

anxietas

by V Hilda

Submission date: 04-Jul-2018 01:14PM (UTC+0700)

Submission ID: 980339378

File name: Review_Artikel_260110150129_Hilda_Vildayanti.docx (65.45K)

Word count: 5080

Character count: 34642

Review Artikel:

FARMAKOTERAPI GANGGUAN ANXIETAS

Hilda Vildayanti, Irma Melyani Puspitasari

Fakultas Farmasi, Universitas Padjadjaran

Jl. Raya Bandung Sumedang KM 21 Jatinangor 45363

Email : vildayantihilda09@gmail.com

ABSTRAK

Gangguan *anxietas* merupakan gangguan yang paling umum terjadi yang berkaitan dengan mental, emosional dan perilaku. Gangguan *anxietas* ditandai dengan kecemasan yang berlebihan dan tidak realistis mengenai suatu hal. Menurut survei epidemiologi, sepertiga penduduk dunia dipengaruhi oleh gangguan *anxietas* selama masa hidupnya. Penentuan jenis gangguan *anxietas* diperlukan untuk memastikan pengobatan yang sesuai dengan jenis gangguannya. *Review* artikel ini bertujuan untuk memberikan informasi mengenai perkembangan pengobatan yang digunakan pada penderita gangguan *anxietas* berdasarkan tipe gangguannya. Sumber data yang digunakan untuk dijadikan referensi pada *review* artikel ini terdiri dari 20 jurnal ilmiah, 5 *textbook*, dan 2 *website* resmi yaitu *National Institute of Mental Health* dan *Ministry of Health*. Pengobatan untuk gangguan *anxietas* mencakup berbagai antidepresan (SSRIs, SNRIs, TCAs, dan MAOIs), anti-*anxietas* (benzodiazepin dan buspiron), serta β -blockers. Berdasarkan beberapa *guideline*, SSRIs direkomendasikan sebagai *first-line* terapi untuk sebagian besar gangguan *anxietas*.

Kata kunci: Gangguan *Anxietas*, Tipe *Anxietas*, Farmakoterapi

ABSTRACT

Anxiety disorders are the most common disorders associated with mental, emotional and behavioral. Anxiety disorders are characterized by excessive and unrealistic anxiety about a thing. According to epidemiological surveys, one third of the world's population is affected by anxiety disorders during their lifetime. Determining the type of anxiety disorders is necessary to ensure treatment according to the type of disorder. This article review aims to provide information about development for the treatment of patients with anxiety disorders based on the type of disorder. The sources of data used for reference to this article review consist of 20 scientific journals, 5 textbooks, and 2 official website are National Insitute of Mental Health and Ministry of Health. Treatment for anxiety disorders includes various antidepressants (SSRIs, SNRIs, TCAs, and MAOIs), anti-anxiety (benzodiazepines and buspirone), and β -blockers. Based on several guidelines, SSRIs are recommended as first-line therapy for most anxiety disorders.

Keywords: *Anxiety Disorder, Type of Anxiety, Pharmacotherapy*

PENDAHULUAN

17 Gangguan *anxietas* merupakan salah satu gangguan yang paling umum terjadi yang berkaitan dengan mental, emosional dan perilaku (Kessler *et al.*, 2008). Gangguan *anxietas* ditandai dengan kecemasan yang berlebihan dan tidak realistis mengenai suatu hal (Soodan *et al.*, 2015).

Studi epidemiologi terbaru memberikan bukti bahwa gangguan *anxietas* menjadi gangguan dengan frekuensi tinggi pada populasi umum di seluruh dunia (Soodan *et al.*, 2015). Studi menurut *Global Burden of Disease* (GBD) memperkirakan bahwa gangguan kecemasan berkontribusi terhadap 26,8 juta penyebab kecacatan per tahun pada tahun 2010 (Whiteford *et al.*, 2013). Menurut survei yang lebih baru, tingkat prevalensi seumur hidup untuk remaja berusia 13 hingga 17 tahun adalah 7,7%, sementara itu 6,6% pada orang dewasa berusia 18 hingga 64,3 tahun (Bandelow *et al.*, 2015).

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan gangguan *anxietas*. Faktor resiko tersebut meliputi riwayat keluarga, kejadian yang menegangkan, khawatir yang berlebihan, overprotektif, wanita yang tidak menikah atau tidak bekerja, serta kesehatan fisik atau mental yang buruk (Meng *et al.*, 2012).

Sebagian besar pasien gangguan *anxietas* merupakan pasien rawat jalan, sehingga mungkin menerima perawatan yang kurang maksimal dari para psikiater dibanding dengan pasien gangguan lain yang membutuhkan pengobatan rawat inap seperti skizofrenia atau gangguan bipolar (Bandelow *et al.*, 2015).

Secara umum, pengobatan gangguan *anxietas* dilakukan dengan pemberian obat, psikoterapi tertentu, atau keduanya. Pilihan pengobatan tergantung pada diagnosis yang tepat apakah gejala yang dirasakan itu disebabkan oleh gangguan *anxietas* atau masalah fisik lain (*National Institute of Mental Health*, 2009).

Pengobatan utama yang digunakan untuk gangguan anxietas adalah anti-depresan, anti-anxietas, dan β -blockers untuk mengontrol beberapa gejala fisik. Dengan *treatment* yang tepat, penderita gangguan *anxietas* dapat hidup lebih normal (*National Institute of Mental Health*, 2009).

Review artikel ini akan menjelaskan mengenai perkembangan pengobatan yang digunakan pada penderita gangguan *anxietas* berdasarkan tipe gangguannya.

1

METODE

Sumber Data

Beberapa sumber data yang digunakan untuk dijadikan referensi pada *review* artikel ini terdiri atas sumber primer berupa jurnal ilmiah baik jurnal nasional maupun internasional, sumber data sekunder berupa *textbook*, serta sumber data tersier berupa *website* resmi seperti *National Institute of Mental Health* dan *Ministry of Health*.

Strategi Pencarian Data

Pencarian istilah atau *keyword* untuk mendapatkan referensi dari jurnal, *textbook* maupun *website* yaitu dengan pencarian di internet menggunakan kata kunci yang berhubungan dengan *anxiety disorders*, seperti “*journal of anxiety disorders*”, “*definition of anxiety disorders*”, “*pathophysiology of anxiety disorder*”, “*clinical presentation of anxiety disorders*”, “*treatment for anxiety disorders*”, dan “*therapy for anxiety*”. Sementara strategi dalam pencarian data yaitu dengan menggunakan web browser *google chrome*, dan menggunakan beberapa situs *search engine* seperti *google scholar*, *elsheviere*, *ncbi* dan *science direct*. Setelah mendapatkan sumber data yang dikehendaki, kemudian diskroning berdasarkan kriteria inklusi untuk menjadi referensi pada *review* artikel ini.

Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi yaitu berupa jurnal nasional maupun internasional, *textbook* serta *website* yang memuat informasi mengenai gangguan *anxietas*, seperti *definition of anxiety*

disorders, pathophysiology of anxiety disorders, clinical presentation of anxiety disorders, treatment for anxiety disorders, therapy for anxiety. Semua sumber data yang digunakan memiliki waktu publikasi maksimal 10 tahun terakhir.

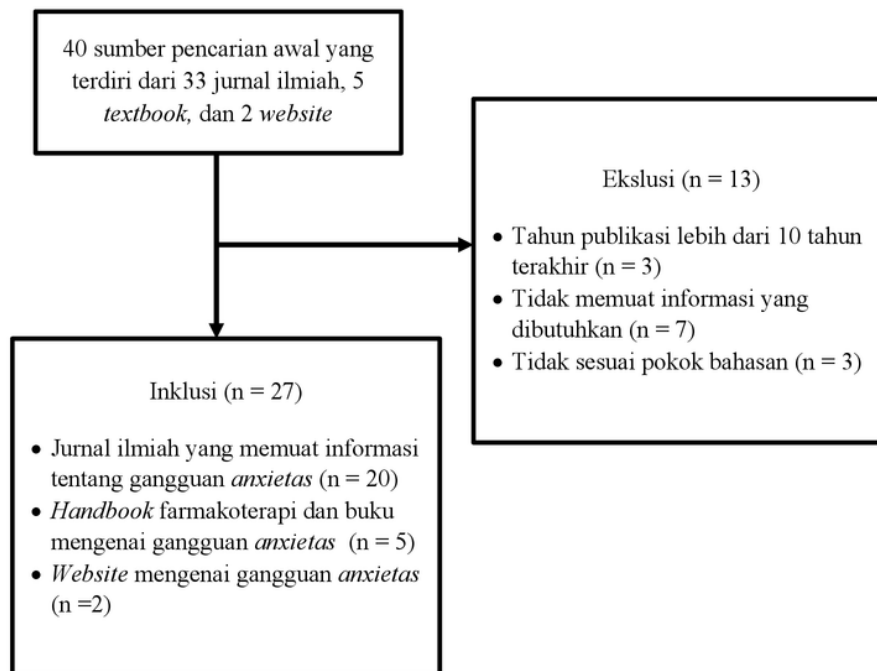
Kemudian untuk kriteria eksklusi yaitu jurnal, *textbook*, serta *website* 10 tahun terakhir yang tidak spesifik untuk gangguan *anxietas* dan

yang tidak memuat informasi seperti yang diinginkan.

Jumlah Studi yang Diskrining dan Studi yang Digunakan

Studi yang diskrining dalam pembuatan *review* artikel ini yaitu 40 jurnal ilmiah, 5 *textbook*, dan 2 *website*, sedangkan yang masuk kriteria inklusi dan digunakan sebagai referensi yaitu 20 jurnal ilmiah, 5 *textbook*, dan 2 *website*.

HASIL



1
Tabel 1. Sumber Data yang Digunakan

No.	Jenis Sumber Data	Nama Jurnal/Buku/Situs Internet	Penulis/ Editor	Judul Jurnal/Buku/Situs Internet	Informasi Utama
1	Jurnal	Journal of Psychopharmacology	Baldwin <i>et al.</i> , 2014	Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology	Presentasi klinik gangguan anxietas
2	Jurnal	Dialogues in Clinical Neuroscience	Bandelow <i>et al.</i> , 2010	Epidemiology of Anxiety Disorders in the 21 st Century	Prevalensi seumur hidup gangguan anxietas
3	Jurnal	Dialogues in Clinical Neuroscience	Bandelow <i>et al.</i> , 2017	Treatment of Anxiety Disorders	Presentasi klinik gangguan anxietas agoraphobia dan specific phobia
4	Jurnal	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol	Bener <i>et al.</i> , 2012	Prevalence, symptom Patterns and Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders in Primary Care in Qatar	Prevalensi gangguan anxietas
5	Jurnal	Pharmacy and Therapeutics	Bystritsky <i>et al.</i> , 2013	Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders	Definisi dan pengobatan gangguan anxietas

6	Jurnal	Current Pharmaceutical Design	Christmas <i>et al.</i> , 2008	Potential Novel Anxiolytic Drugs	Patofisiologi gangguan anxietas
7	Buku	-	DiPiro <i>et al.</i> , 2009	Pharmacotherapy Handbook, Seventh Edition.	Presentasi klinik gangguan anxietas
8	Buku	-	DiPiro <i>et al.</i> , 2015	Pharmacotherapy Handbook, Ninth Edition	Patofisiologi dan rekomendasi pengobatan gangguan anxietas
9	Jurnal	Social and Behavioral Science	Dogaheh, 2013	Psychometric Properties of Farsi Version of the Social Phobia Inventory (SPIN).	Diagnosis SAD
10	Jurnal	International Journal of Clinical and Health Psychology	Kampfe <i>et al.</i> , 2012	Experimental Avoidance and Anxiety Sensitivity in Patient with Panic Disorder and Agoraphobia	Diagnosis PD dan Agoraphobia
11	Jurnal	BMC Psychiatry	24 Izman <i>et al.</i> , 2014	Canadian Clinical Practice Guideline for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-compulsive Disorders.	Rekomendasi pengobatan gangguan anxietas
12	Jurnal	Annual Review of Public Health	Kessler <i>et al.</i> , 2008	The Descriptive Epidemiology of Commonly Occuring Mental Disorders in the United States	Definisi dan prevalensi gangguan anxietas
13	Jurnal	American Family Physician	36 Locke <i>et al.</i> , 2015	Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder	Gejala gangguan anxietas

					and Disorder Adults	Panic in
14	Jurnal	Curr Pharm	Lopez <i>et al.</i> , 2010	8	Unraveling monoamine receptors Involved in the Action of Typical and Atypical Antipsychotics on Glutamatergic and Serotonergic Transmission in Prefrontal Cortex	Patofisiologi gangguan anxietas
15	Jurnal	Medical Care	Lowe <i>et al.</i> , 2008	4	Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screening (GAD- 7) in the General Population	Diagnosis GAD
16	Jurnal	BMC Psychiatry	28. Aideen <i>et al.</i> , 2015	et	Prevalence, Associated Factors and Predictors of Anxiety: a Community Survey in Selangor, Malaysia	Prevalensi gangguan anxietas
17	Jurnal	American Journal of Medical Genetics	27. thew <i>et al.</i> , 2008	et	Recent Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders: Implications for Novel Therapeutics.	Patofisiologi gangguan anxietas
18	Jurnal	Australian & New Zealand Journal of Psychiatry	McEvoy <i>et al.</i> , 2011	et	Epidemiology of Anxiety Disorders in the Australian General	Prevalensi gangguan anxietas

