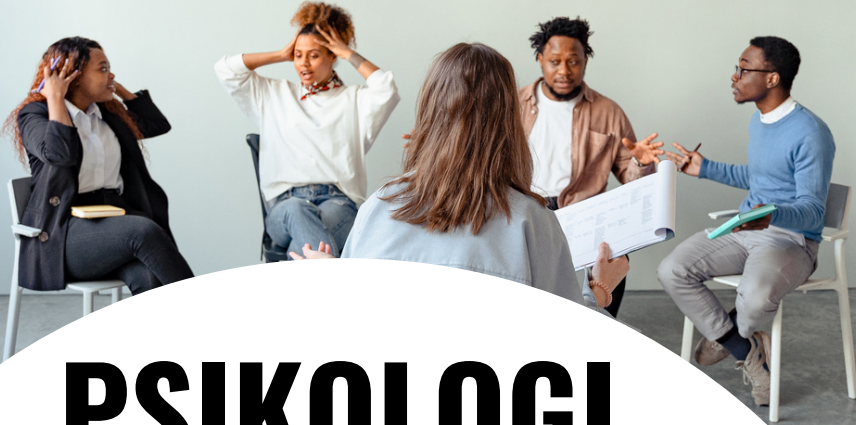




PSIKOLOGI ABNORMAL

Penulis :

- Ratnasartika Aprilyani
- Reza Fahlevi
- Irwanto
- Laila Meiliyandrie Indah Wardani
- Andriyani E. Lay
- Erna Risnawati
- Novita Maulidya Jalal
- Ria Andriany Fakhri
- Nurfitriany Fakhri
- Basilia Subiyanti Wilujeng
- Meilisa Silviana Patodo
- Natalia Sulistyo Veerman
- Sri Wahyuning Astuti
- Hafnidar



PSIKOLOGI ABNORMAL

Ratnasartika Aprilyani
Reza Fahlevi
Irwanto
Laila Meiliyandrie Indah Wardani
Andriyani E. Lay
Erna Risnawati
Novita Maulidya Jalal
Ria Andriany Fakhri
Nurfitriany Fakhri
Basilia Subiyanti Wilujeng
Meilisa Silviana Patodo
Natalia Sulistyo Veerman
Sri Wahyuning Astuti
Hafnidar



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PSIKOLOGI ABNORMAL

Penulis :

Ratnasartika Aprilyani

Reza Fahlevi

Irwanto

Laila Meiliyandrie Indah Wardani

Andriyani E. Lay

Erna Risnawati

Novita Maulidya Jalal

Ria Andriany Fakhri

Nurfitriany Fakhri

Basilia Subiyanti Wilujeng

Meilisa Silviana Patodo

Natalia Sulistyo Veerman

Sri Wahyuning Astuti

Hafnidar

ISBN : 978-623-198-132-5

Editor : Apt. Wafi Nisrin Ramadhani, S.Farm
Salsabila Syafni Aulia, Amd.Kes

Penyunting : Salsabila Syafna Aulia, S.Ked

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah

Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Maret 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Psikologi Abnormal.

Buku ini membahas tentang perilaku abnormal dan penggolongannya, metode-metode penanganan perilaku abnormal, stress, faktor psikologis, gangguan-gangguan anxietas dan cara mengatasinya, gangguan disosiatif dan cara mengatasinya, gangguan somatoform dan cara mengatasinya, gangguan mood dan cara mengatasinya, bunuh diri dan gangguan kepribadian.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan, mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Maret 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
BAB I DEFINISI PERILAKU ABNORMAL	
1.1 Konsep Perilaku	1
1.2 Definisi Perilaku Abnormal	3
1.3 Kriteria Abnormal	6
1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Abnormalitas ...	7
1.5 Jenis-jenis Perilaku Abnormal	8
Daftar Pustaka	10
BAB II PENGGOLONGAN PERILAKU ABNORMAL	
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Menjelaskan Perilaku Abnormal	16
2.3 Menentukan Kelainan	19
2.4 Frekuensi dan Beban Gangguan Jiwa	27
2.5 Penyakit Mental (<i>Mental Illness</i>)	30
Daftar Pustaka	32
BAB III METODE-METODE PENANGANAN PERILAKU ABNORMAL	
3.1 Pendahuluan	35
3.2 Konsep Dasar Psikologi Abnormal	42
3.3 Teori Gangguan Tingkah Laku	53
3.4 Metode-Metode Penanganan Perilaku Abnormal	57
3.5 Penanganan Gangguan Disosiatif	66
3.6 Penanganan Gangguan Fugue Disosiatif	67
3.7 Penanganan Amnesia Disosiatif	68
3.8 Penanganan Depersonalisasi	69
3.9 Penanganan Gangguan Kepribadian Schizotypal	73
3.10 Penanganan Gangguan Kepribadian Borderline	75
3.11 Penanganan Gangguan Kepribadian Histrionic	75
3.12 Penanganan Gangguan Kepribadian Narcissistic	76
3.13 Penanganan Gangguan Kepribadian Avoidant	76
3.14 Penanganan Gangguan Kepribadian Dependent	77
3.15 Penanganan Gangguan Kepribadian Obsessive- Compulsive	78
3.16 Penanganan Gangguan Kesehatan Mental pada Anak	79
3.17 Metode Penanganan Gangguan Kesehatan Mental	80

Daftar Pustaka.....	83
BAB IV STRESS	
4.1 Pendahuluan.....	85
4.2 Stresor	87
4.3 Aspek-aspek Stres.....	88
4.4 Tingkatan Stres.....	89
4.5 Jenis-Jenis Stres	90
Daftar Pustaka.....	92
BAB V FAKTOR PSIKOLOGIS	
5.1 Pendahuluan.....	97
5.2 Emosi	97
8.3 Kepribadian.....	100
Daftar Pustaka.....	104
BAB VI GANGGUAN-GANGGUAN ANXIETAS	
6.1 Pendahuluan.....	105
6.2 Gangguan Anxiety (Anxiety Disoreder)	106
6.3 Panic Disoder	107
6.4 Specific Phobia	108
6.5 Social Anxiety Disorder	109
6.6 Obsesive Compulsif Disorder.....	110
Daftar Pustaka.....	112
BAB VII CARA MENGATASI KECEMASAN	
7.1 Defenisi Kecemasan	113
7.2 Karakteristik Kecemasan.....	115
7.3 Pengelolaan Kecemasan.....	118
Daftar Pustaka.....	124
BAB VIII GANGGUAN DISOSIATIF	
8.1 Pendahuluan.....	129
8.2 Gambaran Umum Gangguan Disosiatif.....	130
8.3 Karakteristik dan Jenis-jenis Gangguan Disosiatif.....	135
Daftar Pustaka.....	152
BAB IX SOMATIC SYMPTOM AND RELATED DISORDER	
9.1 Pendahuluan.....	155
9.2 Gambaran Umum Mengenai Somatic Symptom Disorder (SSD)	157
9.3 Diagnosis Somatic Symptom Disorder (SSD).....	162

9.4 Treatment Terhadap Somatic Symptom Disorder (SSD)	166
9.5 Penutup	170
Daftar Pustaka.....	171
BAB X GANGGUAN SOMATOFORM	
10.1 Pendahuluan	179
10.2 Definisi Somatoform Disorder	179
10.3 Penyebab Somatoform Disorder	182
10.4 Gejala Gangguan Somatoform	185
10.5 Macam-Macam Gangguan Somatoform.....	186
10.6 Mengatasi Gangguan Somatoform.....	194
Daftar Pustaka.....	198
BAB XI GANGGUAN MOOD	
11.1 Pendahuluan	201
11.2 Gangguan Depresi Mayor	203
11.3 Gangguan Bipolar	206
11.4 Teori Kognitif Depresi	208
11.5 Bunuh Diri dan Faktor Resiko Bunuh Diri	210
Daftar Pustaka.....	212
BAB XII CARA MENGATASI GANGGUAN MOOD	
12.1 Pendahuluan	215
12.2 Kecerdasan Emosi.....	216
12.3 Cara Meningkatkan Kecerdasan Emosi.....	217
12.4 Terapi Berdasarkan Pendekatan Psikologi	218
12.5 Terapi Berdasarkan Pendekatan Sosiokultural.....	225
12.6 Terapi Berdasarkan Pendekatan Biologis.....	227
12.7 Terapi Bagi Gangguan Bipolar	231
12.8 Terapi Bagi Gangguan Bunuh Diri.....	232
Daftar Pustaka.....	233
BAB XIII BUNUH DIRI	
13.1 Pendahuluan	235
13.2 Pengertian Bunuh Diri	236
13.3 Perilaku Bunuh Diri	237
13.4 Epidemiology.....	242
13.5 Penyebab Bunuh Diri.....	242
13.6 Bunuh Diri dan Gender	248
13.7 Metode Bunuh diri berdasarkan Gender	250

13.8 Perbedaan Jenis Kelamin dalam Bunuh Diri	251
Daftar Pustaka.....	253
BAB XIV GANGGUAN KEPRIBADIAN	
14.1 Definisi Gangguan Kepribadian.....	255
14.2 Faktor Penyebab Gangguan Kepribadian.....	256
14.3 Gejala Umum Gangguan Kepribadian.....	258
14.4 Klasifikasi Gangguan Kepribadian	258
Daftar Pustaka.....	272
BIODATA PENULIS	

BAB I

DEFINISI PERILAKU ABNORMAL

Oleh Ratnasartika Aprilyani

1.1 Konsep Perilaku

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kata perilaku adalah tanggapan atau respon individu terhadap stimulan lingkungannya. Tokoh aliran Behavioristik, Skinner mengatakan bahwa perilaku merupakan reaksi individu terhadap stimulus, sehingga ada proses pembelajaran dari lingkungannya. Pemahaman konsep perilaku yang lebih rasional menjadi bentuk reaksi seorang terhadap rangsangan dari luar diri sendiri.

Robert Y. Kwick (Kearney and Trull, 2012) dalam Ensiklopedi Amerika berpendapat bahwa perilaku merupakan suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku baru akan terwujud jika ada rangsangan tertentu akan menghasilkan perilaku tertentu pula. Selain itu, Elton Mayo dan Fritz Roethlisberger (F. Oltmanns, 2012) melakukan studi perilaku dalam organisasi Mayo terkait rancang ulang pekerjaan, perubahan panjang hari kerja dan waktu kerja dalam seminggu, pengenalan waktu istirahat, dan rencana upah individu dibandingkan dengan upah kelompok. Bentuk reaksi ini terdiri dari dua yaitu reaksi secara pasif serta reaksi secara aktif. Bentuk reaksi pasif adalah respon internal yang terjalin dalam diri individu dengan tidak melakukan perilaku yang konkrit. Sebaliknya reaksi aktif ialah apabila perilaku itu dapat diamati secara langsung dengan bertindak konkrit. Menurut Skinner (Kearney and Trull, 2012) bentuk reaksi pasif sama dengan perilaku tertutup dimana reaksi individu terhadap stimulus masih terbatas pada persepsi, perhatian, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang muncul belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain, sedangkan reaksi aktif disebut juga dengan perilaku terbuka

dimana cara merespon individu terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata.

1.1.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Lawrence Green (Kearney and Trull, 2012) mengatakan bahwa perilaku cenderung dipengaruhi tiga faktor, yaitu :

a) Faktor Personal atau faktor internal

Faktor personal adalah keunikan individu yang diturunkan dari orang tua seperti tingkat kecerdasan, jenis kelamin, dan sebagainya yang mempengaruhi kegiatan individu. Selain itu ada faktor sosiopsikologis terdiri dari aspek emosional, aspek intelektual dan aspek kebiasaan dan keinginan untuk bertindak.

Motif atau dorongan dalam diri cenderung mempengaruhi faktor personal, di antaranya motif keingintahuan, motif dalam berkompetisi, motif harga diri dan motif rasa cinta.

b) Faktor eksternal atau lingkungan

Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari lingkungannya baik faktor politik, ekonomi, dan perubahan sosial yang mempengaruhi perilaku. Faktor eksternal lainnya, adalah faktor keadaan lingkungan dapat mempengaruhi gaya hidup dan perilaku individu. Faktor teknologi juga mempengaruhi perilaku, semakin mudah dalam menerima informasi luar, semakin beragam perilaku yang dilakukan.

1.1.2. Proses Terjadinya Perilaku

Penelitian Rogers (F. Oltmanns, 2012) menunjukkan adanya tahapan individu dalam mengadaptasi perilaku barunya, yaitu:

- a) Langkah pertama, munculnya kesadaran diri membantu individu untuk mengetahui stimulus terlebih dahulu.
- b) Langkah kedua, adanya ketertarikan individu terhadap stimulus.

- c) Langkah ketiga, proses evaluasi dimana individu mempertimbangkan baik dan buruknya suatu stimulus untuk dirinya).
- d) Langkah ke empat, individu mulai mencoba perilaku barunya
- e) Langkah ke lima, individu melakukan tindakan baru sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

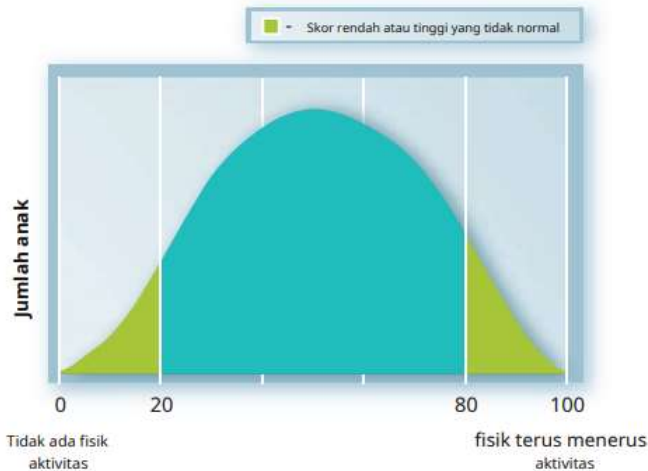
1.2 Definisi Perilaku Abnormal

Menurut KKBI pengertian abnormal merupakan keadaan yang berbeda dengan keadaan yang biasa atau kelainan dari keadaan biasa. Pemahaman terkait perilaku normal dan abnormal perlu mempunyai standar kriteria dalam pengukuran. World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa normal sehat adalah keadaan individu yang terdiri dari kesejahteraan fisik, mental dan sosial secara utuh (F. Oltmanns, 2012)

Tokoh psikolog H.B. English mendefinisikan kesehatan mental sebagai keadaan seseorang yang relatif yang sama dengan menunjukkan penyesuaian diri dan mengalami aktualisasi diri, realisasi diri di kehidupan. Kesehatan mental menekankan keadaan positif individu yang tidak hanya dilihat dari keterbebasannya dalam gangguan mental (F. Oltmanns, 2012)

1.2.1 Abnormalitas dalam Norma Statistik

Menurut norma statistik pengertian perilaku abnormal adalah perilaku yang tidak dimiliki oleh sejumlah individu pada umumnya. Cara ini cenderung akurat dalam mendefinisikan kelainan dengan melibatkan penentuan peluang perilaku yang muncul di suatu komunitas. Norma statistik dapat ditunjukkan dari kurva normal (Gambar 1.1) dimana penyimpangan norma yang muncul didasarkan pada frekuensi kemunculan perilaku dalam kelompok besar. Kurva normal merupakan dua pertiga dari jumlah kasus terletak pada sepertiga dari keseluruhan bidang yang mewakili populasi tersebut.



Gambar 1.1. Metode statistik untuk mendefinisikan Abnormalitas. Sangat tinggi dan tingkat aktivitas yang sangat rendah dianggap tidak normal dari sudut pandang statistik

Anak dalam kurva distribusi normal ini mendapatkan hasil skor 0-19, 20-80 dan 81-100 terkait aktivitas fisik yang dilakukan pada saat istirahat 30 menit. Nilai 0 menunjukkan tidak adanya aktivitas, sedangkan nilai 100 berarti aktivitas fisik secara terus menerus. Kurva ini memperlihatkan bahwa anak yang mendapatkan skor rendah (0-19) dan skor tertinggi (81-100) masuk dalam kategori abnormal, sehingga perlu dilakukan penanganan dari tenaga Kesehatan.

Pendekatan ini mempunyai kelemahan di antaranya keunikan individu dalam skor rata-rata, seperti kecerdasan dan kepribadian. Kelemahan kedua, budaya satu dengan budaya lain berbeda dalam memberikan makna normal. Satu budaya mungkin menganggap waktu istirahat yang diperpanjang selama hari kerja sebagai hal yang normal dan budaya lain mungkin tidak. Hal ini juga terkait definisi gejala gangguan mental berbeda dari budaya ke budaya. Selain itu kelemahan

dari pendekatan ini, adalah tidak membedakan antara penyimpangan yang berbahaya dan tidak berbahaya. Perilaku langka yang tidak bersifat patologis mempunyai dampak yang relatif kecil pada penyesuaian diri seseorang.

1.2.2 Abnormalitas dari Norma Sosial

Norma sosial mendefinisikan abnormalitas sebagai perilaku yang tidak sesuai dengan standar atau norma tertentu dalam lingkungan masyarakat. Selain itu, abnormal diartikan ketidakpatuhan terhadap norma sosial yang berlaku. relativisme budaya dimana segala sesuatu yang biasa dilakukan menjadi hal yang umum.

Abnormalitas dipandang sebagai relativisme budaya dimana perilaku yang melanggar kesepakatan dari norma yang berlaku. Kesepakatan ini terjadi dari dua pandangan, yakni pertama adalah perilaku yang dilakukan oleh hampir seluruh individu dinilai baik dan benar. Kedua, perilaku individu yang mampu mengikuti norma yang berlaku, mendukungnya untuk mendapatkan kepentingan individu itu sendiri maupun kepentingan kelompok atau masyarakat.

1.2.3 Perilaku Maladaptif

Wakefield (F. Oltmanns, 2012) mengatakan bahwa abnormalitas merupakan disfungsi proses kognitif dan perseptual dalam memahami dunia dengan cara yang sama dengan orang lain. Wakefield juga mengatakan ada dua kriteria individu yang mempunyai perilaku maladaptive, yaitu:

- 1). Ketidakmampuan mekanisme dalam diri yang terkait mental dan fisik dalam menjalankan fungsinya, seperti pengendalian tingkat emosi.
- 2). Kesulitan individu untuk melakukan peran sosial, sehingga menimbulkan tekanan dalam dirinya dan mempunyai pengaruh buruk ke lingkungannya.

Individu yang kurang efektif dalam penyesuaian diri dipandang sebagai gejala *maladjustment* abnormalitas. Hal ini

mengakibatkan kegagalannya untuk menghadapi, merespon hingga menyelesaikan tugas dari lingkungannya. Oleh sebab itu perlu mengembangkan kemampuan diri agar tidak mengganggu kesejahteraan diri .

1.2.4 Distres Pribadi

Perilaku abnormal merupakan pengalaman tekanan dalam diri sendiri sehingga cenderung subyektif terkait perasaan-perasaan sedih, cemas, stres, depresi atau rasa bersalah dalam diri. Hanya saja keadaan ini tidak bisa menjadi standar untuk membedakan perilaku normal dari yang abnormal atau sebaliknya.

Individu yang merasa sedih atau tertekan manakala mengalami musibah, kekecewaan dan ketidakadilan tetap dikatakan normal, sehingga ketabahan sebagai indikator kesiapan untuk menghadapi bencana. Namun dalam keadaan biasa wajar misalnya, akan terkesan aneh bila orang merasa gembira menghadapi kematian orang yang terkasih.

1.3 Kriteria Abnormal

Coleman Butcher dan Carson, (Kearney and Trull, 2012) mengatakan ada dua kriteria, yaitu abnormalitas sebagai penyimpangan dari norma-norma masyarakat dan abnormalitas yang bersifat maladaptive. Kriteria kedua menunjukkan pentingnya segala sesuatu yang terkait dengan pemenuhan kesejahteraan individu, sehingga tidak menimbulkan hambatan dalam menyesuaikan diri di masyarakat.

Kematangan diri individu mendukung pemenuhan kesejahteraan. Individu yang dewasa merupakan kemampuan dimana perilakunya sesuai dengan usianya dan keadaan.

Menurut (Kearney and Trull, 2012) mengatakan bahwa abnormalitas mempunyai salah satu kriteria, yaitu:

- 1). Perilaku diluar kebiasaan terkait dengan perilaku yang tidak umum dilakukan dalam budaya, seperti mendengar suara berisik di kepala.

- 2). Perilaku yang melanggar norma masyarakat terkait dengan aturan yang harus ditaati oleh individu.
- 3). Perilaku di bawah situasi stres maksudnya adanya gangguan emosi yang berlebihan hingga mempengaruhi perilaku.
- 4). Perilaku Maladaptif merupakan perilaku yang menyebabkan terhambatnya peran individu dalam komunitas
- 5). Perilaku berbahaya terkait perilaku yang memberikan dampak buruk ke dirinya sendiri ataupun lingkungannya.

1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Abnormalitas

Pakar psikolog mengatakan bahwa perilaku abnormal disebabkan oleh kombinasi faktor biologis, psikologis, dan sosial (Kearney and Trull, 2012) Peran faktor biologis terhadap perilaku abnormal terkait kimia otak yang tidak seimbang hingga predisposisi genetic, sedangkan faktor psikologis ada masalah emosi hingga pemikiran yang menyimpang. Kontribusi sosial dan budaya berkisar dari konflik dalam hubungan keluarga hingga bias seksual dan rasial. Menyadari bahwa faktor biologis, psikologis, dan sosial semuanya berkontribusi pada perilaku abnormal, para ilmuwan psikologi kontemporer dipandu oleh model biopsikososial.

Menurut (F. Oltmanns, 2012) ada dua faktor penyebab yang mempengaruhi perilaku abnormal, yaitu:

1). Sudut Tahap berfungsinya :

- a). Penyebab Primer atau Utama merupakan keadaan yang menyebabkan munculnya gangguan, seperti infeksi penyakit kelamin yang menyerang organ tubuh yang lain.
- b). *Predisposing Cause* adalah gangguan yang terjadi akibat dari keadaan yang sudah muncul sebelumnya. Contohnya anak yang mengalami kekerasan cenderung menjadi pribadi yang keras dan pemberontak.
- c). *Precipitating Cause* merupakan penyebab yang menguatkan untuk mempertahankan perilaku yang maladaptive, misalnya membiarkan remaja yang melanggar komitmen utk pulang

sesuai waktu, hanya semakin menguatkan perilakunya untuk melanggar kesepakatan.

2). Sumber asalnya.

- a). Faktor biologis adalah keadaan yang terkait jasmani yang dapat menghambat perkembangan dan perilaku.
- b). Faktor Psikososial terkait dengan trauma di masa kanak-kanak, stres berat.
- c). Faktor-faktor Sosiokultural terkait keadaan terkini dalam masyarakat yang dapat menimbulkan tekanan.

1.5 Jenis-jenis Perilaku Abnormal

Perilaku abnormal memiliki beberapa jenis, berikut ini penjelasannya, yaitu:

- 1). Psikopat merupakan kelainan perilaku yang tidak mepedulikan aturan-aturan masyarakat. Gangguan ini biasa dikenal dengan sosiopat.
- 2). Kelainan seksual adalah kelainan perilaku yang terkait dengan seksual ada dua jenis, yakni:
 - a). Kelainan pada obyek yang menjadi sasaran seksualnya berbeda dengan individu pada umumnya. Misalnya pedofilia mempunyai obyek pemuas seksual pada anak kecil; incest dengan obyek seksual sesama anggota keluarga.
 - b). Kelainan pada cara memuaskan seksual dengan cara yang berbeda, seperti sadisme menggunakan kekerasan fisik dan psikologis ke obyek seksualnya; masokisme melakukan penyiksaan diri sendiri untuk mendapatkan kepuasan seksualnya.
- 3). Psikoneurosis adalah reaksi psikologis akibat dari kecemasan sebagai bentuk pertahanan diri tanpa disadari. Contohnya fobia merupakan bentuk ketakutan yang tidak ada sebab, tidak logis dan irasional; histeria yakni perilaku yang berlebihan terkait ekspresi emosi.

4). Psikosis adalah kelainan kepribadian yang utama karena individu tidak mampu berinteraksi dan hidup normal dengan individu lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Anon. Arps, George F. Bellamy, Raymond, etc. (2010). The Journal of Abnormal Psychology. Volume X: 1915-1916. Boston: Johnson Reprint Corporation Kraus Reprint Corporation.
- Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103, 1069–1081.
- Burke, J. D., Waldman, I., & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 739–751
- Christensen, B. S., Grønbæk, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121–132
- Cole, S. W. (2009). Social regulation of human gene expression. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 132–137
- Emery, R. E. (2011). *Renegotiating Family Relationships: Divorce, Child Custody, and Mediation* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Emery, R. E., & Lau
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476–1488
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 515–528
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. (2005). Positive emotions and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678–686.
- Glied, S. A., & Frank, R. G. (2009). Better but not best: Recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Affairs*, 28, 637–648
- Giugliano, J. R. (2009). Sexual addiction: Diagnostic problems.

International Journal of Mental Health and Addiction, 7, 283–294.

Kearney, A., C., & Trull, J., T. (2012). Abnormal Psychology and Life A Dimensional Approach. Edisi 7. C:anada: Wadsworth Cengage Learning.

Oltmanns, F., T. (2007). Psychology Abnormal. USA: Pearson Education.

BAB II

PENGGOLONGAN PERILAKU ABNORMAL

Oleh Reza Fahlevi

2.1 Pendahuluan

Tanggal 16 April 2007, terjadi kasus pembunuhan oleh mahasiswa yang bernama Seung Hui Cho menggunakan dua pistol semiotomatis di kampus Virginia Tech untuk membunuh dua puluh tujuh mahasiswa dan lima anggota fakultas, serta melukai dua puluh lima orang lainnya, kemudian ia melakukan tindakan bunuh diri dengan tembakan di kepalanya. Insiden itu adalah penembakan massal paling mematikan dalam sejarah AS dan membuat banyak orang merasa berduka, takut, dan bingung atas tindakan Cho. Kepada publik, pembunuhan massal itu langsung mengingatkan pada pembantaian Sekolah Menengah Columbine tahun 1999 di mana Eric Harris dan Dylan Klebold membunuh dua belas siswa dan satu guru sebelum bunuh diri.

