en EMDR, il avait été formé par un chercheur sans formation lui aussi (p. 559). À la description de la procédure, on peut conclure que les investigateurs ignoraient pratiquement tout de la technique EMDR (p. 559-560) : le manque de fidélité de la procédure est par exemple évident dans le choix de la cognition négative (« j'ai peur »), qui n'est pas une croyance irrationnelle, mais plutôt une description (cf. Shapiro, 1995). Par ailleurs, ils utilisaient des séquences de vingt mouvements seulement, et l'ordre des évaluations était incorrect par rapport aux pratiques standard. En particulier, l'élément de libre association était exclu : on disait au sujet, de façon impropre, de « se relaxer » entre les séquences, et on lui demandait de conserver à l'esprit « l'image la plus effrayante ». De plus, l'image redoutée, la cognition négative et les sensations physiques étaient combinées lors de chaque séquence, la cognition positive introduite prématurément, et les investigateurs laissaient de côté les phases de préparation, d'installation, de scanner du corps, de clôture et de réévaluation. Malgré cette longue liste de défauts, ils décrivent leurs procédures comme un « authentique traitement EMD/R d'étudiants souffrant de la peur des araignées » (Bates *et al.*, 1996, p. 567). Qui plus est, ils terminent en disant que « ces conclusions négatives renforcent des doutes croissants : les résultats empiriques de l'EMD/R lui permettent-ils vraiment de prétendre à la qualité de thérapie comportementale ? » (p. 568).

Dans une autre étude contrôlée sur la thérapie EMDR avec des patients phobiques des araignées (Muris et Merckelbach, 1977), vingt-quatre sujets se voyaient répartis au hasard dans trois groupes : un groupe de traitement EMDR, un d'exposition imaginaire, et un groupe de contrôle sans traitement. Les deux premiers groupes recevaient une heure de traitement, pendant que le troisième groupe attendait

simplement. Les procédures étaient suivies chaque fois d'une exposition *in vivo*. La thérapie EMDR a produit des changements importants dans les mesures subjectives de perturbation et de crédibilité d'une cognition positive. Cependant, par rapport à l'approche comportementale, les sujets du groupe EMDR n'allaient pas mieux que ceux du groupe d'exposition imaginaire. Ce n'est qu'après que les sujets eurent reçu un traitement par exposition *in vivo*, d'une durée deux fois et demie supérieure à celle du traitement EMDR, que se sont produites d'autres améliorations importantes. Malheureusement, la construction de l'étude ne permet pas de comparaison directe de l'efficacité de la thérapie EMDR et de l'exposition *in vivo* (cf. aussi Lohr, Tolin & Lilienfeld, 1998, pour leurs commentaires critiques). Tous les sujets ayant obtenu d'abord un niveau équivalent dans l'auto-évaluation de leur peur des araignées et de leur comportement d'approche (qu'ils aient participé au départ aux groupes de thérapie EMDR, d'exposition imaginaire ou sans traitement), cette étude montre les puissants effets de l'exposition *in vivo* pour ce type de phobie des animaux.

Deux études ont été conduites par le même groupe de chercheurs sur l'efficacité de la thérapie EMDR avec des enfants souffrant de phobie des araignées ; elles semblent indiquer que la thérapie EMDR est un traitement efficace de la peur des araignées chez l'enfant, mais de valeur limitée si on la compare à une procédure aussi puissante que l'exposition *in vivo* (Muris, Merckelbach, van Haaften & Mayer, 1997 ; Muris, Merckelbach, Holdrinet & Sijsenaar, 1998). Dans la première étude, une séance d'exposition *in vivo* (n=11) était comparée à une séance de thérapie EMDR (n=11), dans un protocole expérimental cross-over (Muris *et al.*, 1997). Les deux séances duraient une heure et demie. Avec la thérapie EMDR, on a obtenu une nette réduction de l'évaluation fournie par la version courte du SPQ-C. L'exposition *in vivo* s'est avérée supérieure à la thérapie EMDR pour la diminution des comportements d'évitement. En revanche, pour les tests de conductance de la peau, on n'a pas trouvé de différence entre la thérapie EMDR et l'exposition *in vivo*. La seconde étude comparait les effets de la thérapie EMDR (n=9), de l'exposition *in vivo* (n=9) et l'exposition sur écran (n=8) avec un protocole expérimental dit « between-subjects » concernant des enfants phobiques des araignées (Muris *et al.*, 1998). Toutes les séances duraient deux heures et demie. Ensuite, on faisait suivre à tous les sujets une heure et demie d'exposition *in vivo*. La thérapie EMDR produisait des améliorations importantes dans les auto-évaluations des sujets et était significativement plus efficace que le traitement par exposition sur écran d'ordinateur. Là encore, c'est

