

Le sexe de l'agoraphobie: réflexion critique sur la fonction sociale sexuée des comportements d'évitement¹

LYSE TURGEON²

Université Laval

Cet article se veut une réflexion critique sur la fonction sociale sexuée des comportements d'évitement. Nous présentons quelques hypothèses pour expliquer la plus grande prévalence de l'agoraphobie chez les femmes. Le rôle des facteurs de personnalité et des relations interpersonnelles, particulièrement des relations conjugales, est examiné. Nous abordons ensuite l'hypothèse selon laquelle les comportements d'évitement caractéristiques de l'agoraphobie sont liés au rôle féminin traditionnel. Ces comportements proviendraient de la socialisation différenciée des sexes, qui amène les femmes à devenir des personnes peureuses, dépendantes et passives. De plus, les conditions de vie des femmes font en sorte qu'elles sont souvent dépendantes, matériellement et affectivement, de leurs conjoints. Ces facteurs pourraient expliquer pourquoi on retrouve plus d'agoraphobie chez les femmes que chez les hommes. Enfin, nous examinons les implications de ces hypothèses pour l'intervention thérapeutique et proposons des pistes de recherche afin de mieux comprendre les facteurs d'ordres individuel, interpersonnel et social qui contribuent au développement et au maintien de l'agoraphobie chez les femmes.

L'agoraphobie, ou le *trouble de panique avec agoraphobie*, nouvelle appellation proposée par le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs-es depuis quelques années. Cet intérêt est dû en partie au fait qu'il s'agit d'un trouble sévère et chronique, dont la prévalence est élevée. Les troubles d'anxiété font partie des problèmes psychologiques les plus fréquents dans la population (Robins et al., 1984). Parmi ceux-ci, l'agoraphobie serait le problème le plus souvent rencontré chez les gens qui consultent (APA, 1987), représentant au moins 60% des cas d'anxiété vus en clinique (Marks, 1969; Myers et al., 1984). Les données d'une enquête épidémiologique

1 L'auteur remercie les personnes suivantes pour leurs commentaires judicieux lors de la lecture de la première version de cet article: Daniel Bolduc, Louise Cossette, Paul-André Lévesque et André Marchand.

2 Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à Lyse Turgeon: Université Laval, École de psychologie, Pavillon Félix-Antoine Savard, Sainte-Foy, Québec G1K 7P4.

américaine, menée auprès de 15 000 adultes, révélait que 2,7 à 5,8% de la population répondrait aux critères diagnostiques de l'agoraphobie (Weissman, Leaf, Blazer, Boyd et Florio, 1986). D'après Agrad, Sylvestre et Oliveau (1969), plus d'un million de femmes américaines souffriraient d'agoraphobie.

Une constante se dégage des données sur l'agoraphobie: il y a plus de femmes que d'hommes qui en sont atteintes. On estime que les femmes constituent de 65 à 95% de la population agoraphobique (Al-Issa, 1980; Brehony, 1983; Chambless et Goldstein, 1980; Fodor, 1982; Hafner, 1986a; Marks et Herst, 1970; Mavissakalian et Barlow, 1981; Oei, Wanstall et Evans, 1990; Thorpe et Burns, 1983). Plus de 80% de ces femmes sont mariées (Al-Issa, 1980; Barlow, O'Brien et Last, 1984; Brehony, 1983; Chambless et Goldstein, 1980; Vose, 1981). La plupart sont sans emploi et plusieurs se disent insatisfaites de cette condition. Marks et Herst (1970) indiquent que 60% des femmes de leur vaste échantillon de 1200 agoraphobes expriment le souhait de travailler à l'extérieur de la maison. Ces dernières, comparées à celles qui travaillent ou qui restent à la maison par «choix», présentent des symptômes plus graves: elles rapportent plus de symptômes psychiatriques, de dépression, de peur de rester seule, un plus grand besoin d'aide, etc. Ces résultats s'apparentent à ceux de Burns et Thorpe (1977), qui ont interrogé 900 femmes agoraphobes membres de groupes d'entraide. Plus de 70% n'occupaient pas d'emploi et, parmi celles-ci, 87% mentionnaient un désir de travailler. Plus récemment, une étude de Hafner et Minge (1989) indique que seulement 16% des femmes agoraphobes occupent un emploi, bien que la majorité exprime un désir de travailler. Évidemment, les troubles d'agoraphobie peuvent rendre ce désir difficilement réalisable.

