



Docteur, ça ne va vraiment pas ! dix questions de vos patients anxieux

Camillo Zacchia et Valentina Munoz

Vous vivez vraiment une dure journée au cabinet. Votre salle d'attente est pleine, les patients se plaignent et, pour empirer les choses, M. Ouimet n'arrête pas de vous poser « une dernière question ». Il s'agit de sa quatrième visite en un mois et vous n'avez toujours pas réussi à le rassurer sur son état de santé. N'ayez crainte ! Ce guide vous aidera à comprendre les pensées de vos patients anxieux et à répondre à leurs questions courantes.

1. Pourquoi est-ce que je ressens autant d'anxiété ?

Les patients n'aiment pas l'anxiété, qui leur permet toutefois de demeurer en vie. En effet, l'anxiété est le signal d'alarme qu'émet le corps en présence d'un danger ou d'une menace. Lorsqu'elle est appropriée, la réponse déclenchée est adaptée. Par exemple, c'est grâce à elle que vos patients suivent vos conseils. Or, bien que l'anxiété ait un effet protecteur, elle peut également être handicapante. Ainsi, en excès, elle prend le contrôle de la vie des patients, ce qui pourrait les pousser à consulter... en excès !

Le corps ne fait pas la différence entre une menace réelle et une menace fictive. Chaque patient perçoit différemment le danger. Par exemple, une douleur qui serait normale et due à l'âge pourrait être un signe sans équivoque de cancer pour un autre.

Les peurs instinctives, le tempérament, l'environnement familial et les influences culturelles sont des facteurs qui créent plus d'appréhension chez certaines per-

sonnes selon les situations¹. Or, une fois que cette réaction survient, la réponse combat-fuite amène les gens à éviter les situations qui les rendent mal à l'aise. Ce comportement leur nuit toutefois en renforçant leurs peurs et en produisant une anxiété toujours plus importante².

2. Cette anxiété a-t-elle un nom ?

Il existe plusieurs types de troubles anxieux (*tableau*)³. Toutefois, du point de vue du patient, il s'agit essentiellement de peurs exagérées que quelque chose de « mauvais » arrive. Ces « mauvaises » choses peuvent être groupées en trois catégories de menaces ou en une combinaison de l'une ou de l'autre : une menace pour le corps (la peur de faire une crise cardiaque, de suffoquer, de perdre connaissance, d'être malade, d'avoir un accident, etc.), une menace pour l'esprit (la peur d'avoir des pensées non désirées ou horribles, de devenir fou, etc.) et une menace pour l'image (la peur d'être jugé, de faire des erreurs, d'avoir honte, etc.).

Les patients qui ont peur de mourir, par exemple, s'empêcheront d'aller dans des endroits où ils pourraient éprouver des palpitations causées par la panique, comme les centres commerciaux, les métros, les cabinets de dentiste ou les avions. Ils pourraient également les éviter parce qu'ils ont peur de devenir fous ou psychotiques en raison de la panique qui s'emparerait d'eux ou parce qu'ils sont terrifiés à l'idée de paniquer devant d'autres gens et de se ridiculiser.

La façon dont une personne réagit à la peur permet de déterminer le type de troubles anxieux dont elle

Le Dr Camillo Zacchia, psychologue, est conseiller principal du Bureau d'éducation en santé mentale de l'Institut Douglas. Spécialisé dans le traitement des troubles anxieux, il est également vice-président de Phobias-Zéro et a pratiqué en cabinet privé à Montréal. La Dr^e Valentina Munoz, psychologue, exerce à l'unité des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et en cabinet privé à Montréal.

Tableau

Manifestations cliniques types des troubles anxieux³

Troubles anxieux (selon le DSM-IV)	Tableau clinique	Déclencheurs de l'anxiété	Réponses mésadaptées
Trouble panique <ul style="list-style-type: none"> ⦿ Avec agoraphobie 	Crises de panique récurrentes et inattendues et peur continue de les subir.	Endroits qui déclenchent la panique ou bien où la personne ne se sent pas en sécurité (centres commerciaux, autobus, déplacements à l'extérieur de la maison, etc.).	Évitement des lieux ou des situations pouvant déclencher une crise de panique.
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Sans agoraphobie 		Symptômes physiques.	Hypervigilance quant aux réactions du corps et efforts pour les maîtriser.
Phobie sociale	Peur marquée ou continue de situations sociales où la personne pourrait être vue ou jugée par les autres. Peur de paraître anxieuse aux yeux des autres (ex. : rougir, trembler, bégayer).	Situations sociales au cours desquelles la personne est vue directement par d'autres ou est le centre de l'attention (manger en public, parler devant des gens, signer des chèques, etc.).	Évitement ou forte anticipation anxieuse des situations sociales.
Phobie spécifique	Peur marquée et continue d'objets ou de situations particulières (animaux, environnement, sang, injection, blessure, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Animaux et insectes (chiens, abeilles, etc.). ⦿ Environnement (orages, eau, hauteurs, etc.). ⦿ Sang, injection, blessure. ⦿ Situations (ascenseurs, espaces clos, avions, dentiste, etc.). ⦿ Autres (vomissements, étouffement). 	Évitement des objets ou des situations qui causent la peur ou anxiété extrême lorsqu'il y a confrontation à l'objet ou à la situation qui déclenche la peur.
Trouble de stress post-traumatique	Exposition à un événement traumatique. La personne revit constamment l'événement (cauchemars, rappels éclair).	Rappels de l'événement et des stimulus associés (ex. : choses vues, lieux, odeurs, sons, gens vêtus d'une manière similaire, etc.).	Hypervigilance quant aux signaux environnementaux et aux rappels. Évitement des situations qui déclenchent la peur ou malaise marqué dans ces situations.
Trouble anxieux généralisé	Anxiété et souci excessifs relativement à plusieurs événements ou activités.	Vaste gamme d'événements importants ou non (ex. : annonce d'un tremblement de terre, soucis à propos de la maladie de ses enfants, problèmes financiers, besoin de réparer l'auto, peur de ne pas arriver à l'heure à un rendez-vous, etc.).	Évitement des déclencheurs (ex. : la personne pourrait éviter de regarder les nouvelles à la télévision ou de lire les journaux). Incapacité à tolérer l'incertitude, ce qui mène à une rumination excessive au sujet des issues possibles d'une situation et au déploiement d'efforts excessifs pour les maîtriser.
Trouble obsessionnel compulsif	Obsessions à propos de pensées, d'impulsions ou d'images troublantes jumelées à des efforts compulsifs pour les détruire, les éviter, les neutraliser ou les maîtriser.	Pensées non désirées (ex. : faire du mal à un enfant), images ou objets qui provoquent la peur (ex. : germes, graisse), doutes (ex. : portes et verrous, cuisinière).	Efforts répétitifs, exagérés ou rituels visant à atténuer la détresse ou à prévenir un événement appréhendé (ex. : se laver les mains, maîtriser ses pensées, vérifier la cuisinière, compter, prier, faire des recherches dans Internet).

souffre. Les personnes aux prises avec des phobies évitent les situations ou les endroits qu'elles considèrent comme menaçants. Ainsi, un patient souffrant d'agoraphobie pourrait s'empêcher d'utiliser le métro, alors qu'une patiente atteinte de phobie sociale pourrait s'abstenir de manger de la soupe en public. Lorsqu'une situation ne peut être évitée, comme la survenue d'une pensée non désirée ou la peur de la maladie, les patients auront tendance à se concentrer de manière obsessionnelle sur leurs peurs et tenteront de maîtriser les menaces perçues au moyen de méthodes mésadaptées. Par exemple, une personne obsédée par les germes se lavera les mains sans arrêt, une autre ayant des pensées horrifiantes tentera de les maîtriser et celle aux tendances hypocondriaques naviguera sur Internet et consultera plusieurs médecins.

3. Pourquoi l'anxiété est-elle aussi intense ?

« Je ne pensais à rien, puis tout à coup, je me suis mis à paniquer. » Une telle réaction est provoquée par la peur d'avoir peur. En effet, l'alarme d'anxiété est déclenchée en présence de tout danger réel ou fictif. Malheureusement, l'anxiété est tellement désagréable que certaines personnes sont anxieuses juste à l'idée de la ressentir. L'anxiété devient alors la menace qui en déclenche l'alarme. Ainsi, lorsqu'un patient craint de devenir anxieux, cette boucle de rétroaction transforme une anxiété légère ou normale en une peur invalidante. C'est pourquoi les crises de panique atteignent des niveaux si élevés d'intensité en très peu de temps.

4. L'anxiété est-elle néfaste ? Va-t-elle nuire à ma santé ?

L'anxiété comme telle n'est pas dangereuse. En fait, elle a même un effet protecteur. Bien qu'extrêmement désagréable, tout facteur de stress aigu, tel qu'une crise d'anxiété, n'aura pas d'effets sur la santé. En revanche, le stress chronique est nuisible pour la santé mentale et physique⁴. Malheureusement, être stressé à l'idée d'être stressé ne fait que créer plus de stress !

Si les patients reçoivent un traitement adéquat, ils n'ont pas à se préoccuper des conséquences de leur état

actuel sur leur santé. En effet, les troubles anxieux se traitent bien. Ainsi, le fait de ne plus ressentir un sentiment d'urgence permettrait plutôt de prendre du recul par rapport à l'anxiété et au stress aigu et de se concentrer sur la qualité de vie en vue de réduire les facteurs de stress chronique.

5. Que dois-je faire lorsque je panique ?

Le succès du traitement de la panique ou des symptômes d'anxiété aigus ne repose pas tant sur le fait d'affronter ses peurs, que sur la manière de s'y prendre. Et c'est sur ce plan que la plupart des patients commettent des erreurs. Vos patients doivent savoir que la meilleure chose à faire en cas de crise de panique n'est pas de combattre ses émotions, mais bien de les laisser passer naturellement. En effet, les émotions ne persistent que si les patients en ont peur et tentent trop de les maîtriser. Or, lorsque la panique n'est pas alimentée par la peur de la peur, les symptômes s'estompent rapidement.

Une exposition graduelle aux symptômes d'anxiété et aux endroits évités constitue l'option thérapeutique de choix⁵. Ainsi, les éléments clés à enseigner à vos patients sont décrits dans l'encadré 1. Les erreurs types que commettent les gens lorsqu'ils font face à leur anxiété sont énumérées dans l'encadré 2.

6. J'ai essayé d'affronter ma peur, mais ça ne fonctionne pas ! Est-ce que je fais quelque chose d'inadéquat ?

Certains patients disent employer les bonnes méthodes pour contrer leurs peurs, mais se plaignent que leur détresse psychologique demeure. Cette situation peut se produire lorsque les patients ont une perception erronée de l'anxiété et de ce qu'elle peut engendrer. La recommandation est alors de les encourager à continuer de s'exposer graduellement et à parfaire leurs connaissances sur l'anxiété et ses conséquences.

L'objectif du traitement est d'aider les patients à apprendre qu'ils n'ont pas à avoir peur et qu'ils n'ont pas besoin de maîtriser leur anxiété. Par ailleurs, certains patients font, à tort, certaines attributions. Par exemple, ils peuvent croire qu'ils ont tout simplement été

Le succès du traitement de la panique ou des symptômes d'anxiété aigus ne repose pas tant sur le fait d'affronter ses peurs, que sur la manière de s'y prendre.

Repère

Encadré 1

Éléments clés d'une exposition efficace aux situations anxieuses

- ☉ Faire face graduellement aux situations évitées en commençant par celles qui sont les moins intimidantes.
- ☉ Demeurer dans la situation jusqu'à ce que l'anxiété diminue de façon significative.
- ☉ Provoquer et pratiquer ces expositions de manière quotidienne.

Encadré 2

Erreurs types des patients anxieux lorsqu'ils affrontent leurs peurs

- ☉ Fuir la situation lorsque le degré d'anxiété est encore trop élevé.
- ☉ S'exposer à une situation qui provoque trop d'anxiété et abandonner au lieu de fragmenter la situation en petites étapes plus faciles et de répéter le processus.
- ☉ Attendre l'arrivée d'expositions spontanées au lieu de les planifier.

chanceux d'avoir survécu. L'exposition à elle seule ne parviendra alors pas à modifier leurs croyances. Le traitement devrait donc plutôt être axé sur leur compréhension de l'anxiété et sur leur style cognitif. Les patients doivent arriver à comprendre que, bien qu'extrêmement désagréable, l'anxiété n'est pas dangereuse. Encouragez vos patients à accepter leurs pensées et leurs émotions anxieuses et à les percevoir comme non menaçantes, malgré le malaise qu'elles peuvent engendrer. Une perception réaliste de l'anxiété leur permettra d'accepter leurs peurs et d'y faire face plus facilement⁵.

7. Dois-je prendre des médicaments ? On m'a dit qu'ils entraînent des effets indésirables.

Les traitements pharmacologiques ou psychologiques sont à considérer dans la majorité des troubles anxieux selon les ressources existantes et les préférences des patients⁶. Par contre, pour les troubles anxieux de légers à modérés, la thérapie cognitivocomportementale est généralement le traitement de choix. La prescription d'antidépresseurs de type ISRS ou IRSN est aussi une option envisageable si la réponse à la thérapie est inadéquate. Pour les cas de modérés à graves, un traitement combiné est recommandé⁷.

Lorsque la prise de médicaments est recommandée, le médecin pourrait tenir compte de la résistance potentielle du patient. Par conséquent, il devrait vérifier les attentes de ce dernier.

Il existe deux facteurs de complication en ce qui a

trait aux antidépresseurs. D'abord, les effets thérapeutiques se font sentir plus lentement que les effets indésirables potentiels, ce qui peut avoir des répercussions sur les attentes des patients et entraîne souvent un abandon prématuré.

Ensuite, la réponse au traitement est hautement idiosyncrasique. En effet, chez certains patients, les résultats peuvent être miraculeux alors que chez d'autres, la réponse peut être partielle ou nulle. Et pour compliquer les choses, certains patients réagissent à certaines molécules, mais pas à d'autres.

Ainsi, il est particulièrement important d'aborder les attentes de vos patients souffrant d'anxiété. Investir un peu de temps à cette étape du processus va améliorer l'observance, et donc les résultats, de manière considérable.

Même s'ils n'ont pas tous l'indication officielle pour le traitement des troubles anxieux, tous les antidépresseurs de type ISRS ou IRSN peuvent être bénéfiques. Le profil des effets indésirables est beaucoup plus important à évaluer. Consultez l'article du D^r Hani Iskandar intitulé : « Encore un déprimé : comment le traiter sans déprimer ? », dans ce numéro, pour connaître la liste des plus récents antidépresseurs et leur profil d'effets indésirables.

8. Devrai-je prendre des médicaments le reste de ma vie ?

Les antidépresseurs de type ISRS ou IRSN ne sont pas associés à un risque élevé de dépendance pharmacologique. Cependant, les benzodiazépines devraient

Pour les troubles anxieux de légers à modérés, la thérapie cognitivocomportementale est généralement le traitement de choix.

Repère

être utilisées avec précaution, car elles sont associées à des effets de tolérance et de sevrage. De plus, la prise de ces médicaments peut parfois devenir une forme d'évitement et être contre-productive. Ces patients peuvent avoir tendance à attribuer le succès de leur traitement aux effets aigus des anxiolytiques et ne développeront pas la confiance nécessaire pour affronter et apprivoiser les situations anxiogènes.

Les antidépresseurs de type ISRS ou IRSN peuvent aider les patients à moins réagir aux choses qui les effraient normalement. Les personnes qui prennent des antidépresseurs indiquent qu'elles sont plus en mesure de « lâcher prise » et, par conséquent, de mieux mettre en œuvre des stratégies du traitement psychologique.

Si les patients ont recours au traitement médicamenteux pour faire face à leurs peurs, créer de nouvelles habitudes et réévaluer leurs croyances, ils devraient retrouver confiance. Une fois ces nouveaux apprentissages réalisés, les doses peuvent ensuite être réduites sans accroître le risque de rechute.

Certains patients pourraient se sentir mieux en prenant des médicaments, mais apporter très peu de changements à leurs habitudes. Or, les patients qui ne profitent pas du soulagement que leur procurent les médicaments pour changer leurs habitudes d'évitement sont plus susceptibles de rechuter au moment du sevrage.

9. Je ne veux pas prendre de pilules. La thérapie peut-elle me guérir ?

Plusieurs patients résistent à l'idée de prendre des médicaments psychotropes. La recherche montre que la thérapie cognitivocomportementale est particulièrement efficace dans le traitement des troubles anxieux. Les médicaments pourraient y être ajoutés dans les cas modérés ou graves ou encore lorsque la réponse au traitement psychologique n'est pas adéquate⁷. Les éléments clés d'une telle thérapie comprennent la psychoéducation en vue d'améliorer la compréhension de la réaction d'anxiété, la restructuration cognitive afin d'aborder les croyances relatives aux dangers perçus, l'exposition aux sensations physiologiques en lien

Encadré 3

Ressources communautaires spécialisées en anxiété

- ☉ Phobies-Zéro (www.phobies-zero.qc.ca)
- ☉ Revivre (www.revivre.org)
- ☉ La Clé des champs (www.lacledeschamps.org)
- ☉ La Ressource ATP (www.laressourceatp.org)

avec la panique et des exercices d'exposition aux situations redoutées entre les séances⁵.

Plus récemment, il a été établi que la thérapie d'acceptation et d'engagement est également efficace contre les troubles anxieux⁸. Une telle méthode encourage les patients à utiliser des stratégies de pleine conscience et des comportements concrets pour se rapprocher de leurs buts et de leurs valeurs. La pleine conscience consiste à porter une attention intentionnelle aux expériences interne et externe du moment présent, sans jugement de valeur. La thérapie d'acceptation et d'engagement est souvent utilisée dans le cadre d'une thérapie cognitivocomportementale (<http://contextualpsychology.org/act>).

L'accès aux services publics est assuré par votre CLSC. L'équipe de santé mentale traitera les patients et les aiguillera, au besoin, vers des services spécialisés. Les patients pourraient également bénéficier de services de soutien offerts par des groupes communautaires spécialisés dans l'anxiété (encadré 3). Lorsque vous aiguillez des patients vers des services privés de psychologie, rappelez-vous que les intervenants qui traitent les symptômes d'anxiété – une composante de la plupart des troubles psychologiques – ne sont pas nécessairement spécialisés dans le traitement des troubles anxieux proprement dits. Idéalement, ils devraient avoir suivi une formation sur le traitement structuré des troubles anxieux dans un cadre cognitivocomportemental. Vos patients ou vous pouvez consulter le site Web de l'Ordre des psychologues du Québec (www.ordrepsy.qc.ca) afin d'obtenir de l'aide pour trouver une ou un

La recherche montre que la thérapie cognitivocomportementale est particulièrement efficace dans le traitement des troubles anxieux. Les médicaments pourraient y être ajoutés dans les cas modérés ou graves ou encore lorsque la réponse au traitement psychologique n'est pas adéquate.

Repère

Boîte à outils

Lectures utiles

Notions et solutions relatives au stress et à l'anxiété

- Bélanger C, Beaulieu J. *Stress et anxiété. Votre guide de survie*. Montréal : Éditions La Semaine ; 2008.

Pour le trouble panique et l'agoraphobie

- Marchand A, Letarte A. *La peur d'avoir peur*. Montréal : Les Éditions internationales Stanké ; 2004.
- Antony MM, McCabe RE. *10 solutions contre les troubles de panique*. Saint-Constant : Broquet ; 2008.

Pour les troubles anxieux généralisés

- Ladouceur R, Bélanger L, Léger É. *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris : Odile Jacob ; 2011.

Pour le trouble de stress post-traumatique

- Brillon P. *Se relever d'un traumatisme*. Montréal : Les Éditions Québecor ; 2010.

La phobie sociale

- Antony MA, Swinson R. *Shyness & Social Anxiety Workbook: Proven, Step-by-Step Techniques for Overcoming your Fear*. Oakland : New Harbinger Publications ; 2008.

Pour le trouble obsessionnel compulsif

- Steketee G. *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder—Client Manual*. Oakland : New Harbinger Publications ; 1999.

psychologue qualifié. Des spécialistes d'autres disciplines professionnelles pourraient également avoir suivi ce type de formation.

10. Que puis-je faire d'autre pour me sentir mieux ?

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses recherches ont suggéré des traitements complémentaires contre les problèmes d'anxiété.

Activité physique

Des études ont montré que l'exercice contribue à éviter les crises de panique puisque beaucoup des sensations physiques ressenties au cours de l'activité sont similaires à celles qui surviennent au cours d'une crise de panique. Les patients apprennent ainsi à percevoir ces sensations comme étant moins dangereuses. De plus, il n'est souvent pas nécessaire de les convaincre

que l'exercice est bénéfique pour eux puisque la plupart le savent déjà. Il est donc préférable de mettre l'accent sur un plan d'exercice précis⁹.

Techniques de relaxation

Des exercices progressifs de relaxation des muscles et la respiration diaphragmatique peuvent contribuer à réduire les sensations physiques produites par l'anxiété et à momentanément faire le vide. Toutefois, les patients ne devraient pas utiliser ces stratégies comme moyen d'évitement ni pour maîtriser leurs symptômes physiques au-delà de ce qui est nécessaire.

Approches fondées sur l'acceptation

Les approches fondées sur l'acceptation telles que la pleine conscience et d'autres formes de méditation ont des effets bénéfiques sur la gestion de l'anxiété¹⁰. L'acceptation vise à faciliter la lutte contre les symptômes et à réduire le mécanisme responsable de la peur (voir la question 3). Il est important que les patients ne pensent pas que l'acceptation équivaut à « baisser les bras » ou à « rester pris avec leur trouble anxieux ». Il s'agit plutôt d'un moyen de progresser vers leurs objectifs, malgré un certain degré de détresse¹¹.

Bibliothérapie

Un ajout utile à ces stratégies consiste à encourager vos patients à accroître leurs connaissances relatives au trouble anxieux et à son traitement (boîte à outils).

LE FAIT DE COMPRENDRE les déclencheurs de l'anxiété et les éléments qui l'influencent vous sera utile pour guider vos patients vers un degré d'anxiété plus équilibré. Avec un peu d'aide, M. Ouimet sera assez anxieux pour suivre vos conseils médicaux avec le plus grand sérieux, mais pas assez pour ruiner la vie qu'il tente par tous les moyens de préserver. 🍷

Date de réception : le 22 février 2012

Date d'acceptation : le 20 avril 2012

Le D^r Camillo Zacchia et la D^{re} Valentina Munoz n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders*. 2^e éd. New York: The Guilford Press; 2002, p. 219-51.
2. Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. *A Modern Learning Theory*

- Perspective on the Etiology of Panic Disorder. *Psychol Rev* 2001 ; 108 (4) : 4-32.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. 4^e éd. Washington DC : L'Association ; 2000. Traduction française par J.D. Guelfi et coll. Masson : Paris ; 2003. p. 429-84.
 4. Contrada JR. Stress, Adaptation and Health. Dans : Contrada RJ, Baum R, rédacteurs. *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*. New York : Springer Publishing ; 2011. p. 1-10.
 5. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J et coll. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford : Oxford University Press ; 1999. p. 52-128.
 6. Swinson RP, Antony MM, Bleau P et coll. Clinical Practice Guidelines: Management of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry* 2006 ; 51 (suppl. 2) : 1-92.
 7. Centre for Addiction and Mental Health. *Anxiety disorders*. Toronto : Le Centre ; 2009. Site Internet : www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/anxiety_disorders/Pages/anxiety_disorders.aspx (Date de consultation : janvier 2012).
 8. What is ACT? (Chapitre 1). Dans : Eifert GH, Forsyth JP, rédacteurs. *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland : New Harbinger Publications ; 2005. p. 3-12.

Summary

Answers to 10 questions posed by anxious patients. Anxiety is a natural protective emotion that helps human beings survive. But when it is too strong it can imprison people and control their lives. This article uses a question & answer format to help doctors understand anxiety disorders and how these conditions manifest themselves in their patients. An emphasis is placed on a global understanding of anxiety and its management rather than on specific diagnoses. This guide will help physicians answer some of the most common questions posed by anxious patients including: causes and origins, exacerbating and attenuating factors, and both psychological and pharmacological treatment principles. Complementary treatments are also discussed.

9. Smits J, Tart C, Rosenfield D et coll. The Interplay Between Physical Activity and Anxiety Sensitivity in Fearful Responding to Carbon Dioxide Challenge. *Psychosom Med* 2011 ; 73 (6) : 498-503.
10. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002 ; 9 (1) : 54-68.
11. Harris R. *Le piège du bonheur*. Montréal : Éditions de L'Homme ; 2009.