				Populatio: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing	
19	Jurnal	The Canadian Journal of Psychiatry	Meng <i>et al.</i> , 2012	Common and Unique Risk Factors and Comorbidity for 12-Month Mood and Anxiety Disorders Among Canadians	Faktor resiko gangguan anxietas
20	Web	-	Ministry of Health, 2015	Clinical Practice Guideline: Anxiety Disorders.	Pengobatan gangguan anxietas
21	Web	-	National Institute of Mental Health, 2009	Anxiety Disorders	Diagnosis dan pilihan pengobatan gangguan anxietas
22	Buku	-	Simpson <i>et al.</i> , 2010	Anxiety Disorder-Theory, Research and Clinical Perspective, 1 st Ed.	Definisi dan gejala gangguan anxietas
23	Jurnal	International Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Research	Soodan <i>et al.</i> , 2015	Understanding the Pathophysiology and Management of the Anxiety Disorders	Defini, epidemiologi, ptofisiologi, dan gejala anxietas
24	Buku	-	Stuart, 2012	Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 5	Definisi gangguan anxietas
25	Buku	-	Videbeck, 2011	Psychiatric Mental Health Nursing, 5 th Edition	Definisi gangguan anxietas
26	Jurnal	Journal NCBI	Whiteford <i>et al.</i> , 2013	Global Burden of Disease Attributable to	Epidemiologi gangguan anxietas

27	Jurnal	Eur Neuropsychop armacol	Wittchen <i>et al.</i> , 2011	<i>et</i> Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010	Prevalensi gangguan anxietas
----	--------	--------------------------------	----------------------------------	--	------------------------------------

Definisi Gangguan *Anxietas*

Masalah psikiatri yang sering terjadi di Amerika Serikat adalah gangguan *anxietas* (kecemasan). Gangguan *anxietas* merupakan perasaan kekhawatiran yang tidak jelas, berkaitan dengan respon emosional terhadap sesuatu (Stuart, 2012). Gangguan *anxietas* ini dapat mengganggu kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2011).

Menurut Bystritsky *et al.*, gangguan *anxietas* termasuk kondisi kesehatan mental yang paling umum, meskipun kurang terlihat seperti skizofrenia, depresi atau gangguan bipolar, tetapi bisa sama-sama melumpuhkan.

Sedangkan menurut Simpson *et al.*, gangguan *anxietas* didefinisikan dengan kekhawatiran yang berlebihan, hiper-arousal, ketakutan yang kontraproduktif dan melemahkan, yang mana gangguan *anxietas* ini termasuk kondisi kejiwaan yang paling umum di negara barat.

Epidemiologi

Menurut survei epidemiologi, sepertiga penduduk dunia dipengaruhi oleh gangguan kecemasan selama masa hidupnya. Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita. Pada usia paruh baya, prevalensinya paling tinggi. Namun, ada penurunan tingkat prevalensi seiring dengan bertambahnya usia,

terutama usia yang lebih tua (Bandelow, *et al.*, 2015).

Menurut survei yang lebih baru, tingkat prevalensi seumur

hidup untuk remaja berusia 13 hingga 17 tahun adalah 7,7%, sementara itu 6,6% pada orang dewasa berusia 18 hingga 64,3 tahun (Bandelow, *et al.*, 2015).

Tabel 2. Prevalensi Gangguan *Anxietas* di Beberapa Negara

Referensi	Prevalensi	Populasi
Wittchen <i>et al.</i> , 2011	14,0%	Eropa
McEvoy <i>et al.</i> , 2011	11,8%	Australia
Kessler <i>et al.</i> , 2008	18,1%	United States
Maideen <i>et al.</i> , 2015	8,2%	Malaysia
Whiteford <i>et al.</i> , 2013	5,3%	Afrika
Bener <i>et al.</i> , 2012	10,3%	Qatar

Patofisiologi

1. Model Noradrenergik

Model ini menunjukkan bahwa sistem saraf otonom pada penderita gangguan *anxietas*, hipersensitif dan bereaksi berlebihan terhadap berbagai rangsangan. Glukokortikoid mengaktifkan *locus caeruleus*, yang berperan dalam mengatur *anxietas*, yaitu dengan mengaktifasi pelepasan norepinefrin (NE) dan merangsang sistem saraf simpatik dan parasimpatik (DiPiro *et al.*, 2015).

2. Model Serotonin

Jalur serotonergik yang timbul dari nukleus raphé di batang otak mempersarafi berbagai macam struktur yang dianggap terlibat dalam gangguan *anxietas*, termasuk korteks frontal, amigdala, hipotalamus, dan hipokampus (Mathew *et al.*, 2008). Selain itu, mekanisme serotonergik diyakini mendasari aktivitas biologis berbagai obat yang digunakan untuk mengobati *mood disorder*, termasuk gejala *anxietas*. Patologi seluler yang dapat berkontribusi pada pengembangan gangguan *anxietas*

termasuk regulasi abnormal pelepasan 5-HT, reuptake atau respons abnormal terhadap signal 5-HT. Reseptor 5-HT_{1A} diduga memainkan peran yang sangat penting terhadap *anxietas*. Aktivasi reseptor 5-HT_{1A} meningkatkan aliran kalium dan menghambat aktivitas adenilat siklase (Soodan *et al.*, 2015).

Reseptor HT_{1A} juga terlibat dalam *panic disorder*. Polimorfisme spesifik dalam gen yang mengkodekan reseptor 5-HT_{1A} telah terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan gangguan agoraphobia dan panik (Lopez *et al.*, 2010). Peran 5-HT dan sub tipe reseptornya dalam memediasi gejala kecemasan, panik, dan obsesi adalah kompleks. 5-HT dilepaskan dari terminal saraf berikatan dengan sub tipe reseptor 5-HT_{2C} post-sinaptik, yang memediasi kecemasan. 5-HT_{1A} adalah auto-reseptor pada neuron pra-sinaptik yang apabila dirangsang dapat menghambat pelepasan 5-HT dari neuron presinaptik ke sinaps (Mathew *et al.*, 2008).

