

ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Πάυλος Σακκάς

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών

Το φάσμα των ψυχικών διαταραχών εκτείνεται στα εξής πεδία:

- **Οργανικά ψυχοσύνδρομα**

Περιλαμβάνονται οι ψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε προφανείς οργανικές αιτίες, όπως ενδοκρινικές διαταραχές, όγκοι ή ατροφίες του εγκεφάλου, παρενέργειες φαρμάκων.

- **Διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ουσιών**

Περιλαμβάνονται οι διαταραχές, που προκαλούνται από την χρήση ναρκωτικών, οινόπνευματος κ.ά. ψυχοδραστικών ουσιών, όπως και τα στερητικά σύνδρομα που οφείλονται σε αυτές.

- **Σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές**

- **Συναισθηματικού τύπου διαταραχές**

Περιλαμβάνεται η κατάθλιψη και η διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή.

- **Αγχώδεις διαταραχές**

Περιλαμβάνονται οι απλές αγχώδεις διαταραχές, οι φοβικές διαταραχές (φοβίες), οι κρίσεις πανικού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η υποχονδριακή διαταραχή και η σωματομετατροπική διαταραχή.

Στο παρόν άρθρο θα αναφερθούν εν συντομία, στοιχεία χρήσιμα στην καθημερινή κλινική πρακτική των Γενικών Ιατρών, από όλα τα πεδία των ψυχικών διαταραχών. Αναλυτικότερη αναφορά στα οργανικά ψυχοσύνδρομα, στις διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών και στην κατάθλιψη, υπάρχουν σε άλλα κεφάλαια του παρόντος τόμου.

Οργανικά Ψυχοσύνδρομα

Ο γιατρός που ασκεί την Γενική Ιατρική, καλείται συχνά να αντιμετωπίσει ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι τόσο αυτοί, όσο συγγενείς τους, αιτώνται διαταραχές της προσφάτου μνήμης, οπτικές ψευδαισθήσεις και διαταραχές συμπεριφοράς. Οι τελευταίες μπορεί να φτάσουν σε σημείο ώστε ο ασθενής να είναι διεγερτικός και συγχυτικός.

Πρώτο μέλημα του γιατρού είναι να πάρει ένα καλό ιστορικό προκειμένου να διευκρινίσει εάν κλινική αυτή συμπτωματολογία αναδύθηκε οξέως ή αποτελεί απλή επιδείνωση ανάλογης συμπτωματολογίας, η οποία έχει εμφανιστεί από μηνών ή ετών.

Στη πρώτη περίπτωση, ο γιατρός οφείλει να αναζητήσει κάποιο οργανικό αίτιο, το οποίο διατάραξε, την ευαίσθητη στους ηλικιωμένους, εγκεφαλική λειτουργία. Συχνότερα αίτια είναι ο πυρετός, η αφυδάτωση και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιδίως τους καλοκαιρινούς μήνες, η αύξηση της ουρίας,

η ύπαρξη φλεγμονής, αλλά και η λήψη κάποιου φαρμάκου.

Όπως είναι ευνόητο, στη περίπτωση αυτή, η θεραπευτική προσπάθεια στρέφεται προς την άρση του αιτίου, που προκάλεσε την ψυχική διαταραχή. Παράλληλα είναι δυνατόν να απαιτηθεί και καταστολή του ασθενούς. Τότε μπορούν να χρησιμοποιηθούν, μικρές δόσεις αλοπεριδόλης (1-3mg) έως τρεις φορές ημερησίως. Μάλιστα ιδιαίτερα εύχρηστη είναι η μορφή των σταγόνων 10mg/ml, δηλαδή 2 σταγόνες αντιστοιχούν σε 1mg. Ανάλογη καταστολή μπορεί να επιτευχθεί και με την χορήγηση ρισπεριδόνης (Risperdal), ενός νεότερου νευροληπτικού, σε δόσεις 0.5-2mg εφ'άπαξ το βράδυ.

