

# ANXIETAS (Kecemasan)

# Anxietas (Kecemasan)

- Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup.
- Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun, namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya

# Patofisiologi

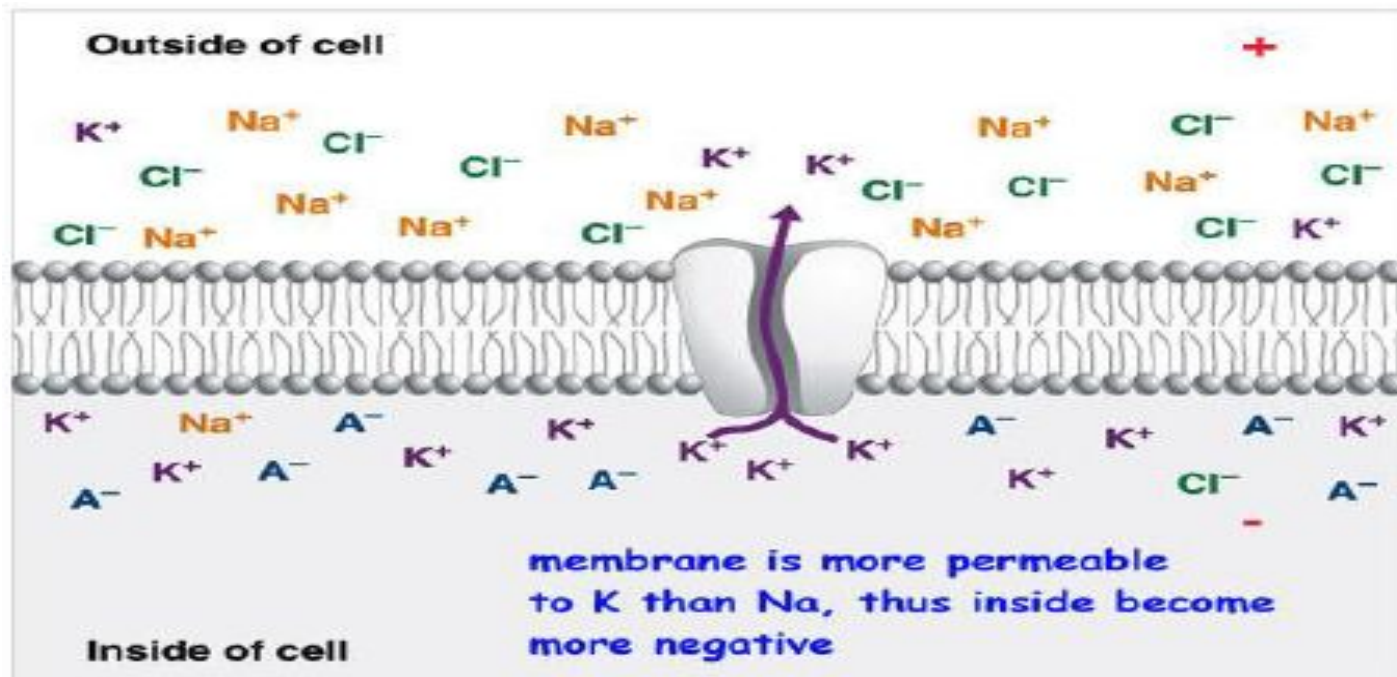
- **Tiga neurotransmitter utama berhubungan dengan axietas**
- Norepineprin
- Serotonin
- GABA (Gamma Aminobutirat acid)

- Stress □ mengaktifkan limbic hipotalamus adrenal axis (LHPA) □ merangsang hipotalamus □ mengakibatkan sekresi hormon CRH □ hal ini mengakibatkan teraktivasinya hormon ACTH □ menstimulasi produksi hormon kortisol dari adrenal □ selain itu, mengaktifkan hormon adrenergik dari locus ceruleus (LC) □ dimana LC merupakan tempat produksi NE kemudian mensekresikan epineprin.

- Pelepasan epineprin dari adrenal □  
menstimulasi sistem saraf otonom □ karena  
terjadi hiperaktifitas syaraf otonom akan  
mengakibatkan beberapa gejala seperti  
kardiovaskular (takikardi), pencernaan (Diare),  
Pernapasan (Takipnea)

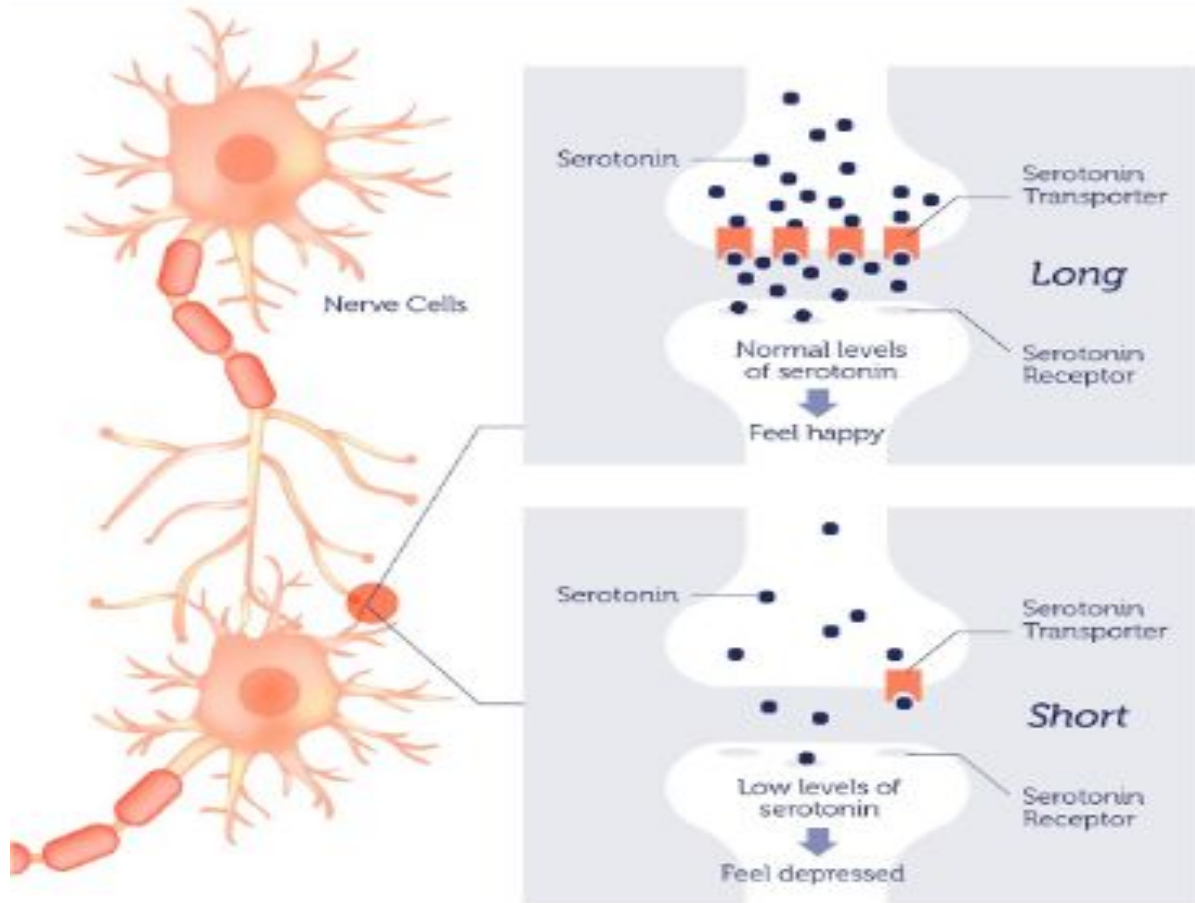
# GABA

- Sebagian besar neurotransmitter (Ach, GABA) berperan dalam mengatur aliran ion melalui kanal ion pada membran, sehingga menyebabkan terjadinya depolarisasi atau hiperpolarisasi membrane. Na, K, Ca dan Cl merupakan ion-ion yang keluar masuk sel melalui proses kanal ion



- Pelepasan neurotransmitter ke celah sinaps mengakibatkan hambatan pada GABA □ membuka kanal ion  $Cl^-$  □ ion  $Cl^-$  didalam darah tidak terkendali □ kecemasan

# Perbedaan Antara Normal Dengan Non Normal





# Implikasi Akibat Dari Gangguan

- Denyut jantung meningkat dan tekanan darah meningkat
- Keringat meningkat untuk membantu mendinginkan tubuh
- Darah dialihkan ke otot, yang mana tegang, siap beraksi
- Pencernaan melambat
- Produksi air liur menurun sehingga menyebabkan kekeringan mulut
- Kecepatan pernapasan meningkat - lubang hidung dan udara saluran di paru-paru terbuka lebih lebar untuk menghirup udara lebih cepat
- Hati melepaskan gula untuk menyediakan energi dengan cepat □ peningkatan kadar GDS
- Otot sfingter berkontraksi untuk menutup usus dan bukaan kandung kemih □ Hal ini berhubungan dengan GERD
- Respon imun menurun (berguna pada jangka pendek untuk memungkinkan tanggapan besar-besaran ancaman langsung, tetapi berpotensi berbahaya dalam waktu lama).

# Penyebab dan Faktor resiko

- Gangguan kecemasan biasanya akibat dari interaksi di antara beberapa faktor termasuk:
- Genetika
- Latar belakang dan pola asuh keluarga
- Pengkondisian \*
- Stres baru-baru ini
- Keyakinan dan sikap pribadi
- Kemampuan untuk mengungkapkan perasaan.

# Gejala Anxietas

## Tubuh (Jasmani)

- Kesulitan tidur
- Kilatan panas atau dingin
- Otot tegang
- Mual
- Sesak napas
- Tremor atau palpitasi
- Berkeringat
- Pingsan
- Pusing

## Perasaan

- Depersonalisasi (perasaan terlepas dari diri)
- Derealisasi (perasaan tidak nyata)
- Ketidakberdayaan
- Stres, Tertekan«
- Ketakutan

# Gejala Anxietas

## Pikiran

- Selalu berpikir tentang hal terburuk
- Berpikir bencana

## Behaviour (Tingkah Laku)

- Menghindari Fobia   
Situasi Yang Ditakuti
- Mudah Dikejutkan
- Ritual Mengurangi  
Kecemasan
- Hiperventilasi

# Kondisi Medis Umum Memperburuk Gejala Kecemasan

Kondisi Fisik	Contoh
Kondisi endokrin	Hipertiroidisme dan hipotiroidisme, hipoglikemia, adrenal hyperadrenocorticism insufisiensi, Tidak haid
Kondisi kardiovaskular	Gagal jantung kongestif, emboli paru, aritmia
Kondisi pernafasan	Asma, penyakit paru obstruktif kronik, pneumonia
Kondisi metabolik	Diabetes, porfiria
Sistem saraf pusat / kondisi neurologis	Neoplasma, ensefalitis, epilepsi, migraine
Paparan bahan kimia Di tempat kerja,	Keracunan timbal
Gangguan saluran cerna,	Tukak lambung, iritasi usus besar
Kondisi hematologis	Defisiensi vitamin B12, anemia
Kondisi genito-kemih,	Infeksi saluran kemih (pada lansia)
Terkait obat Misalnya,	kafein dan nikotin, pseudoefedrin, alkohol berlebihan

# **Manual Diagnostik Dan Statistik Gangguan Mental (DSM-IV)**

- Gangguan Panik (Dengan Atau Tanpa Agorafobia)
- Fobia Spesifik
- Fobia Sosial
- Gangguan Obsesif-kompulsif (OCD)
- Gangguan Kecemasan Umum (GAD)
- Gangguan Stres Pasca Trauma (PTSD)
- Gangguan Stres Akut
- Gangguan Penyesuaian.

# Gangguan Panik

- Gangguan panik ditandai secara tiba-tiba episode ketakutan atau ketakutan akut yang terjadi tanpa sebab yang jelas (mengambang bebas).
- Perasaan panik biasanya hanya berlangsung lima sampai 10 menit, tetapi bisa kembali untuk periode hingga dua jam.

# Gejala Gangguan Panik

- Jantung berdebar-debar, jantung berdebar kencang atau dipercepat detak jantung
- Berkeringat
- Gemetar atau gemetar
- Sensasi sesak napas atau membekap
- Perasaan tercekik
- Nyeri dada atau ketidaknyamanan
- Mual atau gangguan perut
- Merasa pusing, goyah, pusing atau pingsan
- Derealisasi (perasaan tidak nyata) atau depersonalisasi (perasaan terlepas dari diri)
- Takut kehilangan kendali atau menjadi gila
- Takut mati
- Mati rasa atau kesemutan
- Menggigil atau hot flushes.



# Agorafobia

- Seseorang yang mengalami agorafobia merasa cemas tentang situasi yang mungkin sulit (atau memalukan), atau dalam bantuan yang mungkin tidak tersedia.
- Situasi sulit sering kali termasuk berada di rumah sendiri, di tengah keramaian, bepergian sendirian di dalam mobil.
- Menanggapi ketakutan ini, orang tersebut menghindari situasi di mana mereka mungkin terserang panic, sulit untuk ditahan, atau membutuhkan pendamping untuk menghadapinya.
- Agorafobia biasanya berkembang setelah individu telah mengalami serangan panik atau gejala panik dan terus berlanjut sebagai cara menghindari situasi yang menyebabkan kepanikan.

# Phobia Spesifik

- Fobia spesifik dikaitkan dengan ketakutan yang ditandai dari objek atau situasi tertentu, orang tersebut mengakui sendiri, berlebihan dan irasional.
- Paparan stimulus yang ditakuti menyebabkan kesusahan yang ekstrim, dapat menyebabkan serangan panik yang terikat situasi, atau pingsan (dalam kasus fobia darah).

# **Social Phobia**

## **(Social Anxiety Disorder)**

- Fobia sosial adalah ketakutan yang mencolok dan terus-menerus secara sosial atau pengaturan kinerja di mana informasi orang merasa terekspos dalam pengawasan orang lain.
- Mereka takut akan bertindak dengan cara yang memalukan atau menunjukkan gejala kecemasan, dan orang lain akan menilai.
- Paparan lingkungan sosial yang ditakuti memicu kecemasan termasuk terikat secara situasional serangan panik.
- penderitanya mengakui ketakutan ini sebagai memaksa irasional dan mengganggu.
- Penderita mau menghindari situasi tertentu atau tahan dengan kecemasan yang intens. Kecemasan antisipatif sebelumnya acara sosial juga biasa terjadi.

# Kondisi Yang Ditakuti Oleh Individu Dengan Fobia Sosial

- Makan di depan umum
- Berbicara di depan umum
- Menggunakan toilet umum
- Berada dalam situasi sosial di mana mereka mungkin mengatakan atau melakukan hal-hal bodoh
- Berada dalam situasi di mana mereka mungkin tersipu atau tampak cemas.

# Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

- OCD ditandai dengan obsesi dan / atau kompulsi □ cukup parah memakan waktu sehingga kinerja mereka membutuhkan lebih banyak dari satu jam sehari dan ditandai kesusahan atau gangguan signifikan. Di beberapa Arahkan penderita mengenali obsesinya /kompulsi berlebihan atau tidak rasional tetapi terasa tak berdaya untuk melawan.

# Obsesi Didefinisikan Dalam DSM-IV

- Pikiran, Impuls Yang Berulang Dan Terus-menerus Atau Gambar Yang Mengganggu Dan Tidak Tepat, Dan Menyebabkan Kecemasan Atau Kesulitan
- Pikiran, Impuls Atau Gambaran Yang Berlebihan Tentang Masalah Kehidupan Nyata
- Upaya Penderita Untuk Mengabaikan Atau Menekan Pikiran, Impuls Atau Gambaran Seperti Itu, Atau Menetralisirnya Dengan Pemikiran Lain Atau Aktivitas
- Pengakuan Bahwa Pikiran Obsesif, Impuls Atau Gambar Adalah Produk Dari Pikiran Penderita (Dan Tidak Dipaksakan Dari Di Luar, Seperti Dalam Penyisipan Pikiran)

# Kompulsi Didefinisikan

- Perilaku berulang, (misalnya mencuci tangan, memesan, memeriksa), atau aktivitas mental, (misalnya menghitung, mengulang kata-kata secara diam-diam), yang membuat orang tersebut merasa terdorong untuk melakukan menanggapi baik obsesi
- Perilaku atau tindakan mental yang dirancang untuk mencegah atau mengurangi kesusahan, atau mencegah peristiwa atau situasi yang ditakuti, tetapi tidak realistis terkait dengan apa yang mereka rancang untuk menetralkan atau mencegah, atau jelas berlebihan.

# Beberapa Gejala OCD

- Memeriksa, membersihkan, menghitung dan membutuhkan ritual simetri, pikiran obsesif dan kelambatan obsesif.
- Manifestasi umum ocd □ \*memeriksa dan ritual pembersihan
- Pikiran obsesif biasanya agresif, seksual atau religius, dan menjengkelkan serta menjijikkan bagi individu tersebut.



# Generalised Anxiety Disorder (GAD)

- Kecemasan umum ditandai oleh kekhawatiran dan ketakutan yang berlebihan, terjadi lebih banyak hari daripada tidak setidaknya selama enam bulan.
- **Ada tiga tambahan gejala dalam kategori:**
- Tegangan motorik misalnya ketegangan otot, gemetar, gelisah, kelelahan
- Hiperaktif otonom □ misalnya sesak napas, detak jantung cepat, mulut kering, dingin tangan, pusing (tapi tidak sampai memenuhi syarat sebagai gejala panik)
- Kewaspadaan dan pemindaian □ merasa 'dikunci up' 'sepanjang waktu, sulit berkonsentrasi, mudah mengejutkan, insomnia atau mudah tersinggung

# Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

- PTSD □ pengembangan gejala psikologis setelah langsung atau tidak langsung terpapar stresor ekstrem di luar rentang normal pengalaman manusia.
- Gejala dapat muncul segera setelah kejadian (missal pelecehan seksual, kecelakaan mobil, perampokan)

# Diagnosis PTSD

- Orang yang mengalami, menyaksikan atau pernah dihadapkan dengan suatu peristiwa atau peristiwa melibatkan kematian aktual atau terancam atau cedera serius, atau ancaman terhadap fisik integritas diri mereka sendiri atau orang lain
- Tanggapan mereka mencakup rasa takut yang kuat, ketidakberdayaan, atau horor.

# Peristiwa Traumatis Terus-menerus Dialami PTSD

- Ingatan yang berulang, mengganggu, dan menyedihkan tentang acara
- Mimpi menyedihkan yang berulang setelah kejadian
- Bertindak atau merasakan seolah-olah peristiwa itu berulang, termasuk ilusi, halusinasi dan episode flash-back yang dipisahkan
- Tekanan psikologis yang intens saat terpapar (secara internal atau eksternal) untuk isyarat melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa
- Reaksi fisiologis terhadap (internal atau eksternal) paparan isyarat yang melambangkan atau menyerupai aspek peristiwa traumatis

# Efek Dari Trauma (PTSD)

- Upaya untuk menghindari pikiran, perasaan \*atau percakapan yang terkait dengan trauma
- Menghindari situasi yang memicu ingatan dari trauma
- Ketidakmampuan untuk mengingat aspek-aspek penting dari trauma
- Minat yang sangat berkurang atau partisipasi dalam kegiatan
- Perasaan keterasingan dan keterasingan dari orang lain
- Rentang pengaruh yang terbatas, misal tidak bisa memiliki perasaan cinta
- Rasa masa depan yang dipersingkat, mis. Tidak harapan akan karier, pernikahan, normal masa hidup

# Acute Stress Disorder

- Gangguan sementara □ dikembangkan sebagai respons terhadap peristiwa traumatis. Hampir sama PTSD kecuali gejala tersebut muncul paling lama empat minggu setelah kejadian trauma, dan bertahan maksimal empat minggu.

# Gejala Acute Stress Disorder

- Cemas atau takut sendirian atau berada di tempat lain situasi yang menakutkan, membahayakan diri sendiri atau orang yang dicintai, atau peristiwa serupa yang terjadi lagi
- Menghindari situasi atau pikiran mengingatkan pada peristiwa traumatis
- Mudah dikejutkan oleh suara keras atau gerakan tiba-tiba
- Kilas balik, saat gambar traumatis acara tiba-tiba muncul di pikiran
- Gejala fisik, misal Ketegangan otot, gemetar atau gemetar
- Kurangnya minat pada aktivitas biasa, termasuk kehilangan nafsu makan atau minat seksual
- Kesedihan atau perasaan kehilangan atau kesepian
- Kaget atau tidak percaya pada apa yang terjadi, perasaan mati rasa atau tidak nyata, merasa terisolasi atau terpisah
- Masalah tidur
- Masalah dengan konsentrasi dan memori
- Keasyikan dengan trauma
- Rasa bersalah dan keraguan diri atas tindakan atau kurangnya tindakan mereka selama trauma, atau untuk menjadi lebih baik off dari yang lain
- Kemarahan, menanyakan 'mengapa saya?'

# Adjustment Disorder

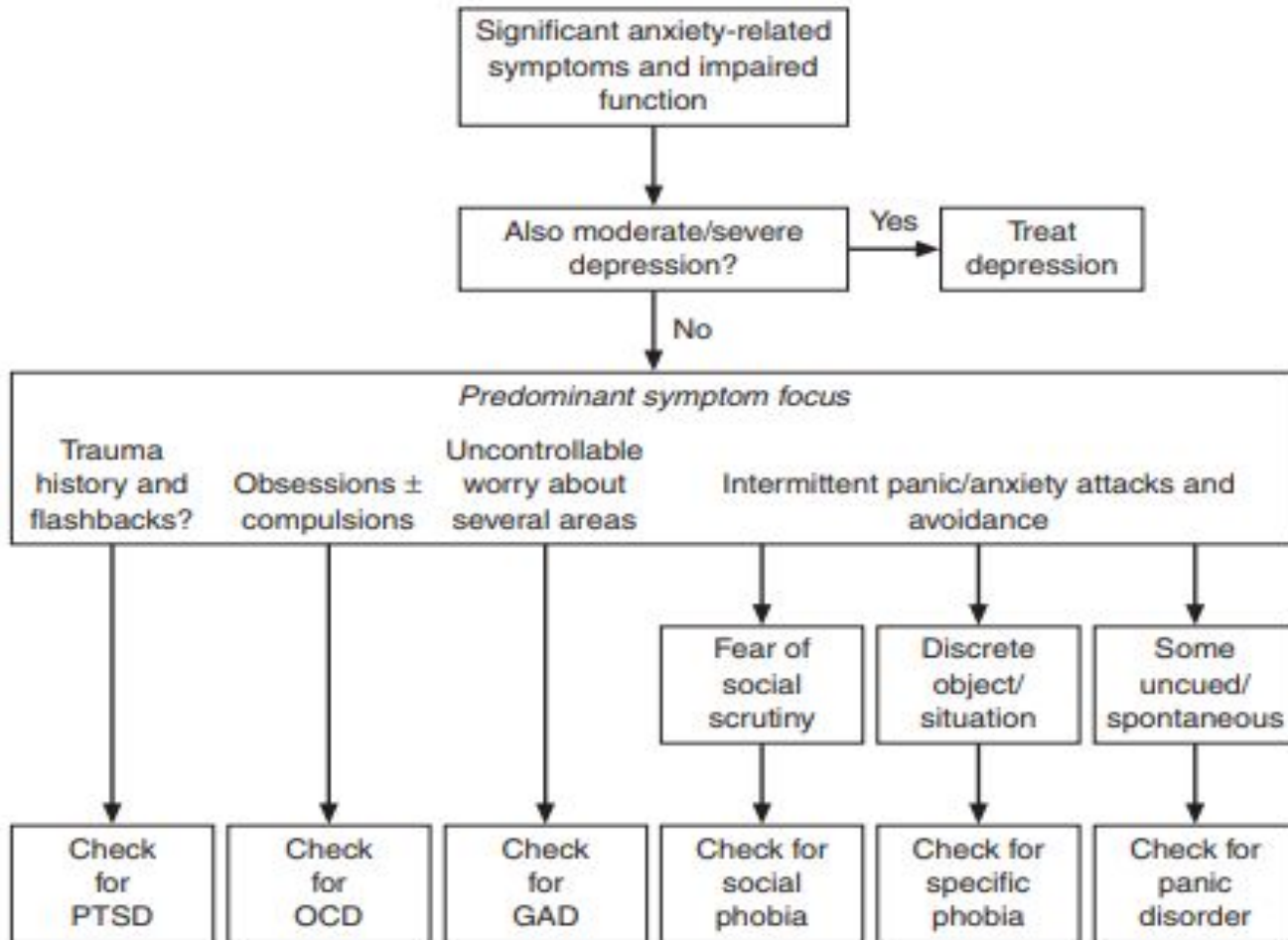
- Gangguan penyesuaian hanya didiagnosis jika tekanan melebihi tingkat yang diharapkan, mengingat penyebabnya, atau jika penyebabnya gangguan sosial



# Gejala Adjustment Disorder

- Suasana hati tertekan
- Air mata dan perasaan putus asa
- Kecemasan atau kekhawatiran
- Merasa tidak mampu menghadapi hidup sekarang, atau merencanakan masa depan
- Insomnia
- Gejala fisik, misal Sakit kepala, nyeri dada , jantung berdebar-debar
- Gangguan dengan rutinitas sehari-hari
- Perilaku agresif atau antisosial (lebih umum di kalangan remaja)
- Kembali mengompol, mengisap jempol atau perilaku regresif lainnya sering terjadi anak-anak

# Assesment Anxietas



# Tes Skrining Dasar Untuk Mengidentifikasi Kondisi Medis

- Pemeriksaan Hematologis
- Elektrolit Kreatinin Dan Kalsium
- Tes Fungsi Tiroid
- EKG, Jika Gejala Jantung Menonjol. Adanya Salah Satu Kondisi Di Atas Tidak Mengecualikan Diagnosis Gangguan Kecemasan.

# Kapan Pasien Diharuskan Untuk Dirawat

- Intensitas dan / atau durasi lebih besar daripada keadaan awal
- Menyebabkan gangguan fungsi atau kecacatan pekerjaan, sosial atau interpersonal
- Menghindari situasi tertentu atau objek dalam upaya untuk mengurangi kecemasan
- Gejalanya meliputi obsesi, kompulsi, dan 'kilas balik' (trauma)
- Tingkat kecemasan tidak tepat di konteks keluarga, sosial dan budaya perilaku dan harapan.

# Sasaran Terapi

- Jangka pendek :  
Menurunkan keparahan dan durasi keluhan ansietas dan memperbaiki semua fungsi organ yang terlibat
- Jangka panjang :  
Meremisi dengan meminimalkan/menghilangkan keluhan ansietas dan kerusakan organ non fungsional

# Terapi Non Farmakologi

1. Psikoedukasi/Psikoterapi.
2. Konseling jangka pendek,
3. Manajemen stress.
4. Meditasi
5. Latihan Pernafasan

# Terapi Farmakologi

**Table 5** Summary of potential adverse effects, interactions and other specific problems of named psychotropic drugs used in the treatment of anxiety disorders\*

Class	Examples	Potential adverse effects							Specific problems	Inhibition of hepatic enzymes	Toxicity in overdose	Withdrawal symptoms
		'Anti-Ch'	Sedation	Insomnia	↓bp	Nausea	Sexual problems	Weight gain				
Selective serotonin reuptake inhibitors	citalopram	-	-	+	-	+	+	-	All SSRIs: a. can increase nervousness in first few days of treatment: b. possible increased risk of suicide attempts in depressed children and adolescents.	-	low	+
	escitalopram	-	-	+	-	+	+	-		-	low	+
	fluoxetine	-	-	+	-	+	+	-		++	low	?
	fluvoxamine	-	-	+	-	+	+	-		++	low	+
	paroxetine	-	-	+	-	+	+	+		++	low	++
	sertraline	-	-	+	-	+	+	-		-	low	+
Serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors	duloxetine	+	-	+	-	+	+	-	-	-	?	?
	venlafaxine	+	-	+	-	+	+	-	Hypertension. BP and ECG monitoring suggested.	-	medium	++
Selective noradrenaline reuptake inhibitors	maprotiline	+	+	-	-	-	+	++	Seizures	?	high	+
	reboxetine	+	-	-	-	-	-	-	-	-	low	?
Tricyclic antidepressants	amitriptyline	++	++	-	++	-	+	++	All TCAs: Potentially cardiotoxic in therapeutic dosage and in overdose.	++	high	+
	clomipramine	++	++	+	++	+	++	+		++	high	+
	desipramine	+	+	+	+	-	+	-		++	high	+
	imipramine	++	+	+	++	-	+	+		++	high	+
Monoamine oxidase inhibitors	phenelzine	+	-	+	++	+	+	+	Phenelzine:	-	high	++
	moclobemide	-	-	+	-	+	-	-	Hypertensive crisis with sympathomimetics. Need to follow restricted diet.	-	low	-
Receptor antagonists	mirtazapine	+	++	-	-	-	-	++	Blood dyscrasia (as common as with TCAs)	?	low	-
Benzodiazepines	alprazolam	-	++	-	-	-	-	-	All benzodiazepines: a. can impair attention and memory b. tolerance and dependence may occur	Minimal effects on hepatic enzymes; pharmacodynamic interactions with sedative drugs.	Medium. Can be reversed with flumazenil.	++
	bromazepam	-	++	-	-	-	-	-				++
	clonazepam	-	++	-	-	-	-	-				+
	diazepam	-	++	-	-	-	-	-				+
	lorazepam	-	++	-	-	-	-	-				++

# Lanjutan....

Conventional neuroleptics	haloperidol	-	+	-	+	-	+	+	Risk of development of acute and delayed movement disorders.	Many drug interactions.	high	+		
	trifluoperazine	+	++	-	+	-	+	+					high	+
Atypical antipsychotics	olanzapine	+	+	-	+	-	+	++	All atypicals: Risk of hyperglycaemia and induction of diabetes mellitus.	+	low	?		
	quetiapine	+	++	-	+	-	-	+					low	?
	risperidone	+	+	-	+	-	+	+					low	?
Anticonvulsants	gabapentin	+	+	-	?	+	-	+	Potential for the development of tolerance or dependence is not established.	-	?	Abrupt withdrawal may possibly precipitate seizures.		
	pregabalin	-	++	-	-	-	-	?					?	
	tiagabine	-	+	-	-	-	-	-					?	possibly precipitate seizures.
Mood stabilizer	lithium	-	-	-	-	+	(-)	++	Narrow therapeutic window necessitates regular blood level monitoring.	-	Acute: medium Chronic intoxication: high.	Abrupt withdrawal may precipitate mania.		
Beta-blockers	pindolol	+	+	-	+	-	+	+	Avoid in patients with asthma, heart failure, and peripheral vascular disease.	Many drug interactions.	medium	Abrupt withdrawal may precipitate hypertension.		
	propranolol	-	+	-	+	-	+	+						
Antihistamines	hydroxyzine	+	+	-	-	-	?	+	Little information on benefits and risks.	?	low-medium	?		
5-HT <sub>2A</sub> agonist	buspirone	+	-	+	-	+	-	-	Little information on benefits and risks.	Some interactions	low	-		

## Annotations

'Anti-Ch', anticholinergic: refers to symptoms commonly caused by muscarinic receptor blockade (including dry mouth, sweating, blurred vision, constipation and urinary retention), although one or more of these symptoms may be caused by other mechanisms and does not necessarily imply that the drug binds to muscarinic receptors: ↓bp, postural hypotension: ++, relatively common or strong: +, may occur or moderately strong: -, absent or weak: ?, unknown or insufficient information.

\*Only those psychotropic drugs that are named in the text and currently available for clinical use are considered: naming a drug in this table does not indicate that it has proven efficacy or a license for the treatment of anxiety. The side-effect profiles given are not comprehensive and provide approximate comparison only. Details of drugs and potential cautions and interactions should be looked up in a reference book such as the *British National Formulary* (2005).



# Lanjutan...

Table III. Recommendations for drug treatment of anxiety disorders and OCD. Daily dose in mg (in brackets: categories of evidence and recommendation grade: see Table I.

	Panic disorder	Generalized anxiety disorder	Social anxiety disorder	Obsessive-compulsive disorder	Post-traumatic stress disorder
<b>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)</b>					
Citalopram	20–60 (A; 1)		20–40 (B; 3)		
Escitalopram	10–20 (A; 1)	10–20 (A; 1)	10–20 (A; 1)	10–20 (A; 1)	
Fluoxetine	20–40 (A; 1)		20–40 (D; 5)	20–60 (A; 1)	20–40 (A; 1)
Fluvoxamine	100–300 (A; 1)		100–300 (A; 1)	100–300 (A; 1)	
Paroxetine	20–60 (A; 1)	20–50 (A; 1)	20–50 (A; 1)	20–60 (A; 1)	20–40 (A; 1)
Sertraline	50–150 (A; 1)	50–150 (A; 1)	50–150 (A; 1)	50–200 (A; 1)	50–100 (A; 1)
<b>Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)</b>					
Venlafaxine	75–225 (A; 1)	75–225 (A; 1)	75–225 (A; 1)		75–225 (A; 1)
Duloxetine		60–120 (A; 1)			
<b>Tricyclic Antidepressants</b>					
Amitriptyline					75–200 (B; 3)
Clomipramine	75–250 (A; 2)			75–300 (A; 2)	
Imipramine	75–250 (A; 2)				75–200 (B; 3)
<b>Calcium Channel Modulators</b>					
Pregabalin		150–600 (A; 1)			
Gabapentin			600–3,600 (B; 3)		
<b>MAO Inhibitors</b>					
Phenelzine	45–90 mg (B; 3)		45–90 (A; 2)	45–90 (D; 5)	45–90 (D; 5)
<b>Reversible Inhibitor of Monoaminoxidase A (RIMA)</b>					
Moclobemide			300–600 mg (D; 5)		
<b>Benzodiazepines</b>					
Alprazolam	1.5–8 (A; 2)				
Clonazepam	1–4 (A; 2)		1.5–8 mg (B; 3)		
Diazepam	5–20 (A; 2)	5–15 (A; 2)			
Lorazepam	2–8 (A; 2)	2–8 (A; 2)			
<b>Atypical Antipsychotics</b>					
Quetiapine		50–300 (A; 1)			
Risperidone					0.5–6 (B; 3)
<b>Tricyclic Anxiolytic</b>					
Opipramol	50–150 (B;3)				
Azapirone					
Bupirone		15–60 (D; 5)			
<b>Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSA)</b>					
Mirtazapine				30–60 (B; 3)	30–60 (B; 3)
Antihistamine					
Hydroxyzine		37.5–75 (A;2)			

Abbreviations: see text. Not all drugs are currently approved in all countries for these indications; refer to local prescribing information.

# Terapi Akut GAD

- Pilih pengobatan akut berbasis bukti (A):
- **Farmakologis:** SSRI (escitalopram, paroxetine, sertraline), venlafaxine, **benzodiazepine** (alprazolam, diazepam), imipramine, buspirone, hidrosizin
- **Psikologis:** terapi perilaku kognitif
- Mempertimbangkan gambaran klinis, kebutuhan dan preferensi pasien serta ketersediaan layanan lokal saat memilih pengobatan, sebagai pendekatan farmakologis dan psikologis memiliki kemanjuran yang serupa secara luas dalam pengobatan akut
- Pertimbangkan SSRI untuk pengobatan farmakologis lini pertama (D)
- Dosis yang lebih tinggi dari SSRI atau venlafaxine mungkin berhubungan dengan tingkat respons yang lebih besar (A)
- Sarankan kepada pasien bahwa periode pengobatan sampai 12 minggu diperlukan untuk menilai kemanjuran (A)

# Terapi Jangka Panjang GAD

- Lanjutkan pengobatan obat selama enam bulan berikutnya pada pasien yang merespons selama 12 minggu (A)
- Pengobatan farmakologis jangka panjang, gunakan sebuah pendekatan yang diketahui efektif dalam mencegah kekambuhan:
  - bukti terbaik adalah untuk SSRI (escitalopram, paroxetine)
- Pertimbangkan terapi perilaku kognitif karena dapat mengurangi tingkat kekambuhan lebih baik daripada pengobatan obat (S)
- Pantau kemanjuran dan tolerabilitas secara teratur selama pengobatan jangka panjang (S)

# Ketika Pengobatan Awal Gagal

- Pertimbangkan untuk beralih ke pengobatan berbasis bukti lainnya setelah tidak ada tanggapan terhadap pengobatan awal (C):
- Pertimbangkan untuk beralih ke venlafaxine atau imipramine jika tidak respon terhadap pengobatan akut dengan SSRI (C)
- Pertimbangkan penggunaan benzodiazepin setelah tidak ada respons terhadap Pengobatan SSRI dan SNRI (C)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan pengobatan obat dan terapi perilaku kognitif (D)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan perawatan berbasis bukti bila tidak ada kontraindikasi (D)
- Pertimbangkan rujukan ke layanan spesialis regional atau nasional pada pasien refrakter (S)

# Terapi Farmakologi Panic Disorder

**Table 7** Panic disorder: treatment approaches supported by placebo-controlled studies

	SSRIs	TCA's	Benzodiazepines	Others
Acute panic attack			Alprazolam Lorazepam	
Acute efficacy	Citalopram Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Clomipramine Imipramine	Alprazolam Clonazepam Diazepam Lorazepam	CBT Phenelzine Moclobemide* Mirtazapine* Venlafaxine Reboxetine Navalproate (Brofaromine) (Nefazodone) Moclobemide* CBT
Long-term efficacy	Citalopram Fluoxetine Paroxetine Sertraline	Clomipramine Imipramine	Alprazolam	CBT
Relapse prevention	Fluoxetine Paroxetine Sertraline	Imipramine		CBT
Enhances the efficacy of psychological treatment (meta-analysis)	Paroxetine Buspirone	Antidepressants (meta-analysis)		Benzodiazepines
After non-response	Paroxetine (prior CBT)			Pindolol Group-CBT

\*Comparator-controlled study only.

Empty cell indicates current absence of published placebo-controlled data.

# Terapi Akut Panic Disorder

- Pilih pengobatan akut berbasis bukti (A):
- Farmakologis: SSRI, TCA (clomipramine, imipramine), benzodiazepine (alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam), venlafaxine, reboxetine
- Psikologis: terapi perilaku kognitif
- Pertimbangkan gambaran klinis, kebutuhan dan preferensi pasien serta ketersediaan layanan lokal saat memilih pengobatan, sebagai pendekatan farmakologis dan psikologis memiliki kemanjuran yang serupa secara luas dalam pengobatan akut (S)
- Pertimbangkan SSRI untuk pengobatan farmakologis lini pertama (S)
- Pertimbangkan untuk meningkatkan dosis jika tidak mencukupi respon, tetapi hanya ada bukti terbatas untuk hubungan dosis response dengan SSRI (A)
- Efek samping awal dapat diminimalkan dengan meningkatkan secara perlahan dosis (D)
- Sarankan kepada pasien bahwa periode pengobatan sampai 12 minggu diperlukan untuk menilai kemanjuran (A)

# Terapi Jangka Panjang PD

- Pertimbangkan terapi kognitif dengan interaksi karena hal ini mungkin bisa mengurangi tingkat kekambuhan lebih baik daripada perawatan obat (A)
- Lanjutkan pengobatan obat selama enam bulan berikutnya pada pasien yang membaik pada 12 minggu (A)
- pengobatan jangka panjang gunakan pendekatan yang dikenal berkhasiat dalam mencegah kekambuhan: obat lini pertama pilihannya adalah SSRI (A), imipramine adalah pilihan baris kedua (B)
- Pantau kemanjuran dan tolerabilitas secara teratur selama pengobatan jangka panjang (S)
- Saat menghentikan pengobatan, kurangi dosis secara bertahap periode yang diperpanjang untuk menghindari penghentian dan rebound gejala (D).

# Ketika Terapi Awal Gagal

- Pertimbangkan untuk beralih ke pengobatan berbasis bukti lainnya setelah tidak ada respon selama 12 minggu (C)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan perawatan berbasis bukti saja bila tidak ada kontraindikasi (D)
- Pertimbangkan untuk menambahkan paroxetine atau buspirone ke perawatan psikologis setelah respons parsial (A)
- Pertimbangkan untuk menambahkan paroxetine, sambil melanjutkan CBT, setelah non-respons awal (A)
- Pertimbangkan untuk menambahkan kelompok-CBT pada non-respon untuk pendekatan farmakologis (A)
- Pertimbangkan rujukan ke layanan spesialis regional atau nasional pada pasien refrakter (S)



# Terapi Akut Fobia Sosial

- Pilih pengobatan akut berbasis bukti (A):
- Farmakologis: SSRI (escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline), venlafaxine, Fenelzin, moclobemide, benzodiazepin (bromazepam, klonazepam) dan antikonvulsan (Gabapentin, pregabalin) dan olanzapine
- Psikologis: terapi perilaku kognitif
- Mempertimbangkan gambaran klinis, kebutuhan dan preferensi pasien serta ketersediaan layanan lokal saat memilih pengobatan, sebagai pendekatan farmakologis dan psikologis memiliki kemanjuran yang serupa secara luas dalam pengobatan akut (S)
- Pertimbangkan SSRI untuk pengobatan farmakologis lini pertama (D)
- Resep rutin dengan dosis yang lebih tinggi dari SSRI tidak dianjurkan (A), tetapi pasien individu dapat memperoleh manfaat darinya dosis yang lebih tinggi (D)
- Sarankan kepada pasien bahwa periode pengobatan sampai 12 minggu diperlukan untuk menilai kemanjuran (A)

# Terapi Jangka Panjang Fobia Sosial

- Lanjutkan pengobatan obat selama enam bulan berikutnya pada pasien yang merespons selama 12 minggu (A)
- Pertimbangkan terapi kognitif dengan pemaparan karena hal ini mungkin dapat mengurangi tingkat kekambuhan lebih baik daripada perawatan obat (A)
- Dalam pengobatan jangka panjang gunakan pendekatan yang dikenal berkhasiat dalam mencegah kekambuhan: pertimbangkan SSRI atau CBT baris pertama (A): clonazepam dapat dianggap sebagai pilihan baris kedua (D)
- Pertimbangkan terapi kognitif setelah respons terhadap terapi obat, pada pasien dengan risiko kambuh yang tinggi (D)
- Pantau kemanjuran dan tolerabilitas secara teratur selama pengobatan jangka panjang (S)

# Ketika Pengobatan Awal Gagal

- Pertimbangkan untuk beralih ke venlafaxine setelah tidak ada respons pengobatan akut dengan SSRI (C)
- Pertimbangkan untuk menambahkan buspirone setelah respons parsial ke SSRI (C)
- Pertimbangkan benzodiazepin pada pasien yang belum menanggapi pendekatan lain (D)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan perawatan berbasis bukti saja bila tidak ada kontraindikasi (D)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan pengobatan obat dan CBT (D)
- Pertimbangkan rujukan ke layanan spesialis regional atau nasional pada pasien refrakter (S)

# Terapi Akut PTSD

- Pilih pengobatan akut berbasis bukti (A):
- farmakologis: SSRI (fluoxetine, paroxetine, sertraline), TCA (amitriptyline, imipramine), phenelzine, mirtazapine, venlafaxine, lamotrigine
- psikologis: CBT individu yang berfokus pada trauma dan EMDR (A)
- Memperhitungkan gambaran klinis pasien, kebutuhan dan preferensi serta ketersediaan layanan lokal saat memilih pengobatan, sebagai perbandingan kemanjuran obat dan pendekatan psikologis tidak ditetapkan (S)
- Meresepkan SSRI dosis tinggi secara rutin tidak dianjurkan (A) tetapi pasien individu dapat memperoleh manfaat dosis yang lebih tinggi (D)
- Sarankan kepada pasien bahwa periode pengobatan sampai 12 minggu diperlukan untuk menilai kemanjuran (A)

# Terapi Jangka Panjang PTSD

- Lanjutkan pengobatan obat selama 12 bulan berikutnya pada pasien yang merespons selama 12 minggu (C)
- Dalam pengobatan jangka panjang gunakan pendekatan yang dikenal berkhasiat dalam mencegah kekambuhan □ perawatan farmakologis, bukti terbaik adalah untuk SSRI (A)
- Pantau kemanjuran dan tolerabilitas secara teratur selama pengobatan jangka panjang (S) Kombinasi obat dengan perawatan psikologis
- Secara rutin menggabungkan pendekatan obat dan psikologis tidak disarankan karena kurangnya bukti meningkatkan kemanjuran atas setiap pengobatan yang diberikan sendiri (A)
- Antidepresan harus digunakan pada pasien dengan gejala depresi berat yang ada bersamaan (A)

# Ketika Terapi Awal Gagal

- Pertimbangkan untuk beralih ke perawatan berbasis bukti lainnya, setelah tidak ada respon terhadap pengobatan pertama (C)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan perawatan berbasis bukti saja bila tidak ada kontraindikasi (D)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan pengobatan obat dan psikologis (D)
- Pertimbangkan penambahan antidepresan dengan antipsikotik atipikal setelah non-respons awal (C)
- Pertimbangkan rujukan ke layanan spesialis regional atau nasional pada pasien refrakter (S)

# Terapi Akut OCD

- Pilih pengobatan akut berbasis bukti (A):
- Farmakologis: klomipramin dan SSRI
- Psikologis: terapi pemaparan dan terapi perilaku kognitif
- Mempertimbangkan gambaran klinis pasien, kebutuhan dan preferensi dan ketersediaan layanan lokal ketika memilih pengobatan (S): pendekatan obat dan psikologis memiliki kemanjuran yang secara luas serupa pada pengobatan akut tetapi kambuh angka setelah respons mungkin lebih tinggi dengan farmakologis dibandingkan dengan pendekatan perawatan psikologis (A)
- Pertimbangkan SSRI untuk pengobatan farmakologis lini pertama (D)
- Tingkatkan dosis SSRI jika tidak mencukupi respon (C), tetapi ketahuilah bahwa pendekatan ini belum selalu dikaitkan dengan tingkat respons yang lebih tinggi (A)
- Sarankan kepada pasien bahwa periode pengobatan sampai 12 minggu diperlukan untuk menilai kemanjuran (A)

# Terapi Jangka Panjang OCD

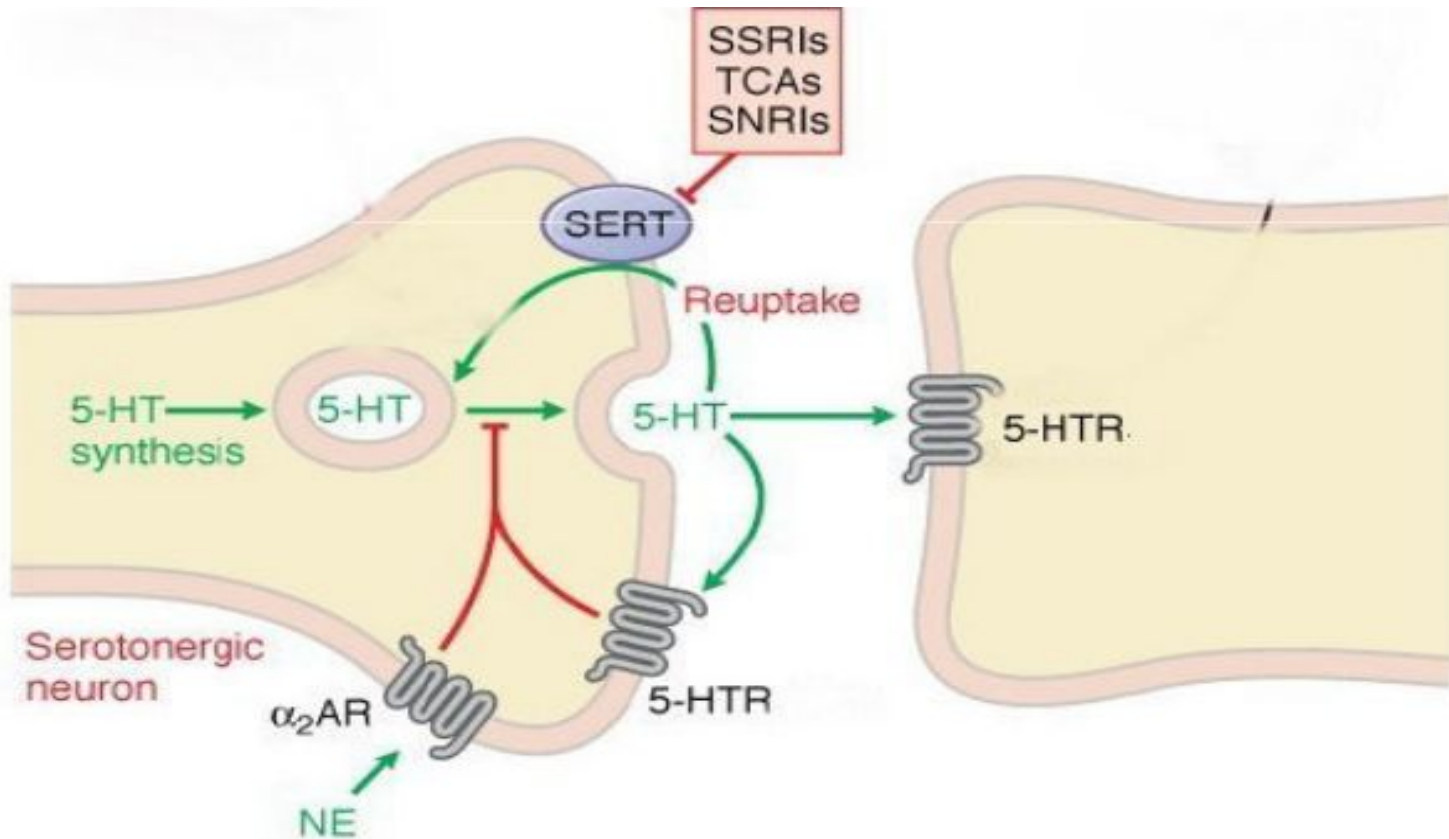
- Lanjutkan pengobatan obat selama 12 bulan berikutnya pada pasien yang merespons selama 12 minggu (A)
- Dalam pengobatan jangka panjang gunakan pendekatan yang dikenal berkhasiat dalam mencegah kekambuhan: pertimbangkan SSRI sebagai pilihan pertama (A) karena ada bukti terbaik untuk golongan ini
- Pantau kemanjuran dan tolerabilitas secara teratur selama pengobatan jangka panjang (S) Kombinasi obat dengan perawatan psikologis
- Secara rutin menggabungkan pendekatan obat dan psikologis tidak direkomendasikan untuk pengobatan awal (B) tetapi pertimbangkan menambahkan SSRI atau clomipramine ke pengobatan psikologis ketika khasiat perlu dimaksimalkan (C)



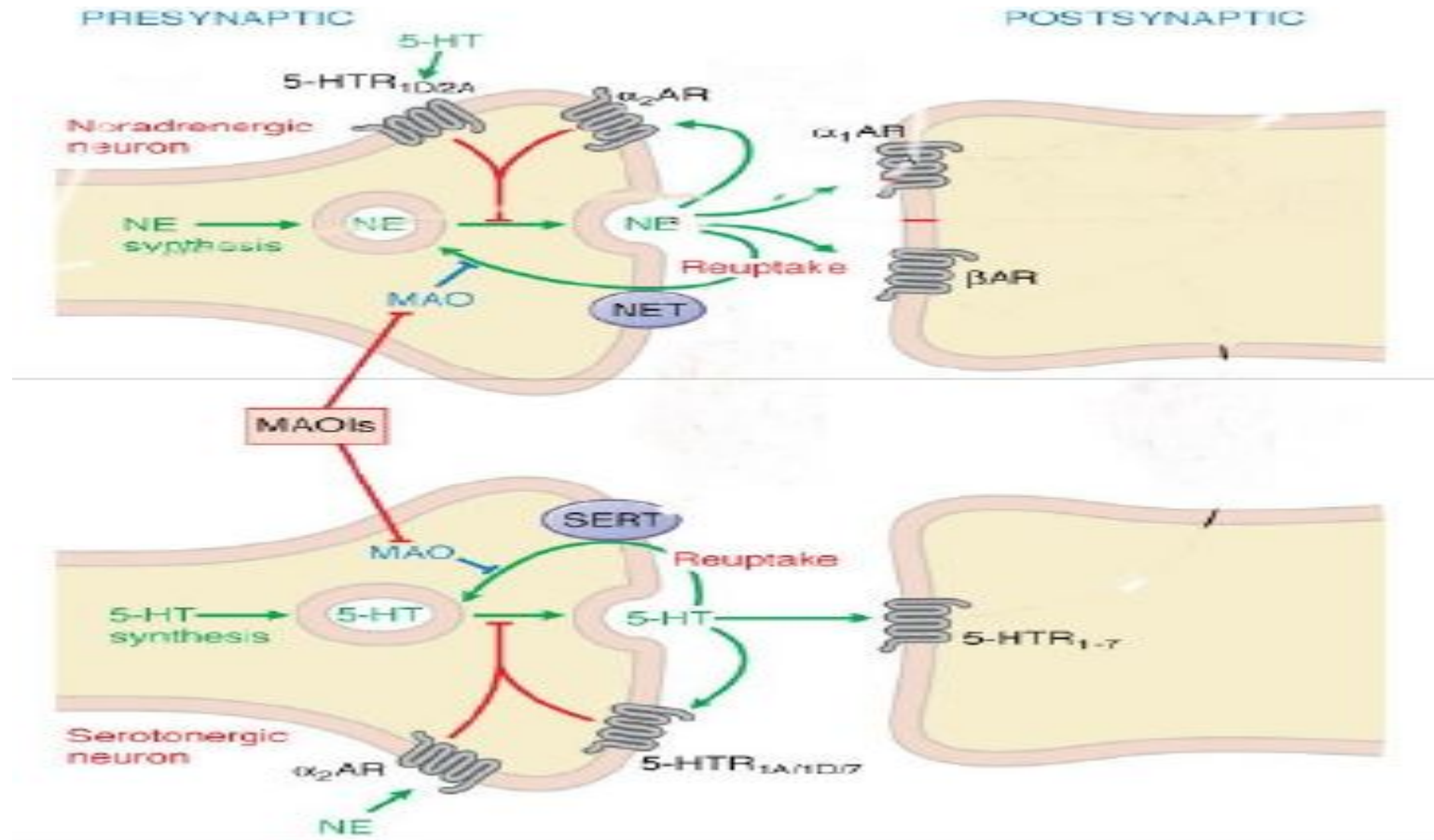
# Ketika Terapi Awal Gagal

- Pertimbangkan untuk meningkatkan dosis clomipramine atau SSRI setelah non-respons awal terhadap dosis standar (A)
- Pertimbangkan untuk beralih di antara perawatan yang terbukti setelahnya non-respons awal (A)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan perawatan berbasis bukti saja bila tidak ada kontraindikasi (S)
- Pertimbangkan untuk menggabungkan pengobatan obat dan terapi pemaparan atau CBT (B)
- Pertimbangkan augmentasi dengan antipsikotik atau pindolol setelah SSRI awal non-respons (A)
- Pertimbangkan rujukan ke spesialis OCD regional atau nasional layanan pada pasien (S)

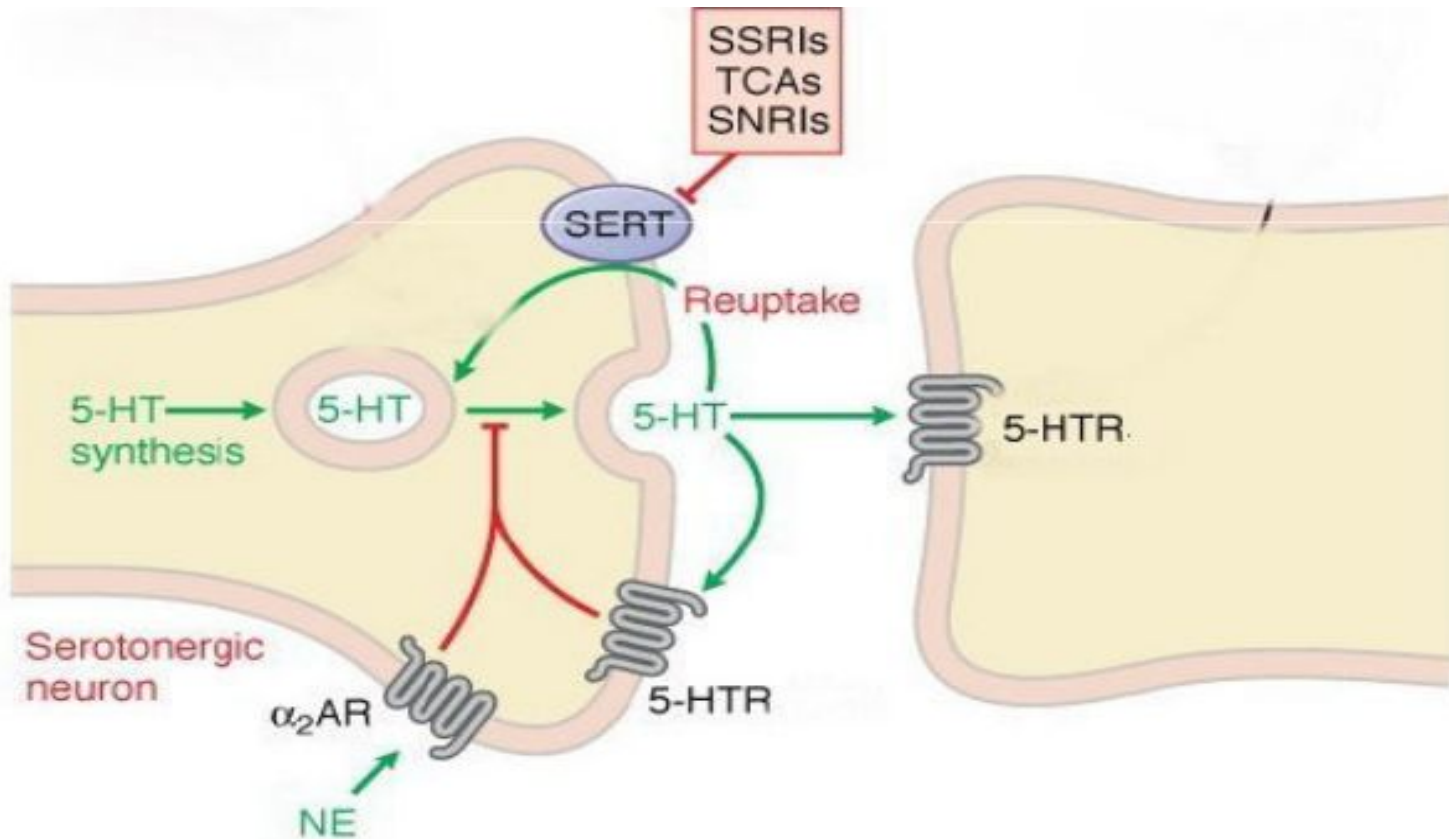
# Mekanisme SSRI



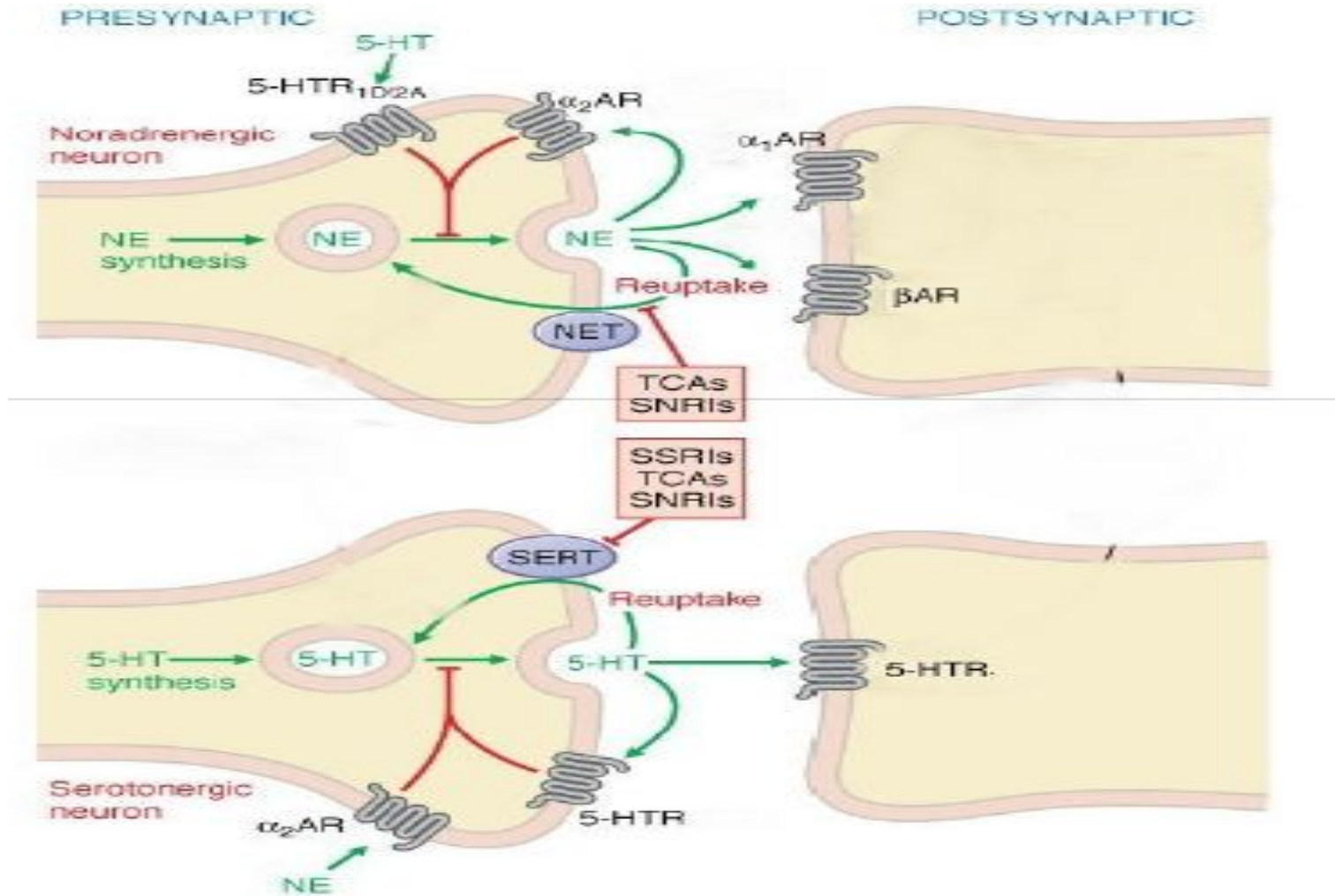
# Mekanisme MAO-inhibitor



# Mekanisme SNRI



# Mekanisme TCA



# Daftar pustaka

- Pharmacological\_treatment\_of\_anxiety\_disorders\_Current\_treatments\_and\_future\_directions
- [Anxiety\\_Disorder\\_Guidelines.pdf](#)
- Anxiety\_guideline.pdf