L'agoraphobie typique est donc une femme mariée, le plus souvent sans emploi, d'où le nom de «maladie de la femme au foyer» («*housewife disease*») (Chambless et Goldstein, 1980; Fodor, 1982; Vandereycken, 1983). L'agoraphobie consiste donc un trouble qui semble davantage lié à la condition féminine que masculine. Cependant, peu de travaux ont porté sur l'origine de cette différence sexuelle et plusieurs questions demeurent sans réponse. Pourquoi y a-t-il plus de femmes agoraphobes que d'hommes? Quels facteurs peuvent expliquer cette différence? Que se passe-t-il à l'âge adulte, et chez les femmes mariées en particulier, pour que l'agoraphobie apparaisse? Dans les pages suivantes, nous présentons les principales données empiriques et les modèles théoriques susceptibles de rendre compte de la plus grande prévalence de l'agoraphobie chez les femmes.

L'hypothèse biologique

Étant donné qu'il y a plus de femmes que d'hommes agoraphobes et qu'elles sont rarement atteintes avant la puberté, on a proposé une étiologie biologique au trouble. Cette idée s'appuie sur le fait que les symptômes varient quelquefois en fonction du cycle menstruel et qu'ils sont parfois exacerbés par une grossesse ou un accouchement. L'hypothèse biologique a cependant été peu étudiée et les

données disponibles tendent plutôt à l'infirmier (Barlow, 1988; Chambless et Goldstein, 1980).

Le rôle de la surprotection parentale

Les cliniciens d'orientation psychodynamique considèrent que les symptômes agoraphobiques résultent de conflits interpersonnels et intrapsychiques de la petite enfance. Certains auteurs suggèrent que les agoraphobes sont très dépendants-es et que la surprotection parentale joue un rôle dans l'apparition du trouble. Les premières formulations théoriques de l'agoraphobie (i.e. Deutsch, Weiss, Rhead; voir Vandereycken, 1983) s'articulent autour des concepts de symbiose et d'attachement. Pour Bowlby (1973), l'agoraphobe a développé, au cours de l'enfance, un attachement anxieux et demeure sensible, à l'âge adulte, à la peur de la séparation. Cet attachement anxieux provient, selon lui, d'interactions familiales dysfonctionnelles (ex: parents qui vivent eux-mêmes de l'anxiété de séparation, enfants qui appréhendent un malheur s'ils quittent leurs parents). Solyom, Silberfeld et Solyom (1976) suggèrent, également, que l'agoraphobie résulte d'une réactivation du comportement précoce d'attachement.

Si le conflit attachement/autonomie se trouve au coeur des troubles d'agoraphobie, les attitudes et les comportements des parents d'agoraphobes, particulièrement de la «mère surprotectrice», sont évidemment en cause. Quelques données empiriques indiquent un lien entre la surprotection parentale et l'agoraphobie. Solyom et al. (1976) trouvent que les mères d'agoraphobes sont plus surprotectrices que les autres mères. Parker (1979) rapporte aussi que les agoraphobes évaluent leurs parents comme surprotecteurs. Ces données sont cependant rétrospectives, possiblement biaisées par la procédure de rappel; de plus, elles n'indiquent pas si la «surprotection parentale» est à l'origine ou résulte du problème d'agoraphobie. Par ailleurs, plusieurs études ne trouvent pas plus de surprotection parentale dans l'histoire des agoraphobes que chez les sujets de groupes contrôles (Arrindell, Emmelkamp, Monsma et Brilman, 1983; Solyom, Beck, Solyom et Hugel, 1974; Teaman et Telch, 1988). La démonstration du lien entre la surprotection parentale et l'agoraphobie reste donc à faire.

Le rôle des caractéristiques de personnalité

Plusieurs caractéristiques personnelles ont été associées à l'agoraphobie. Les agoraphobes ont souvent été décrits comme des individus dépendants, passifs, peu assertifs, socialement anxieux, peureux et peu autonomes (Chambless et Goldstein, 1980; Goldstein et Chambless, 1978; Kleiner et Marshall, 1987). Selon Brehony (1983), les agoraphobes développent une grande dépendance face aux autres et ils manquent de confiance en leurs habiletés à faire face aux situations de panique. Les hommes agoraphobes, comme les femmes, sont décrits comme des êtres très dépendants: ils proviendraient de familles où ils ont été surprotégés et ils manqueraient d'habiletés personnelles et sociales (Fodor, 1982). Comme

dans le cas de la surprotection parentale, ces observations reposent plus sur des observations cliniques que sur des études empiriques. Cependant, quelques études confirment, en partie, ces impressions, en particulier, le manque d'assertion (Eimelkamp, 1980), l'anxiété sociale (Chambless, Hunter et Jackson, 1982) et le style dépendant (Shafar, 1976). La présence de ces caractéristiques n'indique toutefois pas qu'elles jouent un rôle déterminant dans l'agoraphobie, puisqu'elles pourraient, encore une fois, résulter du problème (Kleiner et Marshall, 1987). Enfin, si elles jouent un rôle dans l'étiologie de l'agoraphobie, il reste à déterminer l'origine et les mécanismes par lesquels elles contribuent au développement du trouble, particulièrement chez les femmes.

Le rôle des conflits interpersonnels

Des travaux montrent que l'agoraphobie débute souvent dans une période d'anxiété et elle est parfois associée à une réaction de stress. Les événements stressants les plus souvent relevés sont les conflits interpersonnels, le deuil, la maladie physique, la grossesse, etc. Kleiner et Marshall (1987) trouvent que la plupart des agoraphobes ont fait l'expérience d'un conflit interpersonnel et d'un certain degré de stress dans l'année précédant leur première attaque de panique: 84% ont vécu des conflits conjugaux ou interpersonnels graves et prolongés. On mentionne également les conflits familiaux (64%), le divorce (26%), le mariage (22%), l'isolement social (22%), la perte d'un être cher (22%) et le déménagement (18%). Malheureusement, ces données sont rétrospectives et les résultats ne sont pas comparés à ceux d'un groupe contrôle. Aussi, l'étude de Kleiner et Marshall présente quelques lacunes méthodologiques, notamment dans la classification des événements stressants. Certains événements, comme les conflits familiaux et les conflits interpersonnels, semblent être fortement associés et les distinctions ne sont pas claires. Néanmoins, leurs résultats peuvent suggérer que les conflits interpersonnels et les événements stressants jouent un rôle dans le développement de l'agoraphobie.

Parmi les conflits interpersonnels étudiés, la relation conjugale a particulièrement retenu l'attention, et ce pour trois raisons principales. Premièrement, les conflits conjugaux seraient plus courants chez les agoraphobes que chez les sujets d'autres groupes cliniques (Kleiner et Marshall, 1987). Deuxièmement, certaines études montrent que le niveau de satisfaction conjugale avant le traitement constitue un prédicteur des résultats de la thérapie (Bland et Hallam, 1981; Hafner, 1977, 1979). Enfin, d'autres recherches indiquent que l'amélioration ou la guérison des agoraphobes entraîne parfois des réactions négatives chez les conjoints (Hafner, 1977; O'Brien, Barlow et Last, 1982). Des études montrent en effet que l'acquisition d'une plus grande indépendance chez les femmes agoraphobes entraîne des problèmes psychologiques chez les conjoints et une forte pression sur les femmes pour qu'elles retournent à leur rôle dépendant (Hafner, 1977, 1979; Milton et Hafner, 1979). Hafner (1977) note que la diminution des symptômes agoraphobiques chez les femmes est associée à une augmentation de l'insatisfaction et de l'hostilité chez le conjoint, tandis que les rechutes sont liées

à une amélioration de la condition de ce dernier. Ces résultats suggèrent que les conjoints des agoraphobes tirent avantage des problèmes de leurs partenaires, ou à tout le moins, de leur dépendance. L'agoraphobe, qui est très restreinte dans ses déplacements et qui, souvent ne sort qu'accompagnée de son conjoint, devient très dépendante de ce dernier. De plus, cette dépendance psychologique s'accompagne le plus souvent d'une dépendance matérielle, puisque l'agoraphobe peut difficilement se trouver un emploi en raison des restrictions liées à son problème. Cette grande dépendance confirme le statut de pouvoir du conjoint. Selon Hafner (1986a), c'est pour cette raison que les hommes sont souvent réfractaires à l'idée de participer à la thérapie.

Ainsi, il semble que la relation conjugale joue un rôle dans le développement, le maintien et le traitement de l'agoraphobie. Hafner est l'un des principaux défenseurs de cette thèse. Pour ce chercheur (Hafner, 1986b), l'agoraphobie, en empêchant la femme de quitter la maison, sert à la réduction du conflit entre son désir d'autonomie et sa dépendance envers son conjoint. La réduction de ce conflit amène une diminution de l'anxiété et renforce les comportements d'évitement, perpétuant ainsi l'agoraphobie. Le conflit entre le désir des femmes de quitter une relation insatisfaisante et la peur d'être seule, selon certains, pourrait aussi jouer un rôle dans l'étiologie de l'agoraphobie (Chambless et Goldstein, 1981; Fodor, 1974; Goldstein, 1973; Symonds, 1971). Pour Goldstein (1973), la plupart des agoraphobes vivent une relation conjugale insatisfaisante qu'elles veulent quitter, mais leur peur de l'indépendance les en empêche.

Toujours selon Goldstein, les attaques de panique peuvent survenir lorsqu'un conflit interpersonnel, comme le fait de se sentir «prise» dans un mariage, persiste ou qu'il est aggravé par un autre événement (ex: maladie, deuil). L'agoraphobie est conçue ici comme le résultat pathologique de réponses compétitives entre le désir de liberté et d'autonomie d'une part, et l'anxiété de séparation et la peur d'être seule, d'autre part. Les symptômes d'agoraphobie permettent de redéfinir ce conflit et ils sont ensuite renforcés par les gains secondaires qu'ils apportent (ex: recevoir de l'attention, ne pas avoir à faire les courses). Fodor (1974) établit, par ailleurs, un lien entre ce conflit autonomie-dépendance et les caractéristiques des femmes agoraphobes en le situant dans le cadre plus global de l'apprentissage des rôles sexuels. Elle décrit les femmes agoraphobes comme des personnes très dépendantes et peu assertives. Lorsque celles-ci se retrouvent dans des relations où elles se sentent «coincées», elles développent une réponse conditionnelle de peur en réaction au stress. Les comportements de peur sont ensuite renforcés par les membres de l'entourage puisqu'ils répondent au rôle sexuel féminin traditionnel, comme nous le verrons plus loin.

Les explications mentionnées font donc état de la dépendance psychologique des femmes envers leur conjoint et de la difficulté de quitter une relation conjugale en raison du conflit entre l'autonomie et la dépendance. Il faut aussi tenir compte de la dépendance économique et matérielle des femmes, tributaire des rapports inégaux entre les sexes. Il se peut que les femmes hésitent à quitter leur relation conjugale en raison de leurs conditions objectives de dépendance. On sait que les femmes, la plupart du temps, s'appauvrissent considérablement

après une rupture, particulièrement lorsqu'il y a des enfants. Elles peuvent donc avoir peur, suite à une rupture, non pas de l'indépendance comme telle, mais du changement de statut économique qu'elle entraîne.

Le lien entre les relations conjugales et l'agoraphobie est toutefois loin d'être clair. Il est évident que certaines agoraphobes vivent dans un climat conjugal perturbé mais, à la suite d'une revue de la littérature, Côté et Gauthier (1988) concluent qu'il n'existe pas plus d'insatisfaction conjugale chez les agoraphobes que dans le reste de la population. Il y aurait, selon Fodor (1982), autant de relations conjugales satisfaisantes qu'insatisfaisantes chez les agoraphobes. De plus, il est difficile de déterminer si les problèmes observés dans la relation conjugale précèdent ou suivent l'apparition de l'agoraphobie. Par ailleurs, le lien entre la satisfaction conjugale et les résultats au traitement n'est pas clairement établi. Une recension de Jansson, Ost et Jerremalm (1987) indique que les résultats de l'exposition in vivo ne sont pas affectés par le niveau initial de satisfaction conjugale. D'autres chercheurs n'ont trouvé aucun lien entre la diminution des symptômes agoraphobiques et l'aggravation des problèmes conjugaux (Emmelkamp et Van der Hout, 1983; Himadi, Cerny, Barlow, Cohen et O'Brien, 1986).

Il faut également rappeler que les symptômes agoraphobiques peuvent affecter des gens non-mariés et que, même dans le cadre du mariage, ils peuvent résulter d'autres facteurs, par exemple, les réactions à un deuil. Enfin, plusieurs femmes vivent des conflits conjugaux sans développer d'agoraphobie. Donc, si les conflits conjugaux peuvent jouer un rôle dans l'étiologie de l'agoraphobie, ils ne peuvent à eux seuls l'expliquer. D'autres facteurs doivent être en jeu. En d'autres termes, une fois les symptômes d'agoraphobie présents, certaines variables liées à l'interaction conjugale peuvent contribuer à les maintenir ou à les aggraver.

L'hypothèse socioculturelle

Les modèles présentés jusqu'à maintenant mettent l'accent sur l'individu et ses relations avec son environnement immédiat. Peu d'entre eux tiennent compte du contexte socioculturel pour expliquer la prévalence plus élevée d'agoraphobie chez les femmes. Cependant, de plus en plus de thérapeutes et de chercheurs remettent en question les théories traditionnelles pour expliquer ces différences sexuelles. Dans cette nouvelle perspective, les facteurs étiologiques de l'agoraphobie résideraient d'abord dans le contexte socioculturel qui définit les rôles et les comportements des femmes. La théorie de l'apprentissage social, qui montre l'importance des facteurs sociaux dans l'acquisition et le maintien des comportements, peut aider à comprendre l'émergence de l'agoraphobie.

Dans la plupart des cultures, dont la nôtre, on tend à renforcer et à valoriser des comportements différents chez les hommes et les femmes. On s'attend que les hommes développent des traits comme l'agressivité, l'indépendance, le calme, l'objectivité, le goût de l'aventure et l'ambition, alors que l'on s'attend à ce que les femmes soient passives, émotives, soumises, dépendantes, peu aventureuses, etc. (Bem, 1974; Fodor, 1982). Les études sur le développement de l'enfant mon-

trient clairement que les filles et les garçons reçoivent une éducation différente (Baumrind, 1980; Birns, 1977; Block, 1973, 1983), et ce dès les premières années. Si ce traitement différentiel peut entraîner des différences sexuelles dans les comportements, il affecte également l'identité et le concept de soi. Les femmes en viendraient à intérioriser les valeurs et les attentes sociales à leur égard et à se croire peu autonomes, incapables de contrôler leur environnement et de survivre sans protection. Avec un tel concept de soi, il n'est pas étonnant de constater qu'elles deviennent très anxieuses lorsqu'elles doivent faire face à des décisions difficiles, à des tâches complexes et à la perte d'être chers (Wolfe, 1984).

L'apprentissage des rôles sexuels pourrait également expliquer pourquoi les femmes sont plus peureuses que les hommes, à partir de l'adolescence. Généralement, les chercheurs-es s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de différence sexuelle dans la fréquence et l'intensité des réactions de peur pendant l'enfance. Les enfants sont souvent effrayés par les choses surnaturelles, le noir, les endroits étranges, les animaux, la maladie, etc. Cependant, à l'adolescence, seulement 4% des garçons rapportent encore des peurs, comparativement à 21% des filles (MacFarlane, Allen et Honzik, 1974). Des auto-observations sur la peur à l'adolescence et à l'âge adulte montrent que les femmes obtiennent des scores plus élevés que les hommes (voir Fodor, 1982). La plus grande prévalence de peurs chez les femmes se retrouve aussi bien dans la population « normale » que chez des populations cliniques (Hersen, 1973). Les phobies simples les plus fréquentes, les phobies d'animaux, sont celles qui sont les plus représentées par les femmes, dans une proportion de 95% (Fodor, 1982; Wolfe, 1984).

On a suggéré qu'en raison des attentes sociales, les hommes sont moins portés à admettre leurs peurs que les femmes (Hersen, 1973). Diverses études tendent cependant à infirmer cette hypothèse. Ainsi, les réponses des hommes ne seraient pas davantage affectées que celles des femmes par des facteurs de désirabilité sociale (voir Al-Issa, 1980). La socialisation différentielle des femmes expliquerait davantage la plus grande prévalence de phobies chez elles. Birnbaum et Croll (1984) notent, à titre d'exemple, que les adultes jugent la peur plus acceptable chez les filles que chez les garçons et disent l'encourager davantage chez elles. En somme, les adultes auraient tendance à surprotéger les filles, ce qui pourrait les amener à éviter les situations anxieuses. Comparativement aux garçons, les filles auraient peu de possibilités de développer des habiletés pour faire face à leurs peurs: elles apprendraient à devenir « peureuses » et à dépendre des autres (des hommes) pour les protéger.

Diverses études indiquent, comme nous l'avons mentionné plus haut, que les individus phobiques sont peu assertifs, dépendants, qu'ils évitent les situations difficiles et qu'ils ont peur d'être seuls et autonomes. Ces caractéristiques ressemblent beaucoup à celles associées au rôle féminin traditionnel (Brehony, 1983). Partant de l'observation que la plupart des agoraphobes sont des femmes, Brehony (1983) et Fodor (1974, 1982) ont proposé une théorie de l'agoraphobie basée sur l'apprentissage des rôles sexuels. Selon ces auteurs, l'éducation que reçoivent les femmes les prédispose à devenir agoraphobes. Les rôles sexuels traditionnels amènent les femmes à développer de la dépendance dans leurs rela-

tions interpersonnelles. De plus, les limites associées au rôle féminin empêchent les femmes d'acquiescer leur autonomie et la maîtrise de leur vie et peut les amener à développer une personnalité dépendante et peureuse, caractérisée par l'évitement des situations difficiles. Dans une situation de stress aigu, ces déficits peuvent conduire au développement de phobies. Fodor (1974) émet l'hypothèse que les comportements sexuellement stéréotypés extrêmes constituent un facteur étiologique important dans l'agoraphobie. En fait, selon Fodor, l'agoraphobie n'est pas une maladie, mais une conséquence naturelle ou extrême de la socialisation des femmes.

La relation entre la peur et les stéréotypes sexuels est illustrée par une étude de Benson et Brehony (1978), qui trouve un lien entre la conformité au rôle féminin traditionnel et la peur. De leur côté, Chambliss et Mason (1986) notent que les femmes agoraphobes ont des scores inférieurs aux autres femmes à des échelles de masculinité, et que le score de masculinité est négativement corrélé aux symptômes agoraphobiques. Hafner et Minge (1989) trouvent des corrélations négatives entre les scores de masculinité et d'autonomie des femmes agoraphobes et la gravité des symptômes, et des corrélations positives entre les scores de féminité des femmes agoraphobes et la satisfaction conjugale de leur conjoint. Ces résultats, d'une part, semblent confirmer l'idée selon laquelle les femmes agoraphobes présentent, comparativement aux autres femmes, plus de caractéristiques traditionnelles féminines (ex: passivité, dépendance, émotivité) et moins de caractéristiques considérées masculines (ex: autonomie, indépendance). D'autre part, il est intéressant de constater que la satisfaction des hommes est liée à la féminité de la conjointe, donc à sa dépendance, sa passivité, etc. Ce résultat semble confirmer l'hypothèse de Hafner (1986a) selon laquelle les conjoints des agoraphobes tirent avantage des conditions des femmes et, en particulier, de leur dépendance.

En somme, les comportements agoraphobes, chez les femmes, pourraient résulter des pressions sociales qui les amènent à être peureuses, dépendantes et peu assertives. Elles n'auraient pas, au cours de l'enfance et de l'adolescence, fait l'apprentissage de certaines habiletés pour faire face aux situations stressantes importantes ou de difficultés conjugales, elles pourraient manifester des problèmes d'anxiété. Mais, évidemment, la conformité au rôle sexuel féminin n'est pas l'unique facteur susceptible d'expliquer l'agoraphobie, puisque toutes les femmes, en particulier celles qui adhèrent aux rôles sexuels traditionnels, ne sont pas agoraphobes. Il semble donc qu'il faille tenir compte de tout un ensemble de facteurs (incluant l'histoire de conditionnement, les événements précipitants) pour expliquer les troubles d'agoraphobie. Ces facteurs restent à préciser.

Conclusion: vers de nouvelles interventions thérapeutiques et perspectives de recherche

Il reste encore beaucoup à faire pour mieux comprendre la prévalence élevée de troubles agoraphobiques chez les femmes. Il faut, entre autres, comprendre pourquoi certaines femmes développent des troubles phobiques et d'autres pas, et certaines des troubles phobiques plutôt que des problèmes de dépression, par

exemple. Les caractéristiques de personnalité associées au rôle féminin qui rendent les femmes plus vulnérables aux phobies semblent aussi les rendre plus vulnérables à la dépression. Cette difficulté est compliquée par le fait que les phobies et la dépression sont souvent associées (Wolfe, 1984).

Il peut aussi être intéressant de comparer les hommes et les femmes agoraphobes pour mieux comprendre l'étiologie du trouble. Des travaux sont entrepris dans ce sens (voir Hafner, 1983; Mavissakalian, 1985; Oei et al., 1990). Ils montrent, de façon générale, que les hommes agoraphobes présentent des caractéristiques semblables aux femmes. Ces premiers résultats confirment l'hypothèse selon laquelle l'agoraphobie n'est pas un problème inhérent à la «nature féminine», mais plutôt un problème lié à certaines conditions de vie (ex: socialisation à la dépendance, milieu familial surprotecteur, conditions objectives de dépendance).

Bien que nos connaissances sur l'agoraphobie soient encore limitées, les données disponibles peuvent avoir quelques implications sur le plan thérapeutique. La technique d'intervention qui a donné jusqu'à présent les meilleurs résultats, l'exposition in vivo graduée, semble moins efficace qu'on ne le croyait. Les échecs et rechutes sont encore nombreux (Barlow et al., 1984) et l'amélioration clinique paraît limitée (Jacobson, Wilson et Tupper, 1988). Ces problèmes sont peut-être liés au fait que l'on connaît mal l'étiologie de l'agoraphobie et, plus précisément, les facteurs qui contribuent au développement et au maintien des comportements d'évitement. Il est aussi possible que les échecs et rechutes soient liés au fait que la situation des femmes agoraphobes ne change pas réellement suite à la thérapie, particulièrement leur rapport de dépendance face au conjoint. Cette hypothèse est à explorer.

En dépit de ces lacunes, l'approche socioculturelle qui définit l'agoraphobie comme un comportement appris suggère que la thérapie devrait d'abord viser à changer les stratégies d'évitement et la dépendance des femmes. Pour contrebalancer leurs comportements d'évitement, les femmes agoraphobes doivent apprendre une nouvelle façon de regarder les situations menaçantes. En plus d'utiliser des procédures de désensibilisation aux situations et lieux anxiogènes (rue, autobus, etc.), on doit apprendre aux femmes, selon Al-Issa (1980), à devenir plus assertives, auto-suffisantes et indépendantes. Il serait intéressant, à cet égard, de voir si les agoraphobes bénéficient d'une intervention féministe, qui vise à faire prendre conscience aux femmes de leur situation de domination et à les amener à développer plus d'autonomie, à prendre conscience de leurs besoins et à les exprimer, etc. (voir Corbeil, Pâquet-Deehy, Lazure et Legault, 1983).

Pour les thérapeutes et les chercheurs-es qui désirent mieux comprendre et traiter les problèmes de santé mentale, il est impératif de tenir compte des conditions de vie particulières des femmes, agoraphobes ou non. Il est maintenant connu que les femmes, particulièrement les femmes mariées sans emploi, manifestent plus de problèmes psychologiques que les hommes. Il se peut que ces femmes trouvent leur rôle frustrant et peu gratifiant, surtout parce qu'il est peu valorisé socialement et qu'il les place dans une position de dépendance face au conjoint. Ces observations tiennent toujours dans les années '90, puisque le rôle

de femme au foyer, pour bien des femmes, est le seul disponible. Aussi, même si les femmes travaillent, elles occupent souvent une position moins intéressante que les hommes. Elles font face à la discrimination sur le marché du travail (les femmes sont cantonnées dans des catégories d'emplois peu valorisés et elles gagnent encore moins de 60% du salaire masculin) (Motard et Tardieu, 1990) et leur travail est souvent considéré comme secondaire par rapport à celui du conjoint. De plus, elles sont encore les principales responsables des tâches ménagères et de l'éducation et des soins aux enfants, même lorsqu'elles occupent un emploi rémunéré. Les femmes ont donc toutes les raisons d'être anxieuses et dépressives, puisqu'elles vivent quotidiennement l'exploitation, tant dans leur milieu familial que sur le marché du travail.

Les femmes seront probablement moins agoraphobes lorsqu'elles auront la possibilité d'être autonomes, assertives et indépendantes. Aussi, lorsqu'elles auront les mêmes possibilités et conditions d'emploi que les hommes et qu'elles ne se sentiront plus coincées entre leur désir de travailler et celui d'être mère et conjointe, elles vivront moins d'anxiété et leurs attaques de panique diminueront sûrement. Mais surtout, elles cesseront d'être agoraphobes quand les rapports hommes/femmes auront vraiment changé et que les femmes pourront, tout au long de leur processus de socialisation, être considérées à la fois dans leurs différences et leurs capacités à être égales à l'homme.

Références

- Agras, S., Sylvester, D., Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive psychiatry*, 10, 151-156.
- Al-Issa, I. (1980). *The psychopathology of women*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition-revised)*. Washington, D.C.: APA.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G., Monsma, A., Brillman, E. (1983). The role of perceived parental practices in the aetiology of phobic disorders: a controlled study. *British journal of psychiatry*, 143, 183-187.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H., O'Brien, G.T., Last, C.G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior therapy*, 15, 41-58.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American psychologist*, 35, 639-652.
- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 155-162.
- Benson, B.A., Brehony, K.A. (1978). Sex-role stereotypes and self-reports of fear and anxiety. Paper presented at the Psychonomic Society meeting, San Antonio, Texas.
- Birnbaum, D.W., Croll, W.L. (1984). The etiology of children's stereotypes about sex differences in emotionality. *Sex roles*, 10, 677-691.
- Birns, B. (1977). The emergence and socialization of sex differences in the earliest years. In S. Chess et A. Thomas (Eds.), *Annual progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel.
- Bland, K., Hallam, R.S. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour research and therapy*, 19, 335-338.

- Block, J.H. (1973). Conceptions of sex role: some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American psychologist*, 28, 512-526.
- Block, J.H. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: some conjectures. *Child development*, 54, 1335-1354.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation* (vol. 2). London: Hogarth Press.
- Brehony, K.A. (1983). Women and agoraphobia: a case for the etiological significance of the feminine sex-role stereotype. In V. Franks et E.D. Rothblum (Eds.), *The stereotyping of women: its effects on mental health*. New York: Springer.
- Burns, L.E., Thorpe, G.L. (1977). The epidemiology of fears and phobias. *Journal of international medical research*, 5, 1-7.
- Chambless, D.L., Goldstein, A.J. (1980). Anxieties: agoraphobia and hysteria. In A.M. Brodsky et R. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Chambless, D.L., Goldstein, A.J. (1981). Clinical treatment of agoraphobia. In M. Mavis-sakalian et D. Barlow (Eds.), *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press.
- Chambless, D.L., Hunter, K., Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness in normal and phobic populations. *Behaviour research and therapy*, 20, 403-404.
- Chambless, D.L., Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 24, 231-235.
- Corbeil, C., Pâquet-Deehey, A., Lazure, C., Legault, G. (1983). *L'intervention féministe: l'alternative des femmes au serisme en thérapie*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Côté, G., Gauthier, J. (1988). Les relations conjugales et interpersonnelles dans le développement, le maintien et le traitement de l'agoraphobie. *Science et comportement*, 18, 153-175.
- Emmelkamp, P.M.G. (1980). Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure in vivo therapy. *Archives of general psychiatry*, 37, 1303-1306.
- Emmelkamp, P.M.G., Van der Hout, A. (1983). Failure in treating agoraphobia. In E.B. Foa et P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Fodor, I.G. (1974). The phobic syndrome in women: implications for treatment. In V. Franks et V. Burtie (Eds.), *Women in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Fodor, I.G. (1982). Gender and phobia. In I. Al-Issa (Ed.), *Gender and psychopathology*. New York: Academic Press.
- Goldstein, A.J. (1973). Learning theory insufficiency in understanding agoraphobia - a plea for empiricism. In J.C. Brengelman et W. Tuner (Eds.), *Behavior therapy*. Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Goldstein, A.J., Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9, 47-59.
- Hafner, R.J. (1977). The husbands of agoraphobic women and their influence on treatment outcome. *British journal of psychiatry*, 131, 289-294.
- Hafner, R.J. (1979). Agoraphobic women married to abnormally jealous men. *British journal of medical psychology*, 52, 99-104.
- Hafner, R.J. (1983). Behaviour therapy for agoraphobic men. *Behaviour research and therapy*, 21, 51-56.
- Hafner, R.J. (1986a). *Marriage and mental illness: a sex-role perspective*. New York: Guilford Press.
- Hafner, R.J. (1986b). Marital therapy for agoraphobia. In N.S. Jacobson et A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Hafner, R.J., Minge, P.J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex roles*, 20, 705-711.
- Hersen, M. (1973). Self-assessment of fear. *Behavior therapy*, 4, 241-257.
- Himadi, W.G., Cerny, J.A., Barlow, D.H., Cohen, S., O'Brien, G.T. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour research and therapy*, 24, 107-115.

- Jacobson, N.S., Wilson, L., Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: a reanalysis of outcome data. *Behavior therapy, 19*, 539-554.
- Jansson, L., Ost, L.-G., Jerremalm, A. (1987). Prognostic factors in the behavioral treatment of agoraphobia. *Behavioural psychotherapy, 15*, 31-44.
- Kleiner, L., Marshall, W.L. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of anxiety disorders, 1*, 313-323.
- MacFarlane, J., Allen, L., Honzik, M. (1974). *A developmental study of the behavior problems of normal children*. Berkeley: University of California Press.
- Marks, I.M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
- Marks, I.M., Herst, E.R. (1970). A survey of 1,200 agoraphobics in Britain. *Social psychiatry, 5*, 16-24.
- Mavissakalian, M.R. (1985). Male and female agoraphobia: are they different? *Behaviour research and therapy, 23*, 469-471.
- Mavissakalian, M.R., Barlow, D.H. (1981). *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press.
- Milton, F., Hafner, R.J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of general psychiatry, 36*, 807-811.
- Motard, L., Tardieu, C. (1990). *Les femmes ça compte*. Québec: Les publications du Québec.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M., Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of general psychiatry, 41*, 959-967.
- O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Last, C.G. (1982). Changing marriage patterns of agoraphobics as a result of treatment. In R. Dupont (Ed.), *Phobia: a comprehensive summary of modern treatments*. New York: Brunner/Mazel.
- Oei, T.P.S., Wanstall, K., Evans, L. (1990). Sex differences in panic disorder with agoraphobia. *Journal of anxiety disorders, 4*, 317-324.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British journal of psychiatry, 135*, 555-560.
- 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.
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness: a study of ninety personal cases. *British journal of medical psychology, 49*, 211-236.
- Solyom, L., Beck, P., Solyom, C., Hugel, R. (1974). Some etiological factors in phobia neurosis. *Canadian psychiatric association journal, 19*, 69-77.
- Solyom, L., Silberfeld, M., Solyom, C. (1976). Maternal overprotection in the etiology of agoraphobia. *Canadian psychiatric association journal, 21*, 109-113.
- Symonds, A. (1971). Phobias after marriage: women's declaration of dependance. *American journal of psychoanalysis, 31*, 144-152.
- Teaman, B.H., Telch, M.J. (1988). Etiology of agoraphobia: an investigation of perceived childhood and parental factors. *Phobia practice and research journal, 1*, 13-24.
- Thorpe, G.L., Burns, L.E. (1983). *The agoraphobic syndrome*. New York: Wiley.
- Vandereycken, W. (1983). Agoraphobia and marital relationship: theory, treatment, and research. *Clinical psychology review, 3*, 317-338.
- Vose, R.H. (1981). *Agoraphobia*. London: Faber et Faber.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Blazer, D.G., Boyd, J.H., Florio, L. (1986). The relationship between panic disorder and agoraphobia: an epidemiologic perspective. *Psychopharmacology bulletin, 22*, 787-791.

Wolfe, B.E. (1984). Gender ideology and phobias in women. In C.S. Widom (Ed.), *Sex roles and psychopathology*. New York: Plenum Press.