Στις περιπτώσεις αυτές, ο γιατρός πρέπει να επανεκτιμήσει τον ασθενή μετά από μερικές ημέρες, γιατί η συνεχής λήψη των φαρμάκων αυτών, προκαλούν συχνά εξωπυραμιδικές παρενέργειες. Τα νευροληπτικά είναι ουσίες λιποδιαλυτές, με αποτέλεσμα να αθροίζονται στον πλούσιο λιπώδη ιστό των ηλικιωμένων. Μετά από μερικές μέρες συνεχή χορήγηση, ο λιπώδης ιστός κορένεται και το επιπλέον φάρμακο, προκαλεί αυξημένη δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Η χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων, για την θεραπεία των εξωπυραμιδικών παρενεργειών, πρέπει να αποφεύγεται. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν διαταραχή της μνήμης και των ανώτερων πνευματικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα την πρόκληση σύγχυσης και επομένως την επίταση της διέγερσης των ασθενών.

Άλλα άτυπα νευροληπτικά, όπως η κλοζαπίνη (Leronex) (50-100mg), η ολανζαπίνη (Zyprexa)(5-10mg) και η κουετιπίνη (Seroquel) (25-200mg), μπορούν επίσης να αποτελέσουν εναλλακτικές προτάσεις για την αντιμετώπιση του διεγερτικού ηλικιωμένου ασθενούς.

Διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ουσιών

Η αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών, που αναπτύσσεται διεξοδικά σε άλλο κεφάλαιο του τόμου, περιλαμβάνει και ορισμένες ιδιαίτερες καταστάσεις, οι οποίες απασχολούν μερικές φορές τον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αν και ο αλκοολισμός στην χώρα μας είναι ακόμη περιορισμένος, εντούτοις συμβαίνει, ασθενείς που πάσχουν από κάποια σωματική νόσο, η οποία τους υποχρεώνει να παραμείνουν κλινήρεις για μερικές ημέρες, να εμφανίσουν συμπτώματα στερητικά του οινοπνεύματος. Έτσι ασθενείς που έκαναν καθημερινά, υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, όταν υποχρεωθούν να απέχουν από οποιοδήποτε αλκοολούχο ποτό, είναι δυνατό να εμφανίσουν εκνευρισμό, ανησυχία, αϋπνία, ακόμη και εικόνα τρομάδους παραληρήματος.

Η κατάσταση αυτή, μπορεί κατά περίπτωση να αντιμετωπιστεί είτε με την χορήγηση μικρής ποσότητας αλκοολούχου ποτού είτε με την χορήγηση βενζοδιαζεπινών ή ακόμα και νευροληπτικών, στις σοβαρότερες περιπτώσεις ψυχοκινητικής διέγερσης.

Τέλος, ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να γνωρίζει, ότι οι περισσότερες τοξικές ουσίες που καταναλώνουν οι χρήστες, μπορεί να επιφέρουν αναστρέψιμες ή μόνιμες βλάβες στον εγκέφαλο και να οδηγήσουν τον χρήστη σε σχιζοφρενική ή καταθλιπτική διαταραχή. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις, που η χρήση χασίς διευκόλυνε την εκδήλωση σχιζοφρένειας, ενώ η συνέχιση της, έστω και περιστασιακής χρήσης του, εμποδίζει την θεραπευτική αντιμετώπιση της.

Σχιζοφρενικού τύπου διαταραχές

Η σχιζοφρένεια είναι μια νόσος, της οποίας η διάγνωση είναι σχετικά εύκολη, και τίθεται ήδη από τους συγγενείς του ασθενούς, όμως η θεραπευτική αντιμετώπιση της είναι επίπονη και απαιτεί συνεχή προσπάθεια από τον γιατρό και το περιβάλλον του ασθενούς. Πρόκειται για μια αναπτυξιακή αρρώστια, η οποία συνήθως έχει κληρονομικό υπόστρωμα. Ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος των ασθενών, δυσκολεύεται να διακρίνει τις ιδέες που παράγει η σκέψη του, από αυτές που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον. Συγγχεί δηλαδή τη εξωτερική πραγματικότητα, με τις ενδόμυχες