Kegaduhan di Virginia Tech dimulai pada dini hari, ketika Cho menembak seorang siswi dan asisten residen pria di sebuah asrama. Kira-kira dua jam kemudian, dia pergi ke Norris Hall, tempat kelas-kelas sedang berlangsung, dan menutup pintu gedung dengan rantai agar tidak mudah melarikan diri. Di sana dia menembakkan sekitar 174 peluru, membunuh dan melukai banyak siswa dan profesor saat dia berpindah dari ruang kelas ke ruang kelas. Sementara serangan kedua hanya berlangsung sembilan menit, bagi mereka yang terjebak di dalam gedung, itu pasti terasa seperti selamanya. Kekacauan terjadi saat para siswa melarikan diri untuk hidup mereka. Beberapa melompat dari jendela lantai dua untuk melarikan diri, dan yang lain berusaha membarikade pintu kelas. Ada beberapa laporan tindakan heroik oleh profesor dan mahasiswa untuk menyelamatkan orang lain, tetapi banyak

Reza Fahlevi 13

mengakibatkan kematian (dirangkum dari Virginia Tech Review Panel, Agustus 2007).

Dalam upaya untuk memahami tindakan yang tampaknya "tidak masuk akal", banyak pertanyaan diajukan. Apa yang bisa memotivasi Cho untuk melakukan tindakan keji seperti itu dan merenggut begitu banyak nyawa tak berdosa? Kenapa dia bunuh diri? Apakah dia gila, pembunuh psikopat, atau mabuk karena narkoba? Apakah ada tanda-tanda peringatan bahwa dia melakukan pembunuhan atau bunuh diri?, Apakah dia menderita gangguan jiwa? Akankah terapi atau pengobatan membantunya?, Apakah ras, budaya, dan status imigrasi berperan dalam tindakannya?

Pertanyaan-pertanyaan ini sangat sulit dijawab karena sejumlah alasan. Pertama, kita tidak cukup tahu tentang penyebab perilaku abnormal dan terutama gangguan mental untuk sampai pada jawaban yang pasti. Tampaknya psikopatologi, atau perilaku abnormal, bukanlah hasil dari penyebab tunggal, melainkan interaksi dari banyak faktor. Sebagian besar gangguan jiwa memiliki banyak penyebab, sebuah fakta yang akan kita bahas di bab berikutnya.

Kedua, Cho sudah tidak hidup lagi sehingga kita bisa memastikan keadaan pikirannya. Akibatnya, kita harus bergantung pada sumber sekunder seperti catatan kesehatan atau sekolah, pengamatan oleh teman sebaya, keluarga, dan kenalan, dan data lain yang tersedia (catatan bunuh diri, esai, gambar, dan komunikasi media) untuk membangun sebuah potret dari keadaan pikirannya. Sayangnya, kasus pembantaian Virginia Tech menggambarkan betapa kompleksnya studi tentang psikologi abnormal dalam kehidupan nyata. Apa saja tren kontemporer dalam psikologi abnormal? Apa itu psikologi abnormal? Sedikit banyak, tujuan buku ini, *Memahami Perilaku Abnormal*, adalah untuk membantu Anda menjawab pertanyaan semacam itu. Namun, untuk melakukannya, pertama-tama kita harus memeriksa beberapa aspek dasar dari

studi tentang perilaku abnormal, termasuk beberapa sejarahnya dan perubahan yang muncul di lapangan.



Gambar 2.1 Foto Seung Hui Cho Dikirim Ke NBC Pada Hari Kejadian
Sumber: www.bbc.co.uk

Psikodiagnosis merupakan upaya untuk menggambarkan, menilai, dan secara sistematis menarik kesimpulan tentang gangguan psikologis individu. Psikologi abnormal adalah studi ilmiah yang bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengontrol perilaku yang dianggap aneh atau tidak biasa. Apakah mental Cho terganggu? Di perguruan tinggi, ia dikenal sebagai "anak tanda tanya" karena ia hanya akan memberikan tanda tanya untuk namanya. Dia tidak menanggapi ketika disapa, duduk berjam-jam di kamar asramanya menatap ke luar jendela, dan merujuk pada pacar imajiner bernama "Jelly", seorang supermodel yang tinggal di luar angkasa. Pada suatu waktu, dia memberi tahu teman sekamarnya bahwa dia sedang berlibur dengan Vladimir Putin, presiden Rusia.

2.2. Menjelaskan Perilaku Abnormal

Untuk menjelaskan perilaku abnormal, psikolog harus mengidentifikasi penyebabnya dan menentukan bagaimana mereka menyebabkan perilaku yang dijelaskan. Informasi ini, pada, sangat bergantung pada bagaimana program pengobatan yang dipilih. Salah satu penjelasan populer tentang perilaku Cho adalah bahwa dia mabuk dikarenakan narkoba. Namun, otopsi mengungkapkan tidak ada bukti alkohol atau obat-obatan yang ada dalam sistem tubuhnya. Namun demikian, latar belakang Cho menunjukkan banyak kemungkinan penyebab amukannya: • Sebagai seorang anak, Cho digambarkan oleh anggota keluarga sebagai orang yang pendiam, dingin, dan pemalu. Ibunya berspekulasi bahwa dia "autis", suatu kondisi yang terkait dengan isolasi sosial, keterlambatan bicara, dan perilaku berulang dan diyakini memiliki komponen konstitusional yang kuat. Beberapa kerabat mengatakan bahwa dia berbeda sejak lahir dan berpendapat bahwa masalahnya bersifat biologis.

Memprediksi Perilaku Abnormal

Jika terapis dapat mengidentifikasi dengan benar sumber kesulitan klien, dia harus dapat memprediksi jenis masalah yang akan dihadapi klien selama terapi dan gejala yang akan ditampilkan oleh klien. Banyak yang percaya bahwa ada cukup bukti untuk memprediksi bahwa Cho kemungkinan besar akan mengambil nyawa orang lain dan nyawanya sendiri berdasarkan sejumlah peristiwa yang dilaporkan:

- Cho sering menjadi sasaran ejekan dan ejekan kejam dari teman-teman sekelasnya, mungkin karena perilakunya yang tidak biasa. Dia sering diintimidasi, disebut nama, diejek, dan disuruh "kembali ke China." Meskipun dia jarang menunjukkan kemarahan, banyak desas-desus bahwa dia menyimpan "daftar

sasaran" siswa yang ingin dia bunuh. Bisakah tindakan jahat dari teman sebaya menjelaskan tindakan pembunuhan dan bunuh diri?

- Cho adalah warga negara Korea Selatan berusia dua puluh tiga tahun dengan status penduduk tetap AS di Virginia. Dia bermigrasi ke negara ini pada usia delapan tahun bersama orang tua dan saudara perempuannya. Beberapa percaya dia tidak pernah cukup menyesuaikan diri dengan kehidupan barunya di Amerika Serikat dan mengalami konflik budaya. Dia merasa terisolasi, sendiri, dan terasing dari orang lain. Tidak dapat atau tidak mau menjalin hubungan dengan orang lain, Cho kesulitan membedakan antara fantasi dan kenyataan.
- Cho terlibat dalam tiga insiden penguntitan di kampus Virginia Tech. Ketiganya melibatkan siswa perempuan yang dia minati secara singkat namun intens. Kontaknya dilakukan melalui pesan instan di komputernya. Dia mengiriminya pesan yang mengganggu, muncul tanpa diundang di salah satu kamar asrama siswa, dan meninggalkan grafiti di papan buletinnya. Cho diperingatkan oleh polisi kampus untuk menghentikan kontak yang tidak beralasan dengan mereka. Dia rupanya menyetujui peringatan mereka.

Beberapa profesor melaporkan bahwa Cho mengancam, memiliki sifat yang kejam, dan bahwa tulisan-tulisannya sering mengintimidasi, cabul, dan kasar. Tulisan-tulisannya, menurut mereka, "mencerminkan sebuah amarah", gamblang dan mengganggu, dan mengandung kekerasan yang mengerikan. Seorang profesor menjadi begitu takut akan keselamatannya sendiri dan orang lain sehingga dia melaporkan Cho ke kantor kemahasiswaan, kantor dekan, dan polisi kampus. Setiap unit menjawab bahwa tidak ada yang bisa dilakukan jika Cho tidak membuat ancaman terbuka terhadap yang lain.

- Cho berasal dari latar belakang yang sangat miskin dan tinggal di ruang bawah tanah dengan tiga kamar bersama keluarganya di Korea. Ayahnya adalah wiraswasta pemilik toko buku bekas yang menghasilkan sedikit uang dan memindahkan keluarganya ke Amerika Serikat untuk memperbaiki keadaan keuangan mereka. Cho tampak sangat sadar diri tentang menjadi miskin dan membenci "anak-anak kaya", materialisme, dan hedonisme. Tulisan dan rekaman videonya yang dikirim ke NBC News berisi pernyataan yang sangat bermusuhan terhadap mereka yang "beruang".

Dalam potongan-potongan kehidupan Cho ini, jelas banyak penjelasan tentang kemarahannya yang bisa menjadi latar belakang dari perilakunya. Ada sesuatu yang salah secara biologis dengannya sejak lahir; dia tidak bisa mentolerir ejekan dan intimidasi tanpa ampun; keterasingannya dari budaya baru menciptakan isolasi dan kebencian sosial; dan kemiskinannya membuatnya iri dan marah terhadap siswa yang lebih kaya. Tergantung pada sudut pandang anda, beberapa penjelasan mungkin tampak lebih valid daripada yang lain. Tidak ada penjelasan yang cukup untuk menjelaskan kompleksitas kondisi manusia; perilaku normal dan abnormal dihasilkan dari kombinasi faktor.

Mengingat laporan ini, mengapa Cho diizinkan tinggal di kampus? Mengapa dia diizinkan untuk membeli persenjataan meskipun memiliki kondisi mental yang terdiagnosis? Mengapa profesional kesehatan mental tidak melakukan intervensi lebih cepat? Tampaknya ada beberapa alasan.

Pertama, komitmen sipil, atau rawat inap/kurung paksa, merupakan keputusan ekstrem yang memiliki implikasi besar bagi ikatan kebebasan sipil individu. Sistem hukum kita beroperasi dengan asumsi bahwa orang tidak bersalah sampai terbukti bersalah. Mengunci seseorang sebelum melakukan tindakan berbahaya berpotensi melanggar hak-hak sipil seseorang.

Kedua, meskipun terapis tertentu terbukti benar dalam menyatakan Cho berbahaya, namun terkadang terjadi kesalahan atau tidak akurat dalam memprediksi bahaya. Penelitian menunjukkan bahwa profesional kesehatan mental kadang melakukan diagnose yang tidak tepat dalam memprediksi kekerasan di masa yang akan datang (Buchanan, 1997).

Mengontrol Perilaku Abnormal

Perilaku abnormal dapat dikontrol melalui terapi, yang merupakan program intervensi sistematis yang bertujuan untuk mengubah perilaku, afektif (emosional), dan/atau keadaan kognitif klien. Misalnya, banyak terapis bertanya-tanya apakah Cho dapat ditolong dan pembunuhan massal dapat dicegah jika dia dipaksa menjalani perawatan. Memberi Cho kesempatan untuk berhubungan dan melampiaskan amarahnya akan mengurangi peluangnya untuk menyakiti orang lain. Beberapa profesi kesehatan mental mungkin juga merekomendasikan terapi keluarga atau pelatihan keterampilan sosial. Beberapa bahkan mungkin merekomendasikan rawat inap, yang sayangnya direkomendasikan tetapi tidak dilakukan

2.3 Menentukan Kelainan

Tersirat dalam diskusi kita sejauh ini adalah perhatian utama dari psikologi abnormal: perilaku abnormal itu sendiri. Tapi apa sebenarnya perilaku abnormal itu, dan bagaimana psikolog mendefinisikan gangguan mental? Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), sistem klasifikasi gangguan mental yang paling banyak digunakan, mendefinisikan perilaku abnormal sebagai sindrom atau pola perilaku atau psikologis yang signifikan secara klinis yang terjadi pada seorang individu dan yang berhubungan dengan adanya distress (misalnya, gejala nyeri) atau disabilitas (yaitu,

hendaya pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau dengan peningkatan risiko yang signifikan untuk menderita kematian, nyeri, disabilitas, atau hilangnya kebebasan yang penting. (Asosiasi Psikiatri Amerika, 2000)

Definisi ini cukup luas dan menimbulkan banyak pertanyaan. Pertama, kapan suatu sindrom atau kelompok perilaku tidak cukup bermakna untuk memiliki makna? Dari deskripsi awal Cho di sekolah dasar, pola perilakunya diperhatikan tetapi tidak dianggap signifikan (yaitu, tidak terkait dengan patologi). Dia adalah siswa yang baik dalam matematika dan bahasa Inggris, pendiam di kelas, tetapi tidak dibenci atau ditakuti oleh teman sekelasnya. Beberapa guru bahkan akan melihatnya sebagai contoh model perilaku kelas yang sesuai dan sesuai. Baru kemudian perilaku penyendiri Cho menjadi jelas.

Kedua, apa yang dimaksud dengan “kesedihan saat ini” dan “gejala yang menyakitkan”? Para penyidik memiliki akses terbatas ke catatan psikiatri, tetapi hanya ada sedikit bukti bahwa Cho mengalami kecemasan atau depresi. Ada yang mengatakan bahwa fakta bahwa dia mengambil nyawanya sendiri menunjukkan bahwa dia mengalami depresi. Namun, seperti yang akan kita lihat di bab selanjutnya, hubungan bunuh diri dengan depresi adalah campuran. Namun, tentu saja, kita dapat berspekulasi bahwa kemarahannya yang hebat mungkin menyusahkannya. Namun apakah mungkin memiliki gangguan mental tanpa ketidaknyamanan subyektif (ketidakbahagiaan, kesusahan, kecemasan, dan sebagainya)? Misalnya, orang yang melakukan tindakan antisosial seperti pemerkosaan, pembunuhan, atau perampokan mungkin tidak merasa menyesal; sebaliknya, mereka mungkin cukup puas dengan tindakan mereka.

Ketiga, kriteria apa yang kita gunakan untuk memastikan “peningkatan risiko kematian, kesakitan, kecacatan,” dan kehilangan kebebasan? Sekali lagi, jelas bagi kita bahwa Cho memenuhi kriteria ini karena dia bunuh diri. Tapi tindakan ekstrim

Cho itu, jauh di luar standar normatif. Bagaimana kriteria terakhir ini berlaku untuk seseorang dengan, misalnya, fobia? Orang pasti bisa membuat alasan yang kuat bahwa "kehilangan kebebasan" diterapkan; seseorang dengan fobia mengenai penyeberangan jembatan akan sangat dibatasi dalam perjalanan. Namun jika orang hanya memiliki fobia ular yang ringan dan jarang menempatkan diri mereka di lingkungan bersama mereka, akan ada batasan minimal dalam hidup mereka.

Norma Budaya

Coba perhatikan perilaku ini:

1. Seorang pria menancapkan paku ke tangannya
2. Seorang wanita menolak makan selama beberapa hari
3. Seorang pria menggonggong seperti anjing dan merangkak di lantai dengan tangan dan lututnya
4. Seorang wanita membangun tempat suci untuk mendiang suaminya di ruang tamunya dan meninggalkan makanan dan hadiah untuk dia di altar

Apakah menurut Anda perilaku ini tidak normal?

Anda mungkin menjawab, "Tergantung." Beberapa dari perilaku ini diterima dalam keadaan tertentu. Di banyak tradisi-tradisi yang mulia, misalnya, menolak untuk makan periode waktu, atau puasa, adalah ritual umum penyucian dan penyesalan. Anda mungkin berpikir bahwa beberapa dari perilaku lain yang tercantum, seperti menancapkan paku ke tangan seseorang atau menggonggong seperti anjing, tidak normal dalam segala situasi, namun bahkan perilaku ini diterima dalam situasi tertentu. Di Meksiko, beberapa orang-orang Kristen telah dipakukan pada salib di hari jumat agung (good Friday) untuk memperingati penyaliban Yesus. Di antara Yoruba Afrika, tabib tradisional bertindak seperti anjing selama ritual penyembuhan (Murphy, 1976). Dengan demikian, konteks,

atau keadaan yang melingkupi perilaku, mempengaruhi apakah perilaku dipandang sebagai abnormal.

Norma budaya memainkan peran besar dalam mendefinisikan perilaku abnormal. Contoh yang baik adalah perilaku orang diharapkan untuk ditampilkan ketika seseorang yang mereka cintai meninggal (Rosenblatt, 2008). Dalam budaya yang didominasi oleh Shinto dan agama Buddha, biasanya membangun altar untuk menghormati orang terkasih yang telah meninggal, untuk mempersembahkan makanan dan hadiah kepada mereka, dan untuk berbicara dengan mereka seolah-olah mereka berada di dalam ruangan. Di dalam budaya yang didominasi oleh agama Kristen dan Yahudi, praktik semacam itu berpotensi dianggap cukup abnormal.

Budaya memiliki norma yang kuat untuk menentukan apa yang dianggap perilaku yang dapat diterima untuk laki-laki atau perempuan, dan jenis kelamin juga mempengaruhi pelabelan perilaku sebagai normal atau abnormal (Addis, 2008). Dalam banyak budaya, pria yang menampilkan kesedihan atau kecemasan atau yang memilih untuk tinggal di rumah untuk membesarkan anak-anak mereka sementara istri mereka bekerja berisiko dicap abnormal, sedangkan wanita yang agresif atau yang tidak ingin punya anak berisiko dicap abnormal.

Namun penentang budaya relativisme berpendapat bahwa bahaya muncul ketika budaya norma diperbolehkan untuk mendikte apa yang normal atau tidak normal. Secara khusus, psikiater Thomas Szasz (1961, 2011) mencatat bahwa sepanjang sejarah, masyarakat memiliki label individu dan kelompok abnormal untuk membenarkan mengendalikan atau membungkam mereka. Bekas Uni Soviet kadang kali dicap pembangkang politik sakit jiwa dan mengurung mereka di rumah sakit jiwa. Ketika budak perdagangan aktif di Amerika Serikat, budak yang mencoba untuk melarikan diri dari tuan mereka dapat didiagnosis dengan penyakit mental yang konon menyebabkan mereka ingin mendapatkan

kebebasan; pengobatan yang diberikan untuk penyakit ini adalah mencambuk dan kerja keras. Sebagian besar profesional kesehatan mental saat ini tidak menganut pandangan relativis ekstrem tentang ketidaknormalan, mengenali bahaya berdasarkan definisi dari kelainan semata-mata pada norma-norma budaya. Namun bahkan itu yang menolak posisi budaya relativis yang ekstrim merekomendasikan bahwa budaya dan gender memiliki sejumlah pengaruh pada ekspresi perilaku abnormal dan dalam cara perilaku tersebut diperlakukan.

- Pertama, budaya dan gender dapat memengaruhi cara orang berekspresi. Orang yang sering kehilangan kontak dengan kenyataan percaya bahwa mereka memiliki kekuatan ilahi, tapi apakah mereka percaya mereka adalah Yesus atau Muhammad tergantung padalatar belakang agama mereka.
- Kedua, budaya dan gender dapat mempengaruhi kesediaan orang untuk mengakui jenis perilaku tertentu atau perasaan (Snowden & Yamada, 2005). Orang-orang di Budaya Eskimo dan Tahiti mungkin enggan melakukannya mengaku marah karena budaya yang kuat norma-norma terhadap ekspresi kemarahan. Akan tetapi, Kaluli di Nugini dan Yanomamo di Brasil, nilai ekspresi kemarahan dan memiliki ritual kompleks untuk mengungkapkannya (Jenkins, Kleinman, & Bagus, 1991).
- Ketiga, budaya dan gender dapat mempengaruhi jenis pengobatan dianggap dapat diterima atau bermanfaat bagi orang-orang menunjukkan perilaku abnormal. Beberapa budaya mungkin melihat terapi obat untuk psikopatologi sebagai kebanyakan sesuai, sementara yang lain mungkin lebih bersedia menerima psikoterapi (Snowden & Yamada, 2005).

Jika kita tidak ingin mendefinisikan kelainan atau gangguan hanya pada dasar norma-norma budaya, dan jika kita tidak dapat mendefinisikan abnormalitas sebagai adanya penyakit mental

karena tidak ada penyebab tunggal, proses penyakit yang dapat diidentifikasi mendasari sebagian besar masalah psikologis, bagaimana kita mendefinisikan abnormal-itu? Penilaian modern tentang kelainan dipengaruhi oleh interaksi empat dimensi, sering disebut “empat Ds”: disfungsi (dysfunction), kesusahan (distress), penyimpangan (deviance), dan bahaya (dangerousness).

Terlepas dari masalah dalam mendefinisikan perilaku abnormal, para praktisi cenderung setuju bahwa itu mewakili perilaku yang menyimpang dari beberapa norma dan merugikan individu yang terpengaruh atau orang lain. Hampir semua definisi perilaku abnormal menggunakan beberapa bentuk statistik rata-rata untuk mengukur penyimpangan dari standar normatif. Empat cara utama menilai psikopatologi meliputi kesusahan, penyimpangan (keanehan), disfungsi (ketidakefisienan dalam domain perilaku, afektif, dan / atau kognitif), dan bahaya.

Distress

Kebanyakan orang yang mencari bantuan terapis menderita tekanan fisik atau psikologis. Banyak reaksi fisik berasal dari komponen psikologis yang kuat; di antaranya gangguan seperti asma, hipertensi, dan maag, serta gejala fisik seperti mudah lelah, mual, nyeri, dan jantung berdebar-debar. Kesusahan juga dapat dimanifestasikan dalam reaksi emosional yang ekstrim atau berkepanjangan, di mana kecemasan dan depresi adalah yang paling lazim dan umum. Tentu saja wajar jika seseorang merasa tertekan setelah mengalami kehilangan atau kekecewaan. Tetapi jika reaksinya begitu kuat, berlebihan, dan berkepanjangan sehingga mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi secara memadai, kemungkinan besar hal itu dianggap tidak normal.

Penyimpangan

Penyimpangan paling erat kaitannya dengan penggunaan perhitungan rata-rata statistik. Kriteria statistik menyamakan normalitas dengan perilaku yang paling sering terjadi dalam populasi. Oleh karena itu, abnormalitas didefinisikan dalam kaitannya dengan perilaku yang paling jarang terjadi.

Perilaku aneh atau tidak biasa adalah penyimpangan abnormal dari standar perilaku yang diterima (seperti tindakan antisosial) atau persepsi yang salah tentang realitas (seperti halusinasi atau delusi). Kriteria ini bisa sangat subyektif; itu tergantung pada individu yang didiagnosis, oleh ahli diagnosa, dan pada konteks budaya tertentu.

Perilaku seksual tertentu, kenakalan, dan pembunuhan adalah contoh tindakan yang dianggap tidak normal oleh masyarakat kita. Tetapi norma sosial jauh dari statis, dan standar perilaku tidak dapat dianggap mutlak. Perubahan sikap kita terhadap seksualitas manusia memberikan contoh utama. Banyak majalah dan film Amerika sekarang secara terbuka memamerkan tubuh manusia telanjang, dan hiburan klub malam topless dan peristiwa kekerasan yang mengakibatkan kematian yang hampir tidak layak diberitakan. Berbagai tindakan seks secara eksplisit digambarkan dalam film-film berperingkat NC-17, dan wanita lebih bebas untuk mempertanyakan peran seks tradisional. Perubahan perilaku seperti itu membuat sulit untuk mengikuti standar absolut dari normalitas.

Namun demikian, beberapa perilaku biasanya dapat dinilai tidak normal dalam kebanyakan situasi. Di antaranya adalah disorientasi parah, halusinasi, dan delusi. Disorientasi adalah kebingungan sehubungan dengan identitas, tempat, atau waktu. Orang yang mengalami disorientasi mungkin tidak tahu siapa mereka, di mana mereka berada, atau era sejarah apa yang mereka tinggali. Halusinasi adalah kesan palsu—menyenangkan atau tidak menyenangkan yang melibatkan indera. Orang yang mengalami

halusinasi mungkin mendengar, merasakan, atau melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada, seperti suara yang menuduh mereka melakukan perbuatan keji, serangga merayap di tubuh mereka, atau penampakan mengerikan. Delusi adalah keyakinan salah yang dipegang teguh oleh individu meskipun ada bukti objektif yang kontradiktif. Khayalan keagungan adalah keyakinan bahwa seseorang adalah sosok yang ditinggikan, seperti Yesus Kristus atau Joan of Arc; delusi penganiayaan adalah keyakinan bahwa seseorang dikendalikan oleh orang lain atau menjadi korban konspirasi.

Disfungsi Dalam kehidupan sehari-hari,

Orang diharapkan memenuhi berbagai peran sebagai siswa atau guru; sebagai pekerja dan pengasuh; sebagai orang tua, kekasih, dan pasangan dalam pernikahan. Masalah emosional terkadang mengganggu kinerja peran ini, dan disfungsi peran yang dihasilkan dapat digunakan sebagai indikator kelainan. Jadi salah satu cara untuk menilai disfungsi adalah membandingkan kinerja individu dengan persyaratan peran.

Sebagai contoh, seorang individu dengan skor IQ 150 yang gagal di sekolah dapat diberi label tidak efisien. (Label *underachiever* sering digantungkan pada siswa yang memiliki kecerdasan tinggi tetapi memperoleh nilai buruk di sekolah.) Demikian pula, seorang pekerja produktif yang tiba-tiba menjadi tidak produktif mungkin mengalami tekanan emosional. Kelemahan utama pendekatan ini adalah sulitnya menilai potensi secara akurat. Bagaimana kita tahu apakah seseorang tampil di puncaknya? Untuk menjawab pertanyaan seperti itu, psikolog, pendidik, dan sektor bisnis sangat bergantung pada pengujian. Tes kemampuan dan kecerdasan tertentu adalah upaya untuk menilai potensi dan memprediksi kinerja di sekolah atau pekerjaan.

Perilaku Bahaya

Memprediksi bahaya klien untuk diri mereka sendiri dan orang lain telah menjadi bagian yang tidak terlepas dari praktik klinis (Haggard-Grann, 2007). Sejak Mahkamah Agung California memutuskan pada tahun 1976 (*Tarasoff v. Regents of the University of California*, 1976) bahwa terapis memiliki tanggung jawab untuk menilai bahaya klien (bagi diri mereka sendiri dan orang lain) dan untuk melindungi korban yang dimaksud, psikolog telah berusaha untuk menyusun prosedur penilaian risiko dan untuk memastikan tindakan apa yang harus dilakukan terapis untuk mematuhi "kewajiban untuk melindungi". Tentu saja, kasus Cho merupakan contoh grafis dari kebutuhan profesional kesehatan mental untuk secara akurat menilai risiko kekerasan. Namun, seperti yang akan kita lihat di bab selanjutnya, ini adalah tugas yang berat. Terlepas dari ketakutan akan kekerasan pada orang yang menderita gangguan mental, ini jarang terjadi secara statistik (Corrigan & Watson, 2005). Selanjutnya, memprediksi bahaya tidaklah mudah, dan tidak ada kriteria yang jelas yang berkorelasi dengannya. Salah satu faktor risiko terkuat, misalnya, adalah perilaku kekerasan sebelumnya (seperti upaya bunuh diri dan penyerangan fisik). Namun, seperti yang kita ketahui, Cho tidak membuktikan keduanya dalam sejarah hidupnya.

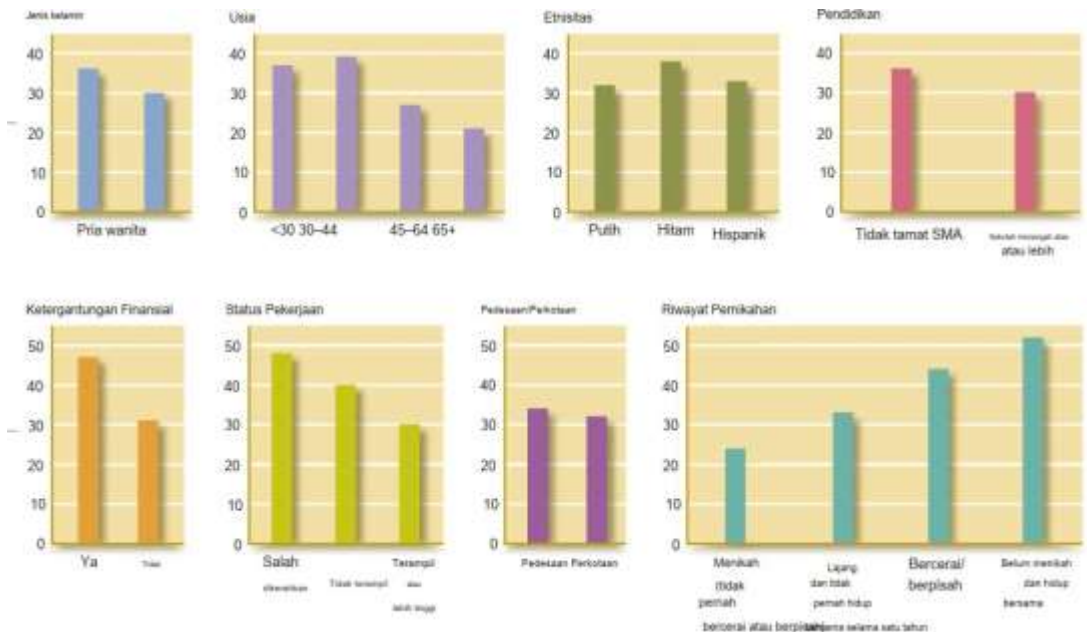
2.4 Frekuensi dan Beban Gangguan Jiwa

Seorang siswa pernah bertanya kepada salah satu penulis, "Seberapa gilakah bangsa ini?" Pertanyaan ini, dimasukkan ke dalam istilah yang agak lebih ilmiah, telah menyibukkan para psikolog selama beberapa waktu. Epidemiologi psikiatri memberikan wawasan tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya gangguan mental tertentu. Untuk menjawab pertanyaan ini, beberapa istilah perlu diklarifikasi. Prevalensi gangguan menunjukkan persentase orang dalam suatu populasi

yang menderita gangguan pada titik waktu tertentu; prevalensi seumur hidup mengacu pada proporsi total orang dalam populasi yang pernah memiliki kelainan dalam hidup mereka. Insiden mengacu pada timbulnya atau terjadinya gangguan tertentu selama beberapa periode waktu. Dari informasi tersebut, kita dapat mengetahui seberapa sering atau jarang terjadi berbagai gangguan di masyarakat. Kami juga dapat mempertimbangkan bagaimana prevalensi gangguan bervariasi menurut etnis, jenis kelamin, dan usia dan apakah praktik kesehatan mental saat ini cukup dan efektif. Dua dari studi terbaru, menyeluruh, dan komprehensif tentang kejadian gangguan mental pada populasi orang dewasa AS (delapan belas tahun ke atas) dilakukan oleh National Institute of Mental Health (NIMH, 1985) dan National Comorbidity Survey Replication Study. (NCS-R; Kessler, Berglund, et al., 2005; Kessler, Chiu, et al., 2005). Studi epidemiologi NIMH mencakup sampel besar sekitar 20.000 orang, sementara NCS-R mewawancarai 9.282 orang di rumah mereka. Keduanya menggunakan kategori dalam Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association dalam penyusunan instrumen penelitian.

Dalam studi NCS-R, tingkat prevalensi seumur hidup untuk hal-hal berikut ditemukan: gangguan kecemasan, 28,8 persen; gangguan mood, 20,8 persen; gangguan pengendalian impuls, 24,8 persen; dan gangguan penggunaan zat, 14,6 persen. Tingkat prevalensi seumur hidup di keempat gangguan mental adalah 46,4 persen. Dalam studi NIMH, para peneliti menemukan bahwa meskipun pria dan wanita sama-sama cenderung menderita gangguan mental, mereka berbeda dalam jenis gangguan yang mereka alami. Misalnya, penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol terjadi pada 24 persen pria tetapi hanya pada 4 persen wanita; penyalahgunaan narkoba lebih mungkin terjadi pada pria; dan depresi dan kecemasan lebih mungkin terjadi pada wanita. Usia juga merupakan faktor penting. Alkoholisme dan depresi paling menonjol pada kelompok usia dua puluh lima hingga empat puluh empat tahun;

ketergantungan obat pada kelompok usia delapan belas hingga dua puluh empat tahun; dan gangguan kognitif pada orang berusia enam puluh lima tahun ke atas. Namun, fobia sama- sama terwakili di segala usia. Studi pada anak muda (anak-anak dan remaja) menunjukkan bahwa hampir 17 persen menderita gangguan serius (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993). Gambar 2.2 merangkum tingkat gangguan kejiwaan dalam berbagai kategori demografis.



Gambar 2.2 Tingkat Gangguan Psikiatrik pada Kelompok Tertentu
Sumber: Data dari Robbins dan Regier (1991)

Biaya dan beban gangguan jiwa memang menjadi sumber perhatian utama. Pengakuan masalah ini adalah dorongan untuk Kesehatan Mental: Sebuah Laporan Surgeon General (US Surgeon General, 1999) dan Mencapai Janji: Transforming Perawatan Kesehatan Mental di Amerika (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003), dua laporan komprehensif tentang keadaan kesehatan mental di negara kita. Kesimpulan

mereka sangat meresahkan: (1) setidaknya 30 persen orang dewasa bangsa menderita gangguan mental yang dapat didiagnosis; (2) 20 persen anak-anak menunjukkan tanda-tanda kelainan yang dapat didiagnosis selama setahun; dan (3) pada tahun 2020, gangguan neuropsikiatri pada anak akan meningkat sebesar 50 persen dan menjadi salah satu dari lima bentuk kecacatan yang paling umum. Untuk menunjukkan dampak mendalam gangguan mental terhadap kesehatan dan produktivitas kita (kehilangan tahun hidup sehat karena kecacatan dan kematiandini; DHHS, 1999), penyakit mental berperingkat lebih tinggi daripada kanker dan semua penyakit berbahaya lainnya! Namun, yang lebih menakutkan adalah poin yang dibuat dengan kuat dalam laporan Surgeon General bahwa lebih banyak orang menderita “masalah kesehatan mental” yang tidak memenuhi kriteria gangguan mental. Masalah-masalah ini, kata laporan itu, mungkin sama melemahkannya kecuali jika ditangani secara memadai. Temuan epidemiologi ini meresahkan, untuk sedikitnya. Jelas, gangguan mental tersebar luas, dan banyak orang saat ini menderita karenanya. Yang lebih meresahkan adalah bahwa dua pertiga dari semua orang yang menderita gangguan mental yang terdiagnosis tidak menerima atau mencari layanan kesehatan mental (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003). Selain itu, pengeluaran untuk layanan kesehatan mental terus menurun.

2.5 Penyakit Mental (*Mental Illness*)

Keyakinan umum adalah bahwa perilaku, pikiran, atau perasaan dapat dilihat sebagai patologis atau abnormal jika mereka merupakan gejala penyakit mental. Ini menyiratkan bahwa proses penyakit, seperti hipertensi atau diabetes, hadir. Misalnya, ketika banyak orang mengatakan seorang individu “memiliki skizofrenia” (yang merupakan karakter oleh persepsi yang tidak nyata dan sangat berpikir tidak rasional), mereka menyiratkan bahwa

seseorang yang memiliki penyakit itu harus muncul pada semacam tes biologis, sama seperti hipertensi muncul ketika tekanan darah seseorang diambil. Sampai saat ini, bagaimanapun, tidak ada tes biologis yang tersedia untuk dapat mendiagnosis salah satu jenis kelainan yang kita diskusikan pada buku ini (Hyman, 2010). Ini bukan hanya karena kita belum memiliki tes biologis yang tepat. Di konsep modern saat ini, gangguan mental tidak dipandang sebagai penyakit tunggal dengan patologi umum yang bisa diidentifikasi pada semua orang dengan gangguan tersebut. Alih-alih, ahli kesehatan mental melihat gangguan mental sebagai kumpulan masalah dalam berpikir atau kognisi, dalam respon emosi atau regulasi secara umum, dan dalam perilaku sosial (Cuthbert & Insel, 2013; Hyman, 2010). Misalnya, seseorang yang didiagnosis dengan skizofrenia memiliki sekumpulan masalah dalam berpikir rasional dan dalam merespon secara emosional dan perilaku dalam kehidupan sehari-hari, dan kumpulan masalah inilah yang diberi label skizofrenia. Itu masih mungkin, dan dalam kasus skizofrenia, bahwa faktor biologis terkait dengan masalah-masalah dalam berpikir, merasakan, dan berperilaku. Tapi tidak mungkin bahwa penyakit tunggal yang mendasari gejala yang kita sebut skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- Addis, ME 2008, Gender and depression in men, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.15, pp.153–168.
- American Psychiatric Association 2000, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.), DC: Author, Washington.
- Buchanan, A 1997, The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disordered, *British Journal of Psychiatry*, Vol.170, pp.12–14.
- Corrigan, PW, & Watson, AC 2005, Mental illness and dangerousness: Fact or misperception, and implications for stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 165–179), DC: American Psychological Association, Washington
- Haggard-Grann, U 2007, Assessing violence risk: A review and clinical recommendations, *Journal of Counseling and Development*, vol.85, pp.294–301.
- Hoeksema, SN 2020, *Abnormal psychology* 8th edition, McGraw-Hill Education: New York.
- Jenkins, JH, Kleinman, A, & Good, BJ 1991, Cross-cultural studies of depression. In J. Becker (Ed.), *Psychosocial aspects of depression* (pp. 67–99), NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Merikangas, KR, & Walters, EE 2005, Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, RC, Chiu, WT, Demler, O, & Walters, EE 2005, Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in

- the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Murphy, JM 1976, Psychiatric labeling in cross- cultural perspective, *Science*, vol.191, pp.1019–1028.
- National Institute of Mental Health 1985, *Mental health*; DC: U.S. Government Printing Office, United States, Washington.
- Regier, DA, Narrow, WE, Rae, DS, Manderscheid, RW, Locke, BZ, & Goodwin, FK 1993, The de facto U.S Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective one-year prevalence rates of disorders in services, *Archives of General Psychiatry*, 50, 85–94.
- Robins, LN, & Regier, DA 1991, *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*, Free Press: New York.
- Rosenblatt, PC 2008, Grief across cultures: A review and research agenda. In M. S. Stroebe, RO, Hansson, H, Schut, & W, Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207–222), DC, US: American Psychological Association, Washington.
- Snowden, LR, & Yamada, AM 2005, Cultural differences in access to care, *Annual Review of Clinical Psychology*, vol.1, pp.143–166.
- Sue, D, Sue, DW, Sue S 2010, *Understanding abnormal behavior* (9th ed.), Wadsworth, Boston.
- Tarasoff, V 1976, the Board of Regents of the University of California, 17 Cal. 3d 435, 551 P.2d, 334, 131 Cal. Rptr. 14, 83 Ad. L. 3d 1166.

BAB III

METODE-METODE PENANGANAN PERILAKU ABNORMAL

Oleh Irwanto

3.1 Pendahuluan

Sebagaimana yang dikatakan Daradjat sebagai pakar ahli yang mengatakan, bagaimana mengupayakan agar mental/jiwa yang sehat benar-benar dapat terwujud, dalam pengertian terhindar dari berbagai gejala gangguan jiwa (*neuroses*) dan terhindar dari penyakit-penyakit jiwa (*psychoses*), yang merupakan objek utama pembahasan kesehatan mental (Daradjat, 1996). Menurut WHO menyebutkan bahwa kesehatan mental adalah suatu kondisi kesejahteraan (*well-being*) seorang individu yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2013).

Sepertinya orang mudah saja dalam menentukan suatu perilaku sebagai tidak normal, khususnya jika perilaku itu sungguh sangat kentara keanehannya dibandingkan dengan perilaku biasa pada umumnya. Penilaian itu semakin diperkuat lagi apabila suatu tindakan yang kelihatan aneh itu, tidak dimengerti maksud dia bertindak demikian. Akan tetapi, di lain pihak, gejala-gejala perilaku yang tidak kasat mata keanehannya tidak mudah untuk dinilai normal atau tidak normal. Maka pertanyaan penting adalah bagaimana menentukan suatu perilaku itu normal atau tidak normal. Dan pertanyaan lain yang juga penting adalah siapa yang berhak melakukan penilaian itu dan menetapkan hasil-hasilnya. Pertanyaan-pertanyaan penting seperti itu tidak mudah untuk dijawab. Namun, tidak berarti tertutup jalan untuk mencoba

mencari jawabannya. Salah satu kelompok profesional bidang *disorder*. Dalam melakukan diagnosis atas gejala yang kelihatan melalui perilaku-perilaku yang tidak biasa, para ahli psikologi klinis tersebut menggunakan beberapa kriteria yang berbeda satu dengan lainnya.

Ada tiga kriteria yang umum digunakan untuk menentukan seseorang menderita *psychological disorder*. Ketiga kriteria tersebut terdiri atas: *deviance*, *personal distress*, dan *maladaptive behavior* (Weiten, 2002) yaitu sebagai berikut:

Deviance

Perilaku yang dianggap menyimpang karena berbeda dengan yang dianggap masyarakat sebagai perilaku yang dapat diterima. Yang disebut normal itu memang ada perbedaan antara satu budaya dengan budaya yang lain. Namun demikian, semua budaya memiliki norma bersama. Dan ketika seseorang melanggar standar norma bersama ini, dia akan dicap sebagai orang yang sakit mental. Contohnya adalah yang disebut *transvestic feticism*, yaitu suatu perilaku seorang laki-laki akan terangsang secara seksual dengan mengenakan pakaian perempuan. Perilaku ini dianggap sebagai perilaku menyimpang (*disorder*) secara seksual, sebab perilaku laki-laki yang mengenakan baju perempuan tadi dianggap bertentangan dengan norma dari berbagai aturan budaya.

Maladaptive

Sesuatu yang dianggap sebagai *psychological disorder* karena perilaku adaptif harian terganggu/rusak. Artinya, seseorang mengalami masalah dalam hal penyesuaian diri dengan lingkungan sosial mereka. Kriteria ini dianggap sebagai kriteria kunci dalam melakukan diagnosis penyimpangan perilaku para pengguna narkoba. Sebenarnya alkohol atau *drugs*, dalam diri sendiri bukanlah hal buruk atau penyimpangan. Akan tetapi, ketika penggunaan obat-obat terlarang ini mulai mengganggu kehidupan sosial atau fungsi kerja seseorang, perilaku

menyimpang itu menjadi nyata. Dalam hal ini, kualitas *maladaptive* perilaku tersebut, terutama ketika sudah mulai menjadi ancaman bagi kehidupan sosial di sekitarnya, telah membuat hal itu menjadi penyimpangan.

Personal Distress

Suatu diagnosis atas *psychological disorder* yang didasarkan pada laporan seseorang tentang besarnya penderitaan yang dialaminya. Ini adalah kriteria yang tidak biasa, yang dikenakan pada seseorang yang terancam oleh depresi atau kecemasan. Orang yang mengalami depresi, umpamanya, iya atau tidak, mengalami penyimpangan atau perilaku *maladaptive*. Orang seperti ini biasanya dicap sebagai yang memiliki penyakit (*disorder*) ketika mereka melukiskan penyakit dan penderitaan subjektif mereka kepada teman-temannya, kepada keluarga, atau kepada siapa saja yang dia temui.

Penderitaan subjektif maksudnya penyakit yang lebih merupakan kenyataan dalam tingkat kejiwaan, dan bukan dalam kenyataan faktual fisik mereka (Antonius Atosökhi Gea, 2013). Berikut ini dijelaskan 5 buah sudut pandang teoritis untuk membahas penyebab gangguan kepribadian yang telah diuraikan di atas:

1. Sudut Pandang Psikodinamik

Sudut pandang psikodinamik berusaha mencari asal muasalnya gangguan kepribadian dari masa anak-anak. Adanya abuse atau penyalahgunaan dari orang tua pada masa anak-anak membuat pasien (individu dengan gangguan kepribadian) memandang seluruh lingkungannya sebagai mengancam dan jahat. Gangguan narsistik terbentuk sebagai mekanisme pertahanan diri dari individu dengan self esteem yang rendah dan dianggap sebagai akibat dari kegagalan orang tua untuk merespon anaknya dengan penghargaan, kehangatan, kasih sayang dan empati.

Pendekatan psikodinamika sering digunakan untuk menolong orang yang didiagnosis dengan gangguan kepribadian

agar menjadi lebih sadar akan akar dari pola perilaku self-defeating mereka dan belajar cara yang lebih adaptif dalam berhubungan dengan orang lain. Kemajuan dalam terapi dapat terhambat oleh kesulitan dalam bekerja secara terapeutik dengan orang yang menderita gangguan kepribadian. Berdasarkan sudut pandang ini, penanganan bagi individu dengan gangguan kepribadian adalah dengan menemukan asal mula penyebab masalah, serta memberikan dukungan dan bimbingan yang diperlukan individu untuk keluar dari masalahnya.

2. Sudut Pandang Biologis

Sudut pandang ini melihat bahwa terjadinya gangguan kepribadian lebih karena faktor genetik, diturunkan dari orang tuanya. Asumsi ini paling jelas ditunjukkan individu-individu yang mengalami gangguan kepribadian Schizotypal. Selain itu ditemukan pula bahwa sistem saraf yang pada individu dengan gangguan kepribadian anti sosial berbeda dengan individu yang tidak memiliki gangguan tersebut.

Terapi obat tidak secara langsung menangani gangguan kepribadian. Meski demikian obat anti depresif atau anti kecemasan kadang digunakan untuk menangani stress emosional yang dialami oleh individu penderita gangguan kepribadian. Obat tidak mengubah pola persisten dari perilaku maladaptif yang dapat menyebabkan distress. Meski demikian, sebuah penelitian mengidentifikasikan bahwa antidepresi Prozac dapat mengurangi perilaku agresif dan iritabilitas dalam diri individu dengan gangguan kepribadian yang impulsif dan agresif. Oleh karena itu, salah satu penanganan yang dilakukan adalah dengan memberikan obat-obatan, misalnya prozac untuk individu dengan tingkah laku yang impulsif.

3. Sudut Pandang Sistem Keluarga (Family System)

Sudut pandang sistem keluarga memfokuskan diri pada pola asuh orang tua yang tidak adekuat dan dapat menimbulkan stress pada anak-anak. Hal itu dapat membuat individu rentan terkena gangguan kepribadian. Sebagai contoh, orang tua yang menyiksa

anaknya, menolak atau menelantarkan anak mereka, serta pola asuh yang inkonsisten dan tidak adekuat meningkatkan resiko terjadinya gangguan kepribadian Anti Sosial setelah anak tersebut dewasa.

Terapis perilaku ini memandang tugas mereka adalah untuk mengubah perilaku klien dan bukan struktur kepribadian mereka. Banyak teoritikus behavioral yang sama sekali tidak berpikir kerangka “kepribadian” klien, namun dalam perilaku maladaptif yang dipertahankan oleh kemungkinan adanya reinforcement. Maka dari itu, terapis perilaku berfokus pada usaha untuk merubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif melalui penggunaan teknik pemusnahan, modeling, dan *reinforcement*. Jika klien diajarkan perilaku yang cenderung dikuatkan orang lain, maka perilaku baru tersebut akan dipertahankan. Oleh karena itu, penanganan yang disarankan dari sudut pandang ini adalah dengan melakukan terapi keluarga dan melakukan berbagai pendidikan dan dukungan orang tua, misalnya dalm hal mengasuh dan mendidik anak.

4. Sudut Pandang Behavioral

Sudut pandang ini memberikan contoh suatu penelitian yang dilakukan pada individu dengan gangguan kepribadian Anti Social. Penelitian tersebut menuturkan bahwa individu dengan gangguan kepribadian tersebut tidak berhasil mempelajari pola bahwa mereka sebaiknya menghindari stimulus yang tidak menyenangkan. Alasannya karena mereka tidak memiliki kecemasan yang tidak memadai dan tidak terlalu memberikan perhatian dan pemberian hukuman. Hal yang terganggu adalah kemampuan individu untuk mempelajari sesuatu. Penanganan gangguan kepribadian yang dianjurkan adalah dengan mengidentifikasi dan memperbaiki keterampilan ataupun kemampuan individu yang tidak memadai ataupun lemah.

5. Sudut Pandang Kognitif

Sudut pandang kognitif menuturkan bahwa terjadi gangguan kepribadian karena individu memiliki keyakinan (*belief*)

yang maladaptif mengenai dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan disekitarnya. Misalnya keyakinan bahwa dirinya adalah seorang yang spesial dan orang lain tidak, apabila terus menerus ditekankan maka individu tersebut memiliki kecenderungan kearah gangguan kepribadian narsistik. Oleh karena itu, penanganan yang biasa dilakukan adalah dengan membina hubungan pasien terapis yang erat dan sehat sehingga terapis secara bertahap mampu merubah dan memperbaiki keyakinan yang salah pada klien.

Secara umum seseorang dapat melakukan perbuatan nekat, karena takut, cemas atau sedih. Takut, cemas, atau sedih merupakan satu golongan: emosi negatif. Semuanya menjadi beban dan tidak menyenangkan bagi yang mengalaminya. Oleh karena itu orang dengan mudah merubahnya (takut menjadi depresi, cemas menjadi menjadi sedih) untuk mempertahankan diri. Semua kondisi negatif itu merupakan tanda bahaya, adanya ancaman.

Kondisi negatif terutama takut dan cemas, membuat orang yang mengalaminya menjadi sadar adanya tantangan bagi dirinya, sehingga kemudian mengembangkan kewaspadaan dan bersiap untuk bereaksi. Takut lebih kepada tantangan fisik, sedangkan cemas lebih kepada tantangan psikologis (Albin, 1987). Takut dan cemas memotivasi munculnya reaksi aktif untuk melawan atau lari. Takut dan cemas memunculkan upaya untuk mengintegrasikan diri menghadapi sumber-sumber ketakutan dan kecemasan. Jika persiapan ini tidak cukup, maka orang akan mencoba menghadapi dengan cara lain. Manifestasinya dapat berupa reaksi fisik, seperti sakit fisik, atau perilaku-perilaku aktif, seperti kesibukan atau keasikan tertentu, untuk mengurangi kecemasan dan ketakutan itu. Aktivitas-aktivitas seperti merokok, “ngemil”, minum alkohol, merupakan perwujudan dari takut dan cemas tersebut.

Depresi sering diartikan sebagai suatu gangguan psikis yang mempengaruhi fungsi-fungsi fisik, psikologis dan sosial dari seseorang (Culbertson, 1997). Oleh karena itu, Beck (1987) berpendapat bahwa depresi merupakan gangguan pikiran dari pada gangguan perasaan. Ini berbeda dengan ketakutan dan

kecemasan yang lebih kepada masalah emosional. Ketika orang mengalami depresi, tidak lagi terasa adanya rasa takut dan cemas. Depresi dengan demikian dipakai sebagai cara menghadapi ketakutan dan kecemasan. Orang tidak mungkin cemas atau takut, ketika dia depresi. Begitu sebaliknya, orang tidak mungkin depresi, ketika ia takut dan cemas.

Pada kondisi yang normal, orang lebih berani secara rasional mengatakan dirinya depresi, daripada mengatakan dirinya bahagia (Baron & Byrne, 1994). Seseorang merasa sudah aman dan enak, dalam kondisi depresi. Dengan sedikit pemicu sosial, misalnya kesendirian, orang mudah jatuh dalam kondisi depresi (Baron & Byrne, 1994). Sehingga secara sosial pun, sebenarnya depresi lebih bisa dipakai sebagai penutup dari pengamatan orang lain sehingga sulit diketahui oleh orang lain di sekitarnya. Orang bisa lebih sembunyi dari pantauan orang lain. Kebanyakan, kalau tidak bias disebut semuanya, pelaku bunuh diri tidak menyampaikan rencana bunuh diri kepada orang lain. Depresi lebih cenderung dalam perilaku tertutup, diam dan pasif.

Orang depresi cenderung menutup diri dari lingkungan sosialnya. Orang-orang yang depresi memiliki kesulitan dalam hubungan sosial, berkomunikasi dengan orang lain, karena mereka memiliki pikiran-pikiran negatif terhadap orang lain (Blumberg & Hokanson, 1983). Inilah penyebab tindakan bunuh diri itu sulit diduga sebelumnya, sekalipun oleh orang-orang dekatnya. Hubungan sosialnya merasa terputus, termasuk orang-orang dekat sahabat atau keluarganya.

Orang yang depresi seringnya apapun, akan merasa tidak berdaya menghadapi tekanan lingkungan (*eksternal*). Dunia dan kehidupan ini semuanya bagaikan ancaman yang tidak bisa dihadapi, bagi orang yang depresi. Orang yang mengalami depresi akan berkeyakinan bahwa sudah tidak ada jalan bagi dirinya untuk dapat mengatasi masalah yang dihadapinya. Keluarga dan orang-orang dekat menjadi tumpuan utama bagi penyelesaian. Apalagi jika terjadi pada anak dan remaja yang sedang mengalami perkembangan fisik dan kognitif.

Kemasakan fisik dan kognitif pada anak dan remaja, akan memicu terjadinya perkembangan pada aspek-aspek lain. Hal ini membutuhkan kesempatan dalam hubungan sosial. Oleh karena itu problem yang dihadapi oleh mereka adalah pengujian diri dalam interaksi dengan lingkungan sosial. Sebuah proses untuk penegasan diri atas kedewasaanya dalam kancah lingkungan sosialnya. Munculnya masalah yang dihadapi oleh remaja bisa dipastikan oleh sebab-sebab yang bersifat eksternal, yaitu lingkungan sosialnya. Bunuh diri misalnya, selalu ditimbulkan oleh kondisi ekstrim lingkungan hidup remaja pelaku bunuh diri (Clarke-Stewart, & Koch, 1983). Selanjutnya Clarke-Stewart & Koch (1983) mengidentifikasi bahwa kasus bunuh diri pada remaja berkaitan dengan tekanan keluarga, sekolah dan lingkungan sosial lainnya.

3.2 Konsep Dasar Psikologi Abnormal

Psikologi abnormal kadang-kadang disebut juga psikopatologi. Dalam bahasa Inggris dinyatakan dengan istilah *Abnormal Psychology*. Apa yang dimaksud dengan psikologi abnormal? Berikut dikemukakan beberapa definisi. Menurut Kartini Kartono (2000), psikologi abnormal adalah salah satu cabang psikologi yang menyelidiki segala bentuk gangguan mental dan abnormalitas jiwa.

Singgih Dirgagunarsa (1999) mendefinisikan psikologi abnormal atau psikopatologi sebagai lapangan psikologi yang berhubungan dengan kelainan atau hambatan kepribadian, yang menyangkut proses dan isi kejiwaan. Berkenaan dengan definisi psikologi abnormal, pada Ensiklopedia Bebas Wikipedia (2009), dinyatakan *"Abnormal psychology is an academic and applied subfield of psychology involving the scientific study of abnormal experience and behavior (as in neuroses, psychoses and mental retardation) or with certain incompletely understood states (as dreams and hypnosis) in order to understand and change abnormal patterns of functioning"*.

Definisi psikologi abnormal juga dapat dijumpai di Merriem-Webster OnLine (2009). Pada kamus online tersebut

dinyatakan: *“Abnormal psychology: a branch of psychology concerned with mental and emotional disorders (as neuroses, psychoses, and mental retardation) and with certain incompletely understood normal phenomena (as dreams and hypnosis)”*. Dari empat definisi yang dinyatakan dengan kalimat yang berbeda tersebut dapat diidentifikasi pokok-pokok pengertian psikologi abnormal sebagai berikut:

1. Psikologi abnormal merupakan salah satu cabang dari psikologi atau psikologi khusus.
2. Yang dibahas dalam psikologi abnormal adalah segala bentuk gangguan atau kelainan jiwa baik yang menyangkut isi (mengenai apa saja yang mengalami kelainan) maupun proses (mengenai faktor penyebab, manifestasi, dan akibat dari gangguan tersebut). Abnormal artinya menyimpang dari yang normal. Yang normal itu yang bagaimana? Bilamana gejala jiwa atau perilaku dinyatakan normal ? Pertanyaan tersebut tidak mudah untuk dijawab sebab manusia merupakan makhluk multi dimensional. Manusia merupakan makhluk biologis, makhluk individu, makhluk sosial, makhluk etis, dan sebagainya, sehingga perilaku manusia dapat dijelaskan dari dimensi-dimensi tersebut. Begitu juga bila berbicara mengenai abnormalitas jiwa. Berikut ini dikemukakan beberapa konsepsi mengenai abnormalitas menurut tinjauan tertentu (Maramis, 2005; Kartini Kartono, 2000).

1. Abnormalitas menurut Konsepsi Statistik

Secara statistik suatu gejala dinyatakan sebagai abnormal bila menyimpang dari mayoritas. Dengan demikian seorang yang jenius sama-sama abnormalnya dengan seorang idiot, seorang yang jujur menjadi abnormal diantara komunitas orang yang tidak jujur (Kuntjojo, 2009).

2. Abnormal menurut Konsepsi Patologis

Berdasarkan konsepsi ini tingkah laku individu dinyatakan tidak normal bila terdapat simptom-simptom klinis tertentu, misalnya ilusi, halusinasi, obsesi, fobia, dst. Sebaliknya

individu yang tingkah lakunya tidak menunjukkan adanya simptom-simptom tersebut adalah individu yang normal (Kuntjojo, 2009).

3. Abnormal menurut Konsepsi Penyesuaian Pribadi

Menurut konsepsi ini seseorang dinyatakan penyesuaiannya baik bila yang bersangkutan mampu menangani setiap masalah yang dihadapinya dengan berhasil. Dan hal itu menunjukkan bahwa dirinya memiliki jiwa yang normal. Tetapi bila dalam menghadapi masalah dirinya menunjukkan kecemasan, kesedihan, ketakutan, dst. yang pada akhirnya masalah tidak terpecahkan, maka dikatakan bahwa penyesuaian pribadinya tidak baik, sehingga dinyatakan jiwanya tidak normal (Kuntjojo, 2009).

4. Abnormalitas menurut Konsepsi Sosio-kultural

Setiap masyarakat pasti memiliki seperangkat norma yang berfungsi sebagai pengatur tingkah laku para anggotanya. Individu sebagai anggota masyarakat dituntut untuk menyesuaikan diri dengan norma-norma sosial dan susila di mana dia berada. Bila individu tingkah lakunya menyimpang dari norma-norma tersebut, maka dirinya dinyatakan sebagai individu yang tidak normal (Kuntjojo, 2009).

5. Abnormalitas menurut Konsepsi Kematangan Pribadi

Menurut konsepsi kematangan pribadi, seseorang dinyatakan normal jiwanya bila dirinya telah menunjukkan kematangan pribadinya, yaitu bila dirinya mampu berperilaku sesuai dengan tingkat perkembangannya (Kuntjojo, 2009).

3.2.1 Perilaku Abnormal

Perilaku abnormal adalah kekalutan mental dan melampaui titik kepatahan mental dikenal dengan *nervous Breakdown*. Sepanjang budaya barat, konsep perilaku abnormal telah dibentuk dalam beberapa hal oleh pandangan dunia waktu itu. Dimana masyarakat purba menghubungkan perilaku

abnormal dengan kekuatan supranatural atau yang bersifat ketuhanan.

Para arkeolog telah menemukan kerangka manusia dari zaman batu dengan lubang sebesar telur pada tengkoraknya. Satu interpretasi yang muncul adalah bahwa nenek moyang kita percaya bahwa perilaku abnormal merefleksikan invasi dari roh-roh jahat (Kartini Kartono, 2000) Akhirnya, model-model perilaku bermunculan meliputi sebagai berikut:

a. Perspektif biologis

seorang dokter Jerman, Wilhelm Griesinger menyatakan bahwa perilaku abnormal berakar pada penyakit di otak. Ia meyakini bahwa gangguan mental berhubungan dengan penyakit fisik. Memang tidak semua orang yang mengadopsi model medis ini meyakini bahwa setiap pola perilaku abnormal merupakan hasil keyakinan bahwa pola perilaku abnormal tersebut dapat dihubungkan dengan penyakit fisik karena ciri-cirinya dapat dikonseptualisasikan sebagai simptom-simptom dari gangguan yang mendasarinya.

b. Perspektif psikologis

Sigmund Freud, seorang dokter muda Australia, berfikir bahwa penyebab perilaku abnormal terletak pada interaksi antara kekuatan-kekuatan di dalam pikiran bawah sadar. Model yang dikenal sebagai model psikodinamika ini merupakan model psikologis utama yang pertama membahas mengenai perilaku abnormal.

c. Perspektif sosiokultural

Pandangan ini meyakini bahwa kita harus mempertimbangkan konteks-konteks sosial yang lebih luas dimana suatu perilaku muncul untuk memahami akar dari perilaku abnormal. Penyebab perilaku abnormal dapat ditemukan pada kegagalan masyarakat dan bukan pada kegagalan orangnya. Masalah-masalah psikologis bisa jadi berakar pada penyakit sosial masyarakat, seperti

kemiskinan, perpecahan sosial, diskriminasi ras, gender, dan gaya hidup.

Jadi dapat dikatakan secara umum bahwa perilaku abnormal yaitu perilaku yang menyimpang, tidak dapat diterima secara sosial atau melanggar norma sosial. Sebagaimana dijelaskan dalam firman Allah dalam Al-Quran Surah At-Tin ayat 4, tentang tingkah laku manusia yang, Artinya: Sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia dalam bentuk yang sebaik-baiknya. Perlu diketahui bahwa ayat tersebut menjelaskan tentang tingkah laku manusia. Dimana manusia itu merupakan makhluk yang sempurna, tapi karena tingkah lakunya buruk, maka ia menjadi makhluk yang tidak sempurna.

Ada beberapa kriteria baik secara sendiri-sendiri maupun bersamasama dapat dipakai untuk menentukan atau mengukur abnormalitas. Beberapa kriteria yang dimaksud adalah penyimpangan dari norma statistik, penyimpangan norma-norma sosial, gejala tekanan batin, dan ketidakmatangan, antara lain sebagai berikut:

a. Penyimpangan dari norma statistik

Abnormal adalah setiap hal yang luar biasa, tidak lazim, atau secara harfiah yang menyimpang dari norma. Hampir setiap kepribadian tersebar dalam populasi orang mengikuti kurva normal yang bentuknya mirip genta, dimana dua pertiga dari jumlah kasus terletak pada sepertiga dari keseluruhan bidang yang mewakili populasi tersebut. Kriteria ini cocok diterapkan untuk sifat-sifat kepribadian tertentu seperti sifat agresif, dimana makin jauh dari nilai rata-rata baik ke arah kiri maupun ke arah kanan kita temukan orang-orang dengan tingkat agresivitas ekstrim (rendah atau tinggi), yang dua-duanya berkonotasi negatif.

b. Penyimpangan dari norma-norma sosial

Menurut kriteria ini, abnormal diartikan sebagai non konformitas, yaitu sifat tidak patuh atau tidak sejalan dengan

norma sosial inilah yang disebut *relativisme budaya* bahwa apa saja yang umum atau lazim adalah normal. Kendati tidak selalu sepakat, namun patokan semacam ini sering berlaku dalam masyarakat.

Patokan ini didasarkan pada dua pengandaian yang patut diragukan kebenarannya. *Pertama* adalah apa yang dinilai tinggi dan dilakukan oleh mayoritas selalu baik dan benar. *Kedua* bahwa perbuatan individu yang sejalan dengan norma-norma masyarakat yang berlaku selalu menunjang kepentingan individu itu sendiri maupun kepentingan kelompok atau masyarakat.

c. Gejala tekanan batin

Abnormalitas dipandang sebagai perasaan-perasaan cemas, depresi atau sedih, atau perasaan bersalah yang mendalam. Namun ini bukan patokan yang baik untuk membedakan perilaku normal dari yang abnormal atau sebaliknya. Tekanan batin yang kronik seperti tidak berkesudahan mungkin memang merupakan indikasi bahwa ada sesuatu yang tidak beres. Sebaliknya sangat normal bila orang merasa sedih atau tekanan manakala mengalami musibah, kekecewaan dan ketidakadilan.

d. Ketidakmatangan

Seseorang dikatakan abnormal bila pelakunya tidak sesuai dengan tingkat usianya, tidak selaras dengan situasinya. Misalnya, sering sulit menemukan patokan tentang kepantasan dan kematangan. Colomen, Butcher & Carson menyadari kekurangannya akhirnya menggunakan dua kriteria yaitu abnormalitas sebagai penyimpangan dari norma-norma masyarakat dan abnormalitas dalam arti apa saja yang bersifat *meladaptif*. Yang terakhir berarti apa saja yang tidak menunjang keajahteraan sang individu sehingga pada akhirnya juga tidak menunjang kemaslahatan masyarakat.

Kesejahteraan atau kemaslahatan masyarakat meliputi baik kemampuan bertahan maupun perkembangan pencapaian pemenuhan diri atau aktualisasi dari berbagai kemampuan yang dimiliki.

3.2.2 Jenis-jenis Perilaku Abnormal

Ada beberapa jenis-jenis perilaku abnormal adalah sebagai berikut:

a. Gangguan kecemasan

Kecemasan adalah manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi ketika orang sedang mengalami tekanan perasaan (frustasi) dan pertentangan batin (konflik). Kecemasan itu mempunyai segi yang disadari seperti rasa takut, terkejut, tidak berdaya, rasa berdosa dan bersalah, terancam, dan sebagainya.

Sebagian besar kita merasa cemas dan tegang bila menghadapi situasi yang mengancam dan menekan. Perasaan ini merupakan reaksi yang normal terhadap stress. Kecemasan dianggap abnormal bila terjadi dalam situasi yang oleh kebanyakan orang dapat diatasi dengan mudah. Gangguan kecemasan mencakup sekelompok gangguan dimana rasa cemas merupakan gejala utama (kecemasan merata dan gangguan panik) atau kecemasan dialami bila individu berupaya mengendalikan perilaku *meladaptif* tertentu.

b. Gangguan afektif

Gangguan afektif adalah gangguan pada afeksi atau suasana hati. Orang yang terganggu ini dapat mengalami depresi atau manik (girang tidak wajar) yang parah atau dapat berganti-ganti antara saat-saat depresi atau manik (girang tidak wajar) yang parah dan dapat berganti-ganti saat depresi atau panik. Perubahan suasana hati semacam ini mungkin saja

sangat parah sehingga individu tersebut perlu di rumah sakitkan.

c. Gangguan kepribadian

Gangguan kepribadian merupakan pola perilaku mal adaptif yang sudah kuno. Sebelumnya kita telah menjabarkan sifat-sifat kepribadian sebagai cara-cara yang tetap dalam mengahayati atau berhubungan dengan lingkungan atau berpikir tentang dirinya sendiri.

Bila sifat-sifat kepribadian menjadi tidak luwes dan bersifat *maladaptive*, maka sifat-sifat tersebut merupakan gangguan kepribadian. Gangguan kepribadian merupakan cara-cara yang tidak dewasa atau tidak wajar dalam mengatasi stress atau memecahkan masalah. Sifat-sifat itu biasa muncul pada masa remaja dan dapat berlagsung sepanjang hidup. Berbeda dengan orang yang mengalami gangguan afektif dan kecemasan juga berperilaku *maladaptif*. Orang yang menderita gangguan kepribadian biasanya tidak merasa sangat terganggu atau cemas dan tidak punya motivasi untuk mengubah perilakunya. Mereka tidak kehilangan kontak dengan realita atau tidak menunjukkan kekacauan perilaku yang mencolok seperti orang yang menderita *skisofrenik*.

3.2.3 Penyebab Perilaku Abnormal

Penyebab perilaku abnormal ditinjau dari psikologisnya yaitu sebagai berikut:

a. Trauma pada masa kanak-kanak

Trauma psikologis adalah pengalaman yang menghancurkan rasa aman, rasa mampu, dan harga diri sehingga menimbulkan luka psikologis yang sulit disembuhkan sepenuhnya. Trauma psikologis pada masa kanak-kanak cenderung akan terus dibawa samapai ke masa dewasa.

b. Deprivasi parental

Tidak adanya kesempatan untuk mendapatkan rangsangan emosi dari orang tua, berupa kehangatan, kontak fisik, rangsangan intelektual, emosional dan sosial.

c. Hubungan orang tua dan anak yang patogenik

Hubungan patogenik adalah hubungan yang tidak serasi, dalam hal ini hubungan antara orang tua dan anak yang berakibat menimbulkan masalah atau gangguan tertentu pada anak.

Penyebab perilaku abnormal menurut tahap fungsinya yaitu sebagai berikut:

- a. Penyebab primer (*primary cause*), Penyebab primer adalah kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan tidak akan muncul.
- b. Penyebab yang menyiapkan (*Predisposing Cause*), kondisi yang mendahului dan membuka jalan bagi kemungkinan terjadinya gangguan tertentu dalam kondisi-kondisi tertentu di masa mendatang.
- c. Penyebab yang menguatkan (*reinforcing cause*), kondisi yang cenderung mempertahankan atau memperteguh tingkah laku *maladaptif* yang sudah terjadi.
- d. Sirkulasi faktor-faktor penyebab dalam kenyataan, suatu gangguan perilaku jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal.

3.2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Abnormal

Ada beberapa fakto-faktor yang mempengaruhi perilaku abnormal, di antranya adalah sebagai berikut:

a. Faktor biologis

Faktor biologis adalah berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan ataupun fungsi pribadi dalam kehidupan sehari-hari. Seperti kelainan gen, kurang gizi, dan penyakit lainnya. Pengaruh-pengaruh faktor

biologis lazimnya bersifat menyeluruh, artinya mempengaruhi seluruh aspek tingkah laku.

Faktor keturunan (gen) lebih menekankan pada aspek biologis atau hereditas yang dibawa melalui aliran darah dalam kromosom. Faktor genetik cenderung bersifat statis dan merupakan predisposisi untuk mengarahkan pertumbuhan dan perkembangan seseorang. Kalau sejak awal orang tua memiliki karakteristik fisiologis yang sehat, maka akan menurunkan generasi yang sehat pula. Sebaliknya bila orang tua tidak sehat maka keturunannya pun akan mengalami gangguan atau penyimpangan secara fisik atau psikis.

b. Faktor psikologis

Teori pembelajaran yang melibatkan modeling dan pengondisian operant memberikan penjelasan yang bermanfaat mengenai perkembangan dan berlanjutnya masalah tingkah laku. Anak-anak dapat mempelajari agresivitas orang tua yang berperilaku agresif. Anak juga dapat meniru tindakan agresif dari berbagai sumber seperti televisi. Karena agresif merupakan cara mencapai tujuan yang efektif, meskipun tidak menyenangkan, kemungkinan hal tersebut dikuatkan.

Oleh karena itu, setelah ditiru tindakan agresif kemungkinan akan dipertahankan. Berbagai karakteristik pola asuh seperti disiplin keras dan tidak konsisten dan kurangnya pengawasan secara konsisten dihubungkan dengan perilaku antisosial pada anak-anak.

c. Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan peran yang besar bagi perubahan yang positif atau negatif pada individu. Lingkungan yang baik tentu akan membawa pengaruh positif bagi individu, sebaliknya lingkungan yang kurang baik akan cenderung memperburuk perkembangan individu. Maksudnya adalah segala sesuatu yang ada disekelilingnya yang mempengaruhi perkembangannya, faktor tersebut antara lain yaitu:

1) Gizi

Kadar gizi yang terkandung dalam makanan mempunyai pengaruh besar terhadap perkembangan jaman, rohani, dan intelegensi serta menentukan produktivitas kerja seseorang. Seandainya terjadi kekurangan pemberian makanan yang bergizi, maka pertumbuhan dan perkembangan anak yang bersangkutan akan terhambat, terutama perkembangan mental dan otaknya.

Apabila otak tidak dapat tumbuh dan berkembang secara normal, maka fungsinya pun akan kurang normal pula akibatnya anak menjadi kurang cerdas pula.

2) Pendidikan

Disamping pemberian gizi yang baik, faktor pendidikan sangat mempengaruhi perkembangan mental anak. Misalnya anak lahir dengan potensi cerdas, maka dia akan berkembang dengan baik apabila mendapatkan pendidikan yang baik pula. Sebaliknya meskipun anak memiliki potensi cerdas tetapi tidak mendapatkan pendidikan, maka perkembangan kecerdasannya mengalami hambatan (Sofiani, 2018).

d. Faktor sosiologis

Tingkat pengangguran tinggi, fasilitas pendidikan yang rendah, kehidupan keluarga yang terganggu, dan subkultural yang menganggap perilaku kriminal sebagai suatu hal yang dapat diterima terungkap sebagai faktor-faktor yang berkontribusi. Kombinasi perilaku antisosial anak yang timbul di usia dini dan rendahnya status sosio-ekonomi keluarga memprediksikan terjadinya penangkapan di usia muda karena tindakan kriminal (Sofiani, 2018).

Gangguan perilaku lebih sering didapati pada anak-anak dari golongan sosio-ekonomi tinggi atau rendah. Hal ini mungkin terjadi karena orang tua mereka terlalu sibuk dengan kegiatan sosial (padakalangan atas) atau sibuk dengan mencari nafkah

(pada kalangan bawah) sehingga lupa menyediakan waktu (Sofiani, 2018).

3.3 Teori Gangguan Tingkah Laku

Teori gangguan perilaku banyak dikemukakan oleh para ahli yang memiliki pandangan-pandangan yang berbeda tentang perilaku itu sendiri, diantaranya:

1. Teori Behavioral

Teori behavioral menganggap bahwa sebuah perilaku itu dibentuk dari faktor eksternal dari suatu individu (lingkungan). Para kaum behavioris memasukan perilaku kedalam suatu unit yang dinamakan tanggapan atau respon dan lingkungan ke dalam unit rangsangan atau stimulus, menurut paham behavioral perilaku suatu rangsangan dan tanggapan tertentu bisa berasosiasi satu sama lainnya dan menghasilkan satu bentuk hubungan fungsional. Kaum behavioral menganggap faktor ekstern dari seseorang akan sangat mempengaruhi perilaku yang ditunjukkan oleh pribadinya.

2. Teori Psikodinamik

Teori ini sangat kontradiktif dengan teori behavioral karena teori ini menganggap sebuah perilaku yang ditunjukkan oleh suatu individu disebabkan oleh faktor intern (dirinya sendiri). Faktor psikologis seorang individu sangat berpengaruh pada pembentukan karakteristik seseorang. Dalam teori psikodinamik ini sangat mengacu pada 3 aspek penting yaitu ego, id dan super ego. Ego adalah pusat atau inti kepribadian, id adalah keinginan atau hasrat, super ego adalah pengatur atau penyeimbang. Ketiga aspek ini tidak dapat terpisahkan antara satu dengan yang lainnya. Gangguan perilaku akan timbul bila ketiga aspek ini tidak seimbang dalam bertindak.

3. Teori Sosiologi

Sosiologi adalah ilmu yang mempelajari interaksi individu dengan individu lainnya, menurut pandangan kaum

sosiologis gangguan perilaku terjadi karena ketidak mampuan suatu individu dalam bersosialisasi dengan lingkungan sosial tetapi lebih mengarah atau cenderung pada orang-orang di sekelilingnya. Sedangkan batasan mengenai gangguan perilaku pada pandangan kaum sosiologis adalah bahwa perilaku menyimpang adalah perilaku yang selalu meresahkan ketentraman dan kebahagiaan orang lain.

4. Teori Ekologi

Teori ini menganggap suatu perilaku akan sangat ditimbulkan dari lingkungan yang mempengaruhinya, sepaham dengan teori behavioristik teori ini menekankan pada pembentukan suatu perilaku sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Sedangkan batasan perilaku menyimpang menurut pandangan kaum ekologis adalah perilaku yang tidak ada keseimbangan antara lingkungan dengan perilaku yang ditunjukkan. Semua teori perilaku ini mengacu pada satu kesimpulan yang akhirnya mengutarakan bahwa perilaku itu dibentuk dan dipengaruhi oleh factor lingkungan dan faktor dirinya sendiri.

Teori behavioral, ekologis dan sosiologis membenarkan bahwa suatu perilaku itu sangat terbentuk bila dipengaruhi oleh faktor dari luar dirinya sendiri (lingkungan) sedangkan teori psikodinamik membenarkan bahwa suatu perilaku itu sangat terbentuk bila dipengaruhi oleh faktor dari dalam dirinya sendiri.

3.3.1 Klasifikasi Gangguan Pada Anak

1. Organik Mental Disorder: Gangguan perilaku yang disebabkan oleh disfungsi otak secara permanent.
2. Anxiety Disorder: Kelainan perilaku dengan rasa takut atau cemas yang berlebihan dan tidak beralasan.
3. Ajustment Disorder: Sukar mereaksi yang tidak wajar terhadap lingkungan

4. Attention Disorder: Tidak dapat memusatkan perhatian
5. Acting Out: Tingkah laku diluar batas

Berdasarkan Quay karakteristik gangguan perilaku pada anak yakni:

1. Merusak milik orang lain
2. Tidak pernah diam
3. Mencari perhatian
4. Tidak memperhatikan
5. Mudah terganggu perhatian
6. Sering mengganggu

7. Sering mengejek orang lain

3.3.2 Penyebab Gangguan Perilaku Pada Anak

Dari berbagai kasus yang ada gangguan perilaku pada anak tidak lepas dari faktor penyebab, yaitu:

1. Kondisi atau Keadaan Fisik

Ada beberapa ahli yang meyakini bahwa disfungsi kelenjar endoktrin dapat berpengaruh terhadap respon emosional seseorang. Gunzburg (B. Simanjuntak, 1974) menyimpulkan bahwa disfungsi kelenjar endoktrin ini merupakan salah satu penyebab timbulnya kejahatan. Jika kelenjar endoktrin ini secara terus menerus mengeluarkan hormon maka akan mempengaruhi perkembangan fisik dan mental seseorang sehingga akan berpengaruh pula terhadap perkembangan wataknya.

2. Masalah Perkembangan

Menurut Erikson (Singgih. D. Gunarsa, 1985) bahwa setiap memasuki fase perkembangan baru individu dihadapkan pada berbagai tantangan atau krisis emosi. Anak biasanya dapat mengatasi krisis emosi ini jika pada dirinya tumbuh kemampuan baru yang berasal dari adanya proses kematangan

yang menyertai perkembangan. Apabila ego dapat mengatasi krisis ini maka perkembangan ego yang matang akan terjadi, sehingga individu dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosial atau masyarakatnya. Sebaliknya apabila individu tidak berhasil menyelesaikan masalah tersebut, maka akan menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku.

3. Lingkungan Keluarga

Sebagai lingkungan pertama dan utama dalam kehidupan anak, keluarga memiliki pengaruh yang demikian penting dalam membentuk kepribadian pada anak. Keluarga adalah peletak dasar perasaan aman pada anak, dalam keluarga pula memperoleh pengalaman pertama mengenai perasaan aman, dasar perkembangan sosial, dasar perkembangan emosi dan perilaku yang baik. Kesalahan dalam keluarga dapat menimbulkan gangguan emosi dan perkembangan perilaku pada seorang anak.

4. Lingkungan Sekolah

Sekolah merupakan tempat pendidikan yang kedua setelah keluarga. Timbulnya gangguan perilaku yang disebabkan lingkungan sekolah antara lain berasal dari guru sebagai tenaga pelaksana pendidikan dan fasilitas penunjang yang dibutuhkan anak didik. Perilaku guru yang otoriter mengakibatkan anak merasa tertekan dan takut menghadapi pelajaran sehingga anak akan lebih memilih membolos dan keluyuran pada saat dimana seharusnya ia berada dalam kelas.

5. Lingkungan Masyarakat

Menurut Bandura (Kirk & Gallagher, 1986) salah satu yang mempengaruhi pola perilaku anak dalam lingkungan sosial adalah keteladan yaitu menirukan perilaku orang lain. Masuknya budaya asing yang kurang sesuai dengan tradisi yang dianut masyarakat pada umumnya pun akan menyebabkan pola perilaku anak yang menyimpang.

3.4 Metode-Metode Penanganan Perilaku Abnormal

Pengelompokan utama para ahli kesehatan mental meliputi psikolog, psikiater, pekerja sosial, perawat dan konselor. Sayangnya banyak negara yang tidak membatasi penggunaan sebutan *terapis* atau *psikoterapis* untuk para ahli yang terlatih, seseorang dapat memulai usaha sebagai psikoterapis dan melakukan terapi tanpa izin.

Alasan lain munculnya kebingungan ini adalah bahwa semua jenis petugas kesehatan mental seperti psikolog, psikiater, dan pekerja sosial klinis, mempraktikkan psikoterapi atau terapi bicara. Pendekatan tertentu yang digunakan oleh psikoterapis merefleksikan orientasi teoretis mereka, seperti misalnya psikodinamika, behavioral, humanistik, kognitif dan sebagainya.

A. Psikoterapi

Psikoterapi (*psychotherapy*) adalah suatu interaksi sistematis antara klien dengan terapis yang menyertakan prinsip-prinsip psikologis untuk melakukan perubahan pada perilaku, pikiran, perasaan klien, dengan tujuan untuk membantu klien mengatasi perilaku abnormal, memecahkan masalah dalam kehidupan, atau berkembang sebagai individu. Ciri-ciri psikoterapi adalah sebagai berikut:

1. Interaksi yang sistematis.

Sistematis artinya adalah terapis mengarahkan interaksi ini dengan rencana dan tujuan yang merefleksikan sudut pandang teoretis mereka.

2. Prinsip psikologis

Dalam terapinya, psikoterapis menggunakan prinsip-prinsip, penelitian dan teori psikologis

3. Perilaku, pemikiran, dan perasaan.

4. Perilaku abnormal, pemecahan masalah, dan pertumbuhan pribadi.

Psikoterapi juga memiliki ciri lain. Salah satunya, psikoterapi melibatkan interaksi verbal. Psikoterapi adalah “terapi bicara”, bentuk pertukaran klien dan terapis yang melibatkan pembicaraan

atau percakapan. Ciri umum lainnya adalah menanamkan pada klien harapan akan kemajuan. Pada umumnya klien memasuki terapi dengan harapan untuk menerima bantuan dalam mengatasi masalah. Ciri umum dari psikoterapi yang tidak spesifik pada satu bentuk terapi, seperti dukungan terhadap harapan dan adanya empati dan perhatian dari terapis sering disebut sebagai *faktor-faktor penanganan yang tidak spesifik*.

B. Terapi Psikodinamika

Sigmund Freud merupakan perumus teori pertama yang mengembangkan model psikologis dari perilaku abnormal. Beliau juga pertama kali mengembangkan model psikoterapi yang disebutnya *psikoanalisis*, untuk membantu orang-orang yang menderita akibat gangguan psikologis. Psikoanalisis merupakan teori psikodinamika yang pertama. Terapi psikodinamika membantu individu untuk memperoleh insight mengenai, dan mengatasi konflik bawah sadar yang dipercaya merupakan akar dari perilaku abnormal. Freud merangkum tujuan dari psikoanalisis dengan mengatakan dimana ada id, seharusnya disitu juga ada ego.

Tujuannya lebih pada menggantikan perilaku defensif dengan perilaku adaptif. Dengan demikian, klien dapat menemukan kepuasan tanpa memperoleh hukuman sosial atau menghukum diri sendiri. Metode utama yang digunakan Freud untuk mencapai tujuan ini adalah Asosiasi bebas, analisis mimpi, dan analisis hubungan *transference*.

1. Asosiasi Bebas

Asosiasi bebas (*free association*) merupakan proses pengungkapan tanpa sensor dari pikiran-pikiran segera setelah pikiran masuk kebenak kita. Asosiasi bebas dipercaya secara bertahap akan menghancurkan pertahanan yang menghambat kesadaran tentang proses bawah sadar. Klien diminta untuk tidak menyaring atau menyensor pikiran, tetapi membiarkan pikiran mereka mengembara secara bebas. Psikoanalisis tidak

meyakini bahwa proses asosiasi bebas benar-benar bebas. Meski asosiasi bebas dimulai dengan pembicaraan ringan, kompuls untuk mengungkapkan akhirnya mengarahkan klien untuk menyinkap materi yang lebih berarti.

2. Analisis Mimpi

Selama tidur, pertahanan ego melemah dan impuls yang tidak dapat diterima menemukan ekspresinya dalam mimpi. Karena pertahanan tidak seluruhnya dihapuskan, impuls mengambil bentuk yang disamarkan atau disimbolisasikan. Dalam teori psikoanalitik, mimpi memiliki dua tingkatan muatan, yaitu

- Muatan manifes (*manifes content*)
Materi mimpi yang dialami dan dilaporkan.
- Muatan laten (*latent content*)
Materi bawah sadar yang disimbolisasi atau diwakili oleh mimpi

Walaupun mimpi memiliki arti psikologis, seperti yang diyakini oleh Freud, masih belum ada acara independen untuk menentukan arti dari mimpi.

3. Transference

Proses analisis dan penanganan hubungan transference dianggap komponen penting dalam psikoanalisis. Freud percaya bahwa hubungan transference memberikan alat untuk menghidupkan kembali konflik-konflik dengan orang tua pada masa kanak-kanak. Freud menyebut proses ini sebagai *neurosis transference*. Neurosis ini harus dianalisis dan ditangani dengan berhasil agar klien dapat berhasil dalam psikoanalisis. Walaupun analisis dari *Transference* terapi merupakan elemen penting dalam teori psikoanalitik, dibutuhkan waktu berbulan-bulan atau bertahun-tahun untuk mengembangkan dan memecahkan hubungan *transference*. Ini adalah satu alasan mengapa psikoanalisis umumnya merupakan suatu proses yang panjang.

4. Terapi Perilaku

Terapi perilaku (*behavior therapy*) merupakan aplikasi sistematis dari prinsip-prinsip belajar untuk menangani gangguan psikologis. Karena fokusnya pada perubahan perilaku, bukan perubahan kepribadian atau menggali masa lalu secara mendalam, terapi perilaku relative singkat, berlangsung umumnya dari beberapa minggu sampai bulan. Terapi perilaku seperti terapi lainnya, mencoba mengembangkan hubungan terapeutik yang hangat dengan klien, tetapi mereka percaya bahwa kemampuan khusus dari terapi perilaku berasal dari teknik-teknik yang berbasis pembelajaran, bukan dari sifat hubungan terapeutik. Terapis perilaku juga menggunakan teknik-teknik yang didasarkan pada penggunaan hadiah atau hukuman secara sistematis, untuk membentuk perilaku yang diharapkan. Teknik lain dari terapi perilaku mencakup aversive conditioning, pelatihan keterampilan sosial, dan teknik *self-control*.

5. Terapi Humanistik

Terapi humanistik berfokus pada pengalaman klien yang subjektif dan disadari. Seperti terapis perilaku, terapis humanistik juga lebih berfokus pada apa yang dialami klien pada saat ini, disini dan sekarang, daripada masa lalu. Tapi, ada juga persamaan antara terapis psikodinamika dan terapis humanistik, keduanya mengasumsikan bahwa masa lalu mempengaruhi perilaku dan perasaan pada masa kini dan keduanya mencoba untuk memperluas self-insight klien. Bentuk utama dari terapi humanistik adalah terapi terpusat pada individu yang dikembangkan oleh psikolog Carl Rogers.

- **Terapi terpusat individu**

Terapi terpusat individu bersifat tidak mengarahkan. Klien yang memimpin dan mengarahkan jalannya terapi. Terapi menggunakan refleksi, pengulangan atau perumusan kembali dari perasaan-perasaan yang diekspresikan klien tanpa memberi penilaian. Cara ini mendorong klien untuk

mengeksplorasi lebih jauh perasaannya dan berhubungan dengan perasaan yang lebih dalam dan bagian dari diri yang tidak diakui karena kritikal sosial.

Rogers menekankan pentingnya menciptakan hubungan terapeutik yang hangat yang akan mendorong klien melakukan *self-exploration* dan *self-expression*. Terapis yang efektif seharusnya memiliki empat kualitas dasar, yaitu : penerimaan positif tanpa syarat, empati, ketulusan, dan kongruen.

6. Teori Kognitif

Terapis kognitif berfokus untuk membantu klien mengidentifikasi dan memperbaiki keyakinan maladaptif, jenis berpikir otomatis dan sikap self-defeating yang menghasilkan atau menambah masalah emosional. Mereka percaya bahwa emosi-emosi negatif seperti kecemasan dan depresi disebabkan oleh interpretasi kita terhadap hal-hal yang mengganggu, bukan pada peristiwa itu sendiri

- **Terapi Perilaku Rasional Emotif**

Albert Ellis percaya bahwa adaptasi dari keyakinan irasional dan self-defeating akan meningkatkan masalah psikologis dan perasaan negatif. Ellis mengenali bahwa keyakinan irasional dapat terbentuk berdasarkan pengalaman masa kecil. Untuk mengubahnya perlu ditemukan alternatif yang rasional untuk saat ini. Terapi perilaku rasional-emotif juga membantu klien untuk mengganti perilaku menyerang diri sendiri atau maladaptif dengan perilaku interpersonal yang lebih efektif. Ellis sering memberikan tugas-tugas atau pekerjaan rumah bagi klien. Ia membantu mereka untuk berlatih atau mempraktikkan perilaku adaptif.

Pada terapi perilaku rasional emotif, terapis secara aktif mendebat keyakinan irasional klien dan

premis-premis yang mendasarinya dan membantu klien untuk mengembangkan keyakinan alternatif dan adaptif.

7. Terapi Kognitif Beck

Terapi ini berfokus pada kognisi maladaptif. Terapi kognitif mendorong klien untuk mengenali dan mengubah kesalahan dalam berpikir, yang mempengaruhi mood dan menyebabkan hendaya perilaku, seperti kecenderungan untuk membesar-besarkan kejadian negatif dan mengecilkan pencapaian pribadi. Terapis kognitif meminta klien untuk merekam pikiran-pikiran yang muncul akibat kejadian mengecewakan yang mereka alami dan memperhatikan hubungan antara pikiran dengan respons emosional mereka. Hal itu kemudian akan membantu mereka membantah pikiran yang terdistorsi dan menggantikannya dengan alternatif yang rasional.

8. Terapi Kognitif-Behavioral

Terapi ini berusaha untuk mengintegrasikan teknik-teknik terapeutik yang berfokus untuk membantu individu melakukan perubahan-perubahan, tidak hanya pada perilaku nyata tetapi juga dalam pemikiran, keyakinan, dan sikap yang mendasarinya. Terapi kognitif behavioral memiliki asumsi bahwa pola berpikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku, dan perubahan pada kognisi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan.

9. Terapi Elektik

Pendekatan pragmatis yang mengambil teknik-teknik dari aliran terapi berbeda tanpa merasa perlu menggunakan posisi teoretis yang diwakili aliran-aliran ini, dan eklektif integratif, suatu pendekatan yang mencoba mempersatukan dan mengintegrasikan pendekatan teoretis berbeda dalam suatu model terapi integratif.

10. Terapi Kelompok, Terapi Keluarga, dan Terapi Pasangan

Terapi kelompok memberi kesempatan untuk saling mendukung dan berbagi pengalaman belajar di dalam kelompok untuk membantu individu mengatasi kesulitan psikologis dan mengembangkan perilaku yang lebih adaptif. Terapi kelompok memiliki beberapa keuntungan dibandingkan penanganan individual, terapi kelompok lebih murah dibandingkan klien individual, sebab beberapa klien ditangani dalam waktu yang bersamaan.

Terapis keluarga (*family therapy*) terapi keluarga ditujukan untuk membantu keluarga yang bermasalah dalam memecahkan konflik dan masalah mereka sehingga keluarga berfungsi lebih baik sebagai kesatuan dan anggota keluarga berkurang stressnya akibat konflik keluarga. Terapi keluarga juga bekerja dengan keluarga yang memiliki konflik untuk membantu mereka mengatasi perbedaan-perbedaan. Terapi keluarga memfokuskan pada klarifikasi komunikasi keluarga, mengatasi konflik peran, menghindari adanya kambing hitam dari anggota keluarga dan membantu anggota keluarga mengembangkan otonomi yang lebih besar. Terapi pasangan berfokus pada pemecahan konflik pada pasangan yang bermasalah, termasuk pasangan yang menikah dan tidak menikah. Seperti terapi keluarga, terapis ini memfokuskan pada perbaikan komunikasi dan analisis hubungan peran dengan tujuan memperbaiki hubungan.

11. Terapi Biomedis

Terapi biomedis biasanya dilakukan oleh dokter medis, banyak diantara mereka yang mengikuti pelatihan spesialisasi dalam psikiatri atau psikofarmakologi. Namun, banyak juga dokter keluarga atau praktisi umum yang memberi resep obat psikoterapeutik untuk pasien mereka. Pendekatan biomedis menunjukkan keberhasilan besar dalam menangani berbagai bentuk perilaku abnormal, walaupun mereka juga memiliki keterbatasan. Salah satunya, obat dapat memiliki efek samping yang tidak diinginkan atau berbahaya.

12. Terapi Obat

Berbagai kelompok obat psikotropika yang berbeda digunakan dalam menangani berbagai jenis masalah kesehatan mental. Ini termasuk obat antikecemasan, obat antipsikotik, antidepresan dan litium yang digunakan untuk menangani perubahan mood yang drastis pada orang-orang dengan gangguan bipolar.

- obat-obatan Antianxietas
(*antianxiety drugs*) juga disebut anxiolytics, dari bahasa Yunani artinya 'kecemasan' dan lysis, artinya "dihentikan" adalah obat-obat yang melawan kecemasan dan mengurangi kondisi ketegangan otot. Obat-obatan tersebut mencakup obat penenang ringan.
- Obat Antipsikotik
Juga disebut *neuroleptic*, sering digunakan untuk menangani ciri skizofrenia yang lebih menyolok atau gangguan psikotik lainnya, seperti halusinasi, delusi dan kondisi dan kondisi kebingungan.
- Antidrepekan
Digunakan untuk menangani depresi. Antidrepekan juga memiliki efek menguntungkan dalam menangani gangguan psikologis yang luas, termasuk gangguan panik, gangguan obsesif dan gangguan makan.

13. Terapi elektrokonvulsif

Terapi elektrokonvulsif (ECT) yaitu metode penanganan depresi berat dengan pemberian kejutan listrik pada kepala. Terapi ini merupakan sebuah kontroversi karena beberapa alasan. Pertama, banyak orang termasuk banyak ahli tidak merasa nyaman dengan ide pemberian kejutan listrik melalui kepala seseorang walaupun tingkat kejutan diatur secara ketat dan reaksi kejangnya dikontrol oleh obat. Kedua adalah potensi efek samping. ECT sering menghasilkan kesembuhan secara dramatis dari depresi berat, tetapi masih dikhawatirkan kemungkinan terjadinya defisit kognitif seperti kehilangan

memori. Ketiga adalah pernyataan tentang keberhasilannya yang relatif. Efektivitas relatif dari ECT dibandingkan dengan obat antidepresan, simulasi dari ECT dan terapi kognitif-behavioral masih dalam penelitian. Keempat, tidak seorangpun tahu mengapa ECT berhasil, walaupun diduga bahwa itu dapat membantu mengoreksi ketidakseimbangan neurotransmitter di otak. Kelima, bukti menunjukkan adanya tingkat kambuh yang tinggi setelah penanganan ECT. Walau demikian, ECT biasanya dianggap sebagai pilihan penanganan terakhir setelah metode yang tidak terlalu berbahaya dicoba dan gagal.

14. Psychosurgery

Psychosurgery lebih kontroversial dibandingkan ECT dan saat ini jarang dipraktikkan. Walaupun tidak lagi dilakukan, bentuk psychosurgery yang paling banyak digunakan adalah prefrontal lobotomy, dimana jalur saraf yang menghubungkan talamus dan lobus prefrontal pada otak dipotong melalui pembedahan. Walaupun operasi berhasil mengurangi perilaku kekerasan dan kegelisahan pada banyak kasus, namun tidak selalu berhasil. Banyak efek samping yang dihubungkan dengan metode ini, seperti hiperaktif, serangan sejenis epilepsi, dan bahkan kematian.

15. Hospitalisasi dan perawatan berbasis komunitas

- Peran Hospitalisasi

Jenis rumah sakit yang berbeda memberikan penanganan kesehatan mental yang berbeda dengan rumah sakit lainnya. Rumah sakit jiwa memberikan penanganan lingkungan yang terstruktur untuk orang-orang dalam krisis akut dan bagi mereka yang tidak dapat beradaptasi dalam kehidupan bermasyarakat.

- Pusat kesehatan Mental Komunitas

PKMK melakukan banyak fungsi dalam usahanya mengurangi kebutuhan untuk hospitalisasi pasien baru atau pengiriman kembali pasien yang pernah dirawat di rumah sakit. Fungsi utama dari PKMK adalah membantu pasien jiwa yang telah

keluar dari rumah sakit untuk menyesuaikan diri dalam komunitas dengan memberikan perawatan lanjutan dan memonitor kemajuan mereka dari dekat.

- **Stereotip Rasial dan Sistem Kesehatan Mental**

Kita tahu bahwa orang Amerika, Afrika sebagai suatu kelompok tidak lebih banyak mengembangkan skizofrenia, gangguan psikologi yang parah yang sering mengakibatkan hospitalisasi, dibandingkan orang Amerika Eropa dari tingkat dari tingkat sosioekonomi yang sama. Penetapan stereotip etnik oleh ahli kesehatan mental juga dapat berkontribusi pada terjadinya diagnosis berlebihan dari masalah psikologis berat yang membutuhkan hospitalisasi. Bukti dari biasklinisi berasal dari penelitian yang menunjukkan bahwa walaupun orang amerika afrika dan amerika hispanik lebih mungkin didiagnosa skizofrenia daripada orang amerika Eropa, bukti independen gagal membenarkan perbedaan itu Bella Rosalia Wangi, 2017.

3.5 Penanganan Gangguan Disosiatif

Identitas Disosiatif, Psikoanalisis berusaha membantu orang yang menderita gangguan identitas disosiatif untuk mengungkapkan dan belajar mengatasi trauma-trauma masa kecil. Mereka sering merekomendasikan membangun kontak langsung dengan kepribadian-kepribadian alter (Indriyani Lestari Devi dkk, 2014). Setiap dan semua kepribadian dapat diminta untuk berbicara tentang memori dan mimpi-mimpi mereka sebisa mereka. Setiap dan semua kepribadian dapat diyakinkan bahwa terapis akan membantu mereka untuk memahami kecemasan mereka untuk “membangkitkan” pengalaman traumatis mereka secara aman dan menjadikan pengalaman-pengalaman tersebut disadari. Menurut Wilbur, kecemasan yang dialami saat sesi akan menyebabkan perpindahan kepribadian. Bila terapi berhasil, *self* akan mampu bergerak melalui ingatan traumatis dan tidak lagi perlu melarikan diri ke dalam *self* pengganti untuk menghindari kecemasan yang diasosiasikan dengan trauma, sehingga terjadi integrasi kepribadian

(Maldonado, dkk, 1998). Amnesia dan fugue disosiatif: Berfokus pada penanganan kecemasan atau depresinya.

3.6 Penanganan Gangguan Fugue Disosiatif

Psikoterapi adalah penanganan primer terhadap gangguan disosiatif ini. Bentuk terapinya berupa terapi bicara, konseling atau terapi psikososial, meliputi berbicara tentang gangguan yang diderita oleh pasien jiwa. Terapinya akan membantu anda mengerti penyebab dari kondisi yang dialami. Psikoterapi untuk gangguan disosiasi sering mengikutsertakan teknik seperti hipnotis yang membantu kita mengingat trauma yang menimbulkan gejala disosiatif (Maldonado dkk, 1998).

Penanganan gangguan disosiatif yang lain meliputi:

- Terapi kesenian kreatif. Dalam beberapa referensi dikatakan bahwa tipe terapi ini menggunakan proses kreatif untuk membantu pasien yang sulit mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka. Seni kreatif dapat membantu meningkatkan kesadaran diri. Terapi seni kreatif meliputi kesenian, tari, drama dan puisi (Maldonado dkk, 1998).
- Terapi kognitif. Terapi kognitif ini bisa membantu untuk mengidentifikasi kelakuan yang negative dan tidak sehat dan menggantikannya dengan yang positif dan sehat, dan semua tergantung dari ide dalam pikiran untuk mendeterminasikan apa yang menjadi perilaku pemeriksa (Maldonado dkk, 1998).
- Terapi obat. Terapi ini sangat baik untuk dijadikan penanganan awal, walaupun tidak ada obat yang spesifik dalam menangani gangguan disosiatif ini. Biasanya pasien diberikan resep berupa anti-depresan dan obat anti-cemas untuk membantu mengontrol gejala mental pada gangguan disosiatif ini (Maldonado dkk, 1998).
- Ahli terapi biasanya merekomendasikan menggunakan hypnosis yang biasanya berupa hypnoterapi atau hipnotis sugestif sebagai bagian dari penanganan pada gangguan disosiatif. Hypnosis menciptakan keadaan relaksasi yang dalam

dan tenang dalam pikiran. Saat terhipnotis, pasien dapat berkonsentrasi lebih intensif dan spesifik. Karena pasien lebih terbuka terhadap sugesti saat pasien terhipnotis. Ada beberapa konsentrasi yang menyatakan bahwa bisa saja ahli hipnotis akan menanamkan memori yang salah dalam mensugesti. Selain itu, kita juga bisa melakukan pencegahan. Anak-anak yang secara fisik, emosional dan seksual mengalami gangguan, sangat beresiko tinggi mengalami gangguan mental yang dalam hal ini adalah gangguan disosiatif. Jika terjadi hal yang demikian, maka bersegeralah mengobati secara sugesti, agar penanganan tidak berupa obat anti depresi ataupun obat anti stress, karena diketahui bahwa jika menanamkan sugesti yang baik terhadap usia belia, maka nantinya akan didapatkan hasil yang maksimal, dengan penanganan yang minimal (Maldonado dkk, 1998).

3.7 Penanganan Amnesia Disosiatif

Gangguan disosiatif merupakan produk akhir dari pengalaman traumatis yang kuat pada masa kanak-kanak, khususnya mencakup penyiksaan atau bentuk lain dari kesalahan penanganan emosi. Walaupun demikian, sebagai tambahan pengalaman kekerasan pada masa kanak-kanak, beberapa jenis peristiwa traumatis juga dapat menghasilkan pengalaman disosiatif, beberapa yang bersifat sementara dan beberapa lainnya berakhir dalam jangka waktu yang lama (Maldonado dkk, 1998).

Treatment untuk gangguan disosiatif ada bermacam-macam, sebagian besar karena kondisinya juga bervariasi. Tujuan utama dalam memberikan treatment terhadap orang dengan symptom-symptom disosiatif adalah dengan membawa kestabilan dan integrasi dalam hidup mereka. Hal yang penting dalam treatment mereka adalah membangun sebuah lingkungan yang aman, jauh dari stressor yang mengancam yang mungkin dapat membangkitkan disosiasi. Pada keamanan dalam konteks treatment, klinisi akan mengenalkan teknik yang menenangkan, beberapa bersifat psikoterapeutik dan yang lain bersifat

psikofarmakologis. Beberapa klinisi akan menambah obat dan intervensi, juga dapat membantu meningkatkan kondisi tenang. Obat yang paling umum digunakan adalah sodium pentobarbital dan sodium amobarbital yang memfasilitasi proses wawancara, khususnya pada klien yang mengalami amnesia disosiatif dan fugue disosiatif. Jika amnesianya telah hilang, maka klinisi akan membantu klien menemukan kejadian apa dan factor-faktor apa yang menyebabkan amnesia (Maldonado dkk, 1998).

Gangguan disosiatif menyajikan kesempatan unik menghargai kompleksitas pikiran manusia dan variasi cara yang tak biasa ketika beberapa orang merespons pengalaman-pengalaman hidup yang penuh tekanan. Penting untuk mengingat bahwa gangguan *amnesia* dan *fugue* sangat jarang terjadi dan sulit untuk diterapi, meskipun penjelasan yang saat ini ada bergantung pada perspektif psikologis (Maldonado dkk, 1998).

3.8 Penanganan Depersonalisasi

Karena gangguan disosiatif tampaknya dipicu sebagai respon terhadap trauma atau pelecehan, Pengobatan untuk individu dengan gangguan tersebut adalah psikoterapi stress, meskipun kombinasi perawatan psychopharmacological dan psikososial sering digunakan. Banyak gejala gangguan disosiatif terjadi dengan gangguan lain, seperti kecemasan dan depresi, dan dapat dihilangkan dengan mengatasi penyebab dari kecemasan dan depresi. Sedangkan obat yang sama digunakan untuk kecemasan dan depresi (misalnya, anti ansietas obat atau antidepresan) sering diresepkan untuk orang dalam pengobatan untuk gangguan disosiatif, gejala kecemasan dan depresi juga bisa mendapatkan keuntungan dari psikoterapi. Pengobatan gangguan depersonalisasi dapat meliputi, antara lain:

Konseling psikologis

Konseling psikologis akan membantu pasien memahami mengapa terjadi depersonalisasi dan melatih pasien untuk

berhenti khawatir mengenai gejala yang terjadi. Gangguan depersonalisasi juga dapat membaik ketika konseling membantu dengan kondisi psikologis lain, seperti depresi (Maldonado dkk, 1998).

Obat-obatan

Meskipun tidak ada obat khusus yang telah disetujui untuk mengobati gangguan depersonalisasi. Namun, sejumlah obat yang umumnya digunakan untuk mengobati depresi dan kecemasan juga dapat membantu kondisi gangguan depersonalisasi. Beberapa contoh yang telah ditunjukkan untuk meredakan gejala tersebut termasuk:

Fluoxetine (Prozac)

Fluoxetine adalah salah satu obat diandalkan untuk pengobatan depresi. mekanisme aksi dari Fluoxetine adalah dengan meningkatkan tingkat serotonin dalam otak. bahwa Pasien dengan Depresi memiliki tingkat serotonin dalam otak mereka. Fluoxetine memudahkan gejala depresi dengan memperlakukan ketidakseimbangan serotonin dalam otak (Butcher dkk, 2008).

Clomipramine (Anafranil)

Anafranil 10 mg merupakan obat antidepresan yang mengandung Clomipramine 10 mg. Anafranil termasuk ke dalam kelas *tricyclic antidepressant* (TCA). Clomipramine merupakan penghambat selektif kuat dari *reuptake* serotonin, antagonis dari reseptor histamin H1, reseptor asetilkolin, dan reseptor adrenergik α_1 (Butcher dkk, 2008).

Anafranil digunakan untuk penanganan gangguan obsesif kompulsif, Gangguan depresi menyeluruh, Gangguan panik dengan atau tanpa agoraphobia, Gangguan dismorfik tubuh, Ejakulasi dini, Gangguan nyeri kronis dengan atau tanpa penyakit organik, paling sering berupa nyeri kepala (Butcher dkk, 2008).

Anafranil tidak boleh digunakan pada pasien dengan riwayat alergi atau hipersensitivitas pada Clomipramine, atau golongan trisiklik antidepresan lainnya. Pasien dengan riwayat serangan jantung,

pasien dengan gangguan irama jantung, pasien dengan gangguan manik, pasien dengan gagal hati berat, pasien dengan glukoma, pasien dengan gangguan ginjal berat atau gangguan mikturisi (buang air kecil). Penggunaan Anafranil pada ibu hamil berkaitan dengan adanya kelainan jantung congenital pada janin, dan berkaitan dengan gejala putus zat pada bayi baru lahir. Anafranil juga dapat masuk ke dalam air susu ibu, sehingga ibu menyusui dilarang menggunakan obat ini (Butcher dkk, 2008).

Efek samping yang paling sering ketika menggunakan Anafranil adalah mual, muntah, mulut kering, gangguan penglihatan, konstipasi, peningkatan nafsu makan, peningkatan berat badan, pusing berputar, nyeri kepala, rasa mengantuk, gelisah, dan gangguan ereksi/impotensi. Efek samping yang jarang terjadi di antaranya adalah kelemahan otot, gangguan berbicara, kelumpuhan sesaat, gangguan ingatan, gangguan tidur, gangguan manik, gangguan cemas, pembesaran payudara, galaktorea (keluar air susu), gangguan keseimbangan, gangguan irama jantung dan peningkatan tekanan darah (Butcher dkk, 2008).

Penggunaan Anafranil dapat digunakan dalam rentang dosis 25 mg hingga 200 mg per hari dalam dosis terbagi, obat ini dikonsumsi dalam keadaan perut terisi atau setelah makan guna mengurangi efek samping pada saluran makan. Pada pasien yang baru menggunakan Anafranil dapat dimulai dengan dosis ringan 10 mg per hari dua hingga tiga tablet, kemudian ditingkatkan dosisnya secara bertahap. Memberhentikan penggunaan Anafranil harus dilakukan secara bertahap, yaitu dimulai dengan penurunan dosis hingga akhirnya berhenti, hal ini dilakukan untuk mencegah ketergantungan dan munculnya gejala putus zat (Butcher dkk, 2008).

Clonazepam (Klonopin)

Klonopin mengandung clonazepam. Clonazepam digunakan sendiri atau bersama-sama dengan obat lain untuk mengobati kejang tertentu atau gangguan kejang, misalnya, sindrom

Lennox Gastaut, akinetic atau kejang mioklonik). Hal tersebut juga digunakan untuk mengobati gangguan panik pada beberapa pasien. Clonazepam adalah termasuk golongan benzodiazepin. Benzodiazepin termasuk dalam kelompok obat yang disebut sebagai depresan sistem saraf pusat (SSP), yang adalah obat untuk memperlambat sistem saraf. Fungsi dari obat ini ialah untuk mengatasi gangguan kejang dan gangguan panik. Obat tersebut hanya dapat diperoleh dengan resep dokter (Butcher dkk, 2008).

Penanganan Gangguan Kepribadian Schizoid

Adapun cara yang dapat dilakukan dalam menangani gangguan kepribadian Schizoid adalah sebagai berikut:

- Diberikan berupa melakukan kegiatan untuk meningkatkan sosialisasi dari pasien itu sendiri
- Hindari pengisolasian dan perawatan secara institusional
- Libatkan pasien dalam terapi okupasi dan terapi secara berkelompok
- Tingkatkan fungsi klien dalam masyarakat
- Bantu klien untuk mendapatkan manajer kasus
- Psikoterapi: psikoterapi suportif, bimbingan dalam cara hidup, anjuran untuk mengambil bagian dalam kegiatan sosial dan hubungan antar manusia
- Farmakologi terapi: farmakoterapi dengan antipsikotik dosis kecil, antidepresan dan psikostimulan telah efektif pada beberapa pasien.

3.9 Penanganan Gangguan Kepribadian Schizotypal

Kembangkan keterampilan perawatan diri (klien) dan keterampilan sosial serta perbaikan fungsi masyarakat, klien didorong untuk melakukan kegiatan rutin sehari-hari dan membantu klien untuk memutuskan kapan tugas *hygiene* dan berhias diperlukan. Dan juga dapat membantu dengan meminta klien untuk membuat daftar orang-orang di masyarakat yang harus ia hubungi untuk kemudian dapat memperbaiki keterampilan sosial

klien untuk berbicara jelas kepada orang lain dan mengurangi perbincangan aneh.

Psikoterapi: pikiran yang aneh dan ganjil dari pasien gangguan kepribadian Schizotypal harus ditangani dengan berhati-hati. Beberapa pasien terlibat dalam pemujaan, praktek religius yang aneh, dan okultis. Ahli terapi tidak boleh menertawakan aktivitas tersebut atau mengadili kepercayaan atau aktivitas mereka.

Farmakoterapi: Medikasi antipsikotik berguna untuk mengatasi gagasan mengenai diri sendiri, waham, dan gejala lain dari gangguan dan dapat digunakan bersama-sama dengan psikoterapi. Hasil yang positif telah dilaporkan dengan haloperidol. Anti depresan digunakan jika ditemukan suatu komponen depresif dari kepribadian.

Adapun penanganan yang dapat dilakukan pada gangguan kepribadian Anti Sosial ini adalah sebagai berikut:

- Meningkatkan perilaku bertanggung jawab. Penetapan batasan, mengidentifikasi konsekuensi melanggar batasan dan perilaku yang diharapkan atau yang dapat diterima. Menjelaskan perilaku bermasalah dan mempertahankan klien tetap fokus pada dirinya.
- Membantu klien menyelesaikan masalah dan mengendalikan emosi. Ajarkan individu (klien) untuk menyelesaikan masalah secara efektif dan mengatasi emosi marah atau frustrasi.
- Meningkatkan performa peran, mengidentifikasi hambatan untuk menjalankan peran, dan mengurangi atau menghentikan penggunaan obat-obatan dan alkohol.
- Psikoterapi: belum diketahui pengobatan yang optimal tetapi dokter dapat membantu penderita dan keluarganya mengambil keputusan tentang penanganan. Bila perlu dapat diadakan institusionalisasi untuk sementara waktu. Pada umumnya dapat dianjurkan kedua-duanya baik terapi individual maupun terapi kelompok. Kadang-kadang terjadi

perbaikan terutama pada umur 30 dan 40 tahun. Perbaikan ini tidak harus disertai dengan penyesuaian diri yang baik. Banyak penderita yang masih terus memperlihatkan kesukaran hubungan antar manusia, iritabilitas, rasa permusuhan terhadap suami atau istri, tetangga dan agama. Alasan yang sering diberikan oleh penderita tentang perbaikan ini adalah kematangan, perkawinan, takut dipenjarakan dan tanggung jawab yang bertambah.

- Farmakoterapi: digunakan untuk menghadapi gejala yang diperkirakan akan timbul seperti kecemasan, penyerangan, dan depresi – tetapi, karena pasien seringkali merupakan penyalahgunaan zat, obat harus digunakan secara bijaksana. Jika pasien menunjukkan bukti-bukti adanya gangguan defisit-atenasi hiperaktivitas, psikostimulan, seperti methylphenidate (Ritalin), mungkin digunakan. Harus dilakukan usaha untuk mengubah metabolisme katekolamin dengan obat-obatan dan untuk mengendalikan perilaku impulsif dengan obat antiepileptik, khususnya jika bentuk gelombang abnormal ditemukan pada EEG.

3.10 Penanganan Gangguan Kepribadian Borderline

Adapun penanganan yang dapat dilakukan gangguan kepribadian borderline adalah sebagai berikut:

- Tingkatkan keamanan
- Bantu klien mengatasi dan mengendalikan emosi
- Teknik restrukturisasi kognitif
- Dekatastrofe situasi
- Berbicara positif dengan diri sendiri
- Membuat daftar aktivitas untuk menghilangkan kebosanan
- Ajarkan keterampilan sosial
- Harapan realistis dari hubungan
- Psikoterapi: interaksi dengan anggota staf yang terlatih dari berbagai disiplin dan dibekali dengan terapi kerja, rekreasional, dan kejuruan.
- Farmakoterapi: antidepresan memperbaiki mood yang terdepresi yang sering ditemukan pada pasien. MAOI adalah

efektif dalam memodulasi perilaku impulsif pada beberapa pasien. Benzodiazepin, khususnya alprazolam, membantu kecemasan dan depresi, tetapi beberapa pasien menunjukkan disinhibusi dengan kelas obat tersebut. Antikonvulsan seperti karbamazepin, padat meningkatkan fungsi global pada beberapa pasien. Obat serotonergik, seperti fluoxetine, adalah membantu pada beberapa kasus.

3.11 Penanganan Gangguan Kepribadian Histrionic

Adapun langkah yang dapat dilakukan dalam menghadapi gangguan kepribadian Histrionic adalah sebagai berikut:

- Ajarkan keterampilan sosial
- Berikan umpan balik faktual tentang perilaku
- Psikoterapi: dokter harus waspada bila pada permulaan pengobatan sudah kelihatan ada perbaikan, karena ini mungkin hanya untuk menyenangkannya. Karena kemampuan komunikasinya kurang, maka yang dibimbing adalah perilaku yang nyata saja.

Farmakoterapi: dapat ditambahkan jika gejala adalah menjadi sasarannya (seperti penggunaan antidepresan untuk depresi dan keluhan somatik, obat antiansietas untuk kecemasan dan antipsikotik untuk derealisasi dan ilusi).

3.12 Penanganan Gangguan Kepribadian Narcissistic

- Pendekatan yang dilakukan untuk klien yang mengalami gangguan narsistik ialah pendekatan sesuai fakta. Dalam melakukan terapi yang diperlukan ialah kerjasama dan ajarkan klien keterampilan perawatan diri sesuai kebutuhannya.
- Psikoterapi: dokter psikiatrik seperti Otto Kernberg & Heinz Kohut menganjurkan pemakaian pendekatan psikoanalitik untuk mendapatkan perubahan; tetapi banyak penelitian yang diperlukan untuk mengabsahkan diagnosis dan untuk menentukan terapi yang terbaik.

- Farmakoterapi: lithium telah digunakan pada pasien yang memiliki pergeseran mood sebagai bagian dari gambaran klinis. Karena pasien gangguan kepribadian narsistik mentoleransi penolakan secara buruk dan adalah rentan terhadap depresi, suatu anti depresan mungkin juga digunakan.

3.13 Penanganan Gangguan Kepribadian Avoidant

- Memberikan dukungan dan menenangkan mereka ketika mulai merasa cemas merupakan sesuatu yang harus dilakukan oleh terapi untuk klien-nya. Ketika mereka mulai tidak berani untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya atau mulai menutup dirinya bantulah klien untuk meningkatkan harga dirinya.
- Psikoterapi: latihan ketegasan adalah bentuk terapi perilaku yang dapat mengajarkan pasien untuk mengekspresikan kebutuhan mereka secara terbuka dan untuk meningkatkan harga diri mereka.
- Farmakoterapi: telah digunakan untuk menangani kecemasan dan depresi jika ditemukan sebagai gambaran beta, seperti atenolol (Tenormin), untuk mengatasi hiperaktivitas sistem saraf otonomik, yang cenderung tinggi pada pasien dengan gangguan kepribadian menghindari, khususnya jika mereka menghadapi situasi yang menakutkan.

3.14 Penanganan Gangguan Kepribadian Dependent

- Klien penderita gangguan ini sebenarnya akan sering mengunjungi terapi untuk menangani segala masalahnya, tapi sebenarnya di situlah masalah terjadi. Klien jadi tidak ingin menyelesaikan masalah secara mandiri. Terapi yang cocok digunakan menurut Milon et. all, 2000 dalam Nolen, Susan, 2006 adalah Nondirective & Humanistik terapi. Hal ini karena dalam dua terapi tersebut terapis bukan menjadi pusat yang menentukan pembicaraan, namun klien lah yang

berhak membawa ke arah mana terapi berlangsung dan juga dapat membangun otonomi dan keyakinan diri pada penderita.

- Terapi Kognitif-Behavioral juga cukup membantu klien meningkatkan perilaku asertif, menurunkan kecemasan, dan melawan keyakinan untuk tergantung pada orang lain.
- Psikoterapi: terapi perilaku, latihan ketegasan, terapi keluarga dan terapi kelompok, semuanya telah digunakan, dengan keberhasilan pada banyak kasus.
- Farmakoterapi: telah digunakan untuk mengatasi gejala spesifik seperti kecemasan dan depresi, yang sering merupakan gambaran penyerta gangguan kepribadian dependen. Pasien tersebut yang mengalami serangan panik atau yang memiliki tingkat kecemasan perpisahan yang tinggi mungkin tertolong oleh imipramine (Tofranil). Benzodiazepine dan obat serotonergik juga telah berguna. Jika depresi atau gejala menarik diri pada pasien merespon terhadap psikostimulan, obat tersebut digunakan.

3.15 Penanganan Gangguan Kepribadian Obsessive-Compulsive

- Terapi behavioral dapat digunakan untuk menurunkan perilaku Obsessive Compulsive seseorang. Dalam proses terapi yang dilakukan, klien diminta untuk mengubah jadwal perilaku kebiasaannya. Ketika seseorang merasa cemas selama proses pengubahan jadwal kebiasaannya, maka pada pertemuan selanjutnya terapis harus membantu untuk mengurangi kecemasannya. Dorong untuk bernegosiasi dengan orang lain, bantu klien untuk membuat keputusan dan menyelesaikan pekerjaan tepat waktu.
- Psikoterapi: individu ini sama sekali tidak merasa sakit, abnormal atau menyimpang. Ia tidak dapat dibawa berobat ke dokter oleh orang di lingkungan yang menderita karenanya, juga karena perilakunya sering berguna dalam masyarakat atau pekerjaan. Bila penderita mengalami

gangguan badaniah atau gangguan psikiatrik yang lain sehingga ia mengunjungi seorang dokter, maka hubungan penderita-dokter ini dapat dijadikan hubungan yang dependen pada dokter dalam jangka panjang. Dan dengan nasehat serta efek obat apa saja maka paling sedikit keadaannya dan akibat pada lingkungannya dapat dicegah jangan sampai bertambah buruk.

- Farmakoterapi: Clonazepam (Klonopin) adalah suatu benzodiazepine dengan antikonvulsan; pemakaian obat ini telah menurunkan gejala pada pasien dengan gangguan kepribadian Obsessive-Compulsive parah. Apakah obat ini digunakan pada gangguan kepribadian adalah tidak diketahui. Clomipramine (Anafranil) dan obat serotonergik tertentu seperti fluoxetine mungkin berguna jika tanda dan gejala Obsessive-Compulsive timbul.

3.16 Penanganan Gangguan Kesehatan Mental pada Anak

Gangguan Kesehatan mental dapat diobati secara formal dan informal. Pengobatan secara informal yaitu sebagai berikut:

- a. Berusaha memahami hakekat manusia yang mempunyai pembawaan dan pengalaman yang berbeda-beda dengan segala kelebihan dan kekurangannya.
- b. Termasuk memahami diri sendiri yang bisa dilakukan dengan intropeksi diri.
- c. Konsultasi pada orang yang dianggap bisa memahami membantu mengatasi masalahnya.
- d. Mencurahkan isi hatinya kepada orang yang dipercayainya.
- e. Berfikir positif dengan memandang segala sesuatu dari aspek positif atau hikmahnya
- f. Realistis yaitu dengan menerima kenyataan/fakta secara rasional.
- g. Berusaha menyesuaikan diri dengan cara sebagai berikut:
 - Alloplasties yaitu dengan mengubah sikap perilaku diri sendiri agar sesuai dengan situasi dan kondisi

lingkungan, jika diri sendiri tidak mungkin/mampu mengubah situasi dan kondisi lingkungan.

- Geneplasties yaitu dengan mengadakan perubahan pada diri sendiri dan pada lingkungan, sepanjang hal tersebut memungkinkan.
- Autoplasties yaitu mengubah situasi dan kondisi lingkungan sesuai dengan yang kita harapkan, sepanjang hal tersebut memungkinkan, baik secara kemampuan, kemauan, kewenangan maupun peluang sehingga seseorang akan merasa lebih baik, senang, nyaman dan bahagia.

h. Melakukan rekreasi dan olahraga ringan agar secara fisik maupun mental seseorang merasa lebih segar dan enak.

i. Melakukan relaksasi misalnya dengan program latihan relaksasi, massage, rekreasi dan sebagainya yang akan membuat seseorang merasa lebih tenang.

j. Berdoa dan berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, sehingga seseorang akan merasa tenang, tentram dan damai.

Ketidakmampuan seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya maupun pada lingkungannya dikenal dengan istilah stress. Sehubungan dengan hal tersebut Hans Selye (1976) dalam *"The Stress Life"* menuliskan beberapa cara untuk mengatasi stress, yaitu:

- Ubah lingkungan kerja dan lingkungan sosial.
- Pelajari emosi yang dilahirkan oleh persepsi dan opini Anda.
- Berusaha untuk rileks, tenang dalam menghadapi tugas maupun masalah.
- Pelihara fisik anda dengan gizi yang memadai dan berolahraga yang teratur.
- Penuhi kebutuhana rohani dengan berdoa, laksanakan ajaran dengan sebaik-baiknya sesuai dengan keyakinan.

k. Masuk perkumpulan sosial.

Pengobatan informal ini dapat berupa partisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan mental

dan fisik secara keseluruhan, dan didukung oleh filsafat atau ideologi tertentu mengenai bagaimana seseorang harus hidup.

Selain itu gangguan kesehatan mental dapat ditangani dengan pengobatan formal. Pengobatan formal menyangkut segala bentuk terapi, perawatan medis atau lainnya yang dilakukan semata-mata untuk meringankan masalah-masalah mental. Kegiatan ini meliputi berbagai bentuk kegiatan psikoanalisis, terapi tingkahlaku, terapi umum atau konseling

3.17 Metode Penanganan Gangguan Kesehatan Mental

Pilihan pengobatan umum atau formal untuk anak-anak yang memiliki kondisi kesehatan mental meliputi:

Psikoterapi adalah suatu interaksi sistematis antara klien dengan terapis yang menyertakan prinsi-prinsip psikologis untuk melakukan perubahan pada perilaku, pikiran dan perasaan klien, dengan tujuan untuk membantu klien mengatasi perilaku abnormal, memecahkan masalah dalam kehidupan, atau berkembang sebagai individu. Ciri-ciri dari psikoterapi:

1. Interaksi yang sistematis, Proses psikoterapi melibatkan interaksi sistematis antara klien dan terapis. Sistematis artinya terapis mengarahkan interaksi ini dengan rencana dan tujuan yang merefleksikan sudut pandang teoritis mereka.
2. Prinsip psikologis, Dalam terapinya psikoterapis menggunakan prinsip-prinsip, penelitian dan teori psikologis.
3. Perilaku, pemikiran dan perasaan, Psikoterapi dapat diarahkan pada domain perilaku, kognitif dan emosional untuk membantu klien mengatasi masalah psikologis dan mengarah pada kehidupan yang lebih memuaskan.
4. Perilaku abnormal, pemecahan masalah, dan pertumbuhan pribadi, Setidaknya terdapat tiga kelompok orang yang dibantu oleh psikoterapi. *Pertama* adalah orang-orang

dengan masalah perilaku abnormal seperti gangguan mood, gangguan kecemasan, atau skizofrenia. *kedua*, adalah orang-orang yang mencari bantuan untuk masalah pribadi yang tidak dianggap sebagai abnormal, seperti rasa malu sosial atau kebingungan dalam memilih karir. *ketiga*, adalah orang-orang yang mencari pertumbuhan pribadi. Bagi mereka, psikoterapi berarti self-discovery yang dapat membantu mereka mencapai potensi-potensi mereka, contohnya orang tua, artis kreatif, pemain film atau atlet.

Psikoterapi juga memiliki ciri-ciri lain salah satunya psikoterapi melibatkan interaksi verbal. Psikoterapi adalah terapi bicara, bentuk pertukaran antara klien dan terapis yang melibatkan pembicaraan atau percakapan. Ciri umum lainnya adalah menanamkan pada klien harapan dan kemajuan. pada umumnya klien memasuki terapi dengan harapan untuk menerima bantuan dan mengatasi masalah.

Terapi psikodinamika

Sigmund Freud merupakan rumus teori pertama yang mengembangkan model psikologis model psikodinamika dari perilaku abnormal. Terapi psikodinamika membantu individu untuk memperoleh insight mengenai dan mengatasi konflik bawah sadar yang dipercaya merupakan akar dari perilaku abnormal. Psikodinamika, terapi yang membantu individu untuk memperoleh insight tentang konflik dan menyelesaikan konflik yang tidak disadari.

Pendekatan psikodinamika modern

Psikodinamika modern dilakukan dalam bentuk interaksi lebih langsung yang berhadapan dibandingkan psikoanalisis rasional Freud. Pendekatan psikodinamika modern umumnya lebih singkat dan berfokus pada eksplorasi langsung dari segi pertahanan diri dan hubungan referensi.

Terapi Perilaku

Merupakan aplikasi sistematis dari prinsip-prinsip belajar untuk menangani gangguan psikologis. Karena terfokusnya pada perubahan perilaku bukan perubahan kepribadian atau menggali masal lalu secara mendalam tetapi perilaku relative singkat, berlangsung umumnya dari beberapa minggu sampai beberapa bulan. Terapis Perilaku, seperti terapis lainnya, mencoba mengembangkan hubungan terapeutik yang hanya dengan klien. Tetapi mereka percaya bahwa kemampuan khusus kemampuan terapi perilaku berasal dari teknik-teknik yang berbasis pembelajaran bukan dari hubungan terapeutik.

Terapi Humanistik

Terapi Psikodinamika cenderung berfokus pada proses-proses bawah sadar seperti konflik internal. Teraapi Humanistik berfokus pada pengalaman klien yang subjektif dan disadari. Seperti terapis perilaku. Terapis humanistic juga lebih berfokus pada apa yang dialami klien saat ini, disini dan sekarang dari pada masa lalu. Keduanya mengasumsikan bahwa masa lalu mempengaruhi perilaku dan perasaan pada masa kini mencoba untuk memperluas self-insight klien. Bentuk terapi ini adalah terapi terpusat pada individu juga terpusat pada klien

DAFTAR PUSTAKA

- Albin, R.S. 1986. *Emosi, Bagaimana Mengenal, Menerima dan Mengarahkannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV, (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric
- Antonius, A, G. 2013. PSYCHOLOGICAL DISORDER PERILAKU ABNORMAL: MITOS DAN KENYATAAN. HUMANIORA Vol.4 No.1 April 2013: 692-704.
- Baron, R. and Byrne, D. 1994. *Social Psychology: Understanding Human Interaction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Beck, A. T. 1997. Cognitive Therapy: Reflections. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Blumberg, S.R. and Hokanson, J.E. 1983. The Effects of Another Person's Respons Style on Interpersonal Behavior in Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 196 – 209.
- Butcher, J. N., Mineka, S., Hooley, J. M. 2008. *Abnormal Psychology: Core Concepts*. Boston; Pearson.
- Clarke-Stewart, A and Koch, J.B. 1983. *Children Development through Adolencece*. New York: John Wiley & Sons.
- Culbertson, F.M. 1997. Depresion and Gender. *American Psychologist*, 51, pp. 23-31.
- Derajat, Zakiah. 1996. *Kesehatan Mental*. Jakarta: PT. Gunung Agung.
- Indriyani Lestari Devi, dkk. 2014. MAKALAH GANGGUAN DISOSIATIF PSIKOLOGI ABNORMAL DAN KLINIS. PRODI PSIKOLOGI FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA, YOGYAKARTA.
- Kartini Kartono. 2000 *Psikologi Abnormal*. Bandung: Mandar Maju.

- Kuntjojo. 2009. PSIKOLOGI ABNORMAL. PROGRAM STUDI BIMBINGAN DAN KONSELING. UNIVERSITAS NUSANTARA PGRI KEDIRI.
- Maldonado J, Butler L, dan Spiegel D. 1998. *Treatment for Dissosiative Disorder*. New York: Oxford University.
- Maramis, W.F. 2008. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University.
- Merriem-Webster OnLine. 2009. Abnormal Psychology. Terdapat pada: <http://www.aolsvc.merriem-webster.aol.com/>. Diakses pada 10 November 2009.
- SOFIANI. 2018. BIMBINGAN ORANG TUA TERHADAP ANAK ABNORMAL (Studi Kasus Keluarga Ibu Elly Harahap di Kelurahan Tegal Sari). *Skripsi*. FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI, UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA, MEDAN.
- Weiten, W. 2002. Psychology. Themes & Variations, Fifth Edition, Briefer Version. Belmont, USA: Wadsworth-Thomson Learning.
- Wikipedia, the Free Encyclopedia. 2009. Psychosis. Terdapat pada: <http://www.En.wikipedia.org/wiki/Psychosis>. Diakses pada 10 November 2009.