l'exposition *in vivo* qui donnait les meilleurs effets. Ces résultats, cependant, sont compromis par le fait que le protocole des phobies n'était pas utilisé dans son entier. C'est ainsi qu'on n'a exposé aucun des sujets à une bande vidéo mentale pour traiter l'anxiété anticipatoire. De plus, les auteurs de la première étude notent qu'en raison de limites de temps, moins de trois cibles (passé, présent, futur) ont été désensibilisées, chez environ les trois quarts de leurs sujets.

CONCLUSIONS ET DISCUSSION

Les recherches portant sur l'application de la thérapie EMDR avec les phobies particulières démontrent qu'elle peut produire d'importantes améliorations en un nombre limité de séances. En ce qui concerne son efficacité comparée, elle est plus efficace pour le traitement des phobies des araignées chez l'enfant qu'une condition de contrôle par exposition sur écran (Muris *et al.*, 1998). Un petit nombre d'études contrôlées de résultats, cependant, donnent à penser que la phobie des araignées réagit mieux à l'exposition *in vivo* qu'à la thérapie EMDR (Muris *et al.*, 1997; Muris *et al.*, 1998). Malheureusement, l'image globale de l'efficacité de la thérapie EMDR est largement brouillée par le fait que, dans beaucoup de ces études, les chercheurs, selon les cas, n'étaient pas formés à cette technique, ne se servaient que d'un nombre réduit de mouvements oculaires dirigés ou utilisaient la procédure de façon inappropriée (cf. par exemple Acierno, Tremont *et al.*, 1994; Bates *et al.*, 1996; Sanderson & Carpenter, 1992). Dans la plupart des études contrôlées de résultats, les chercheurs se sont conformés de façon insuffisante et impropre au protocole standard des phobies (Shapiro, 1995). Cela ôte beaucoup de crédibilité aux résultats obtenus, puisque, comme dans toute approche thérapeutique, il peut y avoir une relation directe entre le degré de fidélité procédurale et la probabilité d'obtenir de bons résultats avec le traitement. En conséquence, à l'avenir, les chercheurs qui ont l'intention d'investiguer l'efficacité de la thérapie EMDR dans le domaine des phobies particulières feront bien de s'abstenir d'utiliser des protocoles tronqués ou d'autres formes de procédures invalides, et d'appliquer la totalité du protocole construit spécifiquement pour cette population de patients.

Pour tâcher de comprendre pourquoi les sujets effrayés par les araignées réagissaient mieux à l'exposition *in vivo* qu'à la thérapie EMDR, il faut noter que

l'index comportemental (c'est-à-dire les scores à un test de comportement) a pu être biaisé en faveur du groupe exposition par la construction même du protocole expérimental (Muris *et al.*, 1997; Muris *et al.*, 1998). En effet, les sujets du groupe exposition avaient déjà eu une exposition réelle à la même araignée, alors qu'on demandait aux sujets du groupe EMDR de toucher une araignée pour la première fois. Tout le monde conviendra que, dans ces conditions, l'exposition *in vivo* (avec l'effet de modélisation du thérapeute montrant le comportement d'approche) est naturellement plus efficace.

