

PENILAIAN KEPARAHAN SERTA KOMORBIDITAS GANGGUAN PANIK*Sivanesh Tamilselvan**Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*

ABSTRAK

Latar belakang: Gangguan panik dengan atau tanpa agoraphobia merupakan salah satu gangguan cemas yang biasa terjadi. Pasien gangguan panik yang mencari pertolongan medis dengan keluhan berbeda yang muncul dan banyak pasien juga menderita gangguan cemas / psikiatri lain atau gangguan penyalahgunaan obat.

Metode: ini merupakan penelitian cross sectional yang dilakukan mempergunakan kriteria DSM IV TR untuk gangguan panik. Kemudian pasien dengan diagnosis gangguan panik diukur skala keparahan gangguan panik dengan 7 item (PDSS) untuk menilai keparahan gangguan panik. Dievaluasi secara klinis untuk adanya agoraphobia atau tidak. Perhatian khusus diberikan untuk memeriksa apakah pasien memiliki gangguan psikiatri komorbid lain.

Hasil: mayoritas pasien 65% adalah wanita, 52,5% berada dalam kelompok usia 15 – 24 tahun dan rerata usia pasien adalah 23,82 tahun. Rerata usia onset gejala gangguan panik adalah 21,3 tahun. Penggunaan zat yang paling sering adalah tembakau pada 30% pasien. Komorbiditas yang paling sering adalah gangguan depresi mayor pada 40% pasien. Agoraphobia ditemukan pada 24 (60%) pasien. Durasi rata rata PA adalah 22,37 menit. 60% mengalami PD sedang. Mayoritas pola gejala pasien 67,5% mengalami gejala sistem kardiovaskuler (CVS).

Kesimpulan: gangguan panik sering ditemukan pada kelompok usia 15-24 tahun. Gejala yang sering muncul adalah gejala sistem kardiovaskuler yang perlu dibedakan dengan teliti. Dibutuhkan perhatian pada tingginya angka komorbiditas penggunaan zat dan gangguan psikiatri pada pasien gangguan panik.

Kata kunci: gangguan panik, agoraphobia, epidemiologi, keparahan, komorbiditas

ASSESSMENT OF THE SEVERITY AND PANIC COMORBID DISORDERS**ABSTRACT**

Background: Panic disorder with or without agoraphobia is a common anxiety disorders. Panic disorder patients who seek medical attention complaining of different emerging and many patients also suffer from anxiety disorders / other psychiatric or substance abuse disorders.

Methods: This was a cross sectional study conducted using DSM IV TR criteria for panic disorder. Then patients with a diagnosis of panic disorder, panic disorder severity scale measured by 7 items (PDSS) to assess the severity of panic disorder. Clinically evaluated for the presence of agoraphobia or not. Special attention is given to check whether the patients had other comorbid psychiatric disorders.

Results: The majority of patients 65% were women, 52.5% were in the age group 15-24 years and the mean age of patients was 23.82 years. The mean age of onset of symptoms of panic disorder was 21.3 years. The most frequent use of a substance is tobacco in 30% of patients. The most frequent comorbidities are major depressive disorder in 40% of patients. Agoraphobia was found in 24 (60%) patients. PA is the average duration of 22.37 minutes. 60% experienced moderate PD. The majority of the patterns of symptoms 67.5% of patients experienced symptoms of cardiovascular system (CVS).

Conclusion: panic disorder often found in the age group 15-24 years. Symptoms often appear are the symptoms of a cardiovascular system that needs to be distinguished carefully. Needed attention to the high rates of comorbid substance use and psychiatric disorders in patients with panic disorder.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, epidemiology, severity, comorbidity

Pendahuluan

Gangguan panik merupakan salah satu jenis gangguan cemas. Gangguan cemas merupakan gangguan kejiwaan yang paling sering didapat. Wanita beresiko hampir 2 kali lipat lebih sering dibandingkan pria. Gangguan panik mungkin terjadidengan atau tanpa agoraphobia.

Agoraphobia dapat menjadi phobia yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam keseharian, karena dapat secara signifikan mengganggu kemampuan seseorang dalam pekerjaan dan situasi sosial diluar rumah. Prevalensi seumur hidup gangguan panik berada dalam rentang 1 hingga 4%, dengan prevalensi 6 bulan kurang lebih 0,5 hingga 1,0 %, dan 3 hingga 5,6% untuk serangan panik.

Pada pasien dengan gangguan panik, sebanyak 91% mengalami setidaknya 1 gangguan psikiatri lain seperti pada 84% mereka dengan agoraphobia. Berdasarkan DSM IV TR, 10-15% orang dengan gangguan panik memiliki gangguan mayor depresi komorbid. Sekitar sepertiga orang dengan kedua gangguan tersebut memiliki gangguan depresi mayor sebelum onset gangguan panik sekitar dua per tiga pertama kali mengalamigangguan panik selama atau setelah onset depresi mayor. Gangguan cemas juga biasanya terjadi pada orang dengan gangguan panik dan agoraphobia. Orang dengan gangguan panik, 15 hingga 30% juga mengalami phobia sosial, 2-20% mengalami phobia spesifik, 15-30% mengalami gangguan cemas menyeluruh, 2-10% mengalami *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), dan hingga 30% mengalami *Obsessive-Compulsive Disorder* (OCD). Kondisi komorbid yang sering terjadi lainnya adalah hipokondriasis, gangguan kepribadian, dan gangguan yang berhubungan dengan zat.

DSM IV TR memperkenalkan 3 jenis serangan panik: spontan, berkaitan dengan situasi tertentu, dan dipredisposisi situasi. Serangan panik yang tidak diharapkan atau spontan terjadi tanpa tanda atau peringatan. Serangan panik yang

berhubungan dengan situasi tertentu dan dipredisposisi oleh situasi terjadi setelah paparan terhadap atau saat antisipasi paparan terhadap stimulus yang ditakuti.

Agoraphobia merupakan ketakutan pasien seorang diri di tempat publik. Pasien dengan agoraphobia dengan kaku menghindari situasi dimana akan sulit untuk memperoleh bantuan. Mereka lebih memilih ditemani oleh seorang teman atau anggota keluarga di jalanan yang ramai, toko yang ramai, ruang tertutup dan kendaraan tertutup.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian prospektif, yang dilakukan departemen psikiatri rumah sakit. Pasien, yang menunjukkan gejala menderita gangguan panik secara menyeluruh dievaluasi untuk diagnosis gangguan panik dengan mempergunakan kriteria DSM IV TR untuk gangguan panik.

Kemudian pasien dengan diagnosis gangguan panik disubjekkan dalam skala keparahan gangguan panik 7 item (PDSS) untuk menilai keparahan gangguan panik. Sejalan dengan gangguan panik, pasien juga dievaluasi secara klinis untuk agoraphobia. Perhatian khusus diberikan untuk memeriksa apakah pasien mengalami gangguan psikiatri komorbid lainnya. Persetujuan verbal diperoleh dari setiap pasien sebelum pengumpulan data.

Kriteria inklusi penelitian ini antara lain penegakan diagnosis gangguan panik dengan 2 kriteria DSM IV TR melalui wawancara klinis serta usia 16 hingga 60 tahun. Kriteria eksklusi antara lain pasien dengan diagnosis aksis I gangguan kejiwaan lain seperti gangguan skizofrenia dan psikotik lainnya, gangguan mood bipolar dan gangguan somatoform, pasien dengan gangguan aksis II dan III (retardasi mental, gangguan kepribadian, gangguan fisik), pasien yang tidak kooperatif, tidak dapat menyelesaikan atau tidak ingin berpartisipasi. Setelah

mewawancara pasien yang berpartisipasi secara klinis, data diisi dalam suatu proforma pradetermina. Data ditabulasi dan analisis statistik kategorikal dilakukan kapanpun dapat diaplikasikan.

Alat yang digunakan dalam penelitian antara lain:

- 1) Proforma semi struktur untuk mencatat variabel sosiodemografi yang mencakup rincian keluhan utama, riwayat medis dan psikiatri dan pemeriksaan status kejiwaan.
- 2) klasifikasi Prasad untuk kelas sosial, revisi 2008.
- 3) kriteria diagnosis DSM-IV-TR untuk gangguan panik.
- 4) Panik Disorder Severity Scale. (PDSS): Panik disorder severity scale (PDSS)

Dikembangkan untuk memberikan cara sederhana dalam mengukur keparahan keseluruhan gangguan panik DSM IV. PDSS terdiri dari 7 item, masing masing dinilai berdasarkan skala likert 5 poin dari 0 (tidak ada gejala) hingga 4 (gejala ekstrim) dengan rentang keseluruhan 0 hingga 28. Item ini dengan hati hati *anchored* dan menilai frekuensi panik, distress selama panik, cemas antisipasi yang berfokus pada panik, penghindaran dengan fobia terhadap situasi, penghindaran dengan fobia sensasi fisik, gangguan fungsi kerja, dan gangguan fungsi sosial. Waktu yang dibutuhkan untuk memenuhi skala adalah 30 menit. Nilai lebih dari atau sama dengan 8 menunjukkan gejala gangguan panik. Peningkatan dalam nilai ini mengindikasikan peningkatan keparahan gangguan panik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik demografi populasi penelitian ditunjukkan pada tabel 1. Prevalensi sepanjang hidup gangguan panik DSM IV diantara mereka yang berusia 14 hingga 24 tahun adalah 1,6% (0,8% dengan dan 0,8% tanpa agoraphobia). Gangguan panik ditemukan cukup sering (13,1%) pada komunitas, dengan prevalensi seumur hidup serangan panik DSM IV pada 4,3% (prevalensi 12 bulan, 2,7%).

Tabel 1: Karakteristik Demografi

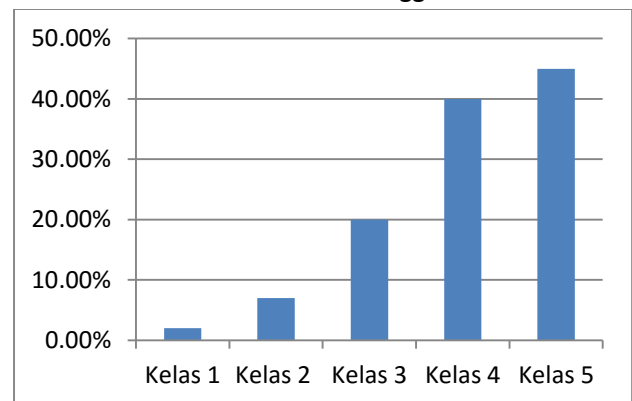
Karakteristik	N= 40 (%)	
Kelamin	Laki-laki	14(35)
	Perempuan	26(65)
Umur	15-24	21(52.5)

	25-34	13(32.5)
	35-44	5(12.5)
	45-54	1(2.5)
Status perkahwinan	Belum Menikah	16(40)
	Menikah	11(27.5)
	Bercerai/Berpisah	7(17.5)
	Janda/duda	6(15)
Pendidikan	Tidak Berpendidikan	14(35)
	Sekolah Dasar	15(37.5)
	Sekolah menengah	8(20)
	Jurusan tinggi	3(7.5)
Jenis Keluarga	Nuclear	22(55)
	Joint	18(45)

Kelas sosioekonomi:

Sebagian besar pasien digolongkan kategori miskin sesuai dengan kelas IV – 16(40%) pasien dan di kelas V – 12(30%) pasien. Sementara 8 (20%) pasien di kelas III dan 3 (7,5%) pasien di kelas II. Hanya 1(2.5%) dalam sosioekonomi kelas 1. Grafik 1. Menunjukkan angka gangguan panik yang tinggi diantara sosioekonomi kelas III dan IV.

Grafik 1: Kelas Sosioekonomi & Gangguan Panik



Grafik 2 : Usia Onset Gangguan Panik

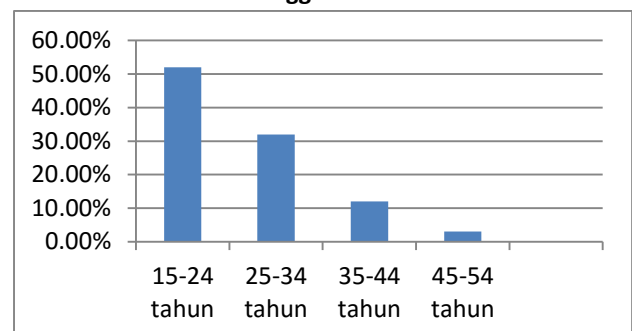


Table 3 : Penggunaan zat pada gangguan panik

Substance	N = 40 n (%)
Alkohol	6 (15 %)
Tembakau	12 (30 %)
Lain – lain	3 (7.5 %)

Usia onset gangguan panik: dalam penelitian ini, usia onset gangguan panik pada pria adalah 23,07 tahun dan pada wanita 20,35 tahun dan rerata usia saat onset gejala gangguan panik adalah 21,3 tahun dengan rentang 16 hingga 35 tahun dan standar deviasi 4,63. seperti yang ditunjukkan grafik 2. Pasien wanita mengalami onset yang cukup dini dengan rerata 20,35 tahun dibandingkan pria (23,07 tahun).

Penggunaan zat pada gangguan panik: pola penggunaan zat ditunjukkan dalam tabel 3. Pasien mengkonsumsi zat lain seperti *snuff* (bubuk tembakau/ atau merokok sedikit tembakau). Tabel 3 ini, mewakili banyak respon dimana 1 pasien 2,5% hanya mengkonsumsi alkohol, sementara 4 (10%) pasien mengkonsumsi alkohol dan tembakau dan 1 (2,5%) mengkonsumsi alkohol dan *snuff*. Sama halnya 8 (20%) pasien mengkonsumsi tembakau saja dan 2 (5%) pasien hanya *snuff*.

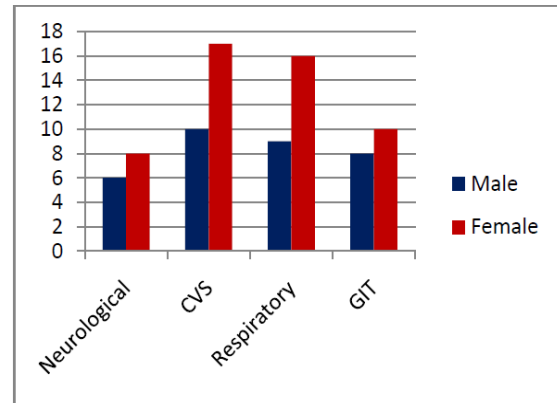
Pola gejala dalam gangguan panik: pola gejala dalam penelitian kami, seperti yang ditunjukkan dalam tabel 4, grafik 3. Tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik yang ditemukan dalam hal pola gejala antara pasien laki laki dan wanita. Grafik 3 menunjukkan angka CVS dan gejala pernafasan yang tinggi pada pasien gangguan panik.

Table 4 : Pola Gejala dalam Gangguan Panik

Symptom	Laki-laki N = 14	Perempuan N= 26	TotalN + 40 (%)
Neurologi	6	8	14 (35)
Cvs	10	17	27 (67.5)

Respiratori	9	16	25 (62.5)
GIT	8	10	18(45)

Grafik 3 : Pola Gejala dalam Gangguan Panik



Durasi rerata serangan panik dalam penelitian kami adalah 22,37 menit dan kecemasan antisipasi tercatat pada 22(55%) pasien.

Table 5 : Frekuensi& Sifat Serangan Panik

Frekuensi dan sifat serangan panik	N = 40 (%)
Frekuensi serangan panik	
Gangguan panik sedang (4 serangan panik dalam 1 bulan)	24 (60%)
Gangguan panik berat (4 serangan panik dalam seminggu dalam sebulan)	16 (40%)
Durasi rerata serangan panik	22.37 min
Sifat serangan panic	
Tidak disangka	26 (65%)
Bergantung situasi	14 (35%)
Dipredisposisi situasi	22 (55%)

Table 6 : Gangguan Psikiatri Komorbid

Komorbiditas	Laki-laki N= 14	Perempuan N = 26	Total N +40 n(%)
MDD	6	10	16 (40)
SP	4	8	12 (30)

SF	0	4	4 (10)
GARD	0	2	2(5)
PTSD	1	1	2(5)
OCD	3	4	7(17.5)
SOMF	0	1	1(2.5)
PD	0	2	2(5)
SUB	3	0	3(7.5)

Tabel 6 menunjukkan gangguan psikiatri komorbid yang tampak pada populasi penelitian kami. Tabel diatas menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan dalam komorbiditas yang tampak pada pria dan wanita dengan gangguan panik.

Tabel 7, menghitung hubungan antara variabel demografis gangguan panik dan agoraphobia. Berdasarkan tabel 7 diatas tidak ada hubungan signifikan yang tampak antara demografi gangguan panik dan adanya agoraphobia.

Table 7 : Asosiasi dengan Agoraphobia

Variabel	Agorofobia		
	Present N (%)	Absen N (%)	Total 100%
Kelamin			
Perempuan	15 (57.7)	11 (42.3)	26
Laki-Laki	9 (64.3)	5 (35.7)	14
Pendidikan			
Tidak berpendidikan	7 (50)	7 (50)	14
Sekolah Dasar	11 (73.3)	4(26.7)	15
Sekolah Menengah	4(50)	4 (50)	8
Pendidikan Tinggi	2 (66.7)	1(33.3)	3
Jenis Keluarga			
Nuclear	14 (63.6)	8(36.4)	22
Joint	10(55.6)	8(44,4)	18
Kelas sosio ekonomi			
Kelas I	0 (0)	1(100)	1
Kelas II	2 (66.7)	1(33.3)	3
KelasIII	5 (62.5)	3 (37.5)	8
Kelas IV	11 (68.8)	5 (31.2)	16

Kelas V	6 (50)	6 (50)	12
Pekerjaan			
Belajar	7(70)	3(30)	10
Tidak bekarja	3(60)	2(40)	5
Buruh	4(50)	4(50)	8
Petani	2(50)	2(50)	4
Pekerjaan	6 (66.7)	3(33.3)	9
Peniagaan	0(0)	1(100)	1
Lain- lain	2 (66.7)	1(33.3)	3

Tabel 8, menunjukkan hubungan antara penggunaan zat, riwayat sebelumnya dan riwayat keluarga pada pasien dengan gangguan panik dan agoraphobia. Berdasarkan tabel diatas tidak terdapat hubungan signifikan yang tampak antara demografi gangguan panik dan adanya agoraphobia.

Table 8 : Asosiasi dengan Agoraphobia

Variabel	Agorofobia		Total N(%)
	Present N (%)	Absent N (%)	
Penggunaan			
Tidak ada	13 (54.2)	11(45.8)	24(100)
Alkohol	1(100)	0	1(100)
Tembakau	4(50)	4(50)	8(100)
Lain –lain	1(50)	1(50)	2(100)
Riwayat Dahulu			
Tidak ada	18(58.1)	13(41.9)	31(100)
Penyakit psikiatrik	0	0	0
Penyakit fisik	6(66.7)	3(3.33)	9(100)
Riwayat Keluarga			
Tidak ada	14(53.8)	12(46.2)	26(100)
Penyakit psikiatrik	2(66.7)	1(33.3)	3(100)
Penyakit fisik	8(72.7)	3(27.3)	11(100)

Table 9 : Agoraphobia &Komorbiditas

Komorbiditas	Agorofobia N%	Tanpa agorofobia N %	Total N
GAD	0 (0%)	1(100%)	1
MDD	3(37.5%)	5(62.5%)	8
MDD OCD	0(0%)	1(100%)	1
MDD PD	1(100%)	0(0%)	1
MDD SF	1(100%)	0(0%)	1
MDD SP	4(100%)	0(0%)	4
MDD SUB	1(100%)	0(0%)	1
OCD	0(0%)	3(100%)	3
PTSD	0(0%)	1(100%)	1
SF	1(100%)	0(0%)	1
SMFD	1(100%)	0(0%)	1
SP	1(100%)	0(0%)	1
SP GAD	1(100%)	0(0%)	1
SP OCD	2(100%)	0(0%)	2
SP PD	1(100%)	0(0%)	1
SP PTSD	1(100%)	0(0%)	1
SPSF	2(100%)	0(0%)	2
SUB	1(100%)	0(0%)	1
SUB OCD	1(100%)	0(0%)	1

p= 0.1374

Tabel 9, menunjukkan hubungan antara komorbiditas pada pasien gangguan panik dan agoraphobia. Keseluruhan dari 30 pasien dengan komorbiditas gangguan depresi mayor dan gangguan cemas selain gangguan panik, agoraphobia ada pada 19 (63,3%) pasien dan tidak ada pada 11(36.7%). Keseluruhan 4 pasien dengan komorbiditas gangguan penggunaan zat, gangguan somatoform dan gangguan kepribadian, agoraphobia tampak pada semua pasien (100%).

Table 10 : Status Pernikahan & Agoraphobia

Status Perkawinan	Agorofobia	
	Present N(%)	Absen N(%)
Belum menikah	9(56.3)	7(43.7)
Menikah	7(63.6)	4(36.4)
Bercerai	4(57.1)	3(42.9)
Janda / duda	4(66.70)	2(33.3)
Total	24(60)	16(40)

Chi square (χ^2) = 0.2893 p= 0.9620

Tabel 10 menunjukkan hubungan antara agoraphobia dan status pernikahan. Dalam penelitian ini, agoraphobia paling sering tampak

pada pasien janda/duda 66,7% tetapi tidak terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antara status pernikahan pasien dengan gangguan panik dan agoraphobia. Dalam penelitian lain dilaporkan bahwa agoraphobia paling sering pada pasien yang bercerai 68.3% dan janda 63.7% dengan gangguan panik.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian kami, usia onset gangguan panik pada pria adalah 23.07 tahun dan pada wanita 20,35 tahun dan rerata usia saat onset gejala gangguan panik adalah 21,3 tahun dengan rentang 16 hingga 35 tahun dan standar deviasi 4.63. seperti yang ditunjukkan grafik 2. Pasien wanita mengalami onset yang cukup dini dengan rerata 20,35 tahun dibandingkan pria (23.07 tahun). Hasil yang sama telah ditunjukkan dalam penelitian Sheikh Ji dkk (2004) yang menunjukkan usia rata rata onset gangguan panik pada 21,9 tahun.

Argyle N, Roth M (1989) dalam penelitian fenomenologis dari 90 pasien dengan gangguan panik menunjukkan usia rerata onset gangguan panik adalah 22,35 tahun dengan SD = 6,68. Usia onset untuk PD bervariasi, tetapi paling sering pada awal pertengahan 20an, dalam sampel klinis usia rerata onset adalah sekitar 25 tahun: prevalensi perkiraan keseluruhan serangan panik dan PD lebih tinggi pada orang-orang berusia 15 hingga 24 tahun. hubungan dengan usia tampaknya dibedakan oleh jenis kelamin. Untuk pria, angka yang lebih tinggi baik itu pada serangan panik dan PD pada kelompok usia yang lebih rendah, tetapi untuk wanita, puncaknya pada rentang usia 35 – 44 untuk serangan. Pola untuk pria dan wanita menunjukkan distribusi bimodal: mode dini untuk gangguan panik berada dalam rentang usia yang sama yakni 15 hingga 24, untuk keduanya dan mode selanjutnya terjadi dalam rentang usia 45 – 54. Sejumlah kecil kasus mulai selama masa anak-anak. Sekitar 15% pasien onset usianya setelah 40 tahun.

Sebagian besar gangguan panik mulai sebelum usia 30 tahun (biasanya selama masa remaja atau pada usia 26 – 29), tetapi dapat menjadi bertahun-tahun hingga pengobatan dan diagnosis ahli dimulai.

Milrod B, Busch F.(1996) dalam penelitian mereka menunjukkan bahwa 30% pasien dengan gangguan panik mengkonsumsi alkohol dan 26% pasien mengkonsumsi tembakau dalam berbagai bentuk. Raichle, M. E., Martin W(1983)dalam penelitian mereka menunjukkan bahwa sekitar 46% pasien dengan gangguan panik mengkonsumsi banyak zat. Prevalensi penggunaan zat meningkat dua pertiga dibandingkan populasi umum.

Saji Joseph, A Krishnadas (2005) dalam penelitian mereka menunjukkan bahwa 82% pasien gangguan panik hadir dengan mengeluh nyeri dada, 32% pasien dengan nyeri abdomen, 30% pasien dengan nyeri kepala, 18% pasien dengan rasa terbakar, 18% pasien dengan gejala autonomic dan 10% pasien tidak responsif.

Hasil yang sama telah ditunjukkan dalam satu penelitian lain oleh Roy-Byrne PP et al. (1999) dalam penelitian tersebut pasien dengan gangguan panik paling sering muncul dengan gejala kardiovaskuler (72%) dan gejala respirasi (68%).

Durasi rerata serangan panik dalam penelitian kami adalah 22,37 menit dan kecemasan antisipasi tercatat pada 22(55%) pasien. Stein MB (2005) melaporkan bahwa rerata durasi serangan panik adalah 21.33 ± 1.28 menit dan 58% serangan panik tidak disangka sangka, 32% berhubungan dengan situasi dan 10% merupakan serangan panik yang dipredisposisi situasi.

Tabel 6 menunjukkan gangguan psikiatri komorbid yang tampak pada populasi penelitian kami. Tabel diatas menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan dalam komorbiditas yang tampak pada pria dan wanita dengan gangguan panik.Salah satu penelitian melaporkan prevalensi seumur hidup untuk gangguan depresi mayor pada lebih dari sepertiga pasien gangguan panik. Mereka juga menunjukkan bahwa gangguan cemas lainnya, gangguan kepribadian sebagai diagnosis komorbidnya.

Tabel 8, menunjukkan hubungan antara penggunaan zat, riwayat sebelumnya dan riwayat keluarga pada pasien dengan gangguan panik dan agoraphobia. Berdasarkan tabel diatas tidak terdapat hubungan signifikan yang tampak antara demografi gangguan panik dan adanya agoraphobia.Noyes R Jr, Crowe RR et al.meneliti

hubungan antara epidemiologi gangguan panik dan agoraphobia, mereka tidak menemukan korelasi antara variabel epidemiologi gangguan panik dan agoraphobia. Mereka menyimpulkan bahwa adanya agoraphobia tidak bergantung pada variabel apapun dari epidemiologi gangguan panik.

Berdasarkan tabel 9 dan pengujian tidak terdapat hubungan signifikan secara statistik antara komorbiditas pada pasien dengan gangguan panik dan agoraphobia. Satu penelitian menunjukkan bahwa keberadaan agoraphobia tidak membuat perbedaan dalam komorbiditas yang berhubungan dengan gangguan panik dan komorbiditas dengan keberadaan yang sama pada gangguan panik tidak mempengaruhi kondisi agoraphobia.Dalam penelitian oleh Katon W, Russo J, Sherbourne C, et al (2006) dilaporkan bahwa adanya agoraphobia berhubungan dengan peningkatan prevalensi komorbiditas seperti gangguan depresi mayor dan gangguan cemas lain dalam gangguan panik.

Tabel 10 menunjukkan hubungan antara agoraphobia dan status pernikahan. Dalam penelitian kami, agoraphobia paling sering tampak pada pasien janda/duda 66,7% tetapi tidak terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antara status pernikahan pasien dengan gangguan panik dan agoraphobia.Dalam penelitian lain dilaporkan bahwa agoraphobia paling sering pada pasien yang bercerai 68.3% dan janda 63.7% dengan gangguan panik.

KESIMPULAN

Dalam penelitian kami, mayoritas pasien adalah sebagai berikut, 65% pasien perempuan, 52,5% pada kelompok usia 15 – 24 tahun dan 70% dari kelas sosioekonomi rendah (kelas IV – V). hal ini mengarah pada kesimpulan bahwa kami perlu menskrining pasien berusia 15-24 tahun, berjenis kelamin wanita dan berkelas sosioekonomi rendah yang hadir dengan gejala serangan panik sehingga dilakukan deteksi, pengobatan dini dan prognosis gangguan panik yang lebih baik diperoleh.

Komorbiditas yang paling sering adalah gangguan depresi mayor, kita dapat melihat gangguan depresi pada pasien gangguan panik sehingga dapat dilakukan deteksi dan pengobatan

dini gangguan depresi untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas. Agoraphobia hadir pada 60% pasien. Agoraphobia merupakan gangguan yang paling mengakibatkan disabilitas untuk mereka yang bekerja diluar, untuk menurunkan disabilitas penting untuk mendeteksi dan mengobati agoraphobia.

Mayoritas pasien 30% kontak pertama terhadap dokter umum untuk pengobatan. Kami dapat mengimplementasikan latihan pada dokter umum untuk mendeteksi dan mengobati dini gangguan panik serta gangguan psikiatrik komorbid yang berhubungan. Penelitian dimaksudkan untuk mencari epidemiologi, fenomenologi, komorbiditas dan keparahan gangguan panik. Tetapi untuk membuat hasilnya lebih terstandarisasi, seharusnya terdapat penelitian longitudinal dengan ukuran sampel besar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott et al in, "Anxiety disorder" in Synopsis of psychiatry by Kaplan Sadock 10th edn. (2008) : Lippincott Williams & Wilkins publications.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Phenomenology of Panic Disorder & Assessment of Severity NJIRM 2014; Vol. 5(2). March-April. 53 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106 (3):163- 7.
4. M. K. Shear, D. Barlow, T. Brown, R. Money, D. Sholomskas, S. Woods, J. Gorman, and L. Papp , "Panic disorder severity scale" Modified From: Rush J, et al: psychiatric Measures, APA, Washington, DC, 2000.
5. Reed V, Wittchen HU. " DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks?" *J Psychiatr Res.* 1998 Nov-Dec.
6. Sheikh JI, Swales PJ, Carlson EB, and Lindley SE. Aging and Panic Disorder: Phenomenology, Comorbidity, and Risk Factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004.
7. Argyle N, Roth M. The phenomenological study of 90 patients with panic disorder, part II *Psychiatr Dev*, 1989.
8. Battaglia M, Bertella S, Bajo S, Binaghi F, Bellodi L." Anticipation of age at onset in panic disorder ". *Am J Psychiatry.* 1998 May.
9. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis.* 1996.
10. Raichle, M. E., Martin, W. R. W., Herscovitch, P., Mintum, M. A. & Markham, "Brain blood flow measured with intravenous H₂(15)O. II. Implementation and validation". *J. J. nucl. Med.* 24, 790-798 (1983).
11. Saji Joseph, A Krishnadas. " Panic disorder in pain symptoms: A study from a general hospital in india ". *JPPS* 2005.
12. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, Mercier E, Thomas R, McQuaid J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999.
13. Stein MB, BJ Sadock, VA Sadock, et al, In " Anxiety disorders: Somatic treatment." In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (2005).
14. Katon W, Russo J, Sherbourne C, et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder.. *Psychol Med* 2006.
15. Shear MK, Houck P, Greeno C, Masters S. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001.
16. Noyes R Jr, Crowe RR, Harris EL, Hamra BJ, McChesney CM, Chaudhry DR. "Relationship between panic disorder and agoraphobia. A family study." *Arch Gen Psychiatry.* 1986.
17. Weissman MM, Bland MB, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997.
18. Dean F. MacKinnon, M.D.; Peter P. Zandi, M.P.H.; Jennifer Cooper, M.D.; James B. Potash, M.D, " Comorbid bipolar disorder and

panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder “. American Journal of Psychiatry, 159(1): 30–35, 2002.