σκέψεις και φόβους του. Έτσι συμπεραίνει ότι οι φόβοι του, έχουν αντικειμενικό αντίκρισμα, στον εξωτερικό κόσμο. Το «βραχυκύκλωμα» αυτό, δημιουργεί στον ασθενή την πεποίθηση, ότι οι άλλοι γύρω του αναφέρονται σε αυτόν και στους φόβους του. Στο πλαίσιο του ίδιου «βραχυκυκλώματος», ο ασθενής συσχετίζει άσχετα και τυχαία γεγονότα, με αποτέλεσμα να βγάζει ψευδή συμπεράσματα, για την πραγματικότητα, που τον περιβάλλει. Έτσι, υποστηρίζει ιδέες που δεν έχουν πραγματική βάση (παραλήρημα) και αναπτύσσει αλλόκοτη συμπεριφορά.

Συνήθως η νόσος εκδηλώνεται, αμέσως μετά την εφηβεία στους άνδρες και λίγο αργότερα στις γυναίκες. Γενικά η πρόωμη έναρξη, συσχετίζεται με μεγαλύτερη βλάβη του εγκεφάλου και επομένως χειρότερη πρόγνωση. Πάντως η πρόγνωση επιβαρύνεται, από το χρονικό διάστημα, που ο ασθενής παραμένει χωρίς φαρμακευτική αγωγή, καθώς και από τον αριθμό των υποτροπών της νόσου. Στο σημείο αυτό, γίνεται φανερός ο καθοριστικός ρόλος, που μπορεί να διαδραματίσει ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην εξέλιξη της νόσου.

Οι γονείς του ασθενούς, αντιλαμβάνονται αμέσως, ότι η συμπεριφορά του παιδιού τους γίνεται περίεργη. Ο ασθενής αποφεύγει τις κοινωνικές συναναστροφές και απομονώνεται. Πολλές φορές αναπτύσσει παράλογες πεποιθήσεις, μιλά ή γελά μόνος του και μειώνεται κάθετα η επίδοση του στο σχολείο ή στην εργασία του.

Ενώ λοιπόν η αποκλίνουσα συμπεριφορά του ασθενούς, θέτει τουλάχιστον, την υποψία της διάγνωσης, εντούτοις συνήθως το περιβάλλον του αρνείται να παραδεχτεί την ύπαρξη ψυχικής νόσου. Οι συγγενείς φοβούμενοι το κοινωνικό στίγμα και το ψυχολογικό βάρος, που συνεπάγεται η ύπαρξη ψυχικής νόσου, προσπαθούν να δικαιολογήσουν την συμπεριφορά του ασθενούς.

Ο γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας, βρίσκεται σε μοναδική θέση ώστε να μπορέσει να αλλάξει τις στάσεις του κοινωνικού του περίγυρου, στα θέματα των αντιλήψεων, που έχει για την ψυχική νόσο. Ο γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί ένα πρόσωπο κύρους, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με την κοινωνία. Έτσι οφείλει να μεταδώσει την πεποίθηση, ότι η ψυχική αρρώστια είναι και αυτή μια σωματική νόσος, η οποία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων θεραπεύεται, με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας είναι χρόνια. Πρέπει να ξεκινά το δυνατόν ενωρίτερα και συνεχίζεται δια βίου, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων. Επομένως, ο γιατρός σε κάθε επαφή που έχει με τον ασθενή ή τους συγγενείς του, οφείλει να τους ενθαρρύνει στην συνεχή και συνεπή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή.

Ακόμα δεν έχει βρεθεί το ιδανικό αντιψυχωσικό φάρμακο, το οποίο θα μπορούσε να απαλλάξει τον ασθενή από την ψυχωσική συμπτωματολογία, χωρίς να του επιφέρει καμία παρενέργεια. Τα κλασσικά αντιψυχωσικά, όπως η αλοπεριδόλη, έχουν ισχυρή δράση στις ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα, όμως προκαλούν έντονη εξωπυραμιδική συμπτωματολογία, για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η συγχορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων, όπως το Akineton, το Artane και το Disipal. Επιπλέον τα κλασσικά αντιψυχωσικά, προκαλούν μείωση της συναισθηματικής απαντητικότητας των ασθενών και, σε συνδυασμό με τα αντιχολινεργικά, μείωση των γνωσιακών λειτουργιών (συγκέντρωση, προσοχή και μνήμη).

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει αποκαλύψει νέα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα οποία έχουν ηπιότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες. Η κλοζαπίνη (Leronex) ήταν το πρώτο άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο, το οποίο μάλιστα έχει εξαιρετική αποτελεσματικότητα. Όμως μπορεί να προκαλέσει ακοκυτταραιμία και για τον λόγο αυτό απαιτείται συνεχής αιματολογικός έλεγχος του ασθενούς. Ανάλογα, νέα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι η ρισπεριδόνη (Risperdal), η ολανζαπίνη (Zyprexa), η κουετιπίνη (Seroquel) κ.ά. που αναμένονται στο άμεσο μέλλον.

Όπου απαιτείται άμεση καταστολή του ασθενούς, ακόμα χρησιμοποιείται η αλοπεριδόλη και μάλιστα στην ενέσιμο μορφή της. Προκειμένου να αντιμετωπίσουμε έναν σχιζοφρενή ασθενή, που βρίσκεται σε ψυχοκινητική διέγερση, χορηγούμε ενδομυϊκά 1-2 αμπούλες αλοπεριδόλης, ταυτόχρονα

με 1 αμπούλα Akineton, με την ίδια σύριγγα. Εάν ο ασθενής δεν κατασταλεί, σε μία ώρα μπορούμε να επαναλάβουμε την ίδια δοσολογία.

Η αντιμετώπιση ενός διεγερτικού, παραληρητικού ασθενούς, είναι δυνατόν να απαιτήσει την ακούσια νοσηλεία του, σε ψυχιατρική κλινική. Αυτή αποφασίζεται από την Εισαγγελία της περιοχής, μετά από αίτηση των συγγενών του ασθενούς. Εφ' όσον ο ασθενής δεν συνεργάζεται, όπως συμβαίνει συνήθως, ο Εισαγγελέας διατάσει την Αστυνομία να οδηγήσει τον ασθενή, σε κρατικό Νοσοκομείο για ψυχιατρική εξέταση. Εάν οι δύο ψυχίατροι, που τον εξετάσουν αποφανθούν ότι υπάρχει ψυχική νόσος, την οποία δεν αναγνωρίζει ο ασθενής και επομένως δεν αποδέχεται την θεραπεία της, τότε ο Εισαγγελέας διατάσει την ακούσια νοσηλεία του είτε προκειμένου να μην επιδεινωθεί η υγεία του είτε προκειμένου να περιοριστεί η επικινδυνότητα προς τρίτους ή τον εαυτό του.

Κλείνοντας το μέρος της σχιζοφρενικής διαταραχής, πρέπει και πάλι να τονιστεί ότι ο γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορεί να παίζει αποφασιστικό ρόλο, τόσο στην έγκαιρη αντιμετώπιση του σχιζοφρενούς, όσο και στην πρόληψη των υποτροπών, ενθαρρύνοντας τον ασθενή και τους συγγενείς του, στην συνεχή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Στον τομέα αυτό, βοηθούν σε ορισμένες περιπτώσεις και οι ενέσιμες φαρμακολογικές μορφές μακράς διάρκειας (depot), μερικών αντιψυχωσικών φαρμάκων, η δράση των οποίων μπορεί να διαρκεί 20-30 ημέρες.

Συναισθηματικού τύπου διαταραχές

Είναι η κατάθλιψη και η μανία. Ένας ασθενής μπορεί να εμφανίσει, μία ή επανειλημμένες φάσεις κατάθλιψης, ή στη διαδρομή της νόσου, είναι δυνατόν να μεταπίπτει από κατάθλιψη σε μανία. Στη τελευταία περίπτωση, λέμε ότι ο ασθενής πάσχει από διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Μεταξύ των φάσεων μανίας ή κατάθλιψης, συνήθως παρεμβάλλονται διαστήματα νορμοθυμίας.

Προκειμένου να αποτραπεί η εναλλαγή φάσεων και να διατηρηθεί ένας διπολικός ασθενής στη νορμοθυμία, πρέπει να λαμβάνει χρονίως άλατα λιθίου, ή αντιεπιληπτικά φάρμακα. Έχει βρεθεί ότι το λίθιο, θεραπεύει την μανία και προλαμβάνει την υποτροπή της. Όμως το λίθιο είναι θυρεοτοξικό και γενικά τα θεραπευτικά επίπεδα του, βρίσκονται κοντά στα τοξικά. Επομένως απαιτείται παρακολούθηση των επιπέδων λιθίου στο αίμα (θεραπευτικά: 0.8-1.2mEq/lit). Στη χώρα μας, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, γιατί η έντονη εφίδρωση προκαλεί αιμοσυμπύκνωση και επομένως αύξηση των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα.

Στη φάση της μανίας ο ασθενής εμφανίζει:

- Υπερενεργητικότητα, υπερκινητικότητα, ψυχοκινητική διέγερση
- Λογόρροια, ιδεόρροια, ιδεοφυγή
- Υπerrαισιοδοξία, ιδέες υπερτίμησης του Εγώ, μεγαλομανιακό παραλήρημα
- Αύξηση της ερωτικής επιθυμίας

Στην οξεία φάση, συνήθως απαιτείται η χορήγηση νευροληπτικών, σε μεγάλες μάλιστα δόσεις, για να επιτευχθεί γρήγορη καταστολή του ασθενούς. Το λίθιο και τα αντιεπιληπτικά δρουν θεραπευτικά σε 5-10 ημέρες.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από:

- Μείωση δραστηριότητας, έλλειψη ενεργητικότητας
- Απαισιοδοξία, απελπισία, ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ανορεξία ή βουλιμία
- Μείωση της ερωτικής επιθυμίας
- Ευσυγκινησία, κλάμα
- Άγχος ψυχικό και σωματικό, ή απάθεια

Το άγχος είναι συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης και πολλές φορές μπορεί να προηγείται των άλλων συμπτωμάτων.

Η θεραπεία της κατάθλιψης σήμερα, περιλαμβάνει τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή και νορεπινεφρίνης, καθώς και αναστρέψιμους αναστολείς της MAO. Και οι τρεις αυτές κατηγορίες φαρμάκων, αυξάνουν την δραστηριότητα σεροτονινεργικών νευρώνων στον εγκέφαλο, οι οποίοι προφανώς είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σήμερα πιστεύουμε ότι η λειτουργία κάποιων συγκεκριμένων νευρωνικών κυκλωμάτων, μας δίνει αισιοδοξία και ενεργητικότητα.

Ορισμένοι άνθρωποι έχουν κληρονομήσει ελαττωματικά κυκλώματα. Γνωρίζουμε δηλαδή ότι η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο, στην εμφάνιση συναισθηματικής διαταραχής. Όμως στην εξάντληση των νευρικών κυττάρων, που μετέχουν στα κυκλώματα αυτά, βοηθά η συσσώρευση αλληπάλληλων αρνητικών γεγονότων ζωής, όπως χρόνιες αρρώστιες και θάνατοι αγαπημένων προσώπων, οικονομικές απώλειες, ατυχήματα κ.ά. Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο καθένας επεξεργάζεται αυτά τα αρνητικά γεγονότα, δηλαδή η προσωπικότητα κάθε ανθρώπου, συμβάλει στην εξάντληση ή την διατήρηση αυτών των κυκλωμάτων.

Επίσης γνωρίζουμε ότι οι θυρεοειδικές ορμόνες ασκούν θετική επίδραση, ενώ τα οιστρογόνα, επηρεάζουν αρνητικά τα νευρωνικά αυτά κυκλώματα. Η κορτιζόνη αρχικά προκαλεί υπερθυμία, ενώ η χρόνια χορήγηση, συνήθως οδηγεί σε κατάθλιψη. Πολλά φάρμακα, ακόμα προκαλούν κατάθλιψη, όπως η ιντερφερόνη, διάφορα χημειοθεραπευτικά, οι αγωνιστές της ντοπαμίνης και ορισμένα αντιυπερτασικά.

Η θεραπεία της κατάθλιψης σήμερα πιστεύουμε ότι πρέπει να είναι μακροχρόνια. Τα νέα αντικαταθλιπτικά, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, μη έχοντας σημαντικές παρενέργειες, μας επιτρέπουν να τα χορηγήσουμε άφοβα στους ασθενείς μας και για μεγάλο διάστημα. Έτσι μετά από το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης, συνιστάται η χορήγηση θεραπείας για τουλάχιστον 4 μήνες, ενώ εφόσον ο ασθενής εμφανίσει επανειλημμένα επεισόδια κατάθλιψης, τότε η θεραπεία μπορεί να είναι ακόμα και για χρόνια, ώστε να προληφθεί υποτροπή της νόσου.

Όσον αφορά τις γυναίκες, σήμερα γνωρίζουμε ότι η αγωγή μπορεί να συνεχίζεται και κατά την εγκυμοσύνη, αφού οι εξαιρετικά σπάνιες βλάβες που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο, είναι μικρότερες από τις βλάβες που προκαλεί το stress και η πιθανή υποτροπή της νόσου. Για την γαλουχία, εφόσον η μητέρα επιμένει στον θηλασμό του νεογνού, οι ποσότητες φαρμάκων που ανιχνεύονται στο γάλα είναι ελάχιστες.

Αγχώδεις διαταραχές

Πρόκειται για μια μεγάλη ομάδα διαταραχών, με διαφορετικές συμπτωματολογίες. Κύριο και κοινό χαρακτηριστικό είναι το άγχος, το οποίο κάθε άνθρωπος, ανάλογα με την προσωπικότητα του, το εκδηλώνει διαφορετικά. Έτσι σε άλλους εκφράζεται το άγχος με ψυχοκινητική ανησυχία, σε άλλους με μυϊκή τάση, κεφαλαλγία, «σφίξιμο» στο στήθος, ή άλλα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση, γαστρεντερικές διαταραχές, ή συχνοουρία. Συχνά λοιπόν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αντιμετωπίζουν ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από αγχώδη διαταραχή, αλλά τους παρουσιάζονται με ποικίλη σωματική συμπτωματολογία. Όταν μάλιστα η κρίση του άγχους λάβει μεγάλη ένταση, όπως στις κρίσεις πανικού, τότε ο ασθενής συχνά έχει το αίσθημα επικείμενου θανάτου και ζητά από τον γιατρό άμεση βοήθεια.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις αυτές λύνονται με ενδομυϊκή ένεση διαζεπάμης ή άλλης βενζοδιαζεπίνης. Στη συνέχεια, η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει μακροχρόνια χορήγηση βενζοδιαζεπινών και παράλληλα αντικαταθλιπτικών. Τα αντικαταθλιπτικά απαιτούνται, γιατί συνήθως, κάτω από την ανάδυση της αγχώδους συμπτωματολογίας, λανθάνει ελαφρά κατάθλιψη, η οποία και είναι υπεύθυνη για την ευαισθητοποίηση του οργανισμού, στην εκδήλωση του άγχους.

Όταν η εκδήλωση του άγχους συνδεθεί με ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, ή περιβάλλον, όπως ένας κλειστός χώρος, ο ανελκυστήρας, το λεωφορείο, το αεροπλάνο, πολυσύχναστα καταστήματα κ.ά. τότε λέμε ότι ο ασθενής πάσχει από συγκεκριμένη φοβία, αφού αποφεύγει το συγκεκριμένο ερέθισμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πλην της φαρμακευτικής αγωγής που περιγράφηκε, συνιστάται και συμπεριφερικού τύπου θεραπεία, δηλαδή προσπάθεια έκθεσης του ασθενούς στο ερέθισμα που του προκαλεί άγχος.

Τέλος υπάρχουν ασθενείς, που εκδηλώνουν το άγχος τους με ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Η θεραπεία αυτών είναι εξαιρετικά δύσκολη και στηρίζεται κυρίως στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης.