

# LES PHOBIES SPÉCIFIQUES CHEZ LA FEMME

J. REGGERS (1), M. ANSSEAU (2)

**RÉSUMÉ :** Les phobies spécifiques sont un trouble très commun, générateur d'une souffrance importante et d'un handicap sévère lorsque les personnes qui en souffrent doivent affronter la situation phobogène. L'enquête épidémiologique liégeoise montre que 20 % de la population souffre de ce trouble au cours de leur vie. Les femmes sont nettement plus affectées que les hommes (2 : 1). Cet article passe en revue les définitions, l'étiopathogénie et les traitements des phobies spécifiques. Il essaie d'expliquer les raisons pour lesquelles elles apparaissent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

## INTRODUCTION

La peur irrationnelle d'objets, d'activités ou de situations sans conséquences significatives sur la vie courante est extrêmement répandue. Par exemple, beaucoup d'individus font l'expérience d'une peur irrationnelle lorsqu'ils sont incapables d'éviter le contact avec des insectes inoffensifs ou des araignées, mais n'en sont pas affectés gravement dans leur vie. Lorsque l'évitement ou la peur est une source significative de détresse pour l'individu ou que cela perturbe son fonctionnement habituel ou social, un diagnostic de *trouble phobique* peut être établi.

Les phobies sont à ranger parmi les aspects les plus familiers de la psychopathologie de la vie quotidienne : peu d'entre nous connaissent une personne souffrant d'une schizophrénie de type paranoïde mais la plupart peuvent raconter des histoires de phobie – le cousin qui refuse de prendre l'avion de peur que ce dernier ne s'écrase à l'atterrissage; le voisin qui ne profite jamais de son jardin même en hiver de peur de rencontrer des araignées; la sœur qui fait des détours incroyables pour ne pas devoir traverser un pont, etc. Ces histoires sont multiples et ont inspiré divers réalisateurs dramatiques ou comiques d'Alfred Hitchcock à Mel Brooks en passant par Woody Allen. Ces phobies spécifiques apparaissent nettement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

## DESCRIPTION CLINIQUE

La caractéristique principale d'un trouble phobique est la *peur* intense, persistante et irrationnelle face à des stimuli spécifiques. Cette peur entraîne un *évitement* de l'objet, de l'activité ou de la situation crainte. Le sujet reconnaît que sa

## SPECIFIC PHOBIAS IN WOMEN

**SUMMARY :** Specific phobias are common, leading to a high level of suffering and disability when subjects have to face the phobic stimulus. According to the epidemiologic survey of Liège, one fifth of the population exhibits some phobic disorder during lifetime. Women are more affected than men (2 : 1). This article reviews definitions, etiopathogeny and treatments of specific phobias, and tries to explain the reasons why the trouble is more frequent in women.

**KEYWORDS :** Gender - Specific Phobias - Epidemiology - Pathogeny - Treatments

peur est excessive ou irraisonnée proportionnellement au danger. Lorsque la personne se trouve confrontée au(x) stimulus(i) phobogène(s) une réponse anxieuse intense apparaît.

La quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV*) (1) articule le diagnostic de phobie spécifique autour de cinq concepts (tableau I).

TABLEAU I. CRITÈRES DU DSM-IV - PHOBIES SPÉCIFIQUES

- A. *Peur persistante, excessive et irraisonnée* : peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.
- B. *Réponse anxieuse associée* : l'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation :
  - *symptômes physiques* (souvent décrits comme "spasmophilie") : palpitations, battements du cœur, tachycardie, transpiration, tremblements, secousses musculaires, dyspnée, impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, dysesthésies ou paresthésies, frissons, bouffées de chaleur;
  - *au niveau psychologique* : déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi, peur de devenir fou.
- C. *Conscience du problème* : le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.
- D. *Évitement ou affrontement avec terreur* : la (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E. *Interférence significative ou détresse* : l'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situations redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou bien ses activités sociales ou ses relations à autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

## HÉTÉROGÉNÉITÉ CLINIQUE

Le champ des phobies est un champ particulier en psychopathologie où deux conceptions s'opposent : la conception "unioniste" et la conception "séparatiste". La conception unioniste est présentée par exemple dans le DSM-II où toutes les phobies sont regroupées sous la même rubrique : la névrose phobique. Dans

(1) Assistant, (2) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale.

cette classification, les différents types de phobies sont considérés comme des manifestations du même processus psychodynamique. A l'autre extrême, différents sous-types ont proliféré dans la littérature. Ainsi Maser (2) inventorie 273 types différents de phobies. Une analyse de cette liste suggère que cette prolifération terminologique a été plutôt influencée par des préoccupations étymologiques plutôt que par un souci étiologique. Dans les moutures suivantes du DSM, DSM-III et DSM-III-R, les experts, suite aux travaux de Marks (3), ont choisi une voie médiane et reconnaissent trois types différents de troubles phobiques : l'*agoraphobie*, la *phobie sociale* et les *phobies simples*. Dans la dernière version, le DSM-IV, cette subdivision est conservée mais la troisième catégorie est modifiée : les phobies simples deviennent les *phobies spécifiques*. Ces dernières sont subdivisées en quatre types spécifiques plus un type hétéroclite (pour les troubles phobiques particulièrement rares comprenant par exemple des stimuli comme la peur ou l'évitement de situations qui pourraient conduire à un étouffement, au fait de vomir ou de contracter une maladie).

Les 4 types de phobies spécifiques sont les suivants : 1) *animal*, 2) *sang - injection - accident* (le fait de voir du sang ou un accident ou d'avoir une injection ou tout autre procédure médicale invasive), 3) *situationnel* (les transports publics, les tunnels, les ponts, les ascenseurs, les voyages aériens, le fait de conduire une voiture ou les endroits clos), 4) *l'environnement naturel* (les orages, les hauteurs ou l'eau).

Il y a plusieurs raisons à cette hétérogénéité dans la catégorie des phobies spécifiques. Les trois premiers types (*animal*, *situationnel* et *sang*) ont été distingués les uns des autres sur base d'une combinaison de facteurs (4, 5) tels que l'âge d'apparition (traumatique vs non traumatique), la réponse symptomatique à l'exposition (présence d'un effet panicogène du dioxyde de carbone dans certains types), l'héritabilité (*animal* vs *situationnel*) et des données biologiques (présence de bradycardie et d'hypotension dans la phobie du sang). Le quatrième type (*environnement naturel*), proche du type *situationnel*, a été principalement défini sur base de caractéristiques démographiques (6). Des recherches récentes suggèrent que cette classification serait d'une complexité bien supérieure et qu'il existerait des différences importantes à l'intérieur de chaque type (7).

Une place particulière doit être faite au type *sang - injection - accident*. En effet, la réponse physiologique des personnes souffrant de cette phobie spécifique est particulière. A l'inverse de

la réponse à prédominance sympathique des personnes souffrant de phobies d'autres types, les personnes souffrant de la phobie du type *sang, injection et accident* montrent une réponse physiologique pour la plupart d'entre eux biphasique : tout d'abord ils font l'expérience d'une augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle suivie par une chute brutale (8). Cette réponse biphasique est composée par une activation sympathique initiale suivie par une cessation soudaine de l'activité sympathique accompagnée d'une activation parasympathique. L'activation sympathique initiale se manifeste par une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, résultant d'une vasoconstriction et vraisemblablement liée à la libération d'adrénaline et de noradrénaline. La chute subséquente du rythme cardiaque est probablement le résultat d'une augmentation soudaine du tonus vagal cardiaque; la chute de la pression sanguine est associée avec une cessation soudaine des impulsions sympathiques causant la vasoconstriction.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Les phobies spécifiques constituent un trouble très fréquent. Les enquêtes épidémiologiques classiques avaient mis en évidence des taux de prévalences variant de 6,5 % à 21,6 % (9). Les études plus récentes sont illustrées dans le tableau II avec la même hétérogénéité des prévalences.

La prévalence généralement admise se situe aux alentours des 10 %, les femmes étant généralement 2 fois plus affectées que les hommes (10).

L'enquête épidémiologique liégeoise a été réalisée à la demande de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise durant l'année 1997. Un échantillon représentatif de la population générale de la province, non institutionnalisée, a été soumis à une interview structurée spécifiquement créée par l'OMS pour ce type d'enquête, le Com-

TABLEAU II. TAUX DE PRÉVALENCE DURANT LA VIE ENTIÈRE DES PHOBIES SPÉCIFIQUES EN POPULATION GÉNÉRALE.

Études	Prévalences
1987 Puerto Rico	8.6 %
1988 Edmonton	7.2 %
1989 Taïwan	4.0 %
1990 Séoul	5.4 %
1991 Epidemiologic Catchment Area USA	14.3 %
1992 Munich	8.0 %
1993 Islande	8.8 %
1993 Louvain	16.6 %
1994 Paris	18.4 %
1994 National Comorbidity Survey USA	11.3 %
1996 Suède	19.9 %
1997 Liège	19.8 %
1998 Pays-Bas - Nemesis	10.1 %

posite International Diagnostic Interview, CIDI 2.1 (11). Ce questionnaire permet de générer, à l'aide d'un algorithme particulier, des diagnostics psychiatriques compatibles avec le DSM-IV. La distribution des âges des 1.040 personnes de l'échantillon varie de 15 à 85 ans et plus.

Une première analyse des données montre que parmi les troubles anxieux, les phobies spécifiques sont les pathologies les plus importantes rencontrées dans la population : 19,8 % des personnes de l'échantillon ont présenté au cours de leur vie un trouble phobique spécifique. La figure 1 présente la distribution des principaux types de phobies spécifiques.

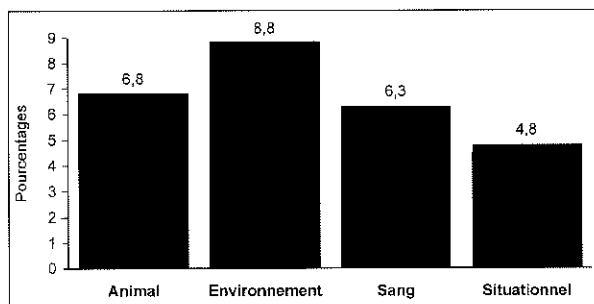


Fig. 1. Prévalence des phobies spécifiques sur la vie entière : 19,8 %. Distribution des différents types de phobies spécifiques. Nombre moyen de phobies spécifiques par sujet : 1,35.

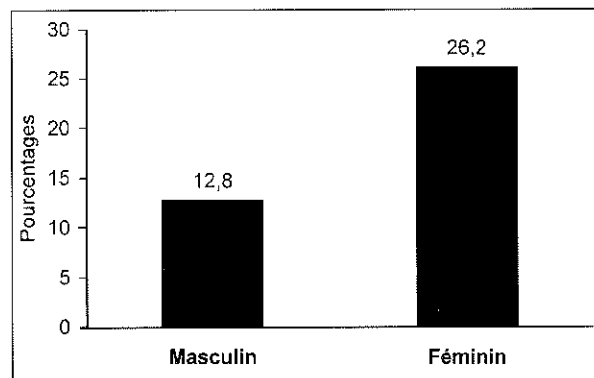


Fig. 2. Répartition des phobies selon le genre : pourcentages relatifs au genre.

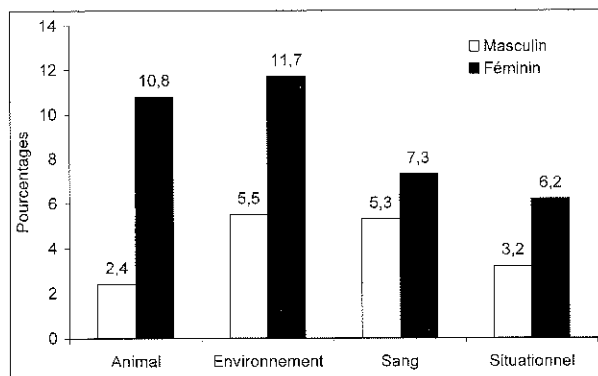


Fig. 3. Répartition des types de phobies spécifiques selon le genre : pourcentages relatifs au genre.

Les phobies spécifiques affectent préférentiellement les femmes (fig. 2).

Toutefois, cette répartition entre les sexes varie selon les types de phobies (fig. 3). Les phobies de type animal et environnement naturel sont significativement plus fréquentes chez les femmes.

**PATHOGÉNIE**

Certaines peurs de l'enfance font partie du développement normal. Les enfants sont anxieux lorsqu'on les sépare de leur mère ou lorsqu'ils rencontrent des étrangers. Plus tard ils ont peur des animaux et finalement des situations sociales. En général, ces peurs sont transitoires et peuvent être considérées comme des réponses adaptatives et protectrices d'un organisme en développement (12).

Diverses théories ont essayé de rendre compte de l'étiologie ou du maintien du phénomène phobique, mais rares sont celles qui envisagent les raisons pour lesquelles il y aurait une telle différence entre les hommes et les femmes. Trois approches principales sont présentées : l'approche psychanalytique, l'approche modifiée du conditionnement et l'approche non associative.

*LE MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE*

Le courant psychanalytique fut le premier à donner une explication des phobies autour du concept de névrose phobique. Schématiquement les phobies sont conceptualisées comme l'utilisation des mécanismes de défenses du Moi dans un déplacement et un évitement des pulsions génitales œdipiennes incestueuses et de l'anxiété de castration.

Deux hypothèses dérivées de cette théorie tentent de rendre compte de la différence des taux de prévalence entre les hommes et les femmes.

La première hypothèse trouverait la réponse dans la résolution difficile, voire impossible, du fantasme de castration chez la femme (anxiété non résolue ou non soluble) (13).

La seconde interprétation envisage la place de la femme dans la société et ses attentes. Partant de ces réflexions, les réactions phobiques chez la femme seraient conceptualisées comme un conflit entre autonomie et dépendance (14). La position sociale difficile de la femme dans la société, dans la famille ou le couple (dans la société occidentale moderne, le mariage apporte plus de bénéfices à l'homme qu'à la femme) (15), serait un facteur compatible avec cette

vision du conflit entre autonomie et dépendance dont les phobies seraient les symptômes.

#### MODÈLE MODIFIÉ DU CONDITIONNEMENT

Le modèle du conditionnement classique des phobies spécifiques s'est développé au cours des années 20 sur base des travaux de Watson et Raynor (16) : le couplage d'un stimulus neutre avec un stimulus effrayant, crée chez un enfant ou un animal, après quelques associations, une réaction de peur intense à la seule présentation du stimulus neutre. Le stimulus neutre est devenu un stimulus conditionné. Observant que les personnes souffrant de phobies spécifiques sont effrayées de manière excessive et irrationnelle, les comportementalistes ont suggéré que le trouble pourrait résulter de ce processus : les phobies spécifiques seraient des peurs conditionnées. Cette vision apparemment simpliste des choses a soulevé de nombreuses questions et suscité de nombreuses recherches (4, 17). De ces diverses études a émergé un modèle modifié du conditionnement rendant compte du phénomène phobique en incluant différents facteurs comme la vulnérabilité génétique et constitutionnelle, le conditionnement par expérience directe, par observation, imitation ou par transmission d'information et la présence de facteurs protecteurs comme l'expérience préalable répétée ou le fait de percevoir une capacité de contrôle sur ses peurs (4, 17, 18).

Malheureusement, ce modèle ne rend pas directement compte de la divergence entre les hommes et les femmes. Néanmoins, il envisage différentes variables qui pourraient être pertinentes. En effet, quelques études menées sur des jumeaux ont mis en évidence des caractéristiques familiales importantes pour certaines phobies et concluent dans le sens de l'implication des facteurs génétiques dans le développement des peurs phobiques (19). Cette composante familiale, génétique, pourrait être prise en compte par une théorie évolutionniste des phobies.

En 1877, Darwin (20) a émis l'hypothèse que certaines peurs de l'enfance sont innées et reflètent les dangers qui ont dû être rencontrés durant l'évolution. En 1971, Seligman (21) a suggéré que la distribution des phobies reflète un phénomène de préparation biologique déterminé par l'évolution : avoir peur de certaines situations et les éviter est certainement associé avec un comportement de survie éprouvé. Dès lors les peurs "préparées" par l'évolution seraient plus facilement conditionnables et beaucoup plus difficiles à éteindre. Différentes expériences ont été conduites avec succès pour vérifier cette hypothèse chez l'humain et chez le singe rhésus (22).

D'une manière toute spéculative, dans ce cadre on pourrait être tenté d'expliquer la prévalence supérieure des troubles phobiques chez la femme comme étant un facteur "préparé" et génétiquement et/ou "familialement" transmis dans une perspective de protection et de survie de l'espèce : la plupart du temps à travers l'histoire et les différentes cultures, la femme s'occupe des soins des enfants et de leur apprentissage.

En outre, ce modèle modifié du conditionnement n'envisage plus le seul apprentissage direct, expérimental, mais tient compte d'autres formes d'apprentissage susceptibles de conditionner l'enfant telles que l'observation, l'imitation ou la transmission d'information.

#### LE MODÈLE NON ASSOCIATIF

Le modèle non associatif repose sur l'observation du fait que chaque espèce semble présenter certaines peurs qui font partie du développement et qui peuvent survenir chez des personnes n'ayant eu aucun contact direct ou indirect avec le stimulus phobogène. Des exemples de ce type de peurs, tirés de la littérature traitant du développement de l'enfant, sont la peur de l'étranger, la peur des falaises et l'anxiété de séparation. La différence majeure entre ce modèle et le modèle du conditionnement tient au fait qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu une expérience antérieure aversive avec le stimulus phobogène pour qu'il puisse y avoir un trouble phobique. Dans ce modèle, la phobie se développerait comme un échec d'une habitude fructueuse à ces peurs intrinsèques (23). Divers travaux ont montré que les processus non associatifs jouent un rôle dans l'étiologie de certaines phobies (23). Malheureusement, les mécanismes par lesquels les éléments "innés" pourraient être reliés au développement des phobies spécifiques restent encore à trouver. Quant à la prévalence importante des phobies chez la femme, ce modèle n'en dit rien non plus.

#### TENTATIVE D'EXPLICATION

Le genre est une variable complexe parce que les hommes et les femmes ne diffèrent pas seulement du point de vue biologique mais aussi dans leurs expériences de vie.

On connaît l'implication des hormones dans la pathogénie des maladies mentales et plus particulièrement le rôle des œstrogènes comme facteur protecteur/précipitant dans l'émergence ou le maintien de certains troubles mentaux (24). Diverses études ont été réalisées sur le système endocrinien et les phobies spécifiques, faisant

l'hypothèse d'une implication du système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. Le rôle de ce système est connu dans les problématiques anxieuses et les problèmes de stress (25, 26). Ces études intéressantes nécessiteraient néanmoins des développements ultérieurs.

Le stress est une variable cruciale dans la problématique phobique. En effet, de nombreuses données provenant tant du laboratoire que de la clinique montrent que, malgré le fait que dans certaines circonstances les phobies sembleraient avoir "disparu" (suite à une psychothérapie, par exemple), un haut niveau de stress ou la présence d'indices du contexte initial du conditionnement peuvent réactiver la réponse phobique (27).

Plusieurs arguments sont en faveur d'une plus grande vulnérabilité au stress chez la femme (28) : d'une part la femme ferait l'expérience de plus d'événements stressants que l'homme dans la vie socioprofessionnelle et familiale (29); d'autre part, elle percevrait les éléments stressants de manière plus négative et plus intense que les hommes (30). Dès lors, en tenant compte des deux derniers modèles évoqués plus haut, il ne serait pas étonnant que les femmes présentent plus de troubles phobiques que les hommes.

Ces éléments peuvent être conciliés dans une interprétation dont il faut souligner le caractère spéculatif. D'abord, l'évolution préparerait un terrain favorable plus spécifiquement féminin par une voie génétique et culturelle, le développement normal de l'enfant et de ses peurs en étant un probable résultat. Ensuite, l'expérience aversive avec certains stimuli, l'apprentissage par imitation, les conseils et mises en garde des parents et des autres "éducateurs" seraient autant de facteurs favorisant l'émergence de problèmes potentiels, balisant un terrain "soigneusement ameubli". Enfin, une prédisposition constitutionnelle à certains stress, des fluctuations hormonales périodiques, et des conditions de vie affective, familiale, sociale et professionnelle plus difficiles rendraient la femme particulièrement fragile. Dès lors, il n'est pas étonnant que l'anxiété, résultante de divers facteurs "éclosent" en diverses phobies ("cicatrices" d'un apprentissage antérieur ou d'un déficit d'habituation aux peurs "innées").

## TRAITEMENT

### PSYCHOTHÉRAPIE

Au niveau psychanalytique, Freud a reconnu que les phobies ne se rapportent pas seulement à l'exploration psychologique du sujet mais que le traitement nécessite une confrontation directe avec l'objet phobique.

Dans les psychothérapies cognitivo-comportementales, la technique la plus utilisée pour traiter les phobies spécifiques est celle de l'exposition graduée, base du concept de désensibilisation systématique (31). Cette technique a été éprouvée de longue date et reconnue comme traitement de choix (12).

Les traitements psychothérapeutiques directs sont plus efficaces que les traitements indirects et les traitements rapides de 2 à 3 heures auraient une efficacité comparable aux traitements longs (32). Néanmoins, une étude portant sur l'efficacité à long terme des différentes psychothérapies conclut que toutes les psychothérapies seraient efficaces à la condition qu'elles envisagent l'exposition *in vivo* à la situation crainte (33).

### PHARMACOTHÉRAPIE

L'utilisation de benzodiazépines semble parfois utile lors des premières expositions au stimulus phobogène. Cependant elle ne serait pas dépourvue de dangers. D'une part les patients pourraient perdre la motivation nécessaire pour dépasser leur phobie de manière définitive (5); d'autre part, selon la théorie du "state dependent learning" les progrès réalisés sous benzodiazépines ne pourraient pas être transmis lors de l'absence de prise des anxiolytiques.

Tant les bêtabloquants (34) que l'imipramine (Tofranil®) (35) ne semblent guère efficaces. D'après une étude préliminaire (36), la fluoxétine (Prozac®) pourrait être utile en cas de phobie spécifique du vol aérien.

## CONCLUSION

La phobie spécifique est une pathologie très commune qui peut se révéler particulièrement invalidante. Malgré cela, elle n'a pas reçu toute l'attention scientifique qu'elle méritait. Dans l'étude épidémiologique réalisée en province de Liège, un cinquième de l'échantillon a été affecté par ce trouble durant sa vie, avec une prévalence au moins deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Cette prédominance féminine pourrait résulter de la conjonction de plusieurs facteurs : une plus grande "vulnérabilité génétique", une plus grande vulnérabilité constitutionnelle au stress, une plus grande charge de stress affectif, socio-professionnel, ainsi que différents facteurs éducationnels. Cette explication reste toute spéculative et des études ultérieures seront nécessaires afin de pondérer l'importance de ces facteurs.

## BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association.— *Diagnostic and statistical manual of the mental disorders* (4th ed.). APA, Washington DC, 1994.
2. Maser JD.— List of phobias, in Tuma AH, Maser JD (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders*. Erlbaum, Hillsdale NJ, 1985, 805-813.
3. Marks IM.— The classification of phobic disorders. *Br J Psychiatr*, 1970, **116**, 377-386.
4. Fyer AJ.— Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. *Biol Psychiatr*, 1998, **44**, 1295-1304.
5. Noyes RJ, Hoehn-Saric R.— Specific phobia, in Noyes RJ, Hoehn-Saric R (Eds), *The anxiety disorders*. Cambridge University Press, Cambridge, 1998, 205-235.
6. Fredrikson M, Annas P, Wik G.— Parental history, aversive exposure and the development of snake and spider phobia in women. *Behav Res Ther*, 1997, **35**, 23-28.
7. Antony MM, Brown TA, Barlow DH.— Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV. *Behav Res Ther*, 1997, **35**, 1089-1100.
8. Thyer BA, Himle JA, Curtis GC.— On the diphasic nature of vasovagal fainting associated with blood-injury-illness phobia. *Pavlovian J Biol Sci*, 1985, **20**, 84-87.
9. Robins LN, Helzer J, Weissman MM, et al.— Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatr*, 1984, **41**, 949-958.
10. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, et al.— Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr*, 1996, **53**, 159-168.
11. Robins LN, Wing J, Wittchen H-U, et al.— The Composite international Diagnostic Interview : an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatr*, 1988, **45**, 1069-1077.
12. Marks IM.— *Fears, phobias and rituals*. Oxford University Press, New York, 1987.
13. Compton A.— The psychoanalytic view of phobias. *Psychoanal Q*, 1992, **61**, 426-446.
14. Symonds A.— Phobias after marriage : A woman's declaration of dependence. *Am J Psychoanal*, 1971, **31**, 144-152.
15. Gove WR.— Sex differences in the epidemiology of mental disorder : Evidences and explanations, in Gombert, ES, Franks V (Eds). *Gender and disordered Behavior*. Brunner/Mazel, New York, 1979, 23-68.
16. Watson J, Raynor R.— Conditioned emotional reactions. *J Genet Psychol*, 1920, **37**, 394-419.
17. Davey GCL.— A conditioning model of phobias, in Davey GC (Ed), *Phobias - a handbook of theory, research and treatment*. Wiley, Chichester, 1997, 301-322.
18. Ohman A.— Unconscious pre-attentive mechanisms in the activation of phobic fear, in Davey GC (Ed), *Phobias - a handbook of theory, research and treatment*. Wiley, Chichester, 1997, 349-374.
19. Smoller JW, Tsuang MT.— Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatr*, 1998, **155**, 1152-1162.
20. Darwin C.— A biographical sketch of an infant. *Mind*, 1877, **2**, 285-294.
21. Seligman MEP.— Phobias and preparedness. *Behav Ther*, 1971, **2**, 307-320.
22. Merckelbach H, de Jong P.— Evolutionary models of phobias, in Davey GC (Ed), *Phobias - a handbook of theory, research and treatment*. Wiley, Chichester, 1997, 323-348.
23. Menzies RG, Clarke JC.— The etiology of phobias : A non-associative account. *Clin Psychol Rev*, 1995, **15**, 23-48.
24. Seeman MV.— Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatr*, 1997, **154**, 1641-1647.
25. Boulenger JP, Bisserbe JC, Zarifian E.— Biologie des troubles anxieux, in Mendlewicz J (Ed), *Acquisitions en psychiatrie biologique*. Masson, Paris, 1992, 45-62.
26. Ansseau M, Legros JJ.— Tests neuro-endocriniens en psychiatrie, in Mendlewicz J (Ed), *Acquisitions en psychiatrie biologique*. Masson, Paris, 1992, 35-44.
27. Lipsitz JD, Mannuzza S, Klein DF, et al.— *Specific phobia 12 years after treatment*. 1999, sous presse.
28. Wolk SI, Weissman MM.— Women and depression : an update, in Oldham JM, Riba MB (Eds), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (vol. 14). American Psychiatric Press, Washington DC, 1995, 227-259.
29. Gold JH.— Gender differences in psychiatric illness and treatments : a critical review. *J Nerv Ment Dis*, 1998, **186**, 769-775.
30. Sowa CJ, Lustman PJ.— Gender differences in rating stressful events, depression, and depressive cognition. *J Clin Psychol*, 1984, **40**, 1334-1337.
31. Wolpe J.— *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford CA, 1958.
32. Ost LG.— Rapid treatment of specific phobias, in Davey GC (Ed), *Phobias - a handbook of theory, research and treatment*. Wiley, Chichester, 1997, 227-246.
33. Schneier FR, Marshall RD, Street L et al.— Social phobia and specific phobias, in Gabbard GO (Ed), *Treatments of psychiatric disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1995.
34. Fagerstrom KO, Hugdahl K, Lundstrom N.— Effect of beta-receptor blockade on anxiety with reference to the three-systems model of phobic behavior. *Neuropsychopharmacology*, 1985, **13**, 187-193.
35. Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG.— Treatment of phobias I. Comparison of imipramine and placebo. *Arch Gen Psychiatr*, 1983, **40**, 125-138.
36. Abene MV, Hamilton JD.— Resolution of fear of flying with fluoxetine treatment. *J Anxiety Disord*, 1998, **12**, 599-603.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr J. Reggers, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.