3. Model GABA

Gamma-amino butyric acid (GABA) adalah neurotransmitter inhibitor penting dalam sistem saraf pusat dan mengatur banyak rangsangan di daerah otak. (DiPiro *et al.*, 2015). Terdapat 2 sub tipe reseptor GABA yaitu GABA_A dan GABA_B. Benzodiazepin berikatan dengan kompleks reseptor benzodiazepine yang terletak di neuron post-sinaptik. Pengikatan semacam itu dapat meningkatkan efek GABA untuk membuka kanal ion klorida, menyebabkan masuknya ion klorida ke dalam sel yang menghasilkan stabilisasi membran saraf (Soodan *et al.*, 2015).

GABA juga dapat mempengaruhi tingkat kecemasan dengan memediasi pelepasan neurotransmitter lain seperti *cholecystokinin* dan menekan aktivitas saraf pada sistem serotonergik dan noradrenergik. Neurotransmitter lain yang diduga terlibat dalam gangguan *anxietas* termasuk dopamine, glutamine dan neurokinin (Christmas, *et al.*, 2008).

Meskipun kemungkinan patofisiologi yang berbeda mendasari berbagai gangguan *anxietas*, secara luas diyakini bahwa GABA merupakan salah satu sistem yang terlibat secara integral pada gangguan *anxietas*. Studi *neuroimaging* melaporkan bahwa terjadi penurunan kadar GABA dan pengikatan reseptor GABA_A-benzodiazepine pada pasien dengan gangguan *anxietas*. Reseptor GABA-benzodiazepine didistribusikan secara luas di otak dan sumsum tulang belakang. Terutama terkonsentrasi di bagian otak yang dianggap terlibat dalam terjadinya *anxietas*, termasuk *medial PFC*, amigdala, dan hipokampus, serta hasil dari beberapa penelitian telah menunjukkan kelainan pada sistem tersebut pada pasien dengan gangguan *anxietas* (Soodan *et al.*, 2015).

Gejala Klinis

Berdasarkan kriteria DSM-IV-TR, gangguan *anxietas* dibagi menjadi beberapa tipe (Baldwin *et al.*, 2014), yaitu :

1. Generalized Anxiety Disorders (GAD)

GAD merupakan perasaan cemas yang berat, menetap, disertai dengan gejala somatik yang menyebabkan gangguan fungsi sosial dan fungsi pekerjaan (Locke *et al.*, 2015). Kriteria diagnostik untuk GAD membutuhkan setidaknya gejala persisten hampir setiap hari selama minimal 6 bulan. Kecemasan atau kekhawatiran disertai dengan setidaknya 3 gejala psikologis atau fisiologis. Gejala psikologi seperti kecemasan yang berlebihan, kekhawatiran yang sulit dikontrol, gelisah, konsentrasi rendah atau pikiran kosong. Gejala fisik meliputi kegelisahan, kelelahan, ketegangan otot, gangguan tidur, dan iritabilitas (DiPiro *et al.*, 2009).

2. Panic Disorders (PD)

Gejala untuk *panic disorders* biasanya dimulai dengan serangkaian serangan panik yang tak terduga (Locke *et al.*, 2015). Kriteria diagnostiknya diikuti oleh setidaknya kekhawatiran yang berlangsung selama 1 bulan terus-menerus.

Selama terjadi serangan, harus ada setidaknya 4 gejala fisik, ditambah dengan gejala psikologi. Gejala psikologi seperti depersonalisasi, takut kehilangan kontrol, takut menjadi gila, serta takut mati. Sedangkan gejala fisik seperti distress abdominal, nyeri dada, menggigil, pusing, hot flushes, palpitasi, mual, sesak napas, berkeringat, takikardia, dan gemetar (DiPiro *et al.*, 2009).

3. *Social Anxiety Disorders* (SAD)

Ciri penting dari SAD adalah rasa takut yang intens, irasional, dan terus-menerus. Ketika berada dalam situasi yang ditakuti biasanya memicu serangan panik. Ketakutan dan penghindaran terhadap suatu situasi dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Gejala takut seperti takut diteliti orang lain, malu, serta takut dihina. Situasi yang menakutkan seperti makan atau menulis di depan orang lain, berinteraksi dengan figur otoritas, berbicara di depan umum, berbicara dengan orang asing, dan penggunaan toilet umum. Gejala fisik meliputi wajah memerah, diare,

berkeringat, takikardia, dan gemetar (DiPiro *et al.*, 2009).

4. *Post-traumatic Stress Disorders* (PTSD)

Dalam PTSD, kejadian trauma dapat menyebabkan rasa takut yang intens, tidak berdaya, atau horor. Penderita disebut PTSD apabila memiliki setidaknya satu gejala *reexperiencing*, tiga gejala *avoidance* yang persisten, dan dua gejala hiper-arousal. Gejala dari setiap kategori harus lebih dari 1 bulan dan menyebabkan distress atau gangguan yang signifikan (DiPiro *et al.*, 2009).

Gejala *reexperiencing* seperti kenangan berulang yang menyebabkan trauma, mimpi yang berulang, merasa bahwa peristiwa trauma kembali terulang, reaksi fisiologis terhadap pemicu trauma. Gejala *avoidance* seperti menghindari percakapan tentang trauma, menghindari pemikiran tentang trauma, menghindari aktivitas yang dapat mengingatkan terhadap suatu kejadian, menghindari orang atau tempat yang

membangkitkan ingatan trauma, ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari trauma, anhedonia. Gejala *hyperarousal* yaitu konsentrasi menurun, mudah kaget, insomnia, dan iritabilitas (DiPiro *et al.*, 2009).

5. *Agoraphobia*

Yaitu ketakutan akan tempat-tempat yang bisa membuatnya merasa malu yang akan memicu serangan panik. Gangguan ini penderitanya akan menghindari berbagai situasi yang mungkin menyebabkan panik seperti ketika bertemu orang banyak, angkutan umum, atau ruang tertutup misalnya *lift*. Penderita *agoraphobia* biasanya hanya akan mengurung diri di rumah karena takut berada di tempat umum dan ruang terbuka (Bandelow *et al.*, 2017).

6. *Specific Phobia*

Merupakan gangguan fobia yang terbatas pada situasi tertentu, biasanya meliputi ketakutan terhadap hewan (misalnya kucing, laba-laba atau serangga), atau fenomena alam (misalnya darah, ketinggian dan

kedalaman air). Penderita yang mengalami gangguan ini akan menghindari objek-objek yang ditakuti (Bandelow *et al.*, 2017).

Diagnosis

1. *Generalized Anxiety Disorder* (GAD)

Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) adalah kuesioner berupa *self-report* untuk menilai tingkat keparahan GAD selama 2 minggu terakhir, dengan mengukur berbagai gejala yang dirasakan berdasarkan kategori skor respon 0 (tidak sama sekali), 1 (beberapa hari), 2 (lebih dari setengah hari), dan 3 (hampir setiap hari). Total skor diperoleh dengan menjumlahkan keseluruhan skor dari 7 item. Skor GAD-7 berkisar 0-21 dengan skor ≥ 5 (*mild*), ≥ 10 (*moderate*), dan ≥ 15 (*severe*) (Lowe *et al.*, 2011).

2. *Panic Disorder* (PD) dan *Agoraphobia*

Panic and Agoraphobia Scale (PAS) merupakan suatu alat untuk menilai keparahan penyakit pada pasien dengan gangguan panik (dengan atau tanpa *agoraphobia*).

Berisi 13 item menggunakan 5 sub-skala, dimana kuesioner ini dirancang untuk orang yang menderita serangan panik dan agoraphobia. Responden diminta untuk membaca definisi serangan panik, kemudian menilai tingkat keparahan berdasarkan gejala yang dirasakan selama seminggu terakhir (Kampfe *et al.*, 2012).

3. *Social Anxiety Disorder* (SAD)

Untuk menilai keparahan dari SAD, digunakan *Social Phobia Inventory* (SPIN) yang berisi 7 item kuesioner yang diukur dengan 5 poin skala Likert. Skor pada masing-masing item dijumlahkan untuk menghasilkan total skor. Skor <20 (none), 21-30 (mild), 31-40 (moderate), 40-50 (severe), >50 (very severe) (Dogaheh, 2013).

4. *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Adalah pengukuran *self-report* yang menilai gejala inti PTSD (*seperti intrusion, avoidance, numbing,*

hyperarousal) yang terdiri dari 8 item pertanyaan. SPRINT responsif terhadap perubahan gejala dari waktu ke waktu dan dapat berfungsi untuk mengukur tingkat keparahan. Gejala dinilai dengan 5 poin skala Likert, dari 0 (tidak semua) hingga 4 (sangat banyak) (Ministry of Health, 2015).

5. *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD)

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) adalah alat untuk menilai tingkat keparahan dan memantau perkembangan selama treatment untuk pasien OCD. Pengukuran antara obsesi dan kompulsi dinilai terpisah, namun menggunakan pengukuran yang sama. Skala pengukuran dinilai oleh dokter terdiri dari 10 item, dengan setiap item diberi skor 0 (tidak ada gejala) hingga 4 (gejala ekstrem), yang menghasilkan total skor 0-40. Skor 0-7 (*sub-clinical*), 8-15 (*mild*), 16-23 (*moderate*), 24-31 (*severe*), 32-40 (*extreme*) (Ministry of Health, 2015).

Treatments

Tabel 3. Rekomendasi Pengobatan Menurut DiPiro *et al.*, 2015

³⁰ <i>Anxiety Disorder</i>	²² <i>First-Line Drugs</i>	<i>Second-Line Drugs</i>	<i>Alternative</i>
<i>Generalized Anxiety Disorder</i>	Duloxetine Escitalopram Paroxetine Sertraline Venlafaxine XR	Benzodiazepines Buspirone Imipramine Pregabalin	Hydroxyzine Quetiapine
<i>Panic Disorder</i>	SSRIs Venlafaxine XR	Alprazolam Citalopram Clomipramine Clonazepam Imipramine	Phenelzine
<i>Social Anxiety Disorder</i>	Escitalopram Fluvoxamine CR Paroxetine Sertraline Venlafaxine XR	Clonazepam Citalopram	Gabapentin Phenelzine Pregabalin
<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>	SSRIs Venlafaxine	Mirtazapine Amitriptyline Imipramine	Phenelzine

Tabel 4. Rekomendasi Pengobatan Menurut *Canadian Psychiatric Association*

<i>Anxiety Disorder</i>	<i>First-Line Drugs</i>	<i>Second-Line Drugs</i>	<i>Alternative</i>
<i>Generalized Anxiety Disorder</i>	SSRIs Escitalopram Paroxetine Sertraline SNRIs ³⁰ loxetine Venlafaxine XR	Benzodiazepines Alprazolam Bromazepam Diazepam Lorazepam Nonbenzodiazepin Buspirone TCAs ¹⁶ ipramine	Hydroxyzine Quetiapine Citalopram Fluoxetine Mirtazapine
<i>Panic Disorder</i>	¹⁶ SSRIs Citalopram Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine	Benzodiazepines Alprazolam Clonazepam Diazepam Lorazepam TCAs	Phenelzine Quetiapine Gabapentin Bupropion

	Sertraline SNRIs Venlafaxine XR	Clomipramine Imipramine	
Post-Traumatic Stress Disorder	SSRIs Fluoxetine Paroxetine Sertraline SNRIs Venlafaxine XR	SSRIs Fluvoxamine TCAs Mirtazapine MAOIs Phenelzine	Amitriptyline Buspirone Duloxetine Imipramine Escitalopram
Obsessive-Compulsive Disorder	SSRIs Escitalopram Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	SSRIs Citalopram SNRIs Venlafaxine XR TCAs Clomipramine	Citalopram IV Clomipramine IV Duloxetine Phenelzine Tramadol Tranylcypromine
Social Anxiety Disorder	SSRIs Escitalopram Fluvoxamine Paroxetine Sertraline SNRIs Venlafaxine XR	Benzodiazepines Clonazepam Alprazolam Bromazepam SSRIs Citalopram MAOIs Phenelzine	Fluoxetine Bupropion Mirtazapine Clomipramine
Specific Phobia	Pengobatan untuk <i>specific phobia</i> biasanya fokus terhadap pengobatan dengan teknik eksposur		

(Katzman *et al.*, 2014).

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

SSRI biasanya diindikasikan untuk pengobatan depresi, dianggap sebagai terapi lini pertama untuk gangguan *anxietas*. Kelompok obat ini diantaranya fluoxetine, sertraline, citalopram, escitalopram, fluvoxamine, paroxetine dan vilazodone. Mekanisme penting dari kelompok obat-obatan tersebut yaitu

menghambat transporter serotonin dan menyebabkan desensitisasi reseptor serotonin postsinaptik, sehingga menormalkan aktivitas jalur serotonergik (Bystritsky, *et al.*, 2013).

2. Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

SNRI yang menghambat transporter serotonin dan norepinefrin, termasuk venlafaxine,

desvenlafaxine, dan duloxetine. SNRI biasanya digunakan apabila terjadi kegagalan atau respon yang tidak adekuat terhadap SSRI (Bystritsky, *et al.*, 2013).

Tanggapan pasien terhadap SNRI sangat bervariasi, beberapa pasien mungkin mengalami eksaserbasi gejala fisiologis *anxietas* sebagai akibat dari peningkatan sinyal mediasi norepinefrin yang disebabkan oleh penghambatan transporter norepinefrin. Untuk pasien yang tidak mengalami efek ini, peningkatan tonus noradrenergik dapat berkontribusi terhadap efikasi ansiolitik dari obat-obatan ini (Bystritsky *et al.*, 2013).

3. Benzodiazepines

Meskipun benzodiazepin banyak digunakan pada zaman dahulu untuk mengobati kondisi *anxietas*, tetapi tidak lagi dianggap sebagai terapi lini pertama karena menimbulkan efek samping yang merugikan, jika digunakan dalam waktu yang lama dan dosis yang tinggi. Oleh karena itu, penggunaan benzodiazepin hanya terbatas untuk

pengobatan jangka pendek *anxietas* akut (Bystritsky *et al.*, 2013).

4. Tricyclic Antidepressants

Semua *tricyclic antidepressants* (TCAs) berfungsi sebagai inhibitor reuptake norepinefrin, dan beberapa sebagai penghambat reuptake serotonin. Meskipun beberapa golongan dari obat ini efikasinya sebanding dengan SSRI atau SNRI untuk mengobati *anxietas*, TCA menimbulkan lebih banyak efek samping dan berpotensi mematikan jika overdosis. Untuk alasan ini, TCA jarang digunakan dalam pengobatan gangguan *anxietas*. Kecuali clomipramine yang mungkin lebih berkhasiat daripada SSRI atau SNRI pada pasien dengan OCD (Bystritsky *et al.*, 2013).

PEMBAHASAN

Diagnosis untuk gangguan *anxietas* mengacu pada kriteria DSM-IV-TR, yang membagi tipe *anxietas* berdasarkan gejala yang dirasakan. Berdasarkan kriteria DSM-IV-TR, tipe gangguan *anxietas* terdiri dari ¹⁴ *generalized anxiety disorder* (GAD), *panic disorder*

(PD), *post-traumatic stress disorder* (PTSD), *social anxiety disorder* (SAD), *agoraphobia*, *obsessive-compulsive disorder* (OCD), dan *specific phobia*. Secara klinis, penentuan jenis gangguan *anxietas* tersebut penting untuk memastikan *treatment* seperti apa yang sesuai dengan jenis gangguannya.

Gangguan *anxietas* seringkali diikuti dengan gangguan psikiatri atau kondisi fisik lain. Selain itu, pasien gangguan *anxietas* sebagian besar merupakan pasien rawat jalan, jarang yang memerlukan perawatan rawat inap di rumah sakit. Oleh sebab itu, terkadang perawatannya sulit terkontrol.

Setelah mendapatkan diagnosis, dapat dilakukan perawatan primer segera kepada penderita gangguan *anxietas*, seperti memberikan edukasi mengenai gejala yang terjadi, strategi pengurangan stres, modifikasi gaya hidup (mengurangi konsumsi alkohol dan kafein, menghindari nikotin dan penggunaan narkoba, latihan rutin), konseling yang mendukung, serta

memantau dan mengatasi tanda-tanda awal kekambuhan.

Pilihan *treatment* untuk gangguan *anxietas* terdiri dari terapi psikologis dan farmakologis. Semua pasien harus menerima edukasi dari dokter mencakup informasi mengenai gangguan, pilihan pengobatan, dan prognosis umum. Selain itu, pasien juga harus diberitahu mengenai efektivitas obat, efek samping umum ataupun efek samping yang tidak umum tapi serius, durasi pengobatan, biaya, serta kemungkinan yang akan terjadi apabila pengobatan dihentikan.

Berdasarkan beberapa *guideline* mengenai rekomendasi pengobatan untuk gangguan *anxietas*, pengobatan yang biasa digunakan diantaranya antidepresan (SSRIs, SNRIs, TCAs, dan MAOIs), benzodiazepine, β -blockers, serta ada beberapa yang menggunakan antihistamin dan atipikal antipsikotik. SSRIs direkomendasikan sebagai *first-line* terapi untuk sebagian besar gangguan *anxietas*. Meskipun biasanya SSRIs ini ditoleransi dengan baik setelah

memulai pengobatan awal, namun sering juga terjadi efek samping seperti sakit kepala, kelelahan, dan mual. Oleh karena itu, sebaiknya SSRIs dikonsumsi setelah makan. Selain itu, dosis harus dijaga tetap rendah untuk menghindari overstimulasi. SSRIs dapat membantu mengubah kadar neurotransmitter serotonin di otak, seperti neurotransmitter lain membantu sel otak berkomunikasi dengan yang lainnya. Fluoxetine, Sertraline, Escitalopram, Paroxetine, dan Citalopram merupakan beberapa SSRIs yang secara umum diresepkan untuk *panic disorder*, OCD, PTSD, dan *social phobia*. Sementara Venlafaxine digunakan untuk pengobatan GAD. SSRIs memiliki efek samping yang lebih sedikit jika dibandingkan dengan antidepresan lain.

TCA's merupakan antidepresan lama, sama seperti SSRIs digunakan untuk pengobatan gangguan *anxietas* selain OCD. Meskipun TCA's telah menunjukkan efikasi yang cukup baik, namun kurang bisa ditoleransi karena

memiliki kecenderungan menimbulkan efek samping seperti mulut kering, pusing, mengantuk, serta penglihatan kabur. Oleh karena itu, biasanya dimulai dengan dosis yang paling rendah lalu meningkat secara bertahap. Efek samping yang terjadi biasanya dapat diperbaiki dengan perubahan dosis atau beralih ke obat TCA's yang lain. TCA's seperti Imipramine biasanya diresepkan untuk *panic disorder* dan GAD, sedangkan Clomipramine merupakan satu-satunya antidepresan TCA's yang berguna untuk mengobati OCD.

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) merupakan obat tertua dari golongan antidepresan. Phenelzine adalah MAOIs yang paling sering diresepkan untuk gangguan *anxietas*, diikuti oleh Tranylcypromine yang digunakan untuk *panic disorder* dan *social phobia*. Penggunaan MAOIs harus hati-hati, karena ada beberapa makanan yang tidak boleh dikonsumsi selama pengobatan dengan MAOIs yaitu keju dan anggur, termasuk penggunaan pil kb,

obat penghilang rasa sakit, suplemen herbal, obat alergi juga harus dihindari karena dapat meningkatkan tekanan darah yang berbahaya. Selain itu MAOIs juga tidak bisa dikombinasikan dengan SSRIs karena dapat menimbulkan efek yang serius seperti kebingungan, halusinasi, kekakuan otot, perubahan ritme jantung yang berpotensi mengancam jiwa.

Obat anti-ansietas seperti Benzodiazepin dan Buspirone dapat membantu meredakan gejala *ansietas*. Penelitian menunjukkan bahwa Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, dan Lorazepam lebih efektif dibanding plasebo. Meskipun efikasinya cukup baik, namun monoterapi benzodiazepin tidak direkomendasikan karena berpotensi menimbulkan ketergantungan dan penyalahgunaan. Sehingga benzodiazepin umumnya diresepkan untuk pengobatan jangka pendek. Alprazolam digunakan untuk *panic disorder* dan GAD, Clonazepam untuk fobia sosial dan GAD, serta Lorazepam sangat membantu dalam pengobatan *panic disorder*.

Sementara itu Buspirone seperti Azapirone merupakan anti-ansietas yang lebih baru untuk pengobatan GAD. Tidak seperti Benzodiazepine, Buspirone harus dikonsumsi secara konsisten setidaknya selama 2 minggu untuk mendapatkan efek yang diinginkan.

Selanjutnya β -blocker, yang biasanya digunakan untuk mengobati penyakit jantung, juga bisa digunakan untuk mengurangi gejala *ansietas* yang mungkin muncul seperti palpitasi, peningkatan tekanan darah, gemetar, tremor, dan sebagainya. β -blocker seperti Propanolol digunakan untuk mencegah gejala fisik yang menyertai gangguan ansietas, terutama fobia sosial.

Seorang pasien *ansietas* tidak langsung bisa menerima *treatment*. Tetapi tergantung pada beberapa faktor seperti motivasi pasien, keadaan pasien, gangguan kognitif yang signifikan, tanggapan pasien terhadap pengobatan sebelumnya, serta adanya komorbid dan gangguan psikiatri lain dapat mempengaruhi

apakah ia menerima pengobatan psikologis atau farmakologis.

SIMPULAN

¹⁷ Gangguan *anxietas* merupakan salah satu gangguan mental yang paling umum, yang dapat menjadi beban bagi pasien maupun keluarganya. Pilihan pengobatan untuk gangguan *anxietas* meliputi terapi psikologis dan farmakologis. Setiap pasien harus menerima edukasi yang mencakup informasi mengenai gangguan yang dirasakan, pilihan pengobatan, serta prognosisnya. Penentuan jenis gangguan *anxietas* penting untuk memastikan *treatment* seperti apa yang sesuai dengan jenis gangguannya. Pengobatan untuk gangguan *anxietas* mencakup berbagai antidepresan (SSRIs, SNRIs, TCAs, dan MAOIs), anti-*anxietas* (benzodiazepin dan buspiron), serta β -blockers. Gangguan *anxietas* sering kali bersifat kronis, dan dapat menurunkan kualitas hidup. Berdasarkan beberapa *guideline* mengenai rekomendasi pengobatan untuk gangguan *anxietas*, SSRIs

direkomendasikan sebagai *first-line* terapi untuk sebagian besar gangguan *anxietas*.

³⁴ UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada orang tua yang selalu mendoakan, ³ kepada Bapak Rizky Abdullah, Ph.D., Apt. selaku dosen metodologi penelitian, kepada Ibu Irma Melyani Puspitasari, Ph.D., M.T., Apt. selaku dosen pembimbing, dan kepada teman-teman seperjuangan yang ¹³ telah membantu penyelesaian *review* artikel ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak terdapat potensi konflik kepentingan dengan penelitian, kepenulisan dan atau publikasi artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

¹⁹ Baldwin, D.S., Anderson, I.M., Nutt, D.J., Allgulander, C., ⁵ andelow, B., Christmas, D.M. 2014. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British

Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 1-37.

Bandelow, B., Michaelis, S. 2015. Epidemiology of Anxiety Disorders in the 21st Century. *Journal NCBI, Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3): 327-335.

Bandelow, B., Sophie, M., Dirk, W. 2017. Treatment of Anxiety Disorders. *Journal NCBI, Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2): 93-107.

Bener, A., Ghuloum, S., Abou-Saleh, M.T. 2012. Prevalence, Symptom Patterns and Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders in Primary Care in Qatar. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(3): 439-46.

Bystritsky, A., Sahib, S. K., Michael, E. C., Jason, S. 2013. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Pharmacy and Therapeutics*, 38(1): 41-44.

Christmas, D., Nutt, D. 2008. Potential Novel Anxiolytic Drugs. *Current Pharmaceutical Design*, 14: 3534-46.

DiPiro, J.T., Wells, B.G., Schwinghammer, T.L., DiPiro, C.V. 2009. *Pharmacotherapy Handbook*, Seventh Edition. New York: McGraw-Hill.

DiPiro, J.T., Wells, B.G., Schwinghammer, T.L., DiPiro, C.V. 2015. *Pharmacotherapy*

Handbook, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill.

Dogaheh, E.R. 2013. Psychometric Properties of Farsi Version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Social and Behavioral Science*, 84: 763-763.

Kampfe, C.K., Gloster, A.T., Wittchen, H.U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A.L., et al. 2012. Experimental Avoidance and Anxiety Sensitivity in Patient with Panic Disorder and Agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1): 5-22.

Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Ameringen, M.V. 2014. Canadian Clinical Practice Guideline for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-compulsive Disorders. *BMC Psychiatry*, 14(1).

Kessler, R. C., Wang, P.S. 2008. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29: 115-129.

Locke, B. L., Nell, K., Cameron, G. S. 2015. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *American Family Physician*, 91(9).

Lopez, G., Artigas, F., Adell, A. 2010. Unraveling monoamine receptors Involved in the Action of Typical and Atypical

Antipsychotics on
and
Glutamatergic and
Serotonergic Transmission in
Prefrontal Cortex. *Curr Pharm*,
16(5): 502-15.

4
Lowe, B., Decker, O., Muller, S.,
Brahler, E., Schellberg, D.,
Herzog, W., *et al.* 2008.
Validation and Standardization
of the Generalized Anxiety
Disorder Screener (GAD-7) in
the General Population,
Medical Care, 46(3): 266-274.

18
Maideen, S.F.K., Sidik, S.M.,
Rampal, L., Mukhtar, F. 2015.
Prevalence, Associated Factors
and Predictors of Anxiety: a
Community Survey in
Selangor, Malaysia. *BMC
Psychiatry*, 15: 262.

Mathew, J.S., Rebecca, B.P., Dennis,
S.C. 2008. Recent Advances in
the Neurobiology of Anxiety
Disorders: Implications for
Novel Therapeutics. *American
Journal of Medical Genetics*,
148: 89-98.

40
McEvoy, P.M., R. Grove., T. Slade.
2011. Epidemiology of
Anxiety Disorders in the
Australian General Population:
Findings of the 2007
Australian National Survey of
Mental Health and Wellbeing.
*Australian & New Zealand
Journal of Psychiatry*, 45(11):
957-967.

33
Meng, X., Arcy, C. 2012. Common
and Unique Risk Factors and
Comorbidity for 12-Month
Mood and Anxiety Disorders
Among Canadians. *The*

*Canadian Journal of
Psychiatry*, 57: 479-87.

Ministry of Health. 2015. *Clinical
Practice Guidelines: Anxiety
Disorders*. Singapore.
Available online at
[https://www.moh.gov.sg/
content/dam/moh_web/HPP/Doctors
/cpg_medical/current/2015/an
xiety_disorders/cpg_Anxiety%2
0Disorders%20Apr%20
15%20-
%20Full%20Guidelines.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2015/anxiety_disorders/cpg_Anxiety%20Disorders%20Apr%2015%20-%20Full%20Guidelines.pdf).

39
National Institute of Mental Health.
2009. Anxiety Disorders.
Available online at
[https://www.nimh.nih.gov/health/
topics/anxiety-
disorders/index.shtml](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml).

Simpson, H.B., Y. Neria., R. Lewis-
Fernandez., F. Schneiner.
2010. *Anxiety Disorder-
Theory, Research and Clinical
Perspective*, 1st Ed. Cambridge:
Cambridge University Press.

9
Soodan, S., Arya, A. 2015.
Understanding the
Pathophysiology and
Management of the Anxiety
Disorders. *International
Journal of Pharmacy &
Pharmaceutical Research*,
4(3): 251-278.

38
Stuart, G.W. 2012. *Buku Saku
Keperawatan Jiwa*, Edisi 5.
Jakarta: EGC.

Videbeck, S.L. 2011. *Psychiatric
Mental Health Nursing*, 5th
Edition. Wolters Kluwer
Health. Lippincott Williams &
Wilkins.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., *et al.* 2013. Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal NCBI*, 382(9904): 1575-86.

² Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., *et al.* 2011. The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9): 655-79.

anxietas

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

9%

PUBLICATIONS

12%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Padjadjaran University Student Paper	1%
2	Submitted to University of Westminster Student Paper	1%
3	journal.unpad.ac.id Internet Source	1%
4	bmcpsychiatry.biomedcentral.com Internet Source	1%
5	Submitted to University Of Tasmania Student Paper	1%
6	ccsenet.org Internet Source	1%
7	psych.colorado.edu Internet Source	1%
8	www.bentham.org Internet Source	1%
9	Submitted to University of Sydney Student Paper	<1%

10

pharexmedics.com

Internet Source

<1%

11

onlinelibrary.wiley.com

Internet Source

<1%

12

Submitted to Universitas Muhammadiyah
Surakarta

Student Paper

<1%

13

journals.unpad.ac.id

Internet Source

<1%

14

link.springer.com

Internet Source

<1%

15

Jasmine Turna, Beth Patterson, Michael Van Ameringen. "Is cannabis treatment for anxiety, mood, and related disorders ready for prime time?", *Depression and Anxiety*, 2017

Publication

<1%

16

David S Baldwin, Ian M Anderson, David J Nutt, Christer Allgulander et al. "Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology", *Journal of Psychopharmacology*, 2014

Publication

<1%

www.rinagu.com

17

Internet Source

<1%

18

Submitted to University of Leicester

Student Paper

<1%

19

Submitted to National University of Singapore

Student Paper

<1%

20

clinicaltrials.gov

Internet Source

<1%

21

www.ncbi.nlm.nih.gov

Internet Source

<1%

22

Submitted to University of Florida

Student Paper

<1%

23

tesisenxarxa.net

Internet Source

<1%

24

douglas.research.mcgill.ca

Internet Source

<1%

25

Submitted to University of Central Lancashire

Student Paper

<1%

26

Submitted to Queensland University of
Technology

Student Paper

<1%

27

blogs.plos.org

Internet Source

<1%

Submitted to University of Bedfordshire

28

Student Paper

<1%

29

www.palgraveconnect.com

Internet Source

<1%

30

Katzman, Martin A, Pierre Bleau, Pierre Blier, Pratap Chokka, Kevin Kjernisted, and Michael Van Ameringen. "Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders", BMC Psychiatry, 2014.

Publication

<1%

31

Submitted to Bolton Institute of Higher Education

Student Paper

<1%

32

Yongrae Cho, Younghee Choi, Sunyoung Kim, Sehee Hong. "Factor Structure and Other Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory in Korean Samples", Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 2018

Publication

<1%

33

Submitted to University of Exeter

Student Paper

<1%

34

media.neliti.com

Internet Source

<1%

Submitted to KPJ International College of

35 Nursing and Health Science Student Paper <1%

36 www.everydayhealth.com Internet Source <1%

37 docplayer.net Internet Source <1%

38 andriperdana92.blogspot.com Internet Source <1%

39 Submitted to Glasgow Caledonian University Student Paper <1%

40 animalfun.curtin.edu.au Internet Source <1%

41 eprints.soton.ac.uk Internet Source <1%

Exclude quotes On Exclude matches < 10 words
Exclude bibliography On