

AGORAPHOBIA

AGORAFOBIA

oleh
dr. Wurjaning Hastuti
dr. Hendy Margono

KIKU
KK
616.852.25
HAS
a

0219419943111

LAB/UPF ILMU KEDOKTERAN JIWA FK UNAIR/
RSUD DR. SOETOMO
SURABAYA

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

*Dibacakan di Ruang Pertemuan Bappenkar RSUD Dr. Soetomo Surabaya,
pada tanggal, 17 Juni 1992, pk. 11.00 wib*

MILIE
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

0219419943111

AGORAFOBIA

oleh :

dr. Wurjaning Hastuti *

dr. Hendy Margono**

I. PENDAHULUAN

Agorafobia merupakan salah satu bentuk gangguan fobik yang dianggap paling pervasif, berat dan sering memerlukan pertolongan medis. Diantara penderita gangguan fobik yang mencari pengobatan, agorafobia merupakan gangguan yang paling sering didapatkan (1,8,14,20,25,35).

Istilah agorafobia digunakan pertamakali oleh Westphal pada tahun 1871. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani "agora", nama suatu tempat ramai di Athena yang mempunyai arti tempat pertemuan atau pasar dan kata "phobos" yang berarti lari atau panik (20,25,29,36).

Janet memberi contoh kasus menarik tentang seorang laki-laki berusia 25 tahun yang mendapat kesulitan yang berkaitan dengan situasi. Ketika ia berjalan sendirian melintasi "place de la concorde", ia mengalami perasaan asing, suatu ketakutan yang hebat, merasa nafasnya menjadi sesak, seperti tercekik, jantung berdebar dan kaki terasa lumpuh. Ia tak mampu maju maupun mundur dan hanya dengan usaha keras ia mampu mencapai seberang jalan. Sejak saat itu ia sangat tidak menyukai tempat tersebut dan ia memutuskan tidak akan pergi ke sana sendirian. Namun tak lama kemudian, ia mengalami perasaan cemas yang sama ketika melintasi jembatan maupun tempat-tempat yang lain misalnya jalan-jalan yang sempit atau lorong-lorong yang penjang. Gangguan ini tidak menyembuh bahkan berlanjut dan makin berkembang. Akhirnya ia selalu membutuhkan orang lain untuk menemani ketika bepergian (29).

Hampir 100 tahun yang lalu (1895) Freud mengemukakan adanya hubungan antara agorafobia dengan serangan panik. Ia mengemukakan bahwa banyak pasien melaporkan terjadinya serangan panik sebelum mereka menunjukkan gejala agorafobia. Pendapat ini kemudian ternyata didukung oleh para ahli lain yang mengadakan penelitian-penelitian tentang timbulnya agorafobia, perjalanan penyakit serta faktor-faktor predisposisi yang mendasarinya (14).

* Dokter Depkes dalam pendidikan keahlian pada Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

** Psikiater, staf pengajar pada Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Walaupun dikatakan bahwa ada sebagian penderita yang menunjukkan gejala ringan dan sembuh spontan namun sebagian besar penderita mengalami gejala menahun dengan gejala sedemikian beratnya sehingga selama bertahun-tahun hanya terikat di rumah, bahkan pergi ketempat dokterpun merupakan kesukaran tersendiri (35).

1. BATASAN DAN PENGGOLONGAN

Istilah fobia mengandung pengertian takut atau ketakutan. Istilah ini digunakan dalam hubungannya dengan timbulnya kecemasan yang tidak beralasan, tidak rasional dan tidak sesuai dengan bahaya nyata dari objek atau situasi yang ditakuti penderita. Ketakutan ini dapat diantisipasi oleh timbulnya kecemasan dan keinginan untuk menghindari rangsang fobik (10).

Fobia selalu disertai oleh kecemasan, baik itu disadari atau tidak oleh penderita. Individu dengan gangguan fobik menyadari ketakutannya sebagai sesuatu yang berlebihan atau tidak masuk akal. Tingkah laku menghindar dirasakan olehnya sebagai suatu penderitaan atau mengganggu fungsi serta peran sosialnya (1,10).

Fobia harus dibedakan dari reaksi menghindar karena tidak semua reaksi menghindar merupakan fobia. Reaksi menghindar terhadap suatu objek atau situasi tertentu dapat timbul karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada masa yang lalu. Reaksi ini biasanya berciri harfiah, spesifik dan tidak mengandung arti simbolik. Reaksi menghindar pada umumnya merupakan reaksi fisiologis dan didasari tujuan untuk menjaga atau menyelamatkan diri (10).

Agorafobia seringkali diartikan sebagai ketakutan terhadap tempat terbuka. Westphal pertamakali mendiskripsikan agorafobia sebagai ketidakmampuan untuk melewati jalan-jalan raya atau tempat-tempat terbuka atau individu mampu melakukannya tetapi disertai ketakutan dan kecemasan. Secara lebih akurat, agorafobia didefinisikan sebagai suatu kondisi di mana penderita merasa tidak berdaya, merasa ketakutan dan ragu-ragu ketika meninggalkan tempat yang dirasakan memberi rasa aman atau ketika dihadapkan pada situasi yang dapat menimbulkan perasaan tak berdaya atau terhin yang diakibatkan oleh timbulnya serangan panik yang cenderung mereka alami (6, 29).

Seringkali walaupun tidak selalu, agorafobia timbul sesudah suatu serangan panik di mana serangan panik tersebut diikuti

oleh kecemasan antisipasi yaitu ketakutan atau kekhawatiran akan terulangnya serangan panik (10,20,16,17,20,25,29).

Eaton menyebutkan tipe-tipe agorafobia menurut ciri situasi yang ditakuti penderita sebagai berikut :

- agorafobia situasional
- agorafobia klasik
- agorafobia dengan serangan panik.

Penderita agorafobia situasional menunjukkan kemungkinan ketakutan yang lebih besar terhadap jembatan, terowongan, transportasi umum dan tempat-tempat yang penuh sesak daripada situasi berada sendirian atau bepergian seorang diri.

Pada agorafobia klasik, kemungkinan ketakutan terhadap kesendirian dan bepergian seorang diri lebih besar daripada ketakutan untuk bepergian melewati jembatan, terowongan, transportasi umum maupun tempat-tempat ramai. Pada agorafobia dengan serangan panik didapatkan riwayat serangan panik mendahului timbulnya gejala agorafobia (12).

Sebelum DSM III, semua jenis gangguan fobik digolongkan menjadi 1 diagnosis nosologik yaitu nerosis fobik. Kemudian DSM III dan PPDGJ II (1980) membagi nerosis fobik menjadi 4 sub kategori yaitu :

1. Agorafobia dengan serangan panik (300.21)
2. Agorafobia tanpa serangan panik (300.22)
3. Fobia sosial (300.23)
4. Fobia simpleks (300.29).

Pada perkembangan selanjutnya para ahli berpendapat bahwa agorafobia berbeda secara mendasar dari gangguan fobik yang lain dan tidak seharusnya dimasukkan dalam kelompok yang sama (36). Terdapat kecenderungan pendapat bahwa agorafobia berhubungan erat dengan serangan panik. Pandangan ini tercermin dalam penggolongan terbaru menurut DSM III-R. Dalam kriteria diagnostik gangguan panik menurut DSM III dicantumkan bahwa gangguan ini tidak berkaitan dengan agorafobia, namun kriteria ini sudah dihilangkan dalam DSM III-R (1, 11). Dalam DSM III-R, agorafobia disebutkan dalam diagnosis nosologik :

- Gangguan panik dengan agorafobia (300.21)
- Agorafobia tanpa didahului riwayat serangan panik (300.22).

III. EPIDEMIOLOGI

Prevalensi dan insidensi :

Dahulu terdapat anggapan bahwa gangguan fobik jarang ditemukan, namun penelitian-penelitian epidemiologis pada tahun-tahun terakhir memperoleh angka-angka yang lebih besar (14,32,34).

Agras (1969) dan peneliti-peneliti lain sebelum tahun 1970 menemukan prevalensi gejala ketakutan dalam masyarakat umum bervariasi antara 7-20% sedangkan proporsi yang memenuhi kriteria gangguan fobik tidak lebih dari 2% (29). Balls dalam bukunya menyebutkan prevalensi agorafobia dalam masyarakat umum sebesar 6,3/1000 penduduk (6). Pada tahun 1978, Wissman, Meyers dan Herding melaporkan hasil penelitiannya yang dilakukan terhadap penduduk meliputi 5 daerah di Amerika mendapatkan prevalensi gangguan cemas sebesar 4,3% di mana 1,4% merupakan gangguan fobik (14).

Schwab (1979) menyebutkan bahwa dari tipe-tipe gangguan fobik yang terdapat di masyarakat umum, zoofobia paling banyak didapatkan disusul acrofobia dan claustrofobia, sedangkan agorafobia relatif sedikit didapatkan. Namun penelitian-penelitian yang mengambil objek populasi penderita yang datang berobat, didapatkan bahwa agorafobia merupakan jenis gangguan fobik yang terbanyak. Marks menemukan bahwa penderita agorafobia diklinik meliputi \pm 60% dari penderita gangguan fobik yang datang berobat (14,18,33,34).

Eaton (1990) melakukan penelitian prospektif terhadap 11.756 penduduk di 5 daerah di Amerika menemukan insidensi agorafobia menurut kriteria DSM III sebesar 22 per 1000 penduduk (12).

Penelitian terakhir yang dilakukan di New Haven menghasilkan angka-angka prevalensi untuk gangguan panik : 0,6%, agorafobia dengan serangan panik : 0,3% sedangkan agorafobia tanpa serangan panik : 2,9% (32).

Jenis kelamin

Hampir semua peneliti menemukan bahwa penderita gangguan panik maupun agorafobia lebih banyak pada wanita. Perbandingan antara pria : wanita = 1 : 3,5 (14,25,32).

Umur

Gangguan panik dan agorafobia umumnya mulai muncul pada usia dewasa muda. Thorpe dan Burns yang mengkaji 8 penelitian

tentang agorafobia menyimpulkan bahwa onset gangguan umumnya terjadi antara umur 19-32 tahun. Penulis lain menyebut antara umur 15-35 tahun (30). Luchin dkk. yang melakukan penelitian terhadap 4000 penderita mengemukakan bahwa onset rata-rata adalah 28 tahun dan hanya 13% penderita yang berusia lebih dari 40 tahun (16). Penemuan ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Marks dan Ladder (1966) yang menyebutkan bahwa prevalensi tertinggi didapatkan pada umur 16-40 tahun dengan umur onset rata-rata 26,3 tahun (18).

Agorafobia jarang didapatkan pada anak-anak dan usia lebih dari setengah baya namun Ballenger melaporkan 3 kasus berumur 8-13 tahun yang memenuhi kriteria diagnosis agorafobia dengan serangan panik menurut DSM III-R yang menunjukkan reaksi positif terhadap pengobatan yang sama dengan penderita dewasa (4). Sedangkan Luchin dan Rive menemukan 3 kasus berusia lebih dari 65 tahun di klinik geriatri Universitas Chicago (18).

Sosial ekonomi

Eaton yang membedakan agorafobia menjadi 3 sub tipe mengemukakan bahwa agorafobia klasik dan ~~agorafobia dengan serangan panik~~ lebih banyak didapatkan pada golongan ekonomi yang lebih rendah daripada agorafobia ^{grup yg lain} situasional (12).

Mengenai status perkawinan, Claire Weeks (1970) meneliti 528 penderita agorafobia di Inggris dan menemukan bahwa dari 486 penderita wanita, hanya 51 penderita yang tidak menikah sedangkan dari 42 penderita pria, 16 orang tidak menikah. Selain itu ia mendapatkan bahwa 78% penderita agorafobia wanita adalah ibu rumah tangga, 12% bekerja paruh waktu dan 10% bekerja penuh di luar rumah (36).

Hubungan dengan gangguan psikiatris yang lain

Hubungan antara agorafobia dengan gangguan panik diteliti oleh Noyes dalam suatu studi keluarga pada 40 penderita agorafobia, 40 penderita gangguan panik dan 20 penderita kontrol. Ia menemukan adanya peningkatan risiko morbiditas gangguan panik, baik di antara sanak keluarga penderita gangguan panik maupun sanak keluarga penderita agorafobia. Hal ini menunjukkan kemungkinan adanya kesamaan gangguan yang mendasar. Noyes berpendapat bahwa agorafobia merupakan varian yang lebih berat dari gangguan panik. Hal ini terlihat dari kenyataan bahwa "proband" maupun keluarga yang menderita agorafobia menunjukkan onset yang lebih

dini, gejala-gejala yang lebih berat menetap serta lebih sering terjadi komplikasi, dibanding "proband" maupun keluarga yang menderita gangguan panik (28).

Gangguan obsesif-kompulsif juga didapatkan dalam frekwensi yang cukup tinggi di antara penderita gangguan panik maupun agorafobia. Brier menemukan gejala obsesi-kompulsi pada 17% penderita agorafobia yang ditelitinya sedangkan Meninger menemukan 22% dari penderita gangguan panik menunjukkan gejala obsesi-kompulsi. Angka ini jauh lebih tinggi dari prevalensi gangguan obsesif-kompulsif di masyarakat umum yang berkisar antara 1,9-3% (8).

Beberapa ahli mengemukakan adanya komorbiditas yang tinggi antara gangguan panik, agorafobia dan depresi. 70% dari penderita yang diteliti oleh Breier menunjukkan gangguan depresi berat di mana 43% sudah menunjukkan gejala depresi sebelum terjadi serangan panik. Hal ini menunjukkan bahwa gangguan depresi tersebut bukan selalu merupakan akibat sekunder dari serangan panik dan agorafobia (8). Munjack dan kawan-kawan melaporkan terdapatnya peningkatan prevalensi gangguan afektif dan alkoholisme di antara sanak keluarga tingkat pertama dari penderita agorafobia (26).

IV. ETIOLOGI DAN PSIKODINAMIKA

Mekanisme timbulnya gejala agorafobia sampai saat ini masih merupakan topik perdebatan. Salah satu pendapat mengemukakan bahwa agorafobia terjadi karena adanya serangan panik yang didasari oleh faktor-faktor biologis sedangkan teori yang lain mengatakan bahwa agorafobia disebabkan oleh penurunan nilai ambang ketakutan yang didasari kepribadian atau sifat-sifat premorbid, situasi sosial dan kejadian-kejadian biologis (9).

Dikatakan oleh Eaton bahwa diagnosis yang seringkali tumpang tindih antara agorafobia dengan gangguan panik banyak terjadi pada kasus-kasus di klinik. Penderita agorafobia yang datang berobat adalah penderita yang sebagian besar mengalami serangan panik sedangkan penderita gangguan panik yang datang berobat pada umumnya sudah menunjukkan gejala agorafobia (12).

Sebagian besar penelitian retrospektif melaporkan terjadinya suatu serangan panik, baik yang terjadi berturut-turut dalam waktu yang pendek maupun yang terjadi secara tidak menentu dalam suatu periode waktu panjang yang kemudian diikuti oleh munculnya gejala-gejala agorafobia (25). Klein mengemukakan hipotesanya bahwa apabila seseorang dengan tiba-tiba mengalami serangan panik, selanjutnya akan berkembang kecemasan antisipasi yang mene-

tap dan ketakutan hipokondriakal. Kedua hal ini akan mendorong berkembangnya perilaku menghindar. Hipotesa ini didukung oleh penelitian Thyer dan Hinle yang memperoleh laporan dari 79% penderita yang ditelitinya, bahwa serangan paniklah yang menyebabkan mereka berperilaku menghindar. Uhle dan kawan-kawannya menemukan bahwa 31 dari 32 penderita yang ditelitinya menunjukkan perilaku menghindar sesudah onset serangan panik (13). Breier yang meneliti 60 penderita mendapatkan bahwa 93% penderita mengalami episode kecemasan antisipasi yang terjadi dalam waktu 2 bulan sesudah serangan panik yang pertama (8).

Lelliot dan Marks (1990) mengemukakan 2 hal yang menghubungkan panik dengan perilaku menghindar, agorafobik :

1. Melalui pembiasaan ("conditioning") penderita akan menghubungkan serangan paniknya dengan tempat atau situasi di mana serangan panik itu terjadi, yang menyebabkan penderita menghindar dari tempat-tempat tersebut. Berkurangnya ketakutan karena sikap menghindar tersebut akan makin memupuk sikap menghindar tersebut.
2. Perilaku menghindar tersebut dilakukan oleh penderita karena ia merasa tidak berdaya, sulit meloloskan diri, merasa sulit mencari pertolongan atau merasa akan mendapat malu ketika ia mengalami serangan panik (17).

Beberapa ahli berpendapat bahwa faktor kognitif sangat berpengaruh terhadap perkembangan panik ke arah perilaku agorafobik. Sesudah serangan panik, penderita mengantisipasi dengan sangat cemas akibat dari serangan panik yang menurut perkiraannya merupakan bencana yang dapat mengancam kehidupannya. Intensitas kecemasan antisipasi ini pada umumnya sebanding dengan penilaian secara kognitif terhadap pengalaman panik tersebut. Dari 60 penderita yang diteliti Breier, Charney dan Heninger, 16 penderita menganggap serangan paniknya sebagai suatu bentuk kecemasan sedangkan penderita lainnya menganggap serangan tersebut sebagai kejadian yang mengancam hidupnya dengan mengartikannya sebagai serangan jantung, tumor otak, "stroke" atau merasa akan menjadi gila. Ternyata penderita yang menganggapnya sebagai suatu bentuk kecemasan memerlukan waktu yang lebih lama untuk terjadinya agorafobia dibandingkan penderita yang mengartikannya sebagai penyakit fisik yang mengancam hidup (8, 10).

Namun beberapa ahli yang lain mempunyai pendapat berbeda. Eaton yang mengadakan penelitian prospektif dengan populasi ma-

syarakat umum dengan cara membagikan kwesioner kepada 11.756 penduduk melaporkan bahwa ternyata 79% dari 260 kasus baru yang ditemukannya tidak pernah mengalami serangan panik sebelum timbulnya gejala agorafobia (12). Begitu pula Lelliot dan Marks mendapatkan bahwa 23% dari 57 penderita yang mereka teliti ternyata sudah menunjukkan ketakutan dan perilaku menghindar terhadap situasi atau tempat-tempat tertentu sebelum terjadinya serangan panik yang pertama (17).

Para ahli menganggap bahwa serangan panik adalah suatu bentuk kecemasan yang berat, yang dapat ditemukan pada beberapa jenis gangguan misalnya gangguan fobik termasuk agorafobia, gangguan panik tanpa agorafobia, depresi dan gangguan obsesif kompulsif. Walaupun serangan panik tampaknya sering terjadi secara spontan tanpa provokasi namun ternyata sering terdapat latar belakang peristiwa atau perubahan-perubahan dalam kehidupan penderita. 63% dari penderita yang diteliti Breier melaporkan peristiwa-peristiwa kehidupan yang menimbulkan stres yang terjadi dalam waktu 6 bulan sebelum terjadinya serangan panik yang pertama (8). Peristiwa kehidupan yang tersering dialami berupa perpisahan atau kehilangan orang yang dicintai, problema perkawinan, kehilangan hubungan akrab dengan seseorang atau pemutusan hubungan kekeluargaan, perubahan di bidang pekerjaan atau peristiwa-peristiwa lain yang menimbulkan rasa tidak berdaya atau ketakutan untuk tidak dapat menolong dirinya sendiri. Tidak jarang terjadi saat penderita mengalami kondisi fisik yang mengancam hidup misalnya persalinan yang sulit, kecelakaan, hiper/hipotiroidisme dan penggunaan obat-obatan misalnya mariyuana, cocain, amphetamin (11,23,25).

Roth menyatakan bahwa serangan panik tampaknya spontan namun tidak terjadi dalam keadaan yang benar-benar "jernih". Dalam wawancara lebih teliti ternyata lebih dari separuh penderita mengalami kecemasan, depresi atau perilaku menghindar dalam bulan-bulan sebelum terjadinya serangan panik walaupun kemudian penderita lebih mengingat serangan paniknya. Hal ini sesuai dengan pendapat Fava bahwa penderita telah menunjukkan penilaian kognitif berciri cemas yang sering ditandai oleh gejala-gejala ketakutan hipokondriakal (13).

(Marks (1969) banyak mempelajari agorafobia berdasarkan teori belajar. Menurut dia, gejala-gejala lain yang sering menyertai agorafobia berupa depresi, depersonalisasi, obsesi sulit diterangkan melalui teori ini. Ia mengemukakan hipotesisnya bahwa

serangan panik dan depresi dapat bertindak sebagai faktor penguat terjadinya kondisi fobik. Serangan panik terjadi lebih dulu sedangkan situasi yang ditakuti penderita melalui mekanisme "conditioning" atau rasionalisasi akan menjadi situasi yang selanjutnya ia takuti. Peran dari faktor pencetus dianggapnya sebagai stresor non spesifik. Ia menganggap gangguannya sendiri sudah ada tetapi tersembunyi sampai saat munculnya stresor yang berperan sebagai faktor pencetus (10).

Pada dasarnya para ahli psikoanalisis berpendapat bahwa panik maupun agorafobia merupakan manifestasi dari kecemasan di mana mekanisme menghindar merupakan ciri utama sedangkan mekanisme-mekanisme yang lain misalnya salah pindah, simbolisasi, proyeksi dan rasionalisasi makin mendorong terjadinya perilaku menghindar (19).

Pada mekanisme salah pindah tanpa simbolisasi penderita mengalihkan konflik-konflik preoedipal yang tidak terselesaikan yang berkisar antara cinta dan benci terhadap orang terdekat (6).

Deutsch mengatakan bahwa penderita agorafobia mempunyai sikap bermusuhan di bawah sadar terhadap ibunya sehingga ia terpaksa harus selalu berada di dekatnya untuk memastikan bahwa perasaannya tersebut tidak kelihatan (7).

Friedman dan Goldstein menekankan pada simbolisasi di mana menurut mereka suatu gejala dapat memiliki banyak arti. Ketakutan meninggalkan rumah mungkin berhubungan dengan ketakutan untuk melakukan petualangan seksual di jalanan (10).

Pada kasus seorang wanita muda yang takut naik kereta api bawah tanah, ternyata bahwa ketakutan ini merupakan simbol dari konflik seksual yang dihadapi di mana kereta bawah tanah mengingatkannya pada terowongan dan gerakan-gerakan dalam kegelapan (19).

Mekanisme proyeksi juga sering dipakai pada gangguan fobik. Seorang wanita muda menunjukkan gejala takut naik kereta api bawah tanah. Mula-mula pada analisa terdapat kesan takut bersinggungan dengan orang lain yang kemudian berkembang menjadi ketakutan terjadi sentuhan-sentuhan seksual dan pada akhirnya diketahui pemeriksa sebagai ketakutan penderita mengalami kehilangan kontrol terhadap impuls-impuls seksualnya. Dalam hal ini impuls seksual diproyeksikan ke arah penumpang-penumpang lain di kereta bawah tanah tersebut. Dengan proyeksi penderita dapat merasionalisasikan ketakutannya (19).

Mac Kinnon mengatakan bahwa mekanisme fobik sering dida-

pati pada individu dengan ciri kepribadian obsesif dan histerik. Pada individu dengan ciri "obsesif-fobik" konflik biasanya mela-wan dorongan agresifitas sedangkan pada "hysteri-c-fobic" konflik sering berkisar pada masalah seksual dan ketergantungan (19).

Menghindar sebagai mekanisme ~~pembekuan~~ hanya akan efektif apabila dapat membatasi kecemasan menjadi situasi spesifik yang dapat dihindari oleh penderita sehingga dengan demikian konflik-konflik psikologis tidak lagi terus menerus mengganggu penderita. Namun usaha pemindahan kecemasan ke arah situasi eksternal ini jarang efektif sehingga individu tetap memperlihatkan toleransi yang kurang terhadap kecemasan (19).

Weiss memahami keinginan untuk tetap tinggal di rumah sebagai regresi ke arah kebutuhan akan ketergantungan. Fairbain menghubungkan gejala ini dengan masa kanak-kanak penderita yang penuh dengan rasa tidak aman (7).

Menurut Andrews, penderita fobia di masa kanak-kanaknya umumnya dilindungi secara berlebihan sehingga mereka mempelajari sikap tergantung pada orang lain. Parker (1983) yang mengadakan penelitian dengan menggunakan kwesioner pada penderita agorafobia mendapatkan bahwa penderita kebanyakan memiliki ibu yang melindungi berlebihan namun kurang merawat anaknya disamping figur ayah yang kurang adekwat (7,10,28).

Pada agorafobia perkembangan proses maturasi dikatakan memegang peran penting terutama yang berkaitan dengan proses separasi-individuasi. Seorang anak berumur 1-3 tahun mulai menggunakan fungsi lokomotoriknya untuk meninggalkan ibunya secara fisik dan akan bergerak kembali ke arah ibunya ketika merasa cemas. Ibu yang mengerti kebutuhan anak yang ingin mengenali dunia sekelilingnya akan membantu mengembangkan kemampuan otonomi dan individuasi anak dan membantu anak dalam mengatasi cemas perpisahannya. Apabila ibu terlalu bersikap melindungi maka anak akan gagal dan akan selalu membutuhkan kehadiran ibunya untuk meredakan perasaan cemasnya (6).

Penderita agorafobia sering terikat secara simbiotik dengan orang lain. Ikatan ini sering digunakan penderita untuk memerankan kembali fase-fase perkembangannya yang berjalan tidak sempurna. Konflik yang dialami penderita berkisar antara kelekatan dan ketergantungan melawan otonomi dan individuasi.

Breier yang meneliti 55 penderita agorafobia dengan serangan panik dan 5 penderita dengan gangguan panik mendapatkan bahwa 18% diantara mereka mengalami gangguan cemas perpisahan di

masa kanak-kanaknya. Dikatakan pula bahwa penderita dengan riwayat cemas perpisahan ternyata menunjukkan onset gangguan yang lebih dini (8).

Rowley berpendapat bahwa ada kemiripan antara gejala agorafobia dengan fobia sekolah di mana pada kedua gangguan tersebut didapatkan gejala ketakutan untuk mendatangi tempat-tempat pertemuan, penderita cenderung menunjukkan gejala cemas dan depresi serta keluhan-keluhan somatik. Keduanya seringkali dicetuskan oleh penyakit atau kematian orang dekat dan ada kecenderungan ketergantungan pada orang lain secara berlebihan. Orang tua penderita cenderung nerotik dan bersikap overproteksi. Dikatakan bahwa penderita agorafobia pada masa kanak-kanaknya adalah "school refuser" (7).

V. GEJALA KLINIS

Situasi atau tempat-tempat spesifik yang ditakuti atau dihindari oleh penderita agorafobia umumnya berupa : jalan umum, tempat-tempat yang dipenuhi orang, tempat-tempat tertutup misalnya lift, teater, gedung bioskop atau tempat-tempat yang kurang dikenal oleh penderita. Ketika berada di gedung bioskop, gereja atau teater mereka cenderung memilih duduk di dekat pintu keluar (29).

Penderita biasanya takut naik kereta api, bis, kereta bawah tanah, kapal, pesawat terbang dan tidak berani melewati jembatan dan terowongan. Bila terpaksa bepergian, penderita lebih menyukai perjalanan yang melewati rumah orang yang dikenalnya, tempat praktek dokter atau pos-pos polisi dan mereka lebih menyukai kereta api yang sering berhenti di stasiun-stasiun. Pada umumnya mereka lebih merasa aman mengendarai mobil sendiri karena merasa dapat berhenti sewaktu-waktu bila diperlukan (20).

Tempat-tempat yang dihindari penderita biasanya mempunyai suatu jarak dari tempat atau orang-orang yang secara subyektif dianggap memberi rasa aman bagi penderita (6,25,29,35).

Seringkali situasi yang membatasi kebebasan penderita, baik fisik maupun psikologis akan dihindari oleh penderita agorafobia misalnya: janji yang pasti untuk menemui seseorang, berdiri dalam antrian, duduk di kursi salon atau tukang potong rambut. Umumnya penderita juga takut berada sendirian di rumah atau bepergian keluar rumah seorang diri. Ada penderita yang bahkan tidak berani mandi telanjang karena merasa tidak dapat keluar secepatnya pada waktu mengalami serangan (25).

Ketakutan ini umumnya dalam bermacam-macam kombinasi selama periode waktu tertentu dan seringkali berkaitan dengan gejala-gejala lain misalnya: cemas menyeluruh, serangan panik, depresi, obsesi dan depersonalisasi. Gejala ketakutan sosial tidak jarang dialami penderita misalnya takut kelihatan gemetar, muka memerah, takut makan atau menulis dihadapan umum dan takut menjadi perhatian orang lain. Umumnya lebih menyukai aktivitas di malam hari daripada pada siang hari dan tidak jarang mereka menggunakan kacamata hitam (20).

Onset gejala dapat terjadi secara mendadak dalam beberapa jam, bertahap dalam beberapa minggu atau berkembang secara perlahan dalam bertahun-tahun sesudah gejala prodromal berupa keceemasan yang hilang timbul (13).

Pada kasus-kasus agorafobia yang didahului serangan panik, sebagian besar penderita dapat menceritakan kembali dengan jelas serangan paniknya yang pertama. Serangan panik tersebut seringkali berupa hiperventilasi yang berlangsung beberapa menit (17).

Serangan panik yang pertama biasanya terjadi secara mendadak, tidak terduga, terjadi saat penderita sedang duduk atau bekerja, mengemudi mobil, menunggu kendaraan umum dan sebagainya. Lelliot (1990) yang meneliti 57 penderita agorafobia ternyata 92% penderita mengalami serangan panik pertama ketika berada di luar rumahnya (17).

Pada waktu serangan panik tersebut penderita merasakan gejala pusing, kepala terasa ringan seperti pingsan, jantung berdebar, sulit bernafas, rasa nyeri dan tidak enak di dada, merasa tercekik atau sesak, perasaan tidak stabil, perasaan tidak realistis, rasa aliran panas dingin, berkeringat, kesemutan, gemetar atau menggigil seperti terkena aliran listrik di samping gejala-gejala psikis berupa ketakutan, merasa akan terjadi malapetaka, merasa akan mati atau menjadi gila dan kehilangan kontrol diri (1,8,9,11,16). Penderita ingin segera melarikan diri dari situasi tersebut dan berusaha mencari pertolongan dengan mendatangi unit gawat darurat rumah sakit terdekat; tetapi begitu tiba di rumah sakit biasanya gejala-gejala yang dialami penderita sudah mereda (14).

Sesudah serangan panik tersebut, penderita kembali seperti biasa, namun beberapa hari atau beberapa minggu kemudian, terjadi lagi serangan serupa. Setelah satu atau beberapa kali serangan, penderita mengalami kecemasan antisipasi dengan gambaran kece-

masan menyeluruh meliputi ketegangan motorik yang konstan, hiperaktivitas otonomik, kekhawatiran dan kewaspadaan berlebihan serta insomnia awal (8).

Akibat utama dari kecemasan antisipasi tersebut adalah kehidupan sosial penderita yang menjadi terbatas. Pada kasus-kasus yang ekstrim penderita hanya mampu tinggal di rumah. Bahkan berada sendirian di rumahpun mereka merasa takut. Ketika berada di luar rumah mereka jarang bebas dari rasa cemas, terutama pada situasi-situasi yang berhubungan dengan serangan paniknya terdahulu; mereka selalu dihantui ketakutan akan mengalami "serangan". Siasat yang mereka tempuh umumnya adalah menghindari situasi-situasi yang mereka anggap menjadi penyebab dari paniknya (25).

Batas-batas dari ruang gerak penderita mungkin berfluktuasi dan berbeda untuk tiap individu. Pada waktu-waktu tertentu penderita hanya sedikit atau tidak mengalami kecemasan berada di tempat-tempat yang sebelumnya mereka hindari. Lamanya perbaikan spontan atau episode relaps dapat terjadi dari hari ke hari; seringkali penderita bisa menduga "hari-hari baik" atau "hari buruk" yang akan dialaminya. Terdapat studi yang menyatakan bahwa lebih dari 1/3 penderita wanita mengalami peningkatan gejala pada periode premenstrual (8).

Mobilitas penderita agorafobia tidak hanya ditentukan oleh fluktuasi dari kecemasan antisipasi tetapi juga oleh ada tidaknya seseorang yang mau menemani penderita. Terdapatnya orang yang dipercaya oleh penderita dan mau memahami kondisi penderita membuat penderita mampu bepergian ke luar rumah. Yang penting bukan jarak yang akan ditempuh tetapi keyakinan bahwa ada seseorang yang dapat ia mintai tolong yang tidak berada jauh dari dirinya. Benda-benda kesayangan atau benda-benda lainnya dapat mengurangi ketegangan misalnya: tongkat, payung, topi, lipatan koran di ketiak, mendorong kereta bayi atau sepeda bahkan adanya kembang gula di mulut kadang-kadang dapat mengurangi kecemasan penderita (20).

Ciri lain yang menonjol adalah sikap bergantung pada orang lain. Seringkali mereka tidak hanya minta ditemani tetapi juga minta orang lain menggantikan kewajiban sehari-hari sehingga kadang sulit membedakan ketergantungan ini dengannya tindakan manipulasi guna memperoleh keuntungan sekunder. Seringkali pasangan tersebut adalah orang di mana penderita mempunyai perasaan ambivalensi (20).

Gejala psikiatrik lain yang seringkali menyertai adalah (14,20,25) :

- Keadaan depresi : sering terjadi episode berulang pada penderita agorafobia di mana penderita mengeluh merasa sedih, ingin menangis, merasa tidak memiliki harapan hidup, mudah tersinggung, mudah terserang cemas dan panik, kehilangan gairah dalam pekerjaan, sukar tidur, dan gejala-gejala retardasi ringan. Tidak pernah didapatkan pikiran-pikiran nihilistik dan waham.
- Depersonalisasi dan derealisasi :
Harper dan Roth mendapatkan gejala ini pada 37% penderitanya. Penderita merasa asing, tidak realistis, merasa tersingkir dan jauh dari lingkungannya atau merasa lingkungan sekitarnya berubah. Gejala ini muncul dan hilang dalam beberapa menit. Gejala ini dapat timbul menyertai situasi yang menyebabkan kecemasan yang berat. Roth menyebutnya sebagai "*phobic-anxiety depersonalization syndrome*", yang menurutnya disebabkan oleh rasa ketidaknyamanan yang hebat sehingga penderita berusaha menolak situasi yang menyebabkan kecemasan.
- Gejala hipokondriakal:
Gejala ini disebabkan interpretasi tidak realistis terhadap sensasi neropsikologis dan gejala depersonalisasi yang kemudian mengarah pada preokupasi abnormalitas fisik. Gejala ini seringkali didasari pula oleh depresi.
- Penurunan libido : Terdapat penelitian yang menyebutkan bahwa keluhan seksual dialami oleh cukup banyak penderita. Dua penelitian epidemiologi menyebutkan bahwa problema seksual dialami oleh 53% dan 92% penderita agorafobia wanita.

VI. DIAGNOSIS

Agorafobia dihubungkan dengan ketakutan dan penolakan untuk berada sendirian atau berada di tempat-tempat umum. Penelitian dengan menggunakan "*fear study schedule*" (FSS III) menunjukkan bahwa terdapat situasi tertentu yang menakutkan, yang berbeda antara satu penderita dengan penderita yang lain, yang umumnya berhubungan dengan jarak dan ruang. Ketakutan tidak hanya menyangkut satu obyek tetapi terhadap suatu konstelasi situasi. Menurut Mc Conaghy, situasi yang dapat memprovokasi kecemasan penderita mempunyai ciri karakteristik tertentu yaitu berupa

perlambatan. Pada situasi tersebut penderita merasa dipaksa menunggu sebelum memulai aktivitas berikutnya. Banyak penulis melaporkan bahwa para penderita merasakan serangan cemas yang pertamakali ketika mereka sedang menunggu pelayanan di supermarket atau toko yang ramai, berjalan dilorong yang panjang, mengemudi melewati jembatan atau terowongan, terperangkap pada kemacetan lalu lintas dan sebagainya (24).

Sebagai akibat dari perilaku menghindar agorafobik tersebut maka aktivitas normal penderita menjadi sangat terbatas karena perilaku menghindar tersebut menguasai kehidupan penderita (1,11,21,24,25).

Kadang-kadang diagnosis agorafobia digunakan secara berlebihan karena diartikan secara harfiah sehingga timbul kerancuan, tetapi sebaliknya pada kasus-kasus yang lain di mana terdapat gejala-gejala lain berupa depresi, depersonalisasi, obsesi dan sebagainya diagnosis agorafobia sering diabaikan dan hanya dianggap sebagai bagian dari gangguan-gangguan yang lain (20).

Menurut Marks, komponen utama dari sindroma agorafobia adalah perilaku menghindar dan kecemasan antisipasi yang dianggapnya sebagai mekanisme sekunder dari serangan panik yang terjadi di awal perjalanan penyakit (20,25).

Kriteria diagnosis agorafobia menurut DSM III-R dan PPDGJ-II adalah sebagai berikut :

- A. Individu mempunyai ketakutan yang hebat terhadap (dan karenanya menghindari) situasi berada sendirian atau di tempat umum, di mana ia merasa sulit meloloskan diri, atau di tempat yang tidak tersedia pertolongan apabila datang serangan mendadak berupa perasaan tidak berdaya misalnya berada diantara orang banyak, dalam terowongan, di atas jembatan atau menumpang kendaraan umum.
- B. Aktivitas yang biasanya dilakukannya makin menyempit sehingga akhirnya ketakutan atau perilaku menghindar itu menguasai hidup penderita.
- C. Tidak disebabkan oleh episode depresif berat, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan kepribadian paranoid atau skizofrenia.

Menurut DSM III-R, gradasi tingkah laku menghindar agorafobik adalah sebagai berikut (1) :

- ringan : pola hidup penderita relatif normal misalnya penderita masih mampu bepergian seorang diri bila perlu.
- sedang : perilaku dan kehidupan penderita sehari-hari menjadi terbatas misalnya tidak mampu bepergian seorang

diri lebih dari beberapa kilometer.

- berat : perilaku menghindar sedemikian beratnya sehingga penderita hampir selalu terikat di rumah dan sama sekali tidak mampu bepergian seorang diri.

VII. DIAGNOSIS BANDING

1. Gangguan depresif :

Gejala penurunan kualitas hidup atau demoralisasi ("*demoralization*") yang dialami penderita gangguan panik dengan agorafobia seringkali sukar dibedakan dari depresi. Penurunan kualitas hidup tersebut berupa penarikan diri secara sosial dan hendaya fungsi sehari-hari (15).

Seperti penderita depresi, tidak jarang penderita agorafobia menunjukkan gejala-gejala berupa keluhan somatis, perasaan pesimis, perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan, namun pada penderita agorafobia jarang didapatkan gejala melankolia. Begitu pula gejala-gejala bangun terlalu pagi, kehilangan berat badan secara berlebihan, fluktuasi emosi diurnal serta pikiran-pikiran bunuh diri jarang didapatkan pada penderita agorafobia (14).

2. Gangguan cemas menyeluruh :

Penderita agorafobia dengan serangan panik yang menahun sering menunjukkan kecemasan antisipasi sedemikian beratnya sehingga sukar dibedakan dengan gangguan cemas menyeluruh (14).

Pada gangguan panik dengan agorafobia didapatkan episode serangan panik yang berlangsung secara mendadak dan kemudian mereda kembali dalam waktu pendek ("*crescendo-decrescendo*") mungkin dapat membedakan gangguan ini dari gangguan cemas menyeluruh (14). Dahulu dikatakan bahwa gangguan panik dapat dibedakan secara farmakologis dari gangguan cemas menyeluruh dimana penderita gangguan panik bereaksi baik terhadap pemberian antidepresan dan kurang bereaksi terhadap benzodiazepin, namun pendapat ini akhirnya disangkal ternyata beberapa jenis benzodiazepin ternyata cukup efektif terhadap gangguan panik (5, 9).

3. Gangguan obsesif-kompulsif :

Penderita gangguan fobik umumnya lebih bersikap pasif dan mengatasi ketakutannya dengan jalan menghindari stimulus fobiknya sedangkan penderita gangguan obsesif-kompulsif pada umumnya berusaha keras menghilangkan pikiran-pikiran dan do-

rongan-dorongan yang secara terus menerus muncul ke dalam kesadarannya.

Pada beberapa kasus, sulit untuk membedakan kedua gangguan ini sehingga diperlukan pemeriksaan yang cermat untuk mengetahui dinamika timbulnya gejala maupun dasar kepribadian penderita (29).

4. *Gangguan paranoid :*

Perilaku menghindar yang berat dapat menyerupai gejala paranoid. Penderita agorafobia menyadari bahwa ketakutannya merupakan hal yang tidak rasional dan menimbulkan penderitaan baginya sedangkan penderita gangguan paranoid menunjukkan gejala gangguan kesadaran diri (1, 19).

Gejala depersonalisasi dan derealisasi yang dialami penderita pada saat serangan panik seringkali menimbulkan perasaan penderita bahwa dirinya akan menjadi gila (20).

5. *Fobia sosial :*

Penderita agorafobia seringkali merasa takut melakukan suatu aktivitas di depan umum sehingga mirip gejala fobia sosial. Namun penderita fobia sosial lebih menyukai suasana sendirian sedangkan penderita agorafobia merasa takut sendirian atau bepergian seorang diri (29).

6. *Gangguan Kepribadian Astenik (dependen) :*

Penderita gangguan kepribadian dependen tidak mampu berfungsi secara mandiri dan membiarkan orang lain bertanggung jawab untuk aspek penting kehidupannya. Namun pada agorafobia didapatkan ciri karakteristik dari situasi yang dihindari penderita (11,24).

VII. PENATALAKSANAAN

Satu generasi yang lalu agorafobia umumnya dianggap resisten terhadap pengobatan, namun kemudian ditemukan cara-cara baru berupa terapi perilaku yang dianggap cukup efektif dan dapat diperkirakan hasilnya.

Tujuan utama pengobatan agorafobia adalah mengurangi tingkah laku menghindar sedemikian rupa sehingga tidak berlarut-larut mempengaruhi fungsi penderita sehari-hari. Dengan berkurangnya hendaya akibat perilaku menghindar, diharapkan terjadi perbaikan penyesuaian sosial yang kemudian membantu peningkatan hubungan interpersonal dan fungsi kepribadian (21).

Para ahli psikoanalisa berpendapat bahwa agorafobia merupakan akibat dari konflik intrapsikik dan konflik interpersonal sehingga menurut mereka pengobatan yang efektif hanyalah dengan cara mengatasi konflik tersebut melalui psikoanalisa. Namun para ahli perilaku tidak merasa perlu menggunakan metode psikoanalisa. Mereka menekankan pada teori belajar pada pembentukan sindroma agorafobia sehingga dengan menghadapi kecemasannya secara berulang-ulang, penderita akan menjadi terbiasa atau terjadi desensitisasi. Menurut Klein, psikoterapi bagi penderita fobia terutama berfungsi memacu secara persuasif agar penderita berani melakukan latihan-latihan (6, 21).

Di bidang farmakologi, perkembangan pemakaian obat-obatan cenderung didasarkan pada anggapan bahwa agorafobia merupakan akibat sekunder dari serangan panik, sehingga obat yang digunakan pada umumnya menekan gejala panik (14, 32,33).

Dibawah ini diuraikan secara ringkas beberapa cara pengobatan agorafobia :

1. Psikoterapi

Walaupun dasar psikodinamika dari gangguan fobik tampaknya sederhana namun para ahli pemula sering mengalami kesukaran mewawancarai penderita karena umumnya penderita cenderung menggunakan mekanisme menghindar dan gejala-gejala nerotik umumnya menguasai penampilan mereka. Kehidupan mental penderita terpusat pada ketakutan-ketakutannya yang tidak realistis dan mereka mengemukakan penjelasan-penjelasan yang tampaknya rasional.

Pada wawancara pertama, dokter sebaiknya memberi kesempatan sebanyak-banyaknya kepada penderita untuk menceritakan gejala-gejala penyakitnya maupun latar belakang kehidupan pribadinya. Biasanya penderita tidak ingin menceritakan tentang seksualitas, agresivitas dan persaingan. Dokter sebaiknya mengarahkan penderita untuk mengemukakan masalah-masalah tersebut.

Penderita sangat membutuhkan penjaminan kembali oleh dokter. Terhadap penderita perlu dijelaskan bahwa kecemasan merupakan gejala emosi yang normal dan setiap orang dapat mengalaminya. Kecemasan yang dialami penderita merupakan hal yang wajar walaupun kurang sesuai dengan rangsangan yang mencetuskannya. Dokter dapat membantu penderita mengenali gejala-gejala emosi yang dialaminya. Sikap dokter dalam menghadapi kecemasan yang ditunjukkan oleh penderita seringkali merupakan contoh dan ditiru oleh penderita (19).

Seringkali penderita meragukan keberhasilan pengobatan karena umumnya mereka merasa menderita gangguan tersebut sudah terlalu lama dan telah mencoba berbagai pengobatan tanpa hasil (35).

Keberhasilan psikoterapi berciri dinamik menurut penelitian beberapa ahli kurang menggembirakan. Eduardo Weiss, seorang psikoanalisis mengamati bahwa banyak diantara penderita yang ditanganinya selama bertahun-tahun hanya menunjukkan sedikit perbaikan. Weinstock yang melakukan pengamatan lanjutan terhadap 46 penderita yang pernah mendapat psikoanalisa secara lengkap, menemukan hanya 13% yang kemudian bebas gejala.

2. Terapi perilaku:

Walaupun terapi perilaku lebih menekankan pada gejala klinik dan kurang menitikberatkan pada konflik intrapsikik namun para ahli perilaku berpendapat bahwa agorafobia jarang bisa diobati secara baik apabila penderita tidak dibantu menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi. Pada penderita yang banyak mempunyai masalah intrapsikik pengobatan lebih sulit dilakukan (25).

Wolpe dan Rachman pertamakali memperkenalkan terapi perilaku dengan teknik paparan ("*exposure*") dimana penderita secara berulang kali dihadapkan pada situasi yang biasanya menimbulkan ketakutan. Pemberian stimulus fobik disertai pembangkitan afek yang berlawanan yang cukup kuat untuk mengurangi kecemasan yang timbul. Pembangkitan afek ini dapat dilakukan misalnya dengan instruksi relaksasi (36).

Terapi paparan dilakukan dengan cara (21,22,36,37) :

1. Desensitisasi sistematis yaitu menghadapkan penderita pada stimulus fobik secara bertahap dari yang ringan sampai yang berat sesuai daftar yang telah disusun oleh dokter bersama penderita.
2. "*Implosion*" atau pembersiran ("*flooding*") yaitu teknik menghadapkan penderita pada rangsangan yang cukup kuat dan cepat dalam waktu selama mungkin sepanjang penderita masih dapat mengatasi reaksi kecemasannya.

Desensitisasi maupun pembersiran dapat dilakukan secara "*imaginal*" ataupun "*in vivo*".

Pada mulanya desensitisasi "*imaginal*" banyak dilakukan namun penelitian-penelitian menunjukkan bahwa paparan "*in vivo*" lebih baik hasilnya. Pada terapi paparan, biasanya dokter menemani penderita pada saat menghadapi situasi fobik tersebut. Perkembangan terakhir menunjukkan bahwa terapi paparan yang dilakukan

penderita dengan dibantu oleh keluarga penderita sebagai asisten terapis lebih meningkatkan keberhasilan pengobatan (21, 22).

Penderita yang kooperatif dapat menjalani terapi paparan sampai dengan 30 kali dengan waktu tiap episode paparan selama kurang lebih 90 menit. Menurut Marks, terapi paparan yang berlangsung selama 2 jam berturut-turut lebih baik hasilnya daripada 4 episode yang masing-masing berlangsung 30 menit (21,35,37).

Penderita yang menjalani terapi paparan sebaiknya memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Tidak dalam keadaan depresi berat. Bila terdapat gejala depresi sebaiknya diobati dulu dengan antidepresan.
2. Bila penderita sedang menggunakan obat anticemas dosis tinggi maka dosis harus dapat dikurangi sekecil mungkin. Begitu pula penggunaan alkohol harus dihindari.
3. Hati-hati pada penderita penyakit fisik misalnya asma bronkhiale, penyakit jantung, tukak lambung atau colitis ulceratif yang dapat memburuk dalam keadaan cemas yang hebat (21).

Strategi pengobatan terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut (21,22,36) :

1. Penderita perlu mengadakan komitmen untuk berusaha keras dengan bantuan terapis. Bila perlu ada perjanjian tertulis tentang kesediaan penderita bekerja sama dengan terapis.
2. Penderita diminta mendaftarkan masalah-masalah spesifik dan tujuan spesifik yang hendak dicapai dalam pengobatan. Bersama terapis penderita menentukan target yang spesifik misalnya: "saya ingin melewati waktu selama 2 jam berbelanja seorang diri di pusat perbelanjaan terdekat".
3. Penderita diminta untuk mengidentifikasi perasaan-perasaan yang dialaminya ketika berada dalam keadaan takut misalnya: ingin menjerit dan lari atau bengong dan membeku di tempat atau gemetar dan terhuyung-huyung.
4. Penderita disarankan memilih cara-cara untuk mengatasi ketidaknyamanannya dan mencoba mempraktekkan cara-cara yang dianggapnya banyak menolong misalnya: mengambil nafas dalam dan mantap, mengencangkan dan mengendorkan otot secara bergantian.
5. Dibuat jadwal latihan, dicatat hasilnya sebagai bahan untuk menyusun acara latihan berikutnya sesuai dengan kemajuan yang telah dicapai.

Claire Weekes yang berpengalaman menangani penderita agorafobia mengemukakan 4 hal yang dianjurkan bagi penderita yaitu :

1. Mencoba menghadapi ("*facing*") dan bukan menghindari atau melupakan sensasi-sensasi yang dialaminya.
2. Menerima ("*accepting*") dan bukan memerangi gejala.
3. Mengembangkan ("*floating*"), hampir sama dengan menerima, yaitu membiarkan apa yang dialaminya timbul dan berlalu begitu saja.
4. Telaten dan tidak diburu oleh waktu (35).

3. Terapi obat-obatan

Pengobatan psikofarmakologis dari gangguan panik dan agorafobia mengalami perkembangan pesat sejak tahun 60-an. Pengalaman-pengalaman klinik maupun penelitian-penelitian terkontrol membuktikan bahwa beberapa jenis antidepresan ternyata cukup efektif. Klein dan Fink pada tahun 1962 pertamakali melaporkan bahwa Imipramin memiliki khasiat menekan gejala panik namun ia berpendapat bahwa untuk menghilangkan perilaku menghindar tetap diperlukan pengarah, persuasi dan dorongan. Golongan obat yang kemudian banyak diteliti adalah antidepresan trisiklik yaitu Imipramin sedangkan golongan monoamino oksidase inhibitor adalah Phenelzine. Antidepresan lain yang juga dikatakan cukup efektif adalah Trazodone walaupun belum banyak dilakukan penelitian dengan kontrol (14,29).

Penggunaan antidepresan memiliki beberapa keterbatasan yaitu hasil optimal baru tampak setelah penggunaan obat selama 3-6 minggu, disamping adanya efek samping yang kadang sulit ditolerir oleh penderita berupa reaksi stimulasi berlebihan yang terjadi pada awal pengobatan yang dialami kurang lebih 1/3 penderita (9, 31).

Golongan benzodiazepine sejak dulu dianggap tidak efektif untuk pengobatan panik tetapi dianggap berkhasiat terhadap kecemasan antisipasi. Derivat baru dari benzodiazepine yaitu triazolobenzodiazepine atau Alprazolam dikatakan cukup efektif terhadap gangguan panik maupun agorafobia dengan serangan panik. Dikatakan bahwa Alprazolam lebih mudah ditolerir oleh penderita dan onset kerjanya lebih awal dalam hal menekan gejala panik, perilaku menghindar maupun kecemasan antisipasi (3,5,14,27,31).

Di bawah ini diuraikan tentang beberapa obat yang sering dipakai dalam pengobatan panik maupun agorafobia :

3.1. Golongan antidepresan :

3.1.a. Imipramin :

Pemakaian imipramin cukup aman pada penderita walaupun mempunyai beberapa kontraindikasi pemakaiannya bagi penderita dengan glaukoma akut, hipertrofi prostat yang berat dan gangguan penghantaran pada jantung. Keuntungan Imipramin menurut Ballenger dan Schatzberg adalah pemberian dalam dosis tunggal, mempunyai khasiat antidepresan dan mampu mengontrol serangan panik secara efektif (14,27,31).

Dosis Imipramin dianjurkan dimulai serendah mungkin yaitu 10 mg per hari saat akan tidur kemudian dosis dapat dinaikkan secara bertahap (14,29).

Aronson (1987) meneliti 60 penderita gangguan panik dan agorafobia dengan serangan panik. Setelah 4 bulan pengobatan ternyata 29 penderita (49%) menunjukkan hasil yang memuaskan namun 19 penderita tidak dapat mentolerir efek samping berupa reaksi hiperstimulasi, efek antikolinergik, alergi dan hipotensi ortostatik. Yang paling sukar ditolerir adalah reaksi mirip amphetamin berupa perasaan cemas yang meningkat, insomnia, gemetar dan takikardia. Gejala efek samping ini biasanya menghilang dalam waktu 3-14 hari. Biasanya dalam waktu 3-6 minggu gejala panik akan berkurang sedangkan perilaku menghindar akan berkurang dalam 3-6 bulan (2).

Zitrin meneliti keberhasilan pengobatan kombinasi antara Imipramin dengan terapi paparan in vivo secara berkelompok. Ia berpendapat bahwa 2 gejala penting yaitu serangan panik dan kecemasan antisipasi merupakan gejala yang saling menguatkan sehingga kedua gejala tersebut harus ditangani secara serentak. Imipramin diharapkan menekan panik sedangkan paparan in vivo dapat mengurangi kecemasan antisipasi. Sebelum memulai paparan, terlebih dulu diberikan Imipramin selama 4 minggu kemudian pengobatan ditambah dengan terapi paparan secara berkelompok selama 10 minggu. Pemberian Imipramin tetap diteruskan sampai 12 minggu setelah paparan in vivo dihentikan. Pada akhir pengobatan ternyata 83% penderita menunjukkan hasil yang memuaskan dalam hal berkurangnya gejala fobia, serangan panik dan perbaikan fungsi sehari-hari (14, 37).

Belum diketahui dengan jelas berapa sebenarnya dosis optimal dan berapa lama obat harus diberikan. Pendapat terbaru menyatakan bahwa 25-75 mg Imipramin per hari cukup mempunyai efek antipanik. Sesudah 3-6 bulan bebas panik, dosis dapat diturunkan

secara bertahap dimana pada saat dosis diturunkan penderita telah cukup mendapat pengobatan paparan maupun pengobatan kognitif karena angka kekambuhannya cukup besar (9, 32).

3.1.b. Phenelzine :

Golongan monamine oksidase inhibitor dikatakan cukup efektif mengurangi gejala fobia termasuk agorafobia. Sheehan menyatakan bahwa pemberian phenelzine 45 mg perhari menunjukkan efektivitas yang sama dengan pemberian Imipramin 150 mg per hari. Dianjurkan pemberian dimulai dengan dosis 15 mg perhari dan dinaikkan pelan-pelan sampai tidak lebih dari 90 mg perhari (14,32).

Kerugian dari pemberian phenelzine adalah efek maksimal yang baru dicapai sesudah kurang lebih 12 minggu. Efek samping berupa reaksi hipertensi dan hiperpireksia, gangguan tidur, hipotensi ortostatik dan bertambahnya berat badan. Angka kekambuhannya setelah pengobatan dihentikan cukup tinggi. Sheehan menemukan angka kekambuhan sebesar 70-90% pada pengamatan lanjutan sesudah 1 tahun. Dianjurkan agar pemberian obat diteruskan 6 bulan sesudah remisi baru kemudian dosis diturunkan (33).

3.1.c. Trazodone :

Trazodone merupakan derivat triazolopyridine yang mempunyai anticholinergik minimal. Secara selektif Trazodone menghambat pengambilan kembali 5 hydroxytryptamine disamping juga memiliki afinitas terhadap reseptor adrenergik alfa 1. Metabolitnya juga mempunyai efek yang sama bahkan lebih mudah menembus sistem saraf pusat sehingga dengan demikian trazodone mempunyai efek serotonergik yang cukup kuat. Sayangnya belum banyak dilakukan penelitian terkontrol. Mavissakalian (1987) melakukan penelitian trazodone tetapi sampel yang diambil terlalu kecil (11 orang) karena sebagian besar penderita menghentikan obat disebabkan timbulnya efek samping berupa meningkatnya kecemasan, rasa mengantuk dan lekopenia relatif. Ia menggunakan dosis permulaan sebesar 50 mg sehari, dinaikkan tiap 3 minggu sampai dosis maksimal 300 mg sehari. Obat diberikan selama 8 minggu. Hasilnya ternyata terdapat perbaikan dalam hal kecemasan, panik maupun gejala-gejala fobia (23).

3.2. Golongan benzodiazepine :

3.2.a. Alprazolam :

Choinard (1982) melaporkan penelitian buta ganda penggunaan alprazolam selama 8 minggu dan membandingkannya dengan ke-



lompok kontrol. Dengan dosis 0,5-3 mg per hari ternyata khasiat Alprazolam sudah tampak pada minggu-minggu pertama.

Alexander (1987) meneliti penggunaan Alprazolam pada 27 penderita, ternyata 85% mengalami perbaikan pada minggu pertama dengan dosis rendah (\pm 2,2 mg/hari). Dosis optimal untuk penyembuhan sempurna berkisar antara 4 - 9.9 mg/hari. Dengan pengobatan selama 3 minggu, 51% penderita menunjukkan perbaikan secara bermakna. Sebagian besar penderita menunjukkan bebas panik pada minggu ke 8 disamping pengurangan rasa takut dan perilaku menghindar (3,5).

Penelitian "The Cross National Collaborative Panic Study" yang dilakukan di Amerika, Canada dan Australia dengan cara pengobatan jangka pendek selama 21 hari menyimpulkan bahwa Alprazolam terbukti efektif dan mudah diterima oleh penderita terbukti dari rendahnya angka putus berobat.

Efek samping yang dialami berupa : rasa mengantuk, kelelahan ataxia, "slurred speech" dan amnesia biasanya mudah diatasi dengan penurunan dosis (5,9).

3.2.b. Benzodiazepine yang lain :

Mc Nair dan Kahn (1981) membandingkan penggunaan Imipramin 132 mg perhari dengan Chlordiazepoxide 55 mg per hari selama 8 minggu. Ternyata keduanya mempunyai efek anti panik walaupun Imipramin ternyata lebih unggul (5).

Oleh Howell (1987) penggunaan Lorazepam dengan dosis 3,8 mg per hari dibandingkan dengan phenelzine 53 mg perhari ternyata perbaikan klinis lebih cepat dihasilkan oleh lorazepam yaitu pada minggu pertama dan kedua sedangkan pada phenelzine perbaikan klinis baru terjadi pada minggu kelima dan keenam (5).

Charney dan kawan-kawan (1988) membandingkan efek Lorazepam dan Alprazolam, ternyata keduanya cukup efektif. Pemberian Clonazepam ternyata juga cukup efektif dengan dosis $1,9 \pm 1,0$ mg perhari (5).

VII. PERJALANAN PENYAKIT DAN PROGNOSA

Perjalanan penyakit pada umumnya menahun dengan ditandai remisi dan kekambuhan yang bervariasi dari waktu ke waktu. Pada penelitian longitudinal, gejala serangan panik, kecemasan antisipasi dan perilaku menghindar agorafobik umumnya berlangsung terus menerus pada 10 tahun pertama sedangkan gejala depresi berat umumnya terjadi secara episodik. Remisi tidak lengkap lebih sering terjadi daripada remisi sempurna (8, 25).

Fluktuasi penyakit dipengaruhi stres yang dialami penderita terutama yang menyebabkan berkurangnya rasa percaya diri. Kadang-kadang penderita yang secara klinis sudah membaik, secara tiba-tiba kambuh karena faktor-faktor yang mirip dengan kejadian yang menjadi pencetus di awal penyakitnya (8,25,29).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan frekwensi serangan panik dapat memperberat gejala agorafobia misalnya :

- siklus menstruasi : pada periode premenstrual dapat terjadi peningkatan gejala panik
- bahan-bahan yang dapat meningkatkan kecemasan misalnya kafein, yohimbin, laktat dan CO₂.
- kondisi tertentu misalnya : depresi, kelelahan fisik, penyakit tertentu, kehidupan perkawinan yang tidak berbahagia.

Dalam kehidupan perkawinan kadang-kadang pasangan hidup penderita justru memiliki perilaku yang dapat memperberat gangguan penderita. Hefner mengemukakan bahwa 7 suami dari 36 penderita menunjukkan gejala kecemburuan patologis. Dalam hal ini gangguan yang dialami oleh sang suami justru memupuk perilaku agorafobik dari penderita (30).

VIII. RINGKASAN

Agorafobia dalam pengertian harfiah berarti ketakutan terhadap tempat-tempat terbuka, namun secara lebih akurat definisi agorafobia adalah suatu gangguan yang ditandai oleh timbulnya perasaan ragu-ragu dan cemas yang hebat ketika penderita dipaksa untuk menghadapi kondisi dan situasi yang ditakuti, di mana penderita merasa sulit memperoleh pertolongan saat mengalami ketidakberdayaan. Situasi yang biasanya dianggap menakutkan adalah tempat-tempat yang ramai, tempat-tempat yang membatasi ruang gerak penderita, transportasi umum dan keadaan jauh dari rumah.

Gejala-gejala yang timbul akibat berhubungan dengan situasi yang ditakuti meliputi gejala fisiologis, perilaku dan perasaan subyektif.

Dari pengalaman klinik diketahui bahwa gejala agorafobia merupakan gejala fobia yang paling banyak didapatkan, berat dan banyak mengganggu fungsi kehidupan. Onset gangguan sering terjadi pada usia dewasa muda dengan perjalanan penyakit yang kronis.

Pendapat terakhir cenderung menganggap agorafobia sebagai akibat sekunder dari gangguan panik. Hal ini menimbulkan dampak pada penggolongan dan pengobatan.

Terapi perilaku berupa paparan secara langsung merupakan pilihan utama sedangkan obat-obatan anticemas dan obat-obat yang menekan serangan-serangan panik menunjukkan hasil yang cukup baik.

Daftar Kepustakaan

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., 1987, Washington D.C, pp. 238-241.
2. Aronson, T.A : A Naturalistic Study of Imipramine in Panic Disorders and Agoraphobia , Am.J. Psychiat. 144: 1014-1019, August, 1989.
3. Ballenger, J.C et al : Alprazolam in Panic Disorder and Agoraphobia, Results from a Multicenter Trial : Arch.Gen. Psychiat.45: 413-421, May, 1988.
4. Ballenger, J.C : Three Cases of Panic Disorder and Agoraphobia in Children, Am.J. Psychiat. 146 : 922-924, July, 1989.
5. Ballenger, J.C : Efficacy of Benzodiazepines in Panic Disorder and Agoraphobia : J. Psychiat. Res. Vol.24 : 15-25, 1990.
6. Balls, G.U : Clinical Psychopathology, Butterworth Inc.,USA, 1978, pp. 243-261.
7. Bowlby, J : Separation, Anxiety and Anger, Attachment and Loss Vol. 2, Penguin Books, Reprinted 1987, Hazel Watson & Vincy Ltd. Great Britain, pp: 297-356.
8. Breier, A : Agoraphobia with Panic Attacks : Arch. Gen. Psychiat. Vol. 43, 1029-1056, Nov., 1986.
9. Burrows, G.D, Norman, T.R : Panic Disorder : a Treatment Update, J.Clin. Psychiat. 52 : 24-26, July, 1991.
10. Cavenar, J.O , Walker, J.I : Phobias in : Signs and Symptoms in Psychiatry, Cavenar, J.O (ed), 1st Ed., 1986, J.B Lippincott, Philadelphia, pp. 131-151.
11. Direktorat Kesehatan Jiwa : PPDGJ-II, edisi II-Revisi 1983, Cetakan pertama, 1985, hal. 163-166.
12. Eaton, W.W : Risk Factor for The onset of DSM-III Agoraphobia in a prospective study, Arch.Gen. Psychiat. Vol. 47, 819-824, Sept. 1990.
13. Fava, G.A : Prodromal Symptoms of Panic Disorder with Agora-

- phobia: Am.J. Psychiat. 145, 1564-1567, Dec. 1988.
- 14.Gorman, J.M : Panic Disorder and Agoraphobia, Current Concepts, Up John Company, 1984, Michigan.
 - 15.Klerman, G.L : The Effect of Depressive Comorbidity on Respons to drug treatment of patients with Panic Disorder and Agoraphobia, J. Psychiat. Res., 24: 27-41, 1990.
 - 16.Klein, D.F : Panic and Avoidance in Agoraphobia, Arch.Gen. Psychiat.44 :377-385, 1987.
 - 17.Lelliot, P. et al : Onset of Panic Disorder with Agoraphobia, Arch.Gen. Psychiat. 46: 1000-1004, 1989.
 - 18.Luchins, D.C : Late Live Onset of Panic Disorders with Agoraphobia in three patients, Am.J. Psychiat. 146 : 920-921, 1989.
 - 19.Mac Kinnon and Michels : The Psychiatric Interview of Clinical Practice, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1st Ed., 1971, pp: 147-173.
 - 20.Marks, I.M : Agoraphobic Syndrome, Arch. Gen. Psychiat. 23 : 538-553, 1970.
 - 21.Marks, I.M : Anxiety Disorders in : Treatment of Mental Disorders Griest, J.H (ed), 1st Ed., 1982, Oxford University Press, New York, pp : 234-262.
 - 22.Marks, I.M : Therapist Contact and Outcome of Self exposure Treatment for Phobias, a controlled study, Brit. J. Psychiat, 152: 234-238, 1988.
 - 23.Mavissakalian, M : Trazodone in the Treatment of Panic Disorders and Agoraphobia with panic attacks, Am.J. Psychiat, 144 : 785-787, 1987.
 - 24.Mc Conaghy, N. : Agoraphobia, Compulsive Behavior and Behavior Completion Mechanism, Australian and New Zealand J. Psychiat. 17 : 170-179, 1983.
 - 25.Moor, W.D : The Topography of Agoraphobia, Am. J. Psychother.,Vol. 39 : 371-388, 1985.
 - 26.Munjack, D.J : Affective Disorder and Alcoholism in Families of Agoraphobics, Arch. Gen. Psychiat.38 : 869-871,1981.
 - 27.Nagy, M.D, et al : Clinical and Medication Outcome of short term Alprazolam and Behavioral Group Treatment in Panic Disorder, 2,5 years Naturalistic Follow up Study, Arch. Gen. Psychiat. 46 : 996-999, 1989.
 - 28.Noyes, R., et al : Relationship between Panic Disorders and Agoraphobia, A Family Study, Arch. Gen. Psychiat. 43 : 227-232, 1986.

29. Nemiah, J.C : Phobic Disorders in: Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Kaplan, H.I. and Sadock, B.J (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, U.S.A, 1989, pp : 972-984.
30. Quadrio, C : Families of Agoraphobic Woman, Australia and New Zealand J. Psychiat., 164-170, 1984.
31. Rosmita Girsang : Aspek biologis Gangguan Panik, majalah Jiwa Vol. XXV , 3 : 27-37.
32. Schatzberg, A.F : Overview of Anxiety Disorders, Prevalence, Biology, Course and Treatment, J. Clin. Psychiat. 52 : 5-9, 1991.
33. Sheehan, D : The Nosology of Panic Disorder, Excerpta Medica, Asia Ltd, Hongkong, 1991.
34. Turns, D.M : Epidemiology of Phobic and Obsessive Compulsive Disorders among adults, Am.J. Psychother., 39: 360-369, 1985.
35. Weekes, C. : Simple and Effective Treatment of Agoraphobia, IIIrd Printing, 1981, Bantam Books, New York, USA.
36. Wolpe, J : The Practice of Behavior Therapy, 2nd Ed., 1985, Pergamon Press Inc, New York, pp : 133-203.
37. Zitrin., C.M : Treatment of Agoraphobia with Group Exposure in vivo and Imipramine, Arch. Gen. Psychiat. 37 : 63-72, 1980.

01 OCT 1994

PAMERAN