Les études contrôlées de résultat sur l'efficacité de la thérapie EMDR avec les phobies particulières sont presque toutes fondées sur le traitement de phobies des araignées ; il faut donc tenir compte de cette limitation pour tirer des conclusions sur cette efficacité. À cet égard, peut-être la phobie des araignées n'est-elle pas un type représentatif de phobie sur le plan de sa réactivité à la thérapie EMDR. Il y a peut-être là un rapport avec l'origine de cette phobie. La thérapie EMDR est fondée sur l'hypothèse que ce sont les expériences antérieures des individus qui provoquent et déterminent les difficultés psychologiques présentes. Le traitement vise à résoudre les souvenirs d'un événement précipitant perçu subjectivement comme traumatique, par exemple un accident de la route, des soins dentaires très douloureux au cours de l'enfance ou un épisode où l'on s'est étouffé en mangeant. Or il est évident que les patients souffrant de phobies de la conduite automobile, des soins dentaires ou de l'étouffement ne remplissent pas, par définition, les critères du SSPT, en termes de flash-backs et de souvenirs perturbants récurrents. Pourtant, beaucoup d'entre eux revivent des parties de leur « cauchemar » chaque fois qu'ils sont confrontés à leurs stimuli phobiques. Dans ces situations, une situation présente réactive par association le souvenir antérieurement stocké. Chaque fois que l'état émotionnel associé à l'événement perturbant est déclenché, on a un niveau de peur comparable et une perception de danger analogue à ceux éveillés au cours de l'événement réel. Il est possible que ce processus joue un rôle relativement important dans les phobies d'étiologie traumatique, et un rôle moindre dans des phobies comme celle des araignées. Cela serait conforme au fait qu'on trouve rarement d'expériences conditionnantes directes dans l'étiologie de ce type de phobie des animaux ; les phobiques des araignées n'ont en général pas de souvenir d'expérience traumatique en rapport avec des araignées qui pourrait expliquer l'apparition de leur peur (Davey, 1992 ; Kleinknecht, 1982). Par suite, il peut être difficile de trouver une cible suscitant

assez de perturbation pour déclencher le retraitement par la thérapie EMDR. La peur des araignées pourrait être atypique par rapport au traitement par la thérapie EMDR : cette idée trouve un certain soutien dans la découverte que la sévérité de la peur des araignées est fortement corrélée au dégoût et à la peur de la contamination (Mulken, de Jong & Merckelbach, 1997). Peut-être cela indique-t-il que les gens détestent les araignées (et la vue du sang ; voir Page, 1994) parce qu'elles suscitent le dégoût, et non parce qu'elles sont liées à quelque chose de traumatique.

Au plan clinique, nous inclinons fortement à penser que les troubles phobiques sans composante étiologique traumatique répondent en général moins bien à la thérapie EMDR que ceux où l'on retrouve un événement conditionnant évident, que l'on peut tenir pour responsable du déclenchement de la peur. Ce point est conforme aux expériences d'autres cliniciens. Par exemple, Lohr *et al.* (1996) avancent l'idée qu'en raison de leur origine fréquemment traumatique, les peurs des soins médicaux seraient celles auxquelles il serait le plus logique d'étendre l'usage de la thérapie EMDR. Les données fournies par Sanderson et Carpenter (1992) confirment l'idée que c'est avec les phobies d'étiologie traumatique que la thérapie EMDR est le plus efficace ; dans un groupe de patients, ils ont trouvé une réduction significativement plus élevée des scores SUD dans le sous-groupe dont la phobie était d'origine traumatique.

Il faut se souvenir que très peu d'études contrôlées de résultats évaluent l'exposition *in vivo* dans le traitement de troubles phobiques plus complexes (par exemple d'origine traumatique). Pratiquement, tout ce que l'on sait aujourd'hui sur le traitement des phobies particulières provient d'études sur des phobies mono-symptomatiques sans étiologie traumatique (par exemple des phobies des serpents, des araignées, de l'avion, des hauteurs ; cf. Öst, 1997). Ces types de phobies particulières se soignent bien par une exposition prolongée au stimulus conditionnel (SC) en un nombre restreint d'heures de traitement. Au contraire, d'autres types de phobies particulières (par exemple des phobies de l'étouffement, des accidents, des soins dentaires) semblent moins bien répondre à une approche par exposition *in vivo* brève (McNally, 1994 ; Kent, 1997 ; Kuch, 1997). Par exemple, selon Smith, Kroeger, Lyon et Mullins (1990), sur un échantillon de personnes phobiques des soins dentaires, un quart ne réagissaient pas à la désensibilisation systématique et évitaient toujours les soins dentaires.

Ces différences peuvent peut-être s'expliquer par le fait que les phobies d'étiologie traumatique ont un certain nombre de points communs avec le SSPT. L'exposition aux stimuli conditionnels serait alors moins efficace dans ce type de troubles, dans la mesure où elle n'évite pas l'apparition attendue du stimulus inconditionnel (SI), et active au contraire chez le sujet une représentation de ce SI. À cet égard, on s'est même demandé si des expositions répétées au SC ne risquaient pas de renforcer l'association SC-SI (Bayens, Eelen, Van den Bergh & Crombez, 1992). En fait, on trouve des distinctions entre l'exposition au SC et l'exposition au SI dans les procédures de thérapie cognitivo-comportementale des SSPT, d'une part, et des phobies particulières, de l'autre. Alors que les protocoles efficaces de traitement du SSPT ciblent la représentation du SI (c'est-à-dire les souvenirs de l'événement traumatique), les phobies particulières paraissent mieux répondre à l'exposition au SC (l'objet effrayant). Dans les SSPT, l'exposition répétée au souvenir du traumatisme est censée produire une habituation, dans la mesure où c'est l'occasion d'intégration d'informations correctives, qui modifient la réaction de peur (Rothbaum et Foa, 1996). Il serait donc éclairant d'étudier expérimentalement la question de savoir si les phobies d'origine traumatique répondent mieux à une intervention visant à réévaluer le SI, comme l'exposition imaginaire en EMDR (cf. Davey, 1997), alors que d'autres types de phobie réagissent mieux à une exposition *in vivo*.

En dehors des phobies d'origine traumatique, la thérapie EMDR peut s'avérer préférable dans des cas où l'exposition *in vivo* est coûteuse (par exemple les phobies de l'avion), plus difficile à pratiquer (phobies des orages par exemple), ou dangereuse en soi (par exemple les guêpes, ou certains types de procédures médicales désagréables) : à l'inverse du traitement de la phobie des araignées, au cours duquel on encourage le patient à laisser courir une araignée sur sa main, il serait difficile de lui demander de s'exposer à une guêpe de la même façon. En raison de l'imprévisibilité du résultat, on risque fort d'empêcher le client de s'engager dans le traitement, ou on augmente le risque d'un abandon avant que le traitement n'ait pu réussir. Dans ce but, la thérapie EMDR pourrait être une alternative utile. Ces points pratiques de mise en œuvre du traitement sont importants ; le lecteur notera cependant que la désensibilisation systématique et l'exposition imaginaire auraient toutes deux les mêmes qualités à cet égard. En conséquence, il serait intéressant que des recherches à venir étudient l'intérêt et les limites de l'utilisation de la thérapie

EMDR à la place d'autres procédures *in vitro*, dans un large éventail de phobies particulières.

Globalement, vu le nombre restreint d'études contrôlées de résultats concernant l'application de la thérapie EMDR aux phobies particulières et la mauvaise qualité des études empiriques, il serait aujourd'hui tout à fait prématuré de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de la thérapie EMDR dans ce domaine. S'il convient ici de se montrer prudent et de faire preuve de discernement, il faut également reconnaître qu'on manque cruellement d'études contrôlées sur les techniques de traitement, quelles qu'elles soient, des phobies plus complexes, multi-symptomatiques ou d'origine traumatique. Jusque-là, il sera difficile d'établir quelque conclusion sérieuse que ce soit sur l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des phobies particulières en général, qu'il s'agisse de l'exposition ou de la thérapie EMDR.

Traduction : François Mousnier-Lompré - 2005
(mousnierlompre@yahoo.fr)

PROTOCOLE POUR LES PHOBIES

Tableau 1

- A. Enseigner au patient des procédures d'auto-contrôle pour gérer sa peur d'avoir peur.
- B. Identifier les cibles : demander au patient de décrire :
- a) les événements secondaires qui peuvent contribuer à éveiller la phobie,
 - b) la première fois où la peur est apparue
 - c) l'expérience la plus représentative ou la plus effrayante
 - d) l'expérience la plus récente
 - e) les stimuli actuellement associés
 - f) les sensations corporelles et les autres manifestations de peur, y compris l'hyperventilation.
- C. Désensibilisation et retraitement :
1. utiliser le protocole standard pour l'objectif A (mais sans le scanner du corps)
 2. travailler les autres cibles si nécessaire (vérifier s'il y a besoin de croyances négatives et positives différentes).
- D. Installation d'un schéma positif pour l'avenir :
1. demander au patient d'avancer mentalement dans le temps pour identifier l'image d'une situation souhaitée à venir, dans laquelle il montrera une réaction comportementale positive.
 2. introduire une croyance positive appropriée sur lui-même en la lui faisant garder à l'esprit tout en faisant des séquences de stimulation. On poursuivra ce travail tant que le patient rapporte un renforcement de la validité de cette croyance positive.
- E. Faire faire une vidéo mentale au patient :
1. lui faire visualiser la séquence entière d'une action future (par exemple, depuis la séance présente jusqu'à la prochaine confrontation éventuelle avec les stimuli ou la situation redoutés).
 2. demander au patient de repérer tous les aspects perturbants pour lui, et les cibler lorsque cela semble approprié.
- F. Scanner du corps : le patient garde à l'esprit à la fois l'événement cible et la croyance positive tout en scannant mentalement son corps.
- G. Préparer le patient aux confrontations à venir : vérifier si les points suivants sont (encore) nécessaires :
1. lui enseigner l'application de techniques d'auto-contrôle ou de relaxation
 2. lui enseigner des exercices (ou des tâches à faire à domicile) au cours desquels le patient apprend à faire face à la situation réelle, pour permettre le réapprentissage.
- H. Clôture.

BIBLIOGRAPHIE

- ACIERNO R., HERSEN M., VAN HASSELT V. B., TREMONT G. & MEUSER K. T. (1994). Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clinical Psychology Review*, **14**, 287–299.
- ACIERNO R., TREMONT G., LAST C. & MONTGOMERY D. (1994). Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, **8**, 259–267.
- ARRINDELL W. A. & ETTEMA J. H. M. (1986). *SCL-90; Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, The Netherlands: Swets Test Services.
- BARLOW D. H., LEITENBERG H., AGRAS W. S. & WINCZE J. P. (1969). The transfer gap in systematic desensitization: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy*, **7**, 191–196.
- BATES L. W., MCGLYNN F., MONTGOMERY R. W. & MATTKE T. (1996). Effects of eye-movement desensitization versus no treatment on repeated measures of fear of spiders *Journal of Anxiety Disorders*, **10**, 555–569.
- BAUMAN W. & MELNYK W. T. (1994). A controlled comparison of eye movement and finger tapping in the treatment of test anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **25**, 29–33.
- BAYENS F., EELEN P., VAN DEN BERGH O. & CROMBEZ G. (1992). The content of learning in human evaluative conditioning: Acquired valence is sensitive to US-revaluation. *Learning and Motivation*, **23**, 200–224.
- CARLSON J. G., CHEMTOB C. M., RUSNAK K., HEDLUND N. L. & MURAOKA M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, **11**, 3–24.
- DAVEY G. C. L. (1992). Characteristics of individuals with fear of spiders. *Anxiety Research*, **4**, 299–314.
- DAVEY G. C. L. (1997). A conditioning model of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301–322). New York: John Wiley and Sons.
- DE JONGH A., MURIS P., TER HORST G., VAN ZUUREN F. J., SCHOENMAKERS N. & MAKKES P. (1995). One-session cognitive treatment of dental phobia: Preparing

dental phobias for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 947–954.

DE JONGH A., TEN BROEKE E. & VAN DER MEER K. (1995). Eine neue Entwicklung in der Behandlung von Angst und Traumata: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, **43**, 226–233.

DE JONGH A. & TEN BROEKE E. (1994). Opmerkelijke veranderingen na e' e' n zitting met eye movement desensitization and reprocessing: Een geval van angst voor misselijkheid en braken. [Changements remarquables après une seule séance de thérapie EMDR : un cas de peur de la nausée et des vomissements]. *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, **14**, 89–101.

DE JONGH A. & TEN BROEKE E. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): een procedure voor de behandeling van aan trauma gerelateerde angst. [Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : une technique de traitement de l'angoisse d'origine traumatique]. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, **22**, 93–114.

DEROGATIS L. R. (1977). *Administration, scoring and procedures manual I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research Unit, John Hopkins University School of Medicine.

EMMELKAMP P. M. G., BOUMAN T. K. O. & Scholing A. (1989). *Anxiety disorders. A practitioner's guide*. Chichester: John Wiley and Sons.

GOSSELIN P. & MATTHEWS W. J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety: A study of the effects of expectancy and eye movement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **26**, 331–337.

GREENWALD R. (1994). Letter to the editor. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, **25**, 90–91.

HERBERT J. D. & MUESER K. T. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **23**, 169–174.

KENT G. (1997). Dental phobias. In G.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 107–127). New York: John Wiley and Sons.

- KINDT M., BROSSCHOT J. F. & MURIS P. (1996). Spider Phobia Questionnaire for Children (SPQ-C): A psychometric study and normative data. *Behaviour Research and Therapy*, **34**, 277–282.
- KLEINKNECHT R. A. (1982). The origins and remission of fear in a group of tarantula enthusiasts. *Behaviour Research and Therapy*, **20**, 437–443.
- KLEINKNECHT R. A. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **24**, 211–217.
- KUCH K. (1997). Accident phobia. In G. C. L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 153–162). New York: John Wiley & Sons.
- LOHR J. M., KLEINKNECHT R. A., TOLIN D. F. & BARRETT R. H. (1995). The empirical status of the clinical application of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **26**, 285–302.
- LOHR J. M., TOLIN D. F. & KLEINKNECHT R. A. (1995). Eye movement desensitization of medical phobias: Two case studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **26**, 141–151.
- LOHR J. M., TOLIN D. F. & KLEINKNECHT R. A. (1996). An intensive design investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, **10**, 73–88.
- LOHR J. M., TOLIN D. F. & LILIENFELD S. O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, **29**, 123–156.
- MCNALLY R. J. (1994). Choking phobia: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, **35**, 83–89.
- MARKS I. M., BOULOUGOURIS J. & MARSET P. (1971). Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients. *British Journal of Psychiatry*, **119**, 353–375.
- MARCUS S. V., MARQUIS P. & SAKAI C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, **34**, 307–315.
- MARQUIS J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **22**, 187–192.

- MULKENS A. A. N., DE JONG P. & MERCKELBACH H. (1997). Disgust sensitivity and spider phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 464–468.
- MURIS P. & DE JONGH A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing. Een nieuwe behandelingstechniek voor trauma-gerelateerde angstklachten: Over de behandeling van kinderen. [La thérapie EMDR, une nouvelle méthode de traitement des angoisses liées à un traumatisme ; le traitement des enfants] *Kind en Adolescent*, **17**, 159–217.
- MURIS P. & MERCKELBACH H. (1995). Treating spider phobia with eye movement desensitization and reprocessing: Two case reports. *Journal of Anxiety Disorders*, **9**, 439–449.
- MURIS P. & MERCKELBACH H. (1997). Treating spider phobics with eye-movement desensitization and reprocessing: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **25**, 39–50.
- MURIS P., MERCKELBACH H., HOLDRINET I. & SIJSENAAR M. (1998). Treating spider phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 193–198.
- MURIS P., MERCKELBACH H., VAN HAAFTEN H. & MAYER B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. a single-session crossover study of spider phobic children. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 82–86.
- ÖST L-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, **27**, 1–7.
- ÖST L-G. (1997). Rapid treatment of specific phobias. In G. C. L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 227–246). New York: John Wiley and Sons.
- ÖST L-G. & STERNER U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **25**, 25–29.
- PAGE A. C., (1994). Blood-injury phobia. *Clinical Psychology Review*, **14**, 443–461.
- ROTHBAUM B. O. & Foa E. B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. In B. A. VAN DER KOLK, A. C. MCFARLANE & L. WEISAETH (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experiences on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- ROTHBAUM B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **61**, 317–334.

- SANDERSON A. & CARPENTER R. (1992). Eye movement desensitization versus image confrontation: a single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **23**, 269–275.
- SCHECK M. M., SCHAEFFER J. A. & GILLETTE C. S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, **11**, 25–44.
- SHAPIRO F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- SHAPIRO F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **27**, 1–10.
- SHAPIRO F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, **13**, 35–67.
- SMITH T. A., KROEGER R. F., LYON H. E. & MULLINS M. R. (1990). Evaluating a behavioral method to manage dental fear: A 2-year study of dental practices. *Journal of the American Dental Association*, **121**, 525–530.
- TEN BROEKE E. & DE JONGH A. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Praktische toepassing en theoretische overwegingen [Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): applications pratiques et considérations théoriques]. *Gedragstherapie*, **26**, 233–254.
- YOUNG W. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality. *Dissociation*, **7**, 129–133.
- WILSON S. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **63**, 928–937.
- WILSON S. A., BECKER L. A. & TINKER R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 1047–1056.