BAB IV

STRESS

Oleh Laila Meiliyandrie Indah Wardani

4.1 Pendahuluan

Stingere yang berarti *stictus* atau keras, hingga saat ini dikenal sebagai stres (Cox, 1978). Stres diartikan sebagai gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor luar (KBBI, 2022). Stres juga didefinisikan sebagai segala bentuk perubahan yang menimbulkan tekanan fisik, emosional, atau psikologis disebut juga sebagai stres (WHO, 2021). Stres merupakan reaksi tubuh seseorang terhadap apa pun yang menuntut fokus atau tindakan. Mason (Folkman, 2011) mengidentifikasi tiga jenis definisi stress, yaitu: stres lingkungan, atau stresor; stres individu, atau keadaan organisme; dan tekanan sebagai hasil dari transaksi antara individu dengan lingkungan. Keadaan atau situasi internal yang bisa disebabkan dari tuntutan fisik yang berasal dari tubuh atau kondisi dilingkungan dan sosial merupakan definisi dari stres (Atika & Wardani, 2021; Wardani, Depati, Sombuling, & Risnawati, 2022; Wardani & Depati, 2022). Stres terjadi karena adanya hubungan antara individu dengan lingkungannya yang dianggap sebagai ketidakmampuan atau tuntutan baik dari dalam diri maupun dari lingkungannya dalam menghadapi keadaan mengancam, membahayakan, membebani, ataupun melampaui kapasitas kemampuan individu sehingga memiliki potensi ancaman terhadap emosi maupun fisik (Lazarus & Folkman, 1984; Monat & Lazarus, 1991; Baron & Byrne, 2003).

Stres disebut juga pendekatan interaksional karena memposisikan individu sebagai agen aktif dalam menerima stimulus stressor dan melakukan proses terhadap stressor dengan kognisi, tingkah laku, dan strategi emosi untuk penyesuaian berkelanjutan antara individu dan lingkungannya sehingga terjadi

interaksi (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; DeLongis & O'Brien, 1990; Aldwin, 1994).

Stres dapat mempengaruhi setiap orang sampai batas tertentu. Stres tidak selalu berdampak negatif (*distress*), stres juga dapat memberikan dampak positif pada individu atau disebut juga sebagai *eustress* (Gadzella, Buloglu, Masten, dan Wang, 2012). Namun, cara seseorang dalam menangani stres akan berdampak signifikan pada perasaannya secara keseluruhan. Beberapa peneliti menemukan bahwa stres dan depresi dikaitkan dengan gejala seperti ketidakmampuan untuk berkonsentrasi pada pekerjaan, sulit tidur, perasaan sedih atau marah, sementara sindrom depresi mencakup tanda-tanda wajah suram, tampak kuyu, selalu sedih, penarikan diri dari pergaulan, kemalasan, ketidakmampuan untuk melakukan tugas, menjadi lambat, dan berpikir untuk bunuh diri (Girard, Cohn, Mahoor, Mavadati, Hammal, & Rosenwald, 2014; Tolentino & Schmidt, 2018; Ormel, Cuijpers, Jorm, & Schoevers, 2020).

Plaut dan Friedman (1981), menemukan keterhubungan antara stress dan kesehatan. Mills (1982) mengungkapkan bahwa stress merupakan bentuk reaksi individu ketika merasa khawatir, cemas, malu, ataupun marah terhadap tuntutan dari dalam maupun luar dirinya. Nevid, Rathus, dan Greene, 2018 menyatakan bahwa stres yang berterusan akan mempengaruhi kemampuan individu dalam penyesuaian sehingga akhirnya akan menyebabkan gangguan fisik seperti merasa sakit kepala, kelelahan serta distress emosional dalam bentuk *anxiety* maupun depresi. Stress dan depresi dikatakan dapat menurunkan ketahanan tubuh, imunitas, dan ketahanan tubuh atas alergi tertentu. Stres atau gejala depresi dapat terlihat dari gangguan fisik seperti sesak nafas, gangguan pola makan, gangguan tidur, serta gangguan seksual yang pada level tinggi dapat membuat penderita mudah sekali merasa sedih, merasa tak berharga bahkan tak bahagia (Watson, et. al., 1995).

4.2 Stresor

Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan stresor sebagai situasi berupa keadaan lingkungan, sosial, serta fisik yang dapat menjadi stimulus yang menyebabkan stres pada individu. Stimulus stres dapat berasal dari dalam maupun dari luar individu. Stresor menurut Cohen dan Lazarus (1979) dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

a. *Cataclysmic events*

Stresor yang dapat menyebabkan perubahan besar, terjadi secara tiba-tiba di luar kendali siapapun dan biasanya memengaruhi banyak orang (Schooler, 2002). Contohnya bencana alam (gempa bumi, badai, tornado) dan perang.

b. *Personal stressors*

Stresor yang berasal dari situasi yang dianggap penting oleh individu dan situasi ini juga dapat memengaruhi beberapa orang tertentu, serta membutuhkan coping yang kuat (O'reilly, McNeill, Mavor, & Anderson, 2014). Contohnya kematian, penyakit yang mematikan, perceraian, kehilangan pekerjaan, dsb.

c. *Background stressors*

Stresor dapat berasal dari suatu permasalahan dalam kehidupan sehari-hari. Lazarus & Folkman (1984) berpendapat bahwa stresor kategori ini memiliki dampak yang kecil pada individu, namun jika terjadi secara terus menerus akan mengganggu dan menyebabkan stress negatif. Ketika individu gagal untuk beradaptasi dan tidak mampu menyelesaikan permasalahannya maka dapat mempengaruhi Kesehatan mental maupun fisik individu tersebut (Lazarus & Folkman, 1984). Contohnya pertengkaran, perasaan kesepian, berselisih paham dengan pasangan, konflik dan tanggung jawab dalam pekerjaan. yang berasal dari atau pertengkaran yang terjadi di setiap harinya, misalnya masalah dalam pekerjaan.

4.3 Aspek-aspek Stres

Stres adalah situasi atau kondisi fisik maupun psikologis yang dipersepsikan sebagai ancaman yang potensial terhadap kesehatan fisik atau emosional (Baron dan Byrne, 2003). Sarafino dan Smith (2012) mengemukakan bahwa stres terdiri dari dua , yaitu aspek biologis dan aspek psikologis.

4.3.1 Aspek Biologis

Aspek biologis adalah stres berupa gejala-gejala fisik yang dirasakan oleh individu seperti gangguan tidur, gangguan makan, sakit kepala, produksi keringat yang berlebih, gangguan pencernaan, dan gangguan pada kulit. Gejala-gejala fisik ini juga disertai dengan adanya kekhawatiran, detak jantung tidak beraturan, otot-otot tegang, pernafasan tidak beraturan, gelisah, perubahan nafsu makan, dan lain-lain (Wilkinson, 2002). Ketika individu mengalami stres tubuh bereaksi dengan memobilisasi diri melalui sistem tubuh untuk beradaptasi dengan gejala stres (Lazarus, 1993).

4.3.2 Aspek Psikologis

Aspek psikologis ini stres berupa gejala-gejala psikis. Gejala psikis terbagi menjadi tiga bagian yaitu gejala kognisi, gejala emosi, dan gejala tingkah laku.

a. Gejala Kognisi

Gejala kognisi merupakan hasil dari proses *appraisal* akan memengaruhi individu dalam proses berpikir yang akan menimbulkan gangguan perhatian, konsentrasi, dan daya ingat. Gejala kognisi ini biasanya ditandai dengan perasaan takut gagal. Emosi tidak stabil, harga diri rendah, dan cemas akan masa depan.

b. Gejala Emosi

Gejala emosi merupakan bentuk interpretasi atau penilaian kognitif individu terhadap lingkungannya yang berkaitan dengan harapan, tujuan, kebutuhan, maupun perhatian

(Lazarus & Folkman, 1984). Ketika individu didominasi oleh emosi negatif berupa perasaan marah, depresi, ataupun cemas berlebihan, mudah merasa sedih, tiba-tiba menangis, impulsif, sering panik, hal ini menjadi indikasi bahwa individu memberikan penilaian terhadap stresor yang dianggap akan menjadi ancaman yang merugikan atau melukainya (Lazarus & Folkman, 1984 ; Wilkinson, 2002). Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan pada kestabilan emosi.

c. Gejala Tingkah Laku

Gejala tingkah laku adalah bentuk upaya dari individu dalam usahanya untuk menghilangkan ataupun mengurangi stres yang dirasakannya. Gejala ini dapat menyebabkan individu berperilaku negatif yang dapat menimbulkan masalah dalam hubungan interpersonal. Kondisi ini ditunjukkan dengan hilangnya minat, kesulitan untuk bekerja sama, tegang, mudah terkejut, makan berlebih, diet tidak sehat, olah raga berlebih, merokok, mengkonsumsi alkohol, obat-obatan, dan adanya kebutuhan seks yang meningkat (Wilkinson, 2002). Gejala perilaku ini merupakan reaksi individu terhadap stresor secara langsung (*fight*) dan secara tidak langsung (*flight*) dengan menarik diri dari stresor.

4.4 Tingkatan Stres

Tingkatan stress dibagi menjadi stress ringan, stress sedang, dan stress berat, adapun tingkatan stres menurut Priyoto (2014) adalah sebagai berikut:

4.4.1 Stres Ringan

Stres ringan dapat dialami oleh setiap individu secara terus menerus sehingga adanya kritikan dari orang lain, lupa, ataupun Menurut Rasmun (2004), stres biasanya tidak terjadi dalam jangka waktu yang cukup lama, stres ini bisa terjadi hanya dalam beberapa menit atau jam saja.

4.4.2 Stres Sedang

Berbeda halnya dengan stress ringan, stres sedang dapat dirasakan dan terjadi dengan jangka waktu yang lebih lama. Stres kategori sedang ini menurut Rasmun (2004) biasanya terjadi karena adanya masalah dengan anggota keluarga, ataupun teman yang belum terselesaikan.

4.4.3 Stres Berat

Stres berat terjadi dalam jangka waktu yang cukup lama dan dapat terjadi hingga beberapa minggu, beberapa bulan, dan bahkan menahun (Rasmun, 2004). Situasi ini dapat menyebabkan individu merasa kehilangan kepercayaan diri, harga diri, menarik diri dari lingkungannya, menjadi lebih mudah marah, mudah tersinggung, dan dapat menyebabkan depresi (Ferawati & Amiyakun, 2015). Stres berat dapat terjadi karena adanya kegagalan dalam hubungan romantis berulang, kehilangan orang terdekat, memiliki penyakit kronis, kesulitan ekonomi berkepanjangan, dan lain sebagainya.

4.5 Jenis-jenis Stres

Stres dapat menimbulkan berdampak negatif (*distress*) dan juga dampak positif (*eustress*) pada individu (Gadzella, Buloglu, Masten, dan Wang, 2012). Berney & Selye (1991, dalam Dewi, 2012) mengemukakan empat jenis stres berdasarkan efek stres terhadap individu yaitu *eustress*, *distres*, *hyperstress*, dan *hypostress*.

4.5.1 Eustress

Eustress adalah stress yang dapat memberikan stimulasi dan kegairahan pada individu dan memberikan dampak positif yang akan bermanfaat bagi individu (Dewi, 2012). *Eustress* yang dialami oleh individu menurut Greenberg (2006) dianggap dapat meningkatkan kesehatan maupun kinerja jika *eustress* seimbang tidak melebihi batas maksimal atau berlebih (Gaol, 2016).

4.5.2 Distress

Distress adalah stres yang memiliki dampak negatif pada individu yang akan membahayakan (Dewi, 2012). Contohnya tuntutan kerja yang berlebihan sehingga menyebabkan individu sakit. *Distress* dapat mempengaruhi kinerja, kesehatan, dan hubungan interpersonal (Gaol, 2016). *Distress* dapat disebabkan karena banyaknya tuntutan yang dihadapi oleh individu dan melampaui kemampuan penerimaan dari individu baik fisik maupun psikologis dalam menghadapi stresor.

4.5.3 Hyperstress

Stres yang memiliki efek luar biasa pada individu yang mengalaminya, baik itu efek positif maupun negatif sehingga dapat membatasi kemampuan individu untuk beradaptasi (Dewi, 2012). Contohnya stres akibat pandemi covid-19 yang berkepanjangan, serangan teroris, *bullying*.

4.5.4 Hypostress

Stres yang terjadi karena stimulasi yang terbatas atau bahkan kurang bagi individu (Dewi, 2012). Contohnya, stres karena aktivitas yang berulang dan membosankan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Atika, S., & Wardani, L. M. I. (2021). *Core Self Evaluation and Coping Stress*. NEM.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2003). *Psikologi Sosial*. Erlangga.
- Cohen, F. and Lazarus, R. (1979) Coping with the stresses of illness, in *Health Psychology: A Handbook*, (eds George C. Stone, Frances Cohen and Nancy E. Adler), Jossey-Bass, San Francisco, Washington, London, pp. 217–54.
- DeLongis, A., & O'Brien, T. (1990). An interpersonal framework for stress and coping: An application to the families of Alzheimer's patients. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later-life families* (pp. 221–239). Hemisphere Publishing Corp.
- Dewi, K. S. (2012). *Kesehatan Mental*. Semarang: UPT Undip
- Fatmawati, V. & Imron, M. A. (2017). Perilaku koping pada lansia yang mengalami penurunan gerak dan fungsi. *Intuisi: Jurnal Psikologi Ilmiah*, 9(1), 26-38. Doi: 10.15294/intuisi.v9i1.9569
- Ferawati., & Amiyakun, S. (2015). Pengaruh pemberian terapi musik terhadap penurunan kecemasan dan tingkat stress mahasiswa semester vii ilmu keperawatan dalam menghadapi skripsi di sekolah tinggi ilmu kesehatan insan cendekia husada bojonegoro. *Jurnal Ilmu Kesehatan MAKIA*, 1(1). 1-10
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of stress, health, and coping* (pp. 3-11). Oxford University Press.

- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Gadzella, B. M., Baloglu, M., Masten, W. G., & Wang, Q. (2012). Evaluation of the student life-stress inventory-revised. *Journal of Instructional Psychology*, 39(2), 82-93.
- Gaol, N. T. L. (2016). Teori stress: Stimulus, respons, dan transaksional. *Buletin Psikologi*, 24(1), 1-11. Doi: 10.22146/bpsi.11224
- Girard, J. M., Cohn, J. F., Mahoor, M. H., Mavadati, S. M., Hammal, Z., & Rosenwald, D. P. (2020). Nonverbal social withdrawal in depression: Evidence from manual and automatic analyses. In E. L. Rosenberg & P. Ekman (Eds.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)* (pp. 472–486). Oxford University Press.
- Greenberg, J. S. (2006). Comprehensive stress management 10 th edition. New York, USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (10 Februari, 2023). Ditemukan kembali dari: *Stress*. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/stres>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. McGraw-Hill,
- Mills M.R. (1982). Psychological stress and coping techniques among selected elementary school principals. *Dissertation Abstract International*, P.167.
- Monat, A. & Lazarus, R. S. (Eds.). (1991). *Stress and coping: An Anthology*. 3rd Edition. Columbia University.

- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Psikologi Abnormal: di dunia yang harus berubah*. 9th edition. Penerbit Erlangga.
- O'reilly, E., McNeill, K. G., Mavor, K. I., & Anderson, K. (2014). Looking beyond personal stressors: An examination how academic stressor contribute to depression in Australian graduate medical students. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 26(1), 56-63. Doi: 10.1080/10401334.2013.857330
- Ormel, J., Cuijpers, P., Jorm, A., & Schoevers, R. A. (2020). What is needed to eradicate the depression epidemic, and why. *Mental Health & Prevention*, 17, 1-11. Doi: 10.1016/j.mhp.2019.200177
- Plaut, S. M., & Friedman, S. B. (1981). Stres, coping behavior and resistance to disease. Psychosomatic Medicine in a changing World: Theoretical, Clinical and Transcultural Aspects: Proceedings of the 6th World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Montreal, September 13-18, 1981 (1982). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1/4), 274-283.
- Priyoto. (2014). *Konsep Manajemen Stres*. Nuha Medika.
- Rasmun. (2004). *Stress, koping dan keperawatan*. CV. Sagung Seto.
- Sarafino, E. P., dan Smith, T. W. (2012). Health psychology: Biopsychosocial interactions (7th ed.). New York; John Wiley & Sons, Inc.
- Schooler, T. Y. (2002). Disasters, coping with. *International Encyclopedia of The Social & Behavioral Sciences*, pp. 3713-3718. Doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03812-2.
- Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 450. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00450>
- Wardani, L. M. I., & Depati, M. C. R. (2022). *Active coping style pada pharmacist di masa pandemic covid-19*. Penerbit NEM.
- Wardani, L. M. I., Depati, M. C. R, Sombuling, A., & Risnawati, E. (2022). Active coping style and pharmacist's burnout

- during pandemic covid-19: Core self-evaluation as a mediator. *International Journal of Health Sciences*, 6(3), 1283-1296. Doi: 10.53730/ijhs.v6n3.12107
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 15–25. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.15>
- Wilkinson, G. (2002). *Seri Kesehatan Bimbingan Dokter Pada Stress*. Dian Rakyat
- World Health Organization (WHO). (12 October, 2021). *Stess*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress#:~:text=Stress%20can%20be%20defined%20as,to%20your%20overall%20well%2Dbeing>.

BAB V

FAKTOR PSIKOLOGIS

Oleh Andriyani Emilia Lay

5.1 Pendahuluan

Memahami kondisi normal dan abnormal pada individu perlu ditinjau dari multi dimensi seperti faktor genetik, neurologis, psikologis, perilaku dan kognitif, sosial, budaya dan interpersonal serta rentang perkembangan individu. Dalam bab ini pembahasan dibatasi lebih spesifik pada peran dari faktor psikologis yakni emosi dan kepribadian terhadap perkembangan psikopatologi pada seorang individu (Sarason & Sarason, 1993; Mash & Wolfe, 2010; Barlow, Durand & Hofmann, 2018).

Emosi dan kepribadian merupakan atribut psikologi yang berpengaruh besar secara langsung pada diri individu. Kehadiran atau ketidakmunculan masalah atau gangguan pada kedua faktor ini tidak hanya memengaruhi perkembangan emosi atau kepribadian individu; namun juga dapat memengaruhi sebagian atau keseluruhan fungsi diri individu.

5.2 Emosi

Definisi emosi cukup sulit dirumuskan namun banyak teori emosi menyatakan bahwa emosi berkaitan dengan kecenderungan bertindak dalam suatu bentuk perilaku tertentu. Sebagai contoh misalnya perilaku melarikan diri yang ditimbulkan dari peristiwa eksternal (dipersepsikan sebagai suatu ancaman) dan suatu keadaan perasaan ngeri dan mungkin juga disertai respon fisiologis (Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Dengan kata lain setiap pengalaman emosi berkaitan dengan kecenderungan untuk mendekatkan atau menjauhkan dari situasi/peristiwa yang dihadapi tersebut.

Emosi memegang peran penting dalam kehidupan kita sehari-hari dan dapat menyumbang secara luas terhadap perkembangan psikopatologi (Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Oleh karena itu, tidaklah mengherankan jika kemampuan mengelola emosi dalam

kehidupan sehari-hari dan sosial merupakan karakteristik yang sangat perlu dimiliki oleh seorang individu. Ketidakmampuan atau kegagalan individu dalam memahami emosinya akan mengakibatkan kesulitan atau gangguan dalam beradaptasi atau menyesuaikan diri dengan lingkungannya (Lay, 2015).

Sesungguhnya usaha individu untuk mengelolah emosinya telah ada semenjak tahun pertama kehidupan. Pada usia ini anak sudah mulai belajar akan pentingnya emosi untuk komunikasi dan belajar mengatur emosinya. Seiring bertambahnya usia, anak belajar menggunakan emosi sebagai bentuk komunikasi untuk mengeksplorasi dunia dan meningkatkan kemandirian. Pengalaman emosi individu pada masa kanak-kanak akan memengaruhi kualitas interaksi dan relasi sosial, dan selanjutnya menjadi fondasi awal perkembangan kepribadian (Mash & Wolfe, 2010).

5.2.1 Peran Emosi dan Suasana Hati (Mood)

Sebagaimana kita ketahui bahwa menekan semua bentuk respon emosi seperti kemarahan atau takut, akan meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatetik yang dapat menyumbang pada berkembangnya psikopatologi (Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Beberapa emosi lain dapat secara langsung memengaruhi perkembangan psikopatologi. Sebagai contoh serangan panik merupakan bentuk rasa takut yang dialami seseorang pada waktu yang salah ketika tidak ada yang ditakutkan.

Bentuk emosi dasar lainnya seperti takut, marah, kesedihan dan kegembiraan dapat berkontribusi pada banyak gangguan psikologis. Emosi dan suasana hati (mood) juga memengaruhi proses kognitif. Jika seorang individu memiliki mood yang positif maka asosiasi, interpretasi dan kesan yang muncul akan positif seperti yang ditemukan pada orang-orang yang optimis melihat dunia penuh warna (Diener, Oishi dan Lucas, 2003 dalam Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Sejumlah besar penelitian menyimpulkan bahwa stres kehidupan berkaitan erat dengan gangguan onset gangguan suasana hati.

Emosi dan suasana hati (mood) merupakan dua istilah berbeda yang menggambarkan ragam dimensi emosi. Secara umum

emosi merujuk pada keadaan yang kehadirannya dalam jangka waktu singkat dan sementara, bisa saja beberapa menit hingga beberapa jam dan terjadi sebagai respon terhadap peristiwa eksternal. Suasana hati merupakan dimensi emosi dengan periode afek atau emosionalitas yang cenderung berlangsung tetap dan lama.

Keberadaan suasana hati yang adaptif dan maladaptif merupakan salah satu indikator penting yang menentukan keadaan afeksi seseorang. Dalam DSM-5 keberadaan suasana hati yang adaptif dan maladaptif ditandai dengan kehadiran iritabilitas (*irritability*) berupa derajat frekuensi dan durasi gangguan (Stringaris, 2011). Gilliom dan Shaw (dalam Hudson, 2013) mengemukakan bahwa suasana hati yang mudah marah (iritabilitas) merupakan petunjuk awal kerentanan seorang individu mengalami risiko kesulitan penyesuaian pada masa anak-anak dan periode perkembangan selanjut.

Pentingnya karakteristik suasana hati iritabilitas dalam perkembangan psikopatologi tergambar dengan jelas dalam DMS-V (American Psychiatric Association, 1994) sebagai gejala yang ditemui pada beberapa gangguan seperti *dysthymia* pada anak-anak, gangguan bipolar, gangguan kecemasan menyeluruh (*generalised anxiety disorder/GAD*), gangguan tingkah laku menentang (*opposite deviant disorder/ODD*), gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (*attention deficit - hyperactivity disorder/ADHD*), gangguan depresi mayor (*major depressive disorder/MDD*), *hypomanic* atau *manic episodes*, gangguan bipolar (*bipolar disorder*). Dalam DSM-V dapat ditemukan pada klasifikasi *Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)* (APA, 2013) dengan prevalensi kasus DMDD 0.8% - 3.3% (Copeland, Angold, Costello, & Egger, 2013).

5.2.2 Reaksi dan Regulasi Emosi

Kemampuan setiap individu berbeda-beda dalam meregulasi dan menata kehidupan emosinya terutama emosi yang kurang menyenangkan. Strategi individu untuk meregulasi emosi berperan

penting dalam mengatasi, menjaga dan mencegah munculnya keadaan emosi negatif atau kurang menyenangkan.

Menurut Mash & Wolfe (2010) proses emosi dapat dibagi dalam dua dimensi yakni emosi reaktif dan emosi regulasi. Emosi reaktif merujuk pada perbedaan individu dalam ambang batas dan intensitas pengalaman emosional yang memberikan petunjuk tingkat kesulitan dan kepekaan seseorang terhadap lingkungan. Sementara pengaturan emosi melibatkan peningkatan, pemeliharaan atau penghambatan gairah emosional yang biasanya dilakukan untuk maksud atau tujuan tertentu.

5.3Kepribadian

5.3.1 Gangguan Kepribadian

Secara umum kepribadian dapat diartikan sebagai karakteristik cara seseorang berperilaku dan berpikir. Seseorang dikenal sebagai seorang yang pemalu, optimis, sensitif dan perasa, dan sebagainya. Terkadang kita cenderung menilai seseorang berperilaku yang sama pada semua situasi padahal tidak demikian. Seseorang yang pemalu mungkin hanya bersikap malu ketika berada di situasi baru dan bertemu orang-orang baru, atau ketika tampil di depan banyak orang namun ia tidak berperilaku demikian ketika bersama teman-teman yang sudah dikenalnya.

Menurut *American Psychiatric Association* (2013) gangguan kepribadian adalah suatu pola emosi, kognitif dan perilaku yang menetap yang disebabkan dari menahan tekanan emosional sehingga berakibat pada seseorang atau orang lain dan dapat menyebabkan kesulitan pada pekerjaan dan relasi. Ketika karakteristik kepribadian terganggu dalam berelasi dengan orang lain, menyebabkan orang lain tertekan, atau secara umum mengganggu aktivitas keseharian maka dapat dikatakan sebagai gangguan kepribadian (Skodol, 2012 dalam Barlow, Durand, & Hofmann, 2018). Tidak seperti kebanyakan gangguan psikologi, gangguan kepribadian bersifat kronis, tidak dapat begitu saja hilang dan kemudian muncul tapi berasal dari masa kanak-kanak hingga terus berlanjut ke masa dewasa. Menangani orang dengan gangguan kepribadian sering kali sulit karena mereka umumnya

tidak melihat kesulitan mereka sebagai akibat dari cara mereka berelasi dengan orang lain.

5.3.2 Jenis Gangguan Kepribadian

Berikut ini tiga kelompok gangguan kepribadian berdasarkan DSM-5 dan gambaran bagaimana orang-orang dengan gangguan kepribadian memandang dunia.

1. Gangguan kepribadian tipe A

a. Gangguan Kepribadian Paranoid

Orang dengan gangguan kepribadian ini bersikap curiga dan tidak mempercayai orang lain tanpa alasan, sangat sensitif, sangat ahli dalam mengambil keuntungan. Orang dengan paranoid beranggapan bahwa orang akan menyakiti atau menipu mereka sehingga tidak mempercayai orang lain. Beberapa hasil penelitian melaporkan bahwa gangguan ini dibawah dari pengalaman masa kecil, perlakuan yang salah dan pengalaman trauma masa kecil merupakan faktor penyumbang dalam perkembangan psikopatologi.

b. Gangguan Kepribadian Schizoid

Orang-orang dengan tipe gangguan ini cenderung menarik diri dan dingin, lebih suka bekerja sendiri, acuh tak acuh dan terlihat tidak tertarik pada hubungan yang dekat dan hangat dengan orang lain. Mereka cenderung menghindari dari dunia luar, kurang pengalaman emosi dan mengejar minat yang samar-samar.

c. Gangguan Kepribadian Schizotypal

Merupakan gangguan kepribadian yang dihubungkan dengan cara berpikir, memahami, komunikasi dan berperilaku yang aneh. Walau demikian penyimpangan perilaku yang ditunjukkan tidak seekstrim orang yang didiagnosa dengan gangguan schizophren.

2. Gangguan kepribadian tipe B

a. Gangguan Kepribadian Antisosial

Merupakan tipe gangguan kepribadian yang kronis dan melanggar hak orang lain yang berlangsung sepanjang sejarah perilaku. Sejarah perilaku ini dimulai sebelum usia 15 tahun dan terus berlangsung hingga dewasa. Ketika dewasa orang-orang ini terus memiliki sejarah perilaku anti sosial terhadap properti atau orang lain, cenderung sembrono, seks bebas dan kurang penyesalan ketika menyakiti orang lain.

b. Gangguan Kepribadian Bordeline

Orang dengan gangguan kepribadian ini cenderung memiliki hubungan personal yang tidak stabil, sering terancam terlibat dengan perilaku merusak diri sendiri, sangat impulsif, dan cenderung memiliki hubungan yang ketergantungan dan memanipulasi orang lain.

c. Gangguan Kepribadian Histrionik

Orang dengan gangguan ini menempatkan prioritas tinggi untuk mendapatkan perhatian orang lain, berpusat pada diri sendiri, manipulatif and memiliki hubungan interpersonal yang bergejolak.

d. Gangguan Kepribadian Narsistik

Orang dengan gangguan ini cenderung menilai diri tinggi melebihi kenyataan kemampuannya, merasa diri penting yang sangat berlebihan, merasa berbeda dari orang lain sehingga harus diperlakukan secara berbeda, membutuhkan perhatian yang menetap, harga diri yang rapuh, dan kurangnya empati terhadap orang lain serta cenderung disibukkan dengan fantasi tentang kekuatan, kecermelangan dan kesuksesan mereka.

3. Gangguan kepribadian tipe C

a. Gangguan Kepribadian Menghindar

Orang yang didiagnosa dengan gangguan ini memiliki harga diri yang rendah, cemas tentang penilaian negatif dari orang lain, menghindari interaksi sosial. Meskipun mereka memiliki afeksi dan hubungan yang akrab

dengan orang lain namun ketakutan ditolak membuat orang-orang ini terus mencari hubungan.

b. Gangguan Kepribadian Tergantung

Orang dengan gangguan ini kurang percaya diri dengan kemampuan mereka dan membiarkan orang lain membuat keputusan untuk mereka. Untuk mempertahankan ketergantungan, mereka cenderung menomorduakan keinginan dan kebutuhan mereka daripada orang lain.

c. Gangguan Kepribadian Obsesi Kompulsif

Gangguan kepribadian ini ditandai dengan kurangnya kemampuan untuk mengekspresikan emosi yang hangat, sangat perfeksionis dan pendekatan yang kaku terhadap yang harus dilakukan.

d. Gangguan kepribadian pasif-agresif

Orang dengan gangguan ini menggunakan perilaku bertahan pasif dan halangan sebagai cara langsung untuk mengekspresikan kemarahan terhadap tuntutan dari orang lain. Mereka mensabotase pencapaian mereka dengan menunda-nunda, lupa dan inefisiensi yang disengaja.

Perilaku abnormal dapat dialami oleh siapa saja dan dari kalangan mana pun. Sebagaimana telah dikemukakan bahwa beragam faktor dapat memengaruhi kondisi mental dan perkembangan psikopatologi pada individu, namun aspek emosi dan kepribadian individu merupakan faktor psikologis yang mana perkembangan kemunculan abnormalitas dapat terjadi sepanjang perjalanan fase hidup individu dari bayi, anak-anak, remaja, dewasa hingga lansia. Selanjutnya dinamika perjalanan hidup dan faktor psikologis individu akan memengaruhi kerentanan dan kemunculan abnormalitas pada individu.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. (5th ed). Washington, DC: APA Publishing.
- American Psychological Association. (2007). *Dictionary of Psychology*. Gary R. VandenBos (Ed). (1st ed). Washington, DC: APA.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: an integrative approach*. Eighth Edition. USA: Cengage.
- Copeland, W. E., Angold A., Costello, E. J., Egger H., (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. Aug; 170: pp. 173-179.
- Hudson, K. J. (2013). *Irritability: A study of its origin, nature and role in relation to disorder*. UMI Number: U585579. Published by ProQuest LLC.
- Lay, A. E. (2015). Hubungan antara gaya emosi ibu, relasi teman sebaya dan status sosial-ekonomi orangtua dengan iritabilitas pada anak usia pertengahan. *Tesis*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology*. Fourth Edition. USA: Wadsworth, Cengage Learning. p. 44 -46
- Sarason & Sarason (1993). *Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior*. Seven Edition. New Jersey: Practice Hall.
- Stringaris, A., (2011). Irritability in children and adolesescent: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20:61-66. DOI 10.1007/s00787-010-0150-4.

BAB VI

GANGGUAN-GANGGUAN

ANXIETAS

Oleh Erna Risnawati

6.1 Pendahuluan

Cemas merupakan sebuah perasaan yang normal dirasakan oleh individu. Secara umum rasa cemas akan muncul jika individu menghadapi sesuatu yang menakutkan, mengancam dan mengkhawatirkan.

Menurut Santrock (2016) kecemasan merupakan akumulasi dari berbagai perasaan khawatir, gelisah dan ketakutan akan suatu hal yang tidak jelas atau tidak pasti. Carr (2011) juga memaparkan hal yang sejalan mengenai kecemasan, dimana kecemasan merupakan perasaan takut yang dihadapi individu ketika berhadapan dengan objek yang cenderung tidak jelas.

Ketika individu mengalami perasaan cemas maka secara umum memiliki beberapa tanda-tanda fisik, yaitu gemetar, mengeluarkan keringat dingin, gelisah, gugup, jantung berdebar, sulit bernafas, pusing atau beberapa bagian tubuh mengalami sakit pada anggota tubuh dsb (Padesky, 1995). Reaksi tubuh ketika mengalami rasa cemas juga dilengkapi dengan perasaan tidak percaya diri, perasaan ketidakmampuan diri untuk menyelesaikan permasalahan atau objek yang sedang dihadapi.

Secara umum perasaan cemas merupakan alarm manusia akan sesuatu yang mengancam dirinya, namun ketika perasaan cemas muncul secara berlebihan maka kita perlu menelisik lebih dalam lagi apakah individu tersebut mengalami gangguan kecemasan atau sidebut dengan anxiety disorder.

Kecemasan dalam ambang batas normal membantu individu untuk siaga menghindari bahaya dan meminimalisasi

dampak bahaya yang mungkin akan terjadi. Kecemasan juga dapat membantu individu untuk melakukan performa yang baik dan mendorong produktifitas selama kecemasan masih dalam mabang batas normal dan dapat dikelola dengan baik. Sebagai contohnya, kecemasan siswa dalam menghadapi ujian dapat mendorongnya untuk belajar lebih keras agar terhindar dari kegagalan. Akan tetapi, ketika kecemasan yang dialami berlebihan justru akan merugikan seperti mengalami psikosomatis, pusing, mual, gugup yang membuat siswa tidak bisa menjawab pertanyaan ujian.

Menurut Freud (Haddad, 2016) kecemasan terbagi menjadi tiga yaitu:

1. Kecemasan realistis. Kecemasan realistis berkaitan dengan respon ego terhadap sesuatu atau bahaya yang berasal dari luar diri individu
2. Kecemasan Neurotis, yaitu ketika insting yang ada pada diri individu tidak bisa dikendalikan dalam menghadapi sebuah situasi atau objek.
3. Kecemasan Moral, kecemasan moral dialami individu ketika individu tersebut melanggar normal moral yang ada dan hal tersebut menimbulkan perasaan bersalah dan kecemasan.

6.2 Gangguan Anxietas (Anxiety Disorder)

Menurut DSM V (American Psychology Association V, 2013) *Anxiety Disorder* adalah gangguan perilaku yang dialami individu yang ditandai dengan ketakutan dan kecemasan secara berlebihan. Meskipun kecemasan dan ketakutan seringkali disamakan namun ada perbedaan diantara keduanya. Ketakutan seringkali dikaitkan dengan aktifitas fisiologis dan psikologis yang dipengaruhi oleh hypothalamus dalam menghadapi bahaya dan menghindarinya. Sedangkan *anxiety* respon individu terhadap ancaman yang akan terjadi dimasa mendatang. Ketika kecemasan dan ketakutan dialami individu berlebihan maka hal tersebut dapat dikategorikan sebagai gangguan *anxiety disorder*. Secara umum anxiety disorder dapat berkembang dari masa kanak-kanak, pada masa kanak-kanak

durasi kecemasan berlebihan biasanya lebih pendek dibandingkan dengan mas dewasa. Pada dewasa untuk menentukan gangguan kecemasan umumnya gangguan yang dialami memiliki durasi enam bulan.

Anxiety disorder merupakan gangguan yang banyak ditemui pada anak. Anxiety disorder merupakan suatu gangguan yang serius dan harus segera ditangani karena berkaitan dengan berbagai aspek seperti prestasi akademik, hubungan dengan orang lain dan dapat mengarah pada depresi jika tidak dapat ditangani (Cartwright-Hatton et al., 2004).

6.3 Panic Disorder

Panik mengindikasikan adanya sistem alarm untuk *figh* atau *flight* terhadap suatu stimulus yang tidak berfungsi dengan baik. Serangan panik merupakan sebuah kondisi dimana rasa takut dan ketidaknyamanan mencapai puncaknya dalam waktu yang sangat cepat dengan disertai gejala psikosomatis (berkeringat, jantung berdebar, ketakutan berlebihan dsb) (Emmelkamp, 2014).

Menurut DSM V Ketika individu mengalami panic disorder maka ia mengalami serangan panik yang berulang-ulang dan terus menerus, kondisi tersebut juga semakin membuat individu ketakutan akan mengalami kondisi berulang sehingga menimbulkan perilaku menghindari objek tertentu yang seringkali tanpa alasan yang jelas dan logis.

Panic disorder disertai psikosomatis seperti jantung yang berdebar-debar, nafas cepat, berkeringat, lemas, sakit kepala dan mengalami kesulitan bernafas. Diagnosa mengenai panic disorder setidaknya harus meliputi dua hal yaitu mengalami serangan panik secara berulang dan serangan tersebut setidaknya berlangsung dalam kurun waktu satu bulan (Nevid, dkk,2005). Panic disorder seringkali berkaitan dengan problem kesehatan mental lainnya seperti agresi, anxiety, mood disorder dan PTSD (Brown et al., 2001)

Panic disorder juga dapat dialam individu dalam kondisi tidur sampai terbangun dari tidur, sering kali terjadi pada fase

menjelang deep sleep (nocturnal panic), umumnya terjadi karena mimpi buruk yang dialami namun kondisi ini juga dapat terjadi karena adanya trauma yang dialami individu (Smith et al., 2019)

6.4 Specific Phobia

Spesifik phobia adalah ketakutan dan kecemasan atau perilaku menghindar terhadap objek atau situasi tertentu yang spesifik, seperti ketakutan akan binatang, phobia terhadap darah, jarum suntik dan situasi-situasi spesifik lainnya (DSM V). Individu dengan spesifik phobia akan mengalami ketakutan yang memuncak dalam waktu singkat ketika terpapar pemicu fobia. Perilaku kecemasan muncul dalam bentuk menghindari, menjauhi, mengantisipasi agar tidak bersentuhan dengan objek atau situasi yang ditakuti. Kecemasan yang intens dan terjadi secara cepat mirip dengan serangan panik (*panic attack*) yang dialami individu (Emmelkamp, 2014).

Individu dengan spesifik phobia menunjukkan perilaku yang ditampilkan terhadap ketakutan tersebut seringkali tidak sesuai dengan bahaya yang sebenarnya ditimbulkan oleh objek atau ketakutan tersebut. Sebagai contohnya, seseorang yang pobia akan cicak ketika melihat cicak maka ia mengalami ketakutan luar biasa, cemas, berteriak, lari, memanjat dsb. Perilaku tersebut tidak sebanding dengan bahaya yang bisa dilakukan oleh cicak, hal ini disebabkan ia mengalami *spesific phobia*.

Phobia terhadap binatang, respon yang ditampilkan adalah ketakutan dan jijik terhadap objek tersebut sebagai akibat dari aktivitas dorsal anterior, cingulated cortex dan anterior insula. Spesifik phobia dengan tipe ketakutan terhadap situasi tertentu ditampilkan dengan ketakutan akan bahaya yang mengancam pada situasi tersebut, umumnya lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria dan berhubungan dengan pengalaman traumatis pada masa kecil, memiliki riwayat panic disorder dan sebagainya (LeBeau et al., 2010)

6.5 Social Anxiety Disorder

Kecemasan sosial adalah ketakutan yang menetap terhadap sebuah (atau lebih) situasi sosial yang terkait berhubungan dengan performa, yang membuat individu harus berhadapan dengan orang-orang yang tidak dikenalnya atau menghadapi kemungkinan diamati oleh orang lain, takut bahwa dirinya akan dipermalukan atau dihina (La Greca & Lopez, 1998) Kecemasan sosial melibatkan perasaan ketakutan, kesadaran diri, dan tekanan emosional dalam situasi yang sebenarnya dapat diantisipasi atau evaluasi terhadap lingkungan sosial (Leitenberg, 1990).

Buttler (1999) mengungkapkan kecemasan sosial sebagai perasaan takut dan khawatir akan terjadi sesuatu yang buruk ketika berhubungan dengan orang lain atau situasi sosial. Menurut La Greca & Lopez (1998) kecemasan sosial terdiri dari tiga hal yaitu: ketakutan akan evaluasi negatif dari orang lain, merasa tertekan apabila berada dalam situasi sosial, dan kecemasan ketika mendapati situasi atau seseorang yang baru.

Kecemasan sosial dapat disebabkan beberapa faktor (La Greca & Lopez, 1998), diantaranya adalah :

1. faktor genetis. Gen merupakan salah satu faktor yang menjadi penyebab individu mengalami gangguan kecemasan sosial yang diturunkan dari orang tua dan generasi di atasnya (Eley 1997; Hofmann dan Barlow 2002)
2. Pengalaman sosial. Berbagai pengalaman yang dialami individu menjadi salah satu faktor penyebab social anxiety disorder. Pengalaman negatif dan tidak menyenangkan yang pernah dialami dapat berkembang menjadi sebuah skema traumatis dan mengarah pada social anxiety disorder.
3. Budaya. Beragam budaya ikut mempengaruhi kecemasan sosial yang dialami individu, pada budaya yang cenderung individualis cenderung lebih rendah

dibandingkan dengan negara yang memiliki budaya kolektifis (Okawa et al., 2021)

4. Pola Asuh. Tipe pengasuhan memiliki hubungan dengan kecemasan sosial yang dialami oleh individu, rendahnya pengasuhan yang hangat dari orang tua dan tipe pengasuhan yang overcontrol memberikan dampak kecemasan sosial pada masa anak dan dapat berkembang menjadi *social anxiety disorder* pada masa dewasa.

6.6 Obsessive Compulsive Disorder

Obsessive Compulsive Disorder atau biasa disebut dengan OCD merupakan suatu gangguan kesehatan mental yang memiliki gejala adanya perilaku berulang dan pikiran yang tidak bisa dicontrol untuk melakukan suatu hal secara berulang-ulang. Sebagai contohnya adalah, individu yang mencuci tangan berkali-kali meskipun sebenarnya tangannya telah bersih. Individu yang mengalami OCD merasa bahwa ia harus mencuci tangannya berulang kali karena merasa belum bersih, perilaku mencuci tangan tersebut tidak bisa ia kontrol dan terus menerus berulang dalam pikirannya.

Menurut DSM -V perilaku OCD ditandai oleh perilaku obsesi dan kompulsi. Obsesi merupakan kondisi pikiran, desakan atau gambaran mengenai suatu hal yang muncul terus menerus dalam pikiran secara berulang-ulang. Sedangkan kompulsi adalah perilaku berulang atau tindakan mental yang dirasakan oleh individu yang mendorongnya melakukan sebuah respon terhadap pikiran obsesi secara berulang-ulang. Perilaku obsesi biasanya menimbulkan kecemasan yang cukup besar, meskipun ada beberapa pendapat yang berbeda apakah obsesi masuk dalam gangguan kecemasan atau pada gangguan perilaku repetitif (Emmelkamp, 2014).

Sebagian besar individu yang mengalami OCD tidak menyadari perilaku obsesif dan kompulsi yang dialami namun sebagian besar individu dewasa menyadari perilaku obsesi dan kompulsinya tidak masuk akal, namun ia tidak bisa menghentikan dorongan dalam pikirannya untuk mengulang perilaku tersebut.

Beberapa faktor resiko OCD adalah faktor genetis, gangguan pada otak, pengalaman traumatis, gangguan kepribadian dan kesehatan mental. Menurut DSM V, OCD umumnya dimulai pada usia 14 tahun, dan remaja laki-laki umumnya mengalami OCD lebih awal dibandingkan dengan perempuan. Usia dewasa yang mengalami OCd berada pada rentang usia 20-44 tahun dan sedikit sekali yang mengalami OCD diatas usia 65 tahun (Brown et al., 2001).

DAFTAR PUSTAKA

- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Butler, G. 1999. Overcoming social anxiety and shyness. London: Robinson Publishing
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421–436. <https://doi.org/10.1348/0144665042388928>
- Emmelkamp, P. (2014). The Wiley Handbook of Anxiety Disorders. In *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders: Vol. I*. <https://doi.org/10.1002/9781118775349>
- Glassman, W. E., & Hadad, M. (2009). *Approaches to psychology*. McGraw-Hill Education.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social Anxiety among Adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83–94. <https://doi.org/10.1023/A:1022684520514>
- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148–167. <https://doi.org/10.1002/da.20655>
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., et al. 2005. Psikologi Abnormal, Fifth Edition. Penerjemah (Tim Fakultas Psikologi UI: Murad, J. dkk). Jakarta: Penerbit Erlangga
- Okawa, S., Arai, H., Sasagawa, S., Ishikawa, S. ichi, Norberg, M. M., Schmidt, N. B., Kwon, J. H., Rapee, R. M., & Shimizu, E. (2021). A Cross-Cultural Comparison of the Bivalent Fear of Evaluation Model for Social Anxiety. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(3), 205–213.

<https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.01.003>

Santrock, J. . (2016). *Life Span Development* (M. Stotts (ed.)). McGraw-Hill.

Smith, N. S., Albanese, B. J., Schmidt, N. B., & Capron, D. W. (2019). Intolerance of uncertainty and responsibility for harm predict nocturnal panic attacks. *Psychiatry Research*, 273(December 2018), 82–88.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.025>

BAB VII

CARA MENGATASI KECEMASAN

Oleh Novita Maulidya Jalal

Kecemasan dapat dialami siapapun dan di mana pun, baik dari usia dewasa bahkan individu yang berusia anak sekalipun. Pernyataan tersebut dikemukakan oleh Suratmi, Abdullah, dan Taufik (2017) bahwa kecemasan dapat dialami oleh siapa saja karena setiap manusia mengalaminya dan bagaimanapun rasa cemas dalam batas wajar merupakan bagian yang tidak bisa dipisahkan dari kehidupan manusia. Selanjutnya, permasalahan kecemasan dapat ditandai dengan adanya perasaan takut sehingga menyebabkan perilaku tertentu.

Masalah yang terjadi pada masa anak-anak dan remaja, salah satunya perasaan cemas dapat menjadi faktor resiko untuk perkembangan gangguan psikologis di masa mendatang (Melfsen dkk., 2011). Setiap manusia pernah mengalami kecemasan terhadap situasi yang akan dihadapi. Kecemasan memiliki dampak pada kondisi psikologis dan fisik. Oleh karena itu, untuk mengetahui bagaimana cara mengatasi kecemasan yang dapat terjadi pada diri setiap orang, maka bab ini akan membahas terkait cara mengatasi kecemasan.

7.1 Defenisi Kecemasan

Pada dasarnya, kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang yang akan muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003). Nevid, Rathus, dan Greene (Khouw, dkk, 2021) juga mengemukakan bahwa kecemasan merupakan kondisi umum dari perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang ditandai dengan gejala fisik seperti berkeringat, penyakit gastrointestinal dan agitasi, palpitasi, kejang otot dada, yang diciptakan sebagai respons terhadap rangsangan internal dan

eksternal dan cenderung ke gejala fisik, kognitif, emosional, serta perilaku

Kecemasan atau disebut juga anxiety adalah salah satu bentuk emosi seseorang yang muncul ketika seseorang merasa terancam oleh sesuatu, biasanya dengan objek ancamannya itu tidak begitu jelas. Atkinson, dkk, (2008) mengemukakan bahwa kecemasan adalah suatu kondisi ketegangan yang dialami oleh seseorang ditandai dengan perasaan khawatir disertai dengan getaran susunan syaraf otonom dengan derajat yang berbeda-beda. Menurut KBBI, cemas berarti kondisi hati yang merasa tidak tenteram karena khawatir atau takut. Selanjutnya, Oltmanns dan Emery (2013) menyebutkan bahwa kecemasan merupakan suasana yang sering dikaitkan dengan emosi takut. Ketakutan yang dialami oleh individu yaitu dalam keadaan nyata dan dekat. Ketakutan yang berlebihan akan meningkat dengan cepat dan membantu dalam mengumpulkan respon melalui perilaku individu tersebut terhadap ancaman dari lingkungan.

Lazarus (1996) menjelaskan lebih lanjut bahwa perasaan cemas sebenarnya merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan adanya perasaan tidak berdaya. Sifat kecemasan dikatakan subjektif, artinya bahwa kejadian yang menjadi penyebab dan reaksi yang dialami tiap individu berbeda. Adapun Kaplan, Sadock, dan Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widuri, 2007) mendefinisikan kecemasan sebagai respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perubahan, perkembangan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup.

May (Jess & Gregory J. Feist, 2008) menyatakan bahwa kecemasan adalah kondisi subyektif individu akibat adanya ancaman bagi eksistensi dirinya. Selanjutnya, Kartono (1999) menyatakan sebenarnya kecemasan adalah hal wajar jika kecemasan yang dialami seseorang sifatnya tidak terlalu berat dan tidak terlalu ringan yang berguna untuk perkembangan kepribadian seseorang. Sedangkan, kecemasan yang terlalu

berat dan berakar secara mendalam dalam diri seseorang, sehingga kerap kali ia tidak mampu mengatasi.

7.2 Karakteristik Kecemasan

Sigmund (1993) memaparkan bahwa kecemasan dapat dibagi ke dalam tiga tipe:

1. Kecemasan realistic

Kecemasan realistic merupakan kecemasan yang muncul akibat adanya perasaan takut terhadap ancaman atau bahaya-bahaya nyata yang ada di lingkungan atau dunia di luar dirinya.

2. Kecemasan moral

Kecemasan moral merupakan kecemasan yang timbul akibat munculnya perasaan takut terhadap suara hati (super ego). Seseorang yang memiliki super ego yang baik cenderung merasa bersalah atau malu jika mereka berbuat atau berfikir sesuatu yang melanggar atau bertentangan dengan aturan, nilai-nilai, atau moral. Kecemasan moral tersebut berkembang berdasarkan pengalaman yang diperolehnya pada masa kanak-kanak, terkait dengan hukuman dan ancaman dari orang tua maupun orang lain yang mempunyai otoritas jika seseorang melakukan perbuatan yang melanggar norma.

3. Kecemasan neurotik

Kecemasan neurotic merupakan kecemasan yang timbul akibat adanya rasa takut jika insting-insting (dorongan Id) akan lepas dari kendali dan menyebabkan seseorang akan berbuat sesuatu yang bisa membuatnya dihukum. Kecemasan neurotik bukanlah ketakutan terhadap insting-insting itu sendiri, melainkan ketakutan terhadap hukuman yang akan menimpanya jika suatu insting dilepaskan. Kecemasan neurotik berkembang berdasarkan pengalaman yang diperolehnya pada masa kanak-kanak, terkait dengan hukuman dan ancaman dari orang tua maupun orang lain yang mempunyai otoritas, jika dia melakukan perbuatan impulsif.

Dacey (2000) mengatakan bahwa gejala kecemasan dapat ditinjau melalui tiga komponen, yaitu:

1. Komponen fisiologis
Gejala yang muncul ketika seseorang mengalami kecemasan dapat tampak dari komponen fisiologis seseorang antara lain berupa jantung berdebar, respon kulit terhadap aliran galvanis (sentuhan dari luar) berkurang, gerakan peristaltik (gerakan berulang-ulang tanpa disadari) bertambah, keringat dingin pada telapak tangan, tekanan darah meningkat (mudah emosi), gejalasomatik atau fisik(otot), gejala somatik atau fisik (sensorik), gejala Respiratori (pernafasan), gejala Urogenital (perkemihan dan kelamin), serta gejala Gastrointertinal (pencernaan).
2. Komponen psikologis
Gejala yang muncul ketika seseorang mengalami kecemasan dapat tampak dari komponen psikologis seseorang antara lain berupa munculnya perasaan gelisah, gugup, tegang, cemas, cepat terkejut, rasa tidak aman, takut.
3. Komponen sosial
Gejala yang muncul ketika seseorang mengalami kecemasan dapat tampak dari komponen sosial antara lain perilaku yang ditunjukkan oleh seseorang di lingkungannya mislanya barang-barangnya jatuh, lari, menghindar, pergi, perilaku itu dapat berupa tingkah laku (sikap), atau gangguan tidur.

Lazarus (1996) mengemukakan bahwa saat seseorang mengalami kecemasan, kecemasan tersebut juga dapat tampak pada saat seseorang menjalin komunikasi antara lain:

1. *Unwilingnes* yang ditandai rendahnya frekuensi partisipasi seseorang dalam berbagai situasi komunikasi.
2. *Control* ditandai oleh ketidakmampuan menyesuaikan diri dengan individu yang berbeda, reaksi lawan bicara.
3. *Avoiding* atau penghindaran dari partisipasi karena pengalaman yang tidak menyenangkan, dengan indikasi

munculnya kecemasan, kurangnya pengenalan situasi komunikasi yang mempengaruhi intimitas dan empati pada orang lain.

Zeidner (1998) menyatakan ada 3 (tiga) aspek dalam kecemasan tes yaitu kognitif, afektif, dan perilaku. Ketiga aspek itