

Le traitement des phobies spécifiques par l'EMDR

(Conceptualisation - stratégies de sélection des souvenirs)

PAR AD DE JONGH

Université d'Amsterdam et Centre de Psychotraumatologie et de Psychothérapie,

Bilthoven, Pays-Bas

ET ERIK TEN BROEKE

praticien privé, Deventer, Pays-Bas

Article publié dans le *Journal of EMDR Practice and Research*,

Volume 1, Number 1, 2007

© 2007 Springer Publishing Company - DOI: 10.1891/1933-3196.1.1.46

Traduction : Gérard Poussin - mars 2008;

Révision : François Mousnier-Lompré

Résumé : L'EMDR est un traitement structuré, non invasif, limité dans le temps et fondé sur des travaux empiriques, applicable aux souvenirs non traités et aux troubles qui leur sont liés. Cet article se consacre au traitement de peurs et de phobies spécifiques par l'EMDR. A cette fin, l'utilisation de l'EMDR est conçue comme la sélection, puis le retraitement d'une série de souvenirs d'importance stratégique, en rapport avec des expériences d'apprentissage négatives autour de certains objets ou de certaines situations particuliers. On présentera en premier lieu la conceptualisation et l'application pratique du traitement des phobies par l'EMDR en comparant celui-ci avec l'approche fondée sur l'exposition au stimulus phobogène. Une attention particulière sera ensuite accordée à l'évaluation et à la sélection de souvenirs appropriés pour le retraitement de l'information. On fait l'hypothèse que les phobies sans fondement traumatique, ou celles qui en sont à des étapes ultérieures de traitement, quand on a déjà obtenu une certaine baisse de l'anxiété, bénéficieraient davantage d'une exposition in vivo graduelle, tandis que les phobies spécifiques fondées sur des traumatismes et celles qui avaient au départ un haut niveau d'anxiété répondraient le plus favorablement à l'EMDR.

Mots-clés : EMDR, phobies spécifiques, exposition in vivo.

Hormis sa fonction de protection, une réaction anxieuse peut s'avérer perturbatrice et inadaptée, surtout quand la personne montre un niveau excessif et déraisonnable de peur face à des objets ou des situations qui ne sont en fait pas réellement dangereux. Quand c'est le cas, il est probable que cette personne souffre de phobie spécifique (Cf. DSM IV). Cela signifie (1) que la peur est provoquée par un ensemble spécifique et limité de stimuli (par exemple les serpents, les chiens, les injections, etc.), (2) que la confrontation à ces stimuli produit une peur intense et un comportement d'évitement et (3) que cette peur est déraisonnable et excessive au point de perturber la vie quotidienne.

Les symptômes phobiques sont remarquablement fréquents dans la population générale (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969). Des études épidémiologiques qui ont essayé d'évaluer la prévalence des phobies spécifiques montrent que celles-ci sont plus fréquentes que n'importe quel autre groupe de troubles psychiatriques avec des taux de prévalence tout au long de la vie de plus de 10% (Chapman, 1997 ; Robins et al., 1984).

Le DSM IV distingue principalement cinq catégories ou sous-types de phobies spécifiques : (1) celles des animaux (araignées, insectes, chiens, chats, rongeurs, serpents, oiseaux, poissons, etc.), (2) des phénomènes naturels (phobie des hauteurs, de l'eau, des orages, etc.), (3) celles concernant certains espaces (lieux clos, voiture, avion, ascenseurs, ponts, etc.), (4) du sang, des blessures et des injections (subir une injection, voir du sang, assister à une opération, etc.) et enfin (5) de tous les autres types (s'étouffer, vomir, contracter une maladie, etc.). Cependant, certaines analyses statistiques, appliquées aux données épidémiologiques, suggèrent qu'une catégorisation en trois groupes seulement (espaces, animaux et mutilation) serait plus appropriée (Fredrikson, Annas, Fischer & Wilk, 1996).

Les travaux sur l'anxiété et les phobies indiquent que c'est dans le cadre du paradigme béhavioriste qu'on peut le mieux déchiffrer le problème de l'angoisse cliniquement appropriée. Ce paradigme comprend les notions de *conditionnement classique* et de *conditionnement opérant* (Craske & Rowe, 1997 ; Davey, 1997). Par exemple, une personne mordue par un chien méchant aura une réaction de peur la prochaine fois qu'elle rencontrera ce chien. Tout se passe donc comme si l'individu avait appris, était conditionné, à associer le chien (soit le *stimulus conditionnel*, SC) avec le fait d'être mordu (soit le *stimulus inconditionnel*, SI) en réagissant aux chiens par un sentiment de frayeur. Ce phénomène est connu sous le nom de *conditionnement classique*. La réaction de la personne est devenue une réaction apprise (c'est-à-dire « conditionnée », RC) à un signal de danger qui a pour cette personne une valeur prédictive dans une situation de danger potentiel.

La dynamique de certains types de phobies présente de nombreuses ressemblances avec l'état de stress post-traumatique (ESPT). Beaucoup de phobies se développent à la suite d'un événement

stressant, telle la morsure d'un chien, un grave accident de la route ou encore une injection extrêmement douloureuse dans l'enfance (Menziez & Clarke, 1995). Une étude sur la phobie dentaire par De Jongh et ses collègues (De Jongh, Aartman & Brand, 2003) montre que 87% de ces sujets fortement anxieux déclarent avoir vécu antérieurement un événement atroce dans ce domaine pouvant expliquer la mise en place de leur phobie dentaire. Exemple classique de phobies induites par des événements traumatiques : les phobies de la conduite automobile qui surviennent en général après un grave accident de la route (Kuch, 1997). De même pour les phobies d'étouffement qui font généralement suite à un épisode où la personne s'est étouffée avec de la nourriture. (De Jongh & Ten Broeke, 1998). En outre, en ce qui concerne les agoraphobies, on a des éléments pour dire que la première crise de panique du client peut être considérée comme un événement traumatique comparable à ceux que l'on voit dans les SSPT (McNally & Lubach, 1992).

La principale différence entre la phobie spécifique et l'ESPT est que ce dernier comprend un trauma plus évident à son origine, et produit un état de souffrance plus général. Bien que la résurgence du souvenir puisse susciter automatiquement une réaction émotionnelle, les clients phobiques, en général (et par définition), n'ont pas de récurrence de souvenirs pénibles, ni de troubles du sommeil. Ce que la phobie spécifique et l'ESPT ont en commun, c'est le fait que des signaux particuliers provoquent la peur. Dans de nombreux cas, face à une situation ou à un stimulus dans le présent, il se produit facilement une réactivation de souvenirs d'événements conditionnants antérieurs (par exemple un traitement médical douloureux, un accident de voiture, une morsure de chien). Dans ces moments la personne revit son « cauchemar », ce qui la conduit à une peur et à un sentiment d'impuissance comparables à ce qui avait été expérimenté pendant l'événement réel. Par exemple, les études sur les anxiétés dentaires montrent que presque la moitié de ces personnes extrêmement angoissées présentent des séquelles d'expérience traumatique typiques de ce qu'on observe dans les SSPT (par exemple des flashbacks, des troubles du sommeil et des tentatives pour éviter de repenser à des soins dentaires antérieurs) (De Jongh et al., 2003 ; De Jongh, Franssen, Oosterink-Wubbe & Aartman, 2006 ; De Jongh, Van der Burg, Overmeir, Aartman & Van Zuren, 2002).

A partir de l'explication comportementaliste de l'acquisition de la peur, on va considérer en général qu'un traitement réussi doit se fonder sur l'extinction progressive de la réponse phobique quand le SC (par exemple les araignées, une seringue) est présenté répétitivement sans être suivi par le SI/RI (l'événement d'origine, générateur de douleur ou autrement aversif). Les traitements comportementaux de la phobie spécifique utilisent des méthodes comme l'immersion (*flooding*), la désensibilisation systématique, l'exposition en imagination et l'exposition dans la vie réelle. Les recherches sur les phobies spécifiques ont montré que la désensibilisation systématique et l'immersion en imagination ont des effets comparables, tandis que l'exposition *in vivo* (c'est-à-dire l'exposition

graduelle et prolongée au SC) est plus efficace que les procédures utilisant l'imagination (Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1989 ; Öst, 1997).

Les résultats positifs et les données des études utilisant les traitements TCC pour les phobies spécifiques ont donné l'impression que n'importe quelle phobie spécifique peut être traitée avec succès en peu de séances ; cependant, il semblerait que l'exposition *in vivo* à court terme soit moins adaptée pour certains troubles phobiques (De Jongh, Ten Broek & Renssen, 1999). Cela a été clairement démontré à travers les résultats d'études sur les phobies dentaires. Par exemple, une étude a été menée aux Pays-Bas sur 332 personnes extrêmement anxieuses qui se présentaient pour un traitement par exposition *in vivo* dans une clinique spécialisée dans la peur des traitements dentaires ; elle a montré que 15% de ces personnes n'ont pas commencé le traitement, que 12% arrêtaient le traitement avant sa fin, cependant que 36% commençaient à éviter les rendez-vous chez le dentiste après la fin de leur traitement dentaire (Van Der Zijpp, Ter Horst, De Jongh & Makes, 1996). Ces résultats suggèrent que les preuves empiriques à l'appui de l'efficacité de l'exposition *in vivo* pour certaines phobies ne peuvent être simplement généralisées à l'ensemble des phobies, particulièrement celles qui se développent après un événement conditionnel puissant (c'est-à-dire une intervention médicale traumatisante ou tout autre événement terrifiant). Ce point est illustré par le cas suivant :

Étude de cas : John, première partie

John est un homme de quarante ans qui a développé une phobie des interventions chirurgicales après une expérience terrifiante pendant sa convalescence après une opération cardiaque il y a vingt ans. Après l'implantation d'une valve, il a eu une hémorragie dans la poitrine. Comme son état empirait, l'équipe médicale s'est trouvée forcée d'intervenir dans l'urgence en lui ouvrant le thorax. Cela a eu lieu alors qu'il était encore sur son lit d'hôpital. Il se rappelle qu'ils ont utilisé des ciseaux pour couper les fils sur sa poitrine et qu'un flot de sang a jailli de la plaie. Ayant survécu à l'opération qui suivit cet incident, il a appris plus tard que sa valve cardiaque avait un défaut technique. Depuis vingt ans, beaucoup de personnes qui avaient reçu cette valve sont décédées tandis que d'autres ont bénéficié de son remplacement. John est parfaitement conscient qu'il doit envisager la même opération, mais il n'arrive pas à s'y engager tant sa peur est grande. Son cardiologue l'envoie donc à un psychologue pour lui permettre de dépasser ce blocage psychologique dangereux pour sa vie.

Cet exemple de peur extrême des situations médicales, c'est évident, est différent des situations où l'on peut facilement exposer le client à un objet, un insecte ou un animal. Il est beaucoup plus difficile d'imaginer, dans le cas ci-dessus, comment le trouble phobique pourrait être traité en utilisant l'exposition *in vivo* traditionnelle ou comment il faudrait préparer le sujet à une telle confrontation. En d'autres termes, à quel stimulus conditionnel devrait-on exposer ce client ? Une sorte de combinaison entre l'hôpital, une paire de ciseaux, du sang et une opération ? Autre question : com-

ment empêcher le client d'abandonner la thérapie avant la fin, ce qu'il risque de faire par manque de motivation ou parce que la peur le mènera à cet évitement.

Comme le SSPT et les phobies spécifiques ont en commun un certain nombre de traits importants et que toute une série d'études contrôlées ont montré l'efficacité de l'EMDR (Shapiro, 2001) dans le traitement des troubles liés à des événements traumatiques non traités, on a affirmé que l'EMDR était également un traitement efficace pour les phobies spécifiques (Shapiro, 1995). Le présent article est consacré au traitement de peurs et de phobies spécifiques par l'EMDR. On présentera en premier lieu la conception et l'application pratique du traitement des phobies par l'EMDR en les comparant avec l'approche fondée sur l'exposition au stimulus phobogène. De plus, une attention particulière sera accordée à l'évaluation et à la sélection de souvenirs appropriés pour le retraitement de l'information.

La conception EMDR du traitement des phobies

D'après F. Shapiro, des événements perturbants peuvent causer un déséquilibre dans le système humain de traitement de l'information et rester non traités, parce que les réactions biochimiques immédiates produites par l'incident l'ont isolé dans une sorte de stase neurobiologique (Shapiro, 2001, p. 338). Elle affirme que l'EMDR contient des éléments qui stimulent la résolution de ces expériences négatives d'apprentissage. Du point de vue du traitement de l'information, le modèle de Shapiro, intitulé Traitement Adaptatif de l'Information (TAI), postule que c'est la combinaison de l'attention portée à la fois à un stimulus distracteur et à la représentation mentale d'une expérience significative passée, avec les états psychiques qui leur sont associés, qui favorisent la création de nouvelles associations de souvenirs et l'intégration à l'intérieur du réseau neural d'éléments jusqu'à isolés qui maintenaient le pattern dysfonctionnel (Shapiro, 1995). En ce sens, on peut conceptualiser l'application de l'EMDR au traitement des phobies spécifiques comme la sélection, puis le traitement d'une série de souvenirs stratégiquement déterminants de certaines expériences d'apprentissage négatives antérieures concernant des objets ou des situations particuliers.

Des recherches ont montré que l'EMDR pouvait être un traitement efficace pour les phobies spécifiques quand on leur applique le protocole EMDR des phobies (De Jongh et al., 1999, pour une revue des études sur le sujet ; Shapiro, 2001 ; cf. tableau 1). Les types de phobies dont on rapporte qu'elles peuvent être traitées par l'EMDR incluent les phobies d'espace (Marquis, 1991), les phobies animales (serpents, papillons de nuit, araignées et souris ; Muris & De Jongh, 1996 ; Muris & Merckebach, 1995 ; Ten Broeke & De Jongh, 1993 ; Young, 1994), les phobies du sang, des blessures et des injections (injections, traitements dentaires ; De Jongh & Ten Broek, 1993, 1994, 1996 ; Kleinklecht, 1993 ; Lohr, Tolin & Kleinklecht, 1995) et d'autres types de phobies (vomissements, étouffements ; De Jongh & Ten Broek, 1994, 1998).

A côté des études non contrôlées, des études de cas contrôlées réalisées sur la claustrophobie (Lohr, Tolin & Kleinkleht, 1996) et la phobie dentaire (De Jongh, Van Der Oord & Ten Broeke, 2002) démontrent aussi des effets positifs tant sur la peur que sur le comportement d'évitement. Cependant, les recherches contrôlées randomisées portant sur les résultats de l'EMDR dans le traitement des phobies restent rares et limitées au traitement des phobies d'araignées (Muris & Merckebach, 1997 ; Muris, Merckebach, Van Haften & Mayer, 1997). Leurs résultats indiquent que l'EMDR est moins efficace que l'exposition *in vivo* dans le traitement de la phobie des araignées avec les enfants (Muris, Merckebach, Hodrinet & Sijsehaar, 1998).

Tableau 1 : Étapes du protocole pour le traitement des phobies (F. Shapiro) :

1. Préparation
2. Sélection et traitement des souvenirs cibles
3. Installation d'une cognition positive (CP) sur une image représentative d'une future situation éventuelle.
4. Test : vidéo mentale
5. Préparation aux confrontations à venir
6. Clôture et travail à la maison

Il a été dit que l'EMDR présente plusieurs avantages sur la méthode d'exposition *in vivo* (De Jongh et al., 1999). Un de ceux-ci est le confort du client, car l'exposition à des stimuli générateurs d'anxiété dans des situations de la vie réelle n'est pas toujours facile à réaliser concrètement. Les clients ne sont pas toujours prêts ou suffisamment motivés pour endurer une thérapie par exposition et l'interrompent avant la fin. Un autre avantage réside dans le coût du traitement EMDR. Avec les phobies de l'avion, par exemple, l'EMDR est plus économique que l'exposition *in vivo* qui suppose que le client prenne des vols nombreux (et coûteux) ou se rende dans un centre de simulation de vol. De plus, il semble y avoir un grand avantage à utiliser l'EMDR dans les phobies lorsque (1) le déclencheur ne peut être reproduit ou simulé dans la vie réelle (certaines situations concernant la sexualité, la maladie, la mort) ; (2) les stimuli phobogènes sont difficiles à obtenir ; (3) le client refuse d'être exposé à ces stimuli (par exemple : gros chiens, rats, serpents, abeilles ou guêpes) ou encore (4) la phobie résulte d'un événement clairement identifiable.

Étude de cas : John, deuxième partie

Dans le cas de John, une seule séance d'EMDR a suffi pour alléger sa peur liée à l'horrible souvenir de l'ouverture de sa poitrine sur le lit d'hôpital. Après la thérapie, il fut capable de prendre rendez-vous chez le cardiologue pour une consultation. Cependant l'examen médical montra que sa faiblesse physique et des troubles médicaux complexes qui s'étaient développés en vingt ans de vie avec un mauvais fonctionnement de la valve cardiaque, risquaient de rendre une nouvelle opération dangereuse. En dépit de ces mauvaises nouvelles, John s'est senti soulagé d'avoir désormais une information médicale objective sur son état de santé. Il se sentait capable de prendre une décision (subir une nouvelle opération ou non) fondée non plus sur sa peur, mais sur des faits.

Différences entre approche cognitive-comportementale et approche EMDR

Quelles sont les différences à la fois cliniques et conceptuelles entre un traitement EMDR et un traitement par exposition ? La principale différence en termes pratiques entre les deux traitements, pour ce qui concerne les phobies spécifiques, semble être que pendant le traitement comportemental, on demande au client de diriger son attention sur le stimulus qui produit la peur (SC) afin de tester sa valeur prédictive, tandis qu'en EMDR on dirige l'attention sur le souvenir de l'incident traumatique qui est à l'origine du trouble ou qui a visiblement aggravé la réaction de peur (représentation du lien SI/RI). De plus, dans le contexte de la plupart des traitements comportementaux par exposition, on considère en général que le plus efficace, pour le client, est de rester concentré sur les SC jusqu'à ce que leur intensité ait complètement chuté. A l'inverse, pendant l'EMDR, aucune tentative n'est faite pour maintenir l'attention soit sur le SC (une représentation du SC) soit sur le SI (une représentation du SI). Au lieu de rechercher un niveau d'alerte plus élevé, on demande au client de "noter simplement" ce qui se passe et de suivre ses associations mentales, et on l'encourage à se distancier. Des études expérimentales soutiennent empiriquement l'affirmation selon laquelle le traitement émotionnel est aussi efficace, voire davantage, quand on utilise une forme d'exposition détachée plutôt que centrée (Lee, Taylor & Drummond, 2006).

Au plan conceptuel, ces résultats n'entrent pas bien dans le modèle de l'habituation mais plutôt dans le cadre théorique de la réaction d'orientation (Barrowcliff, Gray, McCulloch, Freeman & McCulloch, 2003 ; McCulloch & Feldman, 1996). Selon ce dernier modèle, un stimulus distracteur tel que les mouvements oculaires produit une réaction d'orientation, mais quand il n'y a pas de menace immédiate identifiée dans la situation thérapeutique, la réaction d'orientation agit comme ce que l'on appelle un réflexe de réassurance, et induit une relaxation. Ces auteurs affirment que pendant l'EMDR, l'engagement dans la réaction d'orientation signale au client qu'il est en sécurité et induit une détente, qui est associée ensuite avec le souvenir de l'événement traumatique (McCulloch & Feldman, 1996). On pense que ce processus peut être considéré comme un contre-conditionnement,

dans lequel les aspects perturbants du souvenir traumatique sont associés avec une réponse neutre. Cette notion a été appuyée par une étude de Barrowcliff et al. (2003), qui montrait que l'excitation électrodermale liée à un souvenir autobiographique baissait lors d'une tâche impliquant des mouvements oculaires, mais ne changeait pas si les yeux du sujet restaient immobiles.

Évaluation et sélection de souvenirs appropriés

Aspects généraux de l'évaluation

Il est clair que le traitement d'une phobie ne peut être commencé tant que le thérapeute n'est pas au courant à la fois des facteurs qui causent et maintiennent la réaction d'angoisse, et des conséquences et caractéristiques de l'affection phobique. Une des premières tâches du thérapeute est donc de recueillir toute l'information nécessaire, ce qui se fait en général par un entretien clinique ouvert. L'un des buts de l'entretien est de détecter les interactions entre facteurs dans plusieurs domaines possibles de difficultés. Beaucoup de clients ayant plusieurs problèmes liés entre eux, une composante importante de l'évaluation est d'établir la gravité relative de ces difficultés et la manière dont ils sont liés au diagnostic de phobie spécifique (Anthony & Swinson, 2002). Par exemple il se peut que la claustrophobie d'un client ne soit pas très spécifique et se produise dans une grande variété de situations. Dans ce cas il peut être sage d'envisager (ou d'exclure) un éventuel diagnostic de trouble panique, dans la mesure où cette éventualité nécessite en général une prise en charge plus élaborée. En fait, au lieu de procéder à un entretien clinique non structuré pour l'évaluation des informations nécessaires, autour de la dynamique du problème d'angoisse, le plus efficace est d'utiliser un entretien clinique standardisé comme l'échelle de troubles de l'anxiété (ADIS-R) qui est spécifiquement consacrée au diagnostic des troubles anxieux (DiNardo et al., 1985). En outre, pour renforcer la validité du processus de diagnostic, il est souvent souhaitable d'utiliser des inventaires diagnostiques standardisés et validés, qui peuvent mesurer l'importance des manifestations anxieuses, détecter éventuellement d'autres zones de difficultés et évaluer la progression du traitement en cours. On peut citer à ce propos différents questionnaires auto-administrés pour les phobies spécifiques tels que le *Fear Survey Schedule* (FSS, Wolpe, & Lang, 1964) ; le *Fear Questionnaire* (Mark & Matthew, 1979) et la *Symptom Check List* (SCL-90-R ; Derogatis, 1977).

Le but de la première des huit phases de l'EMDR est d'évaluer la motivation du client et de formuler les meilleurs objectifs du travail clinique. En ce qui concerne les phobies spécifiques, il existe une grande variété d'objectifs possibles, qui vont du plus simple au plus complexe ou au plus global. Par exemple un objectif limité pour une phobie d'injection pourrait être "se piquer le doigt" alors qu'un objectif plus global pourrait être de "subir une injection ou une prise de sang tout en restant

confiant et détendu". En général le traitement vise à réduire l'angoisse et les comportements d'évitement à un niveau acceptable et d'apprendre à y faire face. Des objectifs peuvent être formulés, concernant ce que le thérapeute veut faire atteindre à son client en une seule séance, et, pour le client, de préciser exactement ce qu'il doit pouvoir faire dans les situations réelles lorsqu'il sera confronté à l'objet phobique. Parfois les clients se donnent un objectif qui n'est pas à leur portée, inutilement difficile, ou simplement dangereux, tel que d'être capable de conduire à grande vitesse sur une autoroute. De la même manière une personne avec une phobie des chiens peut se donner comme but d'être capable de caresser spontanément toute sorte de chiens alors qu'un objectif raisonnable serait par exemple de parvenir à se promener dans la rue sans être obligé de changer de direction à cause de l'arrivée d'un chien. Le thérapeute doit être clair sur ses objectifs à chaque séance, mais aussi être préparé à s'adapter à des choses inattendues. Ainsi, dans le traitement des phobies spécifiques, les objectifs sont définis en consultation avec le client et dépendront à la fois de son niveau d'engagement, et du jugement clinique du thérapeute vis-à-vis de ce qui lui semble réaliste et faisable.

Le rassemblement des données concernant les circonstances dans lesquelles les symptômes se manifestent est un point qui mérite une attention particulière pendant la phase d'évaluation. A cette fin on doit recueillir des informations sur les signaux extérieurs et concrets (discriminants) qui provoquent l'anxiété (les SC). Autres types de stimuli générateurs d'anxiété, les signaux internes critiques, comme certaines sensations corporelles (par exemple, des palpitations). Voici des exemples de questions visant à recueillir des informations sur des stimuli anxiogènes particuliers :

- "De quoi avez-vous peur précisément (objet ou situation) ?"
- "Quel aspect de cet objet ou de cette situation provoque le plus la peur chez vous ?"

A partir du travail de Beck (1976), les hypothèses cognitives proposent que l'angoisse apparaît quand la personne estime qu'elle est en danger. Dans cette conception, l'angoisse, dans une situation donnée, est inutilement élevée parce que la personne surestime la probabilité d'un danger probable et/ou l'horreur d'un tel danger s'il survenait, ou encore parce qu'elle sous-estime sa capacité à y faire face en cas de nécessité. Parce que ces croyances sont toutes intimement en rapport avec l'intensité émotionnelle et jouent un grand rôle dans le maintien de la phobie, il est important d'identifier chez le client les hypothèses et les prévisions erronées. La méthode la plus commune pour obtenir ce type d'information est de poser au client une série de questions ouvertes qu'on peut formuler dans le contexte de situations hypothétiques (par exemple : « Quelle est la pire des choses qui pourrait arriver si vous deviez prendre le volant ? ») ou d'un épisode réel d'anxiété (par exemple : « lors de votre dernier rendez-vous avec le dentiste, qu'avez-vous pensé qu'il risquait d'arriver ? »). En d'autres termes, plutôt que de poser des questions sur les idées générales du client (par exemple : « Quelles idées vous viennent quand vous vous sentez anxieux dans l'ascenseur ? »), il est préférable

de demander au client ses craintes, ses prédictions, ses hypothèses et ses interprétations spécifiques (par exemple : "Que pensez-vous qu'il risque d'arriver quand vous vous sentez anxieux dans l'ascenseur ?"), car ses réponses peuvent contenir des informations précises ("Je vais m'évanouir", " je vais mourir", "je vais suffoquer", etc.), qui se réfèrent à des événements prédisposants et à des expériences précoces pouvant avoir préparé le terrain de l'acquisition de cette phobie.

IDENTIFICATION DES SOUVENIRS APPROPRIÉS

Étant donné l'importance du rôle des expériences aversives non résolues dans le modèle TAI, le thérapeute essaye d'identifier dans la phase d'évaluation les expériences particulièrement perturbantes de façon à pouvoir disposer d'une ligne chronologique contenant les événements critiques qui ont le lien le plus fort avec les symptômes actuels du client – autrement dit, les incidents critiques à partir desquels on est sûr que les symptômes ont débuté et/ou se sont aggravés. A cette fin, Shapiro (1995) propose un modèle pour l'identification et le traitement des événements significatifs passés, qui utilise une approche à trois volets : passé, présent, futur (tableau 2).

D'après ce modèle, un certain nombre de souvenirs doivent être abordés et traités dans un certain ordre, en commençant par le premier événement. Parfois des souvenirs additionnels doivent être explorés et développés. Par exemple, F. Shapiro (2001) explique qu'il est important que les thérapeutes soient également sensibles aux souvenirs d'expériences antérieures au développement de la phobie, des souvenirs dits "secondaires", qui peuvent avoir rendu le client susceptible de développer une phobie. Une autre question est celle d'éventuels souvenirs qui ont pu produire des dégâts annexes, par leur influence sur l'image de soi et l'estime de soi des sujets (par exemple, des enfants qui sont ridiculisés par leurs pairs à cause de leur peur panique devant un petit chien). Ce genre de dégât doit aussi être évalué et travaillé de façon appropriée. En plaçant ces souvenirs traumatiques le long de la même ligne chronologique, le thérapeute peut établir une conceptualisation complète du cas, avec des hypothèses vérifiables liées à des souvenirs qu'il faudra travailler pour obtenir une réduction des symptômes. Par la suite, l'ensemble des souvenirs qui auront été identifiés serviront de cibles dans une série de procédures EMDR (protocole de base) séparées, chacune concernant un souvenir particulier.

Tableau 2 : L'ordre des étapes dans l'approche en trois volets pour la sélection des souvenirs proposée par Shapiro dans le traitement des phobies spécifiques (*avec des exemples de questions qui peuvent être utiles pour identifier ces souvenirs*)

1. Le premier événement. L'événement conditionnel qui est à l'origine de la peur ou qui l'a évidemment aggravée, ou bien tout autre événement prédisposant qui a contribué à l'apparition de la phobie. (<i>"Quelle expérience a provoqué ou nettement aggravé votre peur ?"</i>)
2. L'événement le pire. Les expériences les plus effrayantes ou les plus perturbantes du passé du client. (<i>"Quelle est l'expérience la plus extrême ou la plus effrayante que vous ayez connue dans votre vie en relation avec cette peur ?"</i>)
3. L'incident le plus récent. (<i>"Quand avez-vous éprouvé cette peur pour la dernière fois ?"</i>)
4. Les déclencheurs actuels. Toute association de stimuli actuels et de déclencheurs particuliers qui provoquent une perturbation dans des situations du présent, comme certaines sensations physiques ou d'autres manifestations de peur (par exemple un vertige). (<i>"Quel genre de chose dans le présent provoque encore ce type de peur ?"</i>)
5. Schéma futur. Une représentation mentale d'une situation anticipée dans le futur avec une issue positive. (<i>"Prenez une image mentale d'une situation future désirée dans laquelle vous agissez de manière adaptée ; ce sera l'image d'une situation que vous évitez jusqu'à présent et que vous n'abordez ou ne subissez qu'avec peur. "</i>)

Les souvenirs les plus importants sont ceux qui sont en relation avec le déclenchement de la phobie. Un exemple de question pour identifier ce type de souvenir est le suivant : « Quelle expérience a provoqué ou nettement aggravé votre peur ? » Cependant la procédure pour identifier les souvenirs centraux n'est pas toujours exempte de difficultés car le client peut ne pas avoir accès à tous les souvenirs appropriés, particulièrement le premier événement (le SC). Au paragraphe suivant, on trouvera un certain nombre d'exemples utiles pour identifier ce type de souvenirs critiques.

STRATÉGIES D'IDENTIFICATION DES SOUVENIRS APPROPRIÉS

Il est particulièrement utile pour le thérapeute de commencer sa conceptualisation des problèmes phobiques de ses clients en utilisant la relation « si-alors » :

SI..... (Stimulus), ALORS..... (Catastrophe).

Ici on utilise le « si » pour évoquer le stimulus qui provoque les perturbations émotionnelles (en langage cognitivo-comportementaliste : le SC), tandis que le « alors » se réfère à l'impression de menace perçue, la catastrophe que le client suppose devoir advenir (ce qui correspond à la représentation mentale de la conséquence redoutée, ou bien, traduit en langage cognitivo-comportementaliste : le SI/RI). C'est l'association entre le stimulus phobique (« si ») et la prédiction du client qu'il va probablement en résulter un incident négatif et dangereux va probablement survenir (« alors ») qui rend opérationnelle sa croyance anxieuse. Par exemple, un sujet avec une phobie des chiens peut croire que s'il s'approche trop d'un chien (« si »), alors le chien va l'attaquer (« alors ») ; une personne qui a la phobie de la foudre peut croire que dès qu'un orage éclate (« si »), elle va être frappée par la foudre (« alors ») ; et une personne qui a une phobie des injections peut croire que si on lui fait une prise de sang (« si »), elle va s'évanouir ou l'aiguille va se briser dans son bras (« alors »).

En choisissant cette conception d'une relation « si-alors », on peut utiliser deux stratégies différentes pour identifier des souvenirs d'événements qui ont pu conduire à la mise en place d'un terrain phobique. La première se fonde sur l'identification des souvenirs clés afférents au composant du stimulus (« si ») et la seconde sur ceux afférents à la conséquence redoutée (« alors »). Pour des raisons de clarté, nous nous référerons à ces deux stratégies en parlant de "souvenirs-SI" ou de "Souvenir-ALORS".

Les questions typiques en référence aux "souvenirs-SI" sont : "Quand votre peur a-t-elle commencé ?" ou « Quelle est la première fois où vous avez ressenti cette peur ? » Autres façons de faire : "Quel événement vous a conduit à avoir peur de... ?" ou "Quand avez-vous ressenti cette peur pour la première fois ?" Même si les réponses donnent au thérapeute des indications sur des événements contenant des souvenirs à traiter, celui-ci ne doit pas oublier de vérifier s'il s'agit bien là de la *première* expérience. Sinon il doit identifier l'incident où la peur a été ressentie pour la première fois, comme tout autre événement ayant pu prédisposer le client à cette peur, en demandant : "Est-ce vraiment votre premier souvenir perturbant en relation avec cette phobie ?" ou "Êtes-vous sûr que vous n'aviez pas déjà peur *avant* cet incident ?" Il est important que le client comprenne qu'il n'est pas nécessaire de savoir exactement comment sa peur a commencé, mais comment il se la *rappelle*, ou mieux, la représentation qu'il en a dans sa tête.

Les "souvenirs-ALORS" peuvent être trouvés en explorant les idées du client à propos des catastrophes qui risquent d'arriver, c'est-à-dire exactement ce à quoi le client s'attend quand il est face au

stimulus phobogène. Dans la perspective du modèle TAI, cette croyance catastrophique peut être considérée comme une information dysfonctionnelle provenant du premier événement conditionnant perturbant qui se trouve bloqué dans le réseau neural mnésique. En conséquence, il est important de questionner le client à propos de l'origine de cette information, c'est-à-dire quand et comment il a appris que la catastrophe qu'il craint (évanouissement, étouffement, douleur atroce, etc.) pouvait arriver.

Dans ces conditions il faut noter une idée fautive largement répandue, selon laquelle le thérapeute doit limiter son choix en sélectionnant des cibles EMDR à partir de souvenirs d'événements clairement conditionnants, c'est-à-dire d'une expérience douloureuse de la personne (par exemple, un évanouissement lors d'une injection). Comme les clients peuvent aussi acquérir leur phobie à travers ce qu'on peut appeler différents parcours de peur (Rachman, 1977), des apprentissages d'expériences indirectes (par exemple le client qui a observé des réactions de peur extrêmes de la part de sa mère face aux injections à l'hôpital) ou des informations négatives (un client qui a lu dans le journal que quelqu'un est mort dans le fauteuil du dentiste à la suite d'une injection d'anesthésique) peuvent aussi bien avoir conduit au développement de représentations mnésiques importantes qu'il faudra cibler pour obtenir un traitement complet de la phobie.

Étude de cas : Peter

Peter souffrait d'une phobie de l'avion qui l'empêchait de prendre l'avion depuis plusieurs années. Il avait subi des sortes d'attaques de panique au cours de plusieurs vols. Le fait de regarder par le hublot était particulièrement angoissant. Afin d'identifier l'origine de cette phobie, le thérapeute lui demanda : « Quand cette peur a-t-elle commencé ? De quoi vous souvenez-vous ? » Comme cette question, se référant à un "souvenir-Si", et une autre du même type (« Quand avez-vous ressenti cette réaction de peur pour la première fois ? ») n'avaient pas ramené de souvenir à cibler, le thérapeute utilisa une question renvoyant à la peur des conséquences d'une rencontre avec le stimulus à l'origine de la peur : une question "souvenir-ALORS". Il demanda : « Que pensez-vous qu'il risque d'arriver quand vous regardez par le hublot ? » Le client répondit : « Cela a l'air stupide, mais je pense que je vais tomber ». Comme la réponse pouvait conduire directement à un autre souvenir, le thérapeute demanda : « Quand avez-vous ressenti cette peur de tomber pour la première fois ? » En réponse à cette dernière question le client indiqua qu'avant cette peur de l'avion, il avait déjà peur des hauteurs. Il décrit un souvenir d'enfance où il visitait un phare avec ses parents. Au sommet du phare son père l'avait mis sur son dos et s'était livré à toutes sortes de choses dangereuses et angoissantes. Sa mère était paniquée. Cette image était encore perturbante (cognition négative : "Je suis en danger"). En ciblant cette peur des hauteurs et en installant une cognition positive ("Je suis en sécurité maintenant") et une image future appropriée, avec une vidéo imaginaire de ce futur, le thérapeute put réduire fortement l'anxiété anticipatrice. Deux semaines après cette séance le client fut capable de prendre un avion et de rester remarquablement calme pendant le vol.

La pratique clinique montre qu'en ciblant seulement un ou plusieurs événements traumatiques, un souvenir perturbant perd parfois sa charge émotionnelle douloureuse. Par exemple, en décrivant le traitement d'une phobie des serpents, Young (1994) donnait les informations suivantes à propos de la procédure qu'il utilisait : « On lui demanda de se représenter elle-même avec un serpent avec les sentiments de terreur et d'impuissance associés » (ibid., p. 130). Le fait que le traitement ait réussi suggère que le retraitement d'un seul aspect de la pathologie, comme les émotions présentes, ou bien un ou plusieurs événements du passé, peut produire un effet de généralisation sur une partie plus importante du réseau de souvenirs. Néanmoins, dans notre expérience, ce type de réaction est plutôt exceptionnel. Pourtant il est parfois utile, quand les autres stratégies pour identifier les souvenirs ont échoué, d'essayer d'avoir directement accès au cœur du réseau neuronal. Le cas qui suit illustre comment un tel souvenir peut être identifié et comment le fait de retraiter les représentations mentales de la peur peut conduire à une situation dans laquelle les buts de la thérapie sont atteints.

Étude de cas : Donald

Donald souffrait d'une phobie de l'eau (en fait une phobie des requins). Depuis son enfance il évitait de nager ou de naviguer à cause d'une peur extrême des requins, même dans l'eau d'un lac, qui n'a pourtant aucun contact avec la mer. Il se souvenait qu'étant enfant il avait même peur dans la baignoire. Pendant la phase d'évaluation en EMDR il est apparu difficile de trouver un souvenir pour démarrer le traitement, car Donald disait qu'il ne pouvait pas se souvenir de ce qui avait déclenché cette peur aussi irrationnelle qu'extrême. Il y avait des évocations de confrontations avec le milieu aquatique, mais cela ne provoquait pas une réponse émotionnelle significative. Les questions en "souvenir-SI" ou celles en "souvenir-ALORS" ne donnaient pas accès à un souvenir marquant qui soit utilisable en EMDR. Par exemple il se souvenait qu'il avait vu le film "Les dents de la mer" vers l'âge de sept ans, mais il n'avait aucun souvenir perturbant du film. A la question : "Quelle image ou quelle représentation mentale représente le mieux pour vous votre peur des requins ?", il répondit qu'il avait une image (vraisemblablement un extrait de film qu'il devait avoir vu) d'une personne nageant dans l'océan : l'eau est profonde et sombre en dessous d'elle, mais il n'y a pas de requin dans l'image, bien qu'il ait la certitude qu'il y en a un quelque part sous l'eau en profondeur. Cette image perturbante le remplissait d'impuissance encore aujourd'hui (cognition négative). Le SUD était à 8.

De façon étonnante, pendant le travail, l'émotion qui émergea ne fut pas la peur mais la solitude. Au bout d'environ trente minutes, un souvenir perturbant apparut soudain qui datait de l'époque où Donald avait cinq ans. Il regardait son jeune frère jouant de l'autre côté d'un fossé profond lorsque soudain celui-ci glissa sur la berge et disparut dans l'eau. Quand Donald réalisa ce qui s'était passé, il se mit à crier. Un groupe de cavaliers passait par là juste à ce moment. L'un d'eux répondit, descendit de son cheval et commença à chercher dans les profondeurs de l'eau. Il ramena enfin le frère de Donald à la surface. Ce dernier fut ranimé et reprit vie. D'autres personnes arrivèrent et prirent soin de lui. Dans la séance, Donald pleure et se sent impuissant et seul à nouveau, en se souvenant d'avoir été déconnecté d'avec son frère. A la fin de la séance, le SUD est à 2.

Au début de la séance suivante Donald arbore un T-shirt qu'il a acheté quelques jours avant, portant l'affiche des "Dents de la mer", avec un gros requin. Il rapporte qu'il se promenait au bord de l'océan, quelques jours auparavant, et qu'il est entré dans l'eau jusqu'à la taille. Le travail en EMDR est alors repris avec la même image cible. La désensibilisation continue jusqu'à ce que l'incident soit ressenti comme neutre (SUD = 0) et que la cognition positive « je peux y faire face » soit installée. Après avoir mis en place un objectif dans le futur avec une vidéo mentale de lui-même nageant dans la mer, sa représentation intérieure a changé. C'est une image d'eau tranquille et sûre, et lui-même ne fait plus partie de l'image. Une semaine après la deuxième séance, le thérapeute reçoit un coup de téléphone de Donald qui lui dit : "Devinez qui est allé nager dans la mer du Nord la semaine dernière... ?"

Conclusions

En ce qui concerne le traitement des phobies spécifiques, l'EMDR et les thérapies comportementales traditionnelles présentent de nombreuses différences tant sur le plan pratique que conceptuel. La thérapie comportementale classique propose une exposition progressive aux stimuli phobogènes (exposition au SC) pour faire disparaître la réponse de peur par le biais d'un apprentissage de nouvelles associations prédictives entre le SC et (les représentations du lien) SI/RI. Le but premier de la thérapie EMDR, au contraire, est le retraitement des souvenirs perturbants d'expériences négatives d'apprentissage antérieures. En dépit de ces différences, la recherche sur l'application de l'EMDR aux phobies spécifiques démontre qu'elle produit des améliorations significatives en un nombre limité de séances. Il est recommandé, si l'on veut tirer le maximum de profit de cette méthode de bien identifier et aborder le souvenir originaire ainsi que tous les souvenirs liés (Shapiro, 2001). Dans cet article, nous avons décrit plusieurs stratégies visant à repérer et identifier ces souvenirs.

Le défi sera clairement, pour les futurs chercheurs, de démontrer que les effets cliniques de l'EMDR avec les phobies spécifiques sont équivalents, voire supérieurs, à ceux d'une procédure d'exposition *in vivo* en soi. D'un autre côté, certains indices donnent à penser qu'une combinaison des deux approches peut apporter un surcroît de possibilités. En effet il est intéressant de noter que certaines recherches expérimentales suggèrent qu'une combinaison d'exposition en parallèle avec un distracteur (aussi appelée « exposition avec distracteur ») est plus efficace qu'une exposition seule (Johnstone & Page, 2004 ; Oliver & Page, 2003). Dans l'une de ces études, 27 sujets phobiques ont eu trois séances de dix minutes d'exposition *in vivo*, suivies d'une séance de dix minutes d'exposition, lors d'un follow-up quatre semaines plus tard (Johnstone & Page, 2004). Deux groupes de personnes souffrant d'arachnophobie ont eu, soit une conversation centrée sur le stimulus, soit une conversation de distraction avec l'expérimentateur. Il a été trouvé que ceux qui avaient eu l'exposition avec le distracteur montraient une réduction plus forte de la peur subjective lors des séances et en dehors de celles-ci, rapportaient un plus faible niveau d'anxiété et avaient de meilleures performances dans

une tâche comportementale que ceux qui avaient bénéficié d'une exposition avec centration sur le problème. De la même façon, Wells & Papageorgiou (1998) ont montré que des phobiques sociaux qui étaient traités par exposition *in vivo* en même temps qu'une centration de l'attention sur une cible externe profitaient davantage de ce traitement que ceux qui n'avaient qu'une exposition.

Un résultat intéressant de l'étude de Johnstone & Page (2004) était que seuls les clients ayant une faible anxiété de base obtenaient une réduction de celle-ci pendant l'exposition centrée. Ces résultats concordent avec ceux de Penfold et Page (1999) qui montraient que les participants avec un fort lien anxieux avec le stimulus bénéficiaient davantage du traitement avec distracteur. Cela semble donc indiquer que le niveau d'anxiété interagit avec le distracteur et que le distracteur facilite la réduction de l'anxiété quand les clients ont un niveau anxieux important, tandis que la centration facilite la réduction de la phobie chez les participants avec un faible niveau d'anxiété initial. Ces résultats sont en conformité avec l'expérience clinique qui suggère que, pour les phobies d'étiologie traumatique et/ou un haut niveau d'anxiété, l'exposition au SC peut être moins efficace, dans la mesure où elle n'infirme pas la survenue attendue du stimulus inconditionnel (SI), mais active simplement une représentation du lien SI/RI. Par conséquent il serait éclairant d'entreprendre des travaux expérimentaux pour savoir si les clients avec une phobie spécifique d'étiologie traumatique et/ou un haut niveau d'anxiété initial répondraient plus favorablement à une intervention de réactivation du SI telle qu'une exposition en imagination (voir Davey, 1997), ou à un traitement EMDR. En fait, on a trouvé que le SUD d'un sous-groupe de clients souffrant d'une phobie liée à un trauma montrait une réduction significativement plus importante après l'EMDR que l'ensemble du groupe (Sanderson & Carpenter, 1992). L'autre hypothèse qu'il serait intéressant de tester est le fait de savoir si des clients non phobiques mais anxieux, avec un passé non traumatique, ou des clients qui sont à des étapes de traitement avancées, après qu'une réduction de l'anxiété ait été obtenue, pourraient profiter davantage d'une exposition *in vivo* graduelle ou d'expériences comportementales, plutôt que de l'EMDR. En outre on peut concevoir qu'une combinaison des deux traitements soit d'une valeur pratique importante, dans la mesure où l'EMDR peut jouer un rôle majeur dans la première partie du traitement (le retraitement des souvenirs) cependant que l'approche comportementale pourrait être utile dans un second temps, lorsque les clients apprennent à s'exposer eux-mêmes aux stimuli phobogènes jusqu'à ce qu'ils aient retrouvé un degré de maîtrise d'eux-mêmes et sentent qu'ils sont capables de gérer un certain niveau anticipatoire d'anxiété ou de peur avec assurance.

Références bibliographiques

Agras, W. S., Sylvester, D., & Oliveau, D. C. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151–156.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anthony, M. M., & Swinson, R. P. (2002). *Phobic disorders and panic in adults. A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289–302.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Chapman, T. F. (1997). The epidemiology of fears and phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 415–434). New York: Wiley & Sons.

Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 247–280). New York: Wiley & Sons.

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: Wiley & Sons.

De Jongh, A., Aartman, I., & Brand, N. (2003). Trauma related symptomatology in anxious dental clients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31, 52–58.

De Jongh, A., Fransen, J., Oosterink-Wubbe, F., & Aartman, I. H. A. (2006). Trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high levels of dental anxiety. *European Journal of Oral Sciences*, 114, 286–292.

De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (1993). Een nieuwe behandelingsmethode voor angst en trauma's: Eye movement desensitization and reprocessing [A new treatment method for anxiety and trauma: Eye movement desensitization and reprocessing]. *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 13, 161–170.

De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (1994). Opmerkelijke veranderingen na één zitting met eye movement desensitization and reprocessing: Een geval van angst voor misselijkheid en braken. [Remarkable changes after one session of EMDR: Fear of nausea and vomiting]. *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): A procedure for the treatment of trauma related anxiety]. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 93–114.

De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (1998). Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 264–269.

De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen M.R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69–85.

De Jongh, A., Van den Oord, H. J. M., & Ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489–1503.

De Jongh, A., van der Burg, J. van Overmeir, M., Aartman, I., & van Zuuren, F.J. (2002). Trauma-related sequelae in individuals with a high level of dental anxiety: Does this interfere with treatment outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1017–1029.

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.

DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himadi, W. G., & Waddell, M. T. (1985). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.

Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Scholing, A. (1989). *Anxiety disorders. A practitioner's guide*. Chichester, England: Wiley & Sons.

Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 33–39.

Johnstone, K. A., & Page, A. C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: The effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249–275.

Kleinknecht, R. A. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization. *Journal of Behaviour 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*. New York: Wiley & Sons.

Lee, C. W., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97–107.

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.

MacCulloch, M. J., & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571–579.

- Marks, I., & Mathews, A. (1979). Brief standard self-rating for phobic clients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 59–68.
- 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.
- McNally, R. J., & Lukach, B. M. (1992). Are panic attacks traumatic stressors? *American Journal of Psychiatry*, 149, 824–826.
- Menzies, R. G., & Clarke, J. C. (1995). The etiology of phobias: A non-associative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23–48.
- Muris, P., & De Jongh, A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing. Een nieuwe behandelingstechniek voor trauma-gerelateerde angstklachten: Over de behandeling van kinderen. [Eye movement desensitization and reprocessing. A new treatment method for trauma-related anxiety complaints: About the treatment of children]. *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 Haften, H., & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus *in vivo* exposure. A single-session crossover study of spider phobic children. *British Journal of Psychiatry*, 171, 82–86.
- Oliver, N. S., & Page, A. C. (2003). Fear reduction during *in vivo* exposure to blood injection stimuli: Distraction vs. attentional focusing. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 13–25.
- 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: Wiley & Sons.
- Penfold, K., Page, A. C. (1999). The effect of distraction on within-session anxiety reduction during brief *in vivo* exposure for mild blood-injection fears. *Behavior Therapy*, 33, 607–621.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375–387.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958.
- 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.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.

Ten Broeke, E., & De Jongh, A. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Praktische toepassing en theoretische overwegingen [Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Practical applications and theoretical considerations]. *Gedragstherapie*, 26, 233–254.

Van der Zijpp, A. T., Ter Horst, G., De Jongh, A., & Makkes, P. C. (1996). Angst voor de tandheelkundige behandeling. Evaluatie van behandeling van patiënten met angst [Treatment of dentally anxious clients evaluated]. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 103, 213–215.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357–370.

Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). Fear survey schedule for use in Behavior Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27–30.

Young, W. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality. *Dissociation*, 7, 129–133.

Merci d'adresser tout correspondance relative à cet article à :

Ad De Jongh,

Department of Social Dentistry and Dental Health Education, Academic Centre for Dentistry

Amsterdam, Louwesweg 1,

1066 EA Amsterdam, Pays-Bas.

E-mail: info@psycho-trauma.nl