



Gangguan Cemas Menyeluruh

Okta Diferiansyah¹, Tendry Septa², Rika Lisiswanti¹

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung

Abstrak

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Neurotransmitter utama terhadap gangguan kecemasan adalah peningkatan norepinefrin, serotonin, dan gamma aminobutyric acid (GABA). Perkiraan yang diterima untuk prevalensi gangguan kecemasan umum dalam satu tahun terentang dari 3 sampai 8 persen. Rasio wanita dan laki-laki adalah kira-kira 2:1, usia onset sukar untuk ditentukan, karena sebagian besar pasien melaporkan bahwa mereka mengalami kecemasan selama yang dapat mereka ingat. Ny. W, 56 tahun dengan keluhan merasa cemas, dadanya berdebar, keringat dingin, dan sulit tidur. Perasaan cemas ini berlangsung beberapa saat dan hilang timbul. Keluhan muncul sejak \pm 1 tahun sebelum masuk rumah sakit, diawali oleh perubahan dalam pekerjaan atau kegiatan pasien yang semakin berat. Pasien didiagnosa mengalami gangguan cemas menyeluruh. Pasien diterapi dengan psikofarmakologi berupa alprazolam 2 x 0,25 mg dan dilakukan intervensi psikososial kepada keluarga dan pasiennya. Tatalaksana gangguan cemas menyeluruh dapat dilakukan dengan psikoterapi dan pemberian obat golongan Benzodiazepine.

Kata kunci: benzodiazepine, GABA, gangguan cemas menyeluruh, kecemasan

General Anxiety Disorders

Abstract

Anxiety is a fear that is not clear and is not supported by the situation. When feeling anxious, people feel uncomfortable or afraid, or perhaps an inkling of the disaster struck when she did not understand why the emotion that threatens to happen. The main neurotransmitter of the anxiety disorder is an increase in norepinephrine, serotonin, and gamma aminobutyric acid (GABA). Estimates are acceptable to the prevalence of generalized anxiety disorder in a one year span from 3 to 8 percent. The ratio of women and men is approximately 2:1, age of onset is difficult to determine, since most patients report that they experience anxiety during which they can remember. Mrs. W, 56 years with complaints of anxiety, chest palpitations, cold sweat, and sleeplessness. Feelings of anxiety lasted some time and intermittent. Complaints arise from \pm 1 year before entering the hospital, preceded by changes in work or activities that heavier patients. Patients diagnosed with general anxiety disorders. Patients treated with psychopharmacology form alprazolam 2 x 0.25 mg and conducted psychosocial interventions to family and patients. Management of general anxiety disorders include psychotherapy and thorough administration of benzodiazepine drug class.

Keyword: anxiety, benzodiazepines, GABA, general anxiety disorders

Korespondensi: Okta Diferiansyah, S.Ked, alamat Jl. Abdul Muis No. 9, Gedong Meneng, Kedaton, Bandar Lampung, HP 087899288880, e-mail oktadiferiansyah9@gmail.com

Pendahuluan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.¹

Gangguan kecemasan adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang kecemasan yang berlebihan, disertai respons perilaku, emosional, dan fisiologis. Individu yang mengalami gangguan kecemasan dapat memperlihatkan perilaku yang tidak lazim seperti panik tanpa alasan, takut yang tidak beralasan terhadap objek atau kondisi kehidupan, melakukan tindakan

berulang-ulang tanpa dapat dikendalikan, mengalami kembali peristiwa yang traumatik, atau rasa khawatir yang tidak dapat dijelaskan atau berlebihan. Pada kesempatan yang jarang terjadi, banyak orang memperlihatkan salah satu dari perilaku yang tidak lazim tersebut sebagai respons normal terhadap kecemasan. Perbedaan antara respons kecemasan yang tidak lazim ini dengan gangguan kecemasan ialah bahwa respons kecemasan cukup berat sehingga bisa mengganggu kinerja individu, kehidupan keluarga, dan gangguan sosial.^{1,2}

Rasio wanita dan laki-laki adalah kira-kira 2:1, usia onset sukar untuk ditentukan, karena sebagian besar pasien melaporkan bahwa mereka mengalami kecemasan selama



yang dapat mereka ingat. Pasien biasanya datang untuk mendapatkan perawatan dokter pada usia 20 tahunan, walaupun kontak pertama dengan klinisi dapat terjadi pada hampir setiap usia. Hanya sepertiga pasien yang menderita gangguan kecemasan umum mencari pengobatan psikiatrik. Banyak pasien pergi ke dokter umum, dokter penyakit dalam, dokter spesialis kardiologi, spesialis paru-paru, atau dokter spesialis gastroenterologi untuk mencari pengobatan.^{4,5}

National Comorbidity Study melaporkan bahwa satu diantara empat orang, memenuhi kriteria untuk sedikitnya satu gangguan cemas, dan angka prevalensi sebesar 17,7% dalam satu tahun. Perkiraan yang diterima untuk prevalensi gangguan cemas umum dalam satu tahun adalah dari 3-8%. Gangguan cemas menyeluruh kemungkinan merupakan gangguan yang paling sering ditemukan dengan gangguan mental penyerta, biasanya gangguan cemas atau gangguan *mood* lainnya. Kemungkinan 50% dengan gangguan cemas menyeluruh memiliki gangguan mental lainnya.³

Kasus

Kasus ini diambil pada tanggal 12 april 2015 pukul 11.00 WIB di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Ny. W, perempuan, 56 tahun, suku Jawa, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SD, tinggal di Dusun Puji Rahayu, Kecamatan Merbabu, Tanjung Bintang, datang ke poliklinik tanggal 12 April 2016. Pasien terlihat sesuai umurnya, memakai baju berwarna coklat, penampilan terkesan agak lusuh, perawakan pendek dengan berat badan cukup, kulit coklat, mengenakan hijab, kuku pendek namun kurang bersih.

Pasien datang ke Poliklinik RS Jiwa Daerah Lampung diantar oleh anaknya. Pasien sering mengeluhkan cemas. Perasaan cemas ini dirasakan sejak 1 tahun yang lalu, pasien mengeluh sering merasa cemas secara mendadak, yang diikuti rasa pusing, telapak tangan berkeringat, dan jantung berdebar-debar. Pasien juga mengaku jika serangan cemas itu ada, maka akan mengganggu kemampuannya untuk berkonsentrasi dalam mengerjakan sesuatu, apabila perasaan cemas itu datang pasien juga sulit untuk tidur. Perasaan tersebut ditemukan pada sebagian

waktu selama 1 tahun lalu. Pasien sendiri mengaku tidak mengetahui secara pasti mengapa dia sering mengalami ketakutan, tetapi pasien sudah mulai merasakan keluhan tersebut sejak suami pasien menjadi kepala desa. Pasien mengatakan bahwa dirinya menjadi sedikit terbebani akibat kini dirinya menjadi ibu kepala desa, pasien mengaku tidak dapat mengurus kegiatan-kegiatan yang dibebankan kepadanya sebagai ibu kepala desa.

Pasien mengaku apabila perasaan ini muncul, ia tidak dapat bekerja. Ia cenderung memilih diam di rumah. dan meninggalkan pekerjaannya. Pasien mengaku kesulitan dalam melakukan beberapa kegiatan sehari-harinya ketika terjadinya peningkatan kecemasan, keadaan ini cukup mengganggu kontak sosialnya dengan orang-orang sekitarnya tetapi menurutnya dia tetap berfungsi penuh secara sosial dan dapat melakukan pekerjaan dengan baik ketika kecemasan itu tidak ada. Pasien mengaku saat ini tidak ada masalah di dalam keluarganya, tidak ada masalah yang membuatnya cemas, pasien adalah tipe orang yang terbuka terhadap suaminya dalam berumah tangga, pasien selalu bercerita tentang masalahnya terhadap suaminya.

Selama wawancara, pasien dapat duduk tenang. Kontak mata dengan pemeriksa cukup baik. Pembicaraan spontan, artikulasi jelas, lancar, intonasi sedang, volume cukup, kualitas cukup, dan kuantitas banyak. *Mood* biasa, afek luas, dan keserasian afek sesuai. Pasien memiliki kemampuan abstraksi yang baik. Tilikan pasien adalah derajat 4 yaitu menyadari bahwa dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak memahami penyebab penyakitnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital, pemeriksaan sistem organ, dan status neurologis dalam batas normal.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan, diagnosa yang didapat pada pasien adalah Gangguan Cemas Menyeluruh. Pasien diterapi dengan psikofarmakologi berupa golongan *Benzodiazepine* (alprazolam 2 x 0,25 mg) dan dilakukan intervensi psikososial kepada keluarga dan pasiennya. Pasien dianjurkan untuk kontrol ke poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung seminggu kemudian.



Pembahasan

Pada pasien ini ditemukan adanya gangguan perasaan cemas yang bermakna serta menimbulkan suatu *distress* (penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan definisi gangguan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) dimana didapatkan suatu kelompok gejala atau perilaku yang secara klinis ditemukan bermakna dan disertai dengan *distress* dan yang berkaitan dengan disfungsi atau hendaya.^{6,7}

Berdasarkan data-data yang didapat melalui anamnesis psikiatri dan pemeriksaan fisik, tidak ditemukan riwayat demam tinggi, trauma, sakit berat, penurunan kesadaran, dan kejang. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F.0). Selain itu, pasien juga tidak pernah meminum alkohol ataupun obat-obatan terlarang lainnya sehingga dapat menyingkirkan diagnosis gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F.1).⁶⁻⁸

Berdasarkan anamnesis juga didapatkan gangguan dalam kemampuan menilai realitas yang bermanifestasi sebagai terganggunya kesadaran diri (*awarness*), daya nilai norma sosial (*judgement*), dan terganggunya daya tilikan diri (*insight*). Selain itu tidak didapatkan isi pikiran pasien yang bergema dalam dirinya, isi pikirannya dimasukin atau diambil dari luar dan isi pikirannya tersiar. Selain itu juga tidak didapatkan adanya waham baik waham dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu, dipengaruhi, waham dirinya tidak berdaya dan pasrah, dan pengalaman menerima mukjizat.^{7,8} Selain itu juga pasien tidak didapatkan adanya halusinasi baik itu auditorik maupun visual. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis skizofrenia, skizotipal, dan gangguan waham (F.2).^{9,10}

Pada pasien juga tidak didapatkan gangguan suasana perasaan baik berupa afek yang meningkat, disertai peningkatan dalam jumlah dan kecepatan aktivitas fisik dan mental. Selain itu, pasien tidak didapatkan gejala depresi baik gejala utama maupun gejala tambahan. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan suasana perasaan (F.3).^{9,10}

Pada pasien kecemasan muncul hampir setiap hari secara bervariasi setidaknya selama 6 bulan. Beberapa gejala yang ada lainnya seperti kecemasan, ketegangan motorik, hiperaktivitas otonomik, kewaspadaan kognitif, kekhawatiran terhadap sesuatu hal yang tidak pasti, sulit berkonsentrasi, gelisah, kesulitan tidur, sering berdebar tanpa sebab yang jelas, dan sakit kepala. Karena keluhannya ini sudah dirasakan sejak 1 tahun yang lalu, maka dapat digolongkan sebagai gangguan cemas menyeluruh.⁹ Pasien juga mengaku kesulitan dalam melakukan beberapa kegiatan atau pekerjaan sehari-harinya ketika terjadinya peningkatan kecemasan, akan tetapi dia tetap berfungsi penuh secara sosial dengan baik ketika kecemasan itu tidak ada.

Pasien didiagnosis menggunakan sistem diagnostik multiaksial. Diagnosis aksis I ditegaskan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan pasien. Data ini menjadi dasar untuk mendiagnosis bahwa pasien menderita gangguan cemas menyeluruh (F41.1).¹⁰ Kriteria diagnosis gangguan cemas menyeluruh menurut (DSM-IV-TR), yaitu kecemasan atau kekhawatiran yang berlebihan (harapan yang mengkhawatirkan) yang lebih banyak dibandingkan tidak terjadi selama 6 bulan, tentang sejumlah kejadian atau aktifitas (seperti pekerjaan dan prestasi sekolah).¹⁰

Pada aksis II tidak ada diagnosis dikarenakan pada pasien didapatkan riwayat tumbuh kembang saat masa kanak-kanak dan remaja baik, serta pasien mampu menyelesaikan pendidikan sampai tamat SD. Hal ini menyingkirkan diagnosis retardasi mental (F.70). Sedangkan jenis kepribadian pasien belum dapat didiagnosis karena pemeriksa hanya bertemu dengan pasien sebanyak satu kali.^{4,10} Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak ditemukan riwayat penyakit fisik. Oleh karena itu aksis III tidak ada diagnosis.

Pada aksis IV, pasien memiliki permasalahan dalam hidupnya. Pasien sudah mulai merasakan keluhan tersebut sejak suami pasien menjadi kepala desa. Pasien mengatakan bahwa dirinya menjadi sedikit terbebani akibat kini dirinya menjadi ibu kepala desa, pasien mengaku tidak dapat mengurus kegiatan-kegiatan yang dibebankan kepadanya sebagai ibu kepala desa. Pada aksis



V, penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi dalam kehidupannya menggunakan skala *Global Assessment of Functioning* (GAF). Pada saat dilakukan wawancara, skor GAF 70-61 (gejala ringan, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik).^{4,10}

Pasien diterapi dengan obat golongan *Benzodiazepine* (alprazolam 2 x 0,25 mg). Jenis obat-obat golongan *Benzodiazepine* ini adalah Diazepam, Klordiazepoksid, Lorazepam, Klobazam, Bromazepam, Oksazolam, Klorazepat, Alprazolam atau Prazepam.^{1,2} Penggunaan obat anti kecemasan haruslah melalui kontrol dari dokter secara ketat, penggunaan obat-obat anti kecemasan dapat mengakibatkan beberapa efek samping. Pasien dengan riwayat penyakit hati kronik, ginjal, dan paru haruslah diperhatikan pemakaian obat-obatan ini.^{1,2}

Pada anak dan orangtua dapat juga memberikan reaksi seperti yang tidak diharapkan (*paradoxes reaction*) seperti meningkatkan kegelisahan, ketegangan otot, disinhibisi, atau gangguan tidur.⁵ Beberapa efek samping penggunaan obat anti-kecemasan adalah sedatif (rasa mengantuk, kewaspadaan menurun, kerja psikomotorik menurun, dan kemampuan kognitif melemah), rasa lemas, cepat lelah, dan adiktif walaupun sifatnya lebih ringan dari narkotika. Ketergantungan obat biasanya terjadi pada individu peminum alkohol dan pengguna narkoba (maksimum pemberian obat selama 3 bulan). Penghentian obat secara mendadak memberikan gejala putus obat (*rebound phenomenon*) seperti kegelisahan, keringat dingin, bingung, tremor, palpitasi, atau insomnia.^{1,2,5}

Keputusan untuk meresepkan suatu anti kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan menyeluruh harus jarang dilakukan pada kunjungan pertama. Karena sifat gangguan yang berlangsung lama, suatu rencana pengobatan harus dengan cermat dijelaskan. Dua obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan menyeluruh adalah *bupirone* dan *benzodiazepine*.⁵

Terapi obat untuk gangguan kecemasan umum sering kali dipandang sebagai pengobatan selama 6-12 bulan, beberapa bukti menyatakan bahwa pengobatan harus jangka panjang, kemungkinan seumur hidup.

Kira kira 25% pasien mengalami kekambuhan dalam bulan pertama setelah dihentikan terapi dan 60-80% kambuh selama perjalanan tahun selanjutnya. Walaupun beberapa pasien menjadi tergantung pada *benzodiazepine*, tidak ada toleransi yang berkembang untuk efek terapeutik.⁵

Benzodiazepine merupakan obat pilihan pertama untuk gangguan kecemasan menyeluruh. Pada gangguan *benzodiazepine* dapat diresepkan atas dasar jika diperlukan, sehingga pasien menggunakan *benzodiazepine* kerja cepat jika mereka merasakan kecemasan tertentu. Pendekatan alternatif adalah dengan meresepkan *benzodiazepine* untuk suatu periode terbatas, selama mana pendekatan terapeutik psikososial diterapkan.

Beberapa masalah berhubungan dengan pemakaian *benzodiazepine* dalam gangguan kecemasan menyeluruh. Kira-kira 25-30% dari semua pasien tidak berespons dan dapat terjadi toleransi serta ketergantungan. Beberapa pasien juga mengalami gangguan kesadaran saat menggunakan obat dan dengan demikian pasien berada dalam resiko untuk mengalami kecelakaan kendaraan bermotor.^{1,2,5}

Keputusan klinis untuk memulai terapi dengan *benzodiazepine* dipertimbangkan secara spesifik. Diagnosis pasien, gejala sasaran spesifik, dan lamanya pengobatan semuanya harus ditentukan serta informasi harus diberikan kepada pasien. Pengobatan untuk sebagian besar keadaan kecemasan berlangsung selama dua sampai enam minggu, diikuti oleh satu atau dua minggu menurunkan obat perlahan-lahan sebelum akhirnya obat dihentikan.^{1,2,5}

Pengobatan bagi kecemasan, biasanya memulai dengan obat pada rentang rendah terapeutiknya dan meningkatkan dosis untuk mencapai respons terapeutik. Pemakaian *benzodiazepine* dengan waktu paruh sedang (8-15 jam), kemungkinan akan menghindari beberapa efek merugikan yang berhubungan dengan penggunaan *benzodiazepin* dengan waktu paruh panjang. Pemakaian dosis terbagi mencegah perkembangan efek merugikan yang berhubungan dengan kadar plasma puncak yang tinggi. Perbaikan yang didapatkan dengan *benzodiazepine* mungkin lebih dari sekedar efek anti kecemasan. Sebagai contoh, obat dapat menyebabkan pasien memandang beberapa kejadian dalam



pandangan yang positif. Obat juga dapat memiliki kerja disinhibisi ringan, serupa dengan yang dilihat setelah sejumlah kecil alkohol.^{1,2,5}

Buspirone kemungkinan besar efektif pada 60-80% pasien dengan gangguan kecemasan menyeluruh. Data menyatakan bahwa *buspirone* lebih efektif dalam menurunkan gejala kognitif dari gangguan kecemasan menyeluruh dibandingkan dengan menurunkan gejala somatik. Bukti-bukti juga menyatakan bahwa pasien yang sebelumnya telah diobati dengan *benzodiazepine* kemungkinan tidak berespons baik terhadap pengobatan *buspirone*. Tidak adanya respons tersebut mungkin disebabkan oleh tidak adanya efek nonansiolitik dari *benzodiazepine*, yang terjadi pada terapi *buspirone*. *Buspirone* memiliki kerugian utama yaitu efeknya memerlukan waktu 2-3 minggu. Dapat dilakukan penggunaan bersama antara *benzodiazepine* dengan *buspirone* kemudian di lakukan tapering *benzodiazepine* setelah 2-3 minggu disaat efek terapi *buspirone* sudah mencapai maksimal.^{1,2,5}

Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors (SSRI), *sertraline*, dan *paroxetine* merupakan pilihan yang lebih baik daripada fluoksetin. Pemberian fluoksetin dapat meningkatkan ansietas sesaat. SSRI selektif terutama terhadap pasien GAD dengan riwayat depresi.^{1,2,5}

Pada pasien juga di lakukan psikoterapi. Psikoterapi yang terpilih untuk gangguan ini adalah *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT). Terdapat beberapa metode CBT, beberapa diantaranya yakni metode restrukturisasi, terapi relaksasi, terapi bernapas, dan terapi *interoceptive*.¹² Inti dari terapi CBT adalah membantu pasien dalam memahami cara kerja pemikiran otomatis dan keyakinan yang salah dapat menimbulkan respon emosional yang berlebihan, seperti pada gangguan panik.^{12,13}

Terapi restrukturisasi, melalui terapi ini pasien dapat merestrukturisasi isi pikirannya dengan cara mengganti semua pikiran-pikiran negatif yang dapat mengakibatkan perasaan tidak menyenangkan yang dapat memicu serangan panik dengan pemikiran-pemikiran positif. Terapi relaksasi dan bernapas dapat digunakan untuk membantu pasien mengontrol kadar kecemasan dan mencegah *hypocapnia* ketika serangan panik terjadi.

Semua jenis CBT seperti di atas dapat dilakukan pasien dengan atau tanpa melibatkan dokter.¹³

Ada beberapa pertimbangan yang mempengaruhi prognosis pasien. Faktor-faktor yang meringankan adalah adanya dukungan keluarga, motivasi yang kuat (keinginan kuat yang ingin sembuh), dan tidak ada riwayat keluarga (keluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan yang sama). Sedangkan faktor-faktor yang memperberat adalah kambuh-kambuhan dan jarak rumah dengan Rumah Sakit Jiwa relatif jauh. Dari data tersebut dapat terlihat bahwa daftar yang memperingan lebih banyak dibandingkan dengan yang memperberat sehingga di prognosis *dubia ad bonam*, selain itu kasus ini tidak terdapat gangguan psikosis yang dapat memperberat prognosis.¹⁴

Simpulan

Penatalaksanaan gangguan cemas menyeluruh terdiri dari nonmedikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non medikamentosa adalah dilakukan psikoterapi. Psikoterapi yang terpilih adalah CBT. Sedangkan, penatalaksanaan medikamentosa diberikan obat golongan *benzodiazepine*, merupakan obat pilihan pertama untuk gangguan kecemasan menyeluruh.

Daftar Pustaka

1. Amir N. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: FKUI; 2013.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis. Edisi ke-7, Jilid 1. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602.
4. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa: rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.
5. American Psychiatric Assosiation. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder second edition. New York: American Psychiatric Assosiation; 2010.



6. McLean PD, Woody SR. Panic disorder and agoraphobia. Dalam: Anxiety disorders in adults. Vancouver: Oxford University Press; 2001.
7. Atkinson RL, Atkinson R, Smith, Edward. Hilgard's introduction to psychology. New York: Harcourt College Publishers; 2002.
8. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Edisi ke-10. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Redayani P. Gangguan cemas menyeluruh. Dalam: Buku ajar psikiatri. Jakarta: FKUI; 2010.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Edisi ke-5. USA: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi K, Doi M, Zhou M, et al. Development of nursing guidelines for inpatients with obsessive-compulsive disorder in line with the progress of cognitive behavioral therapy: a practice report. *J Depress Anxiety*. 2014; 3:153.
12. Ham P, Waters DB, Oliver MN. Treatment of panic disorder. *Am Fam Physician*. 2005; 15; 71(4):733-9.
13. Spett, M. Cognitive-behaviour therapy for panic attacks; 2008 [diperbarui 2008]. [diakses pada tanggal 2 April 2016]. Tersedia dari: <http://www.nj-act.org/panic.html>
14. Nurmiati A. Luaran terapi pada gangguan depresi major. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2012; 39(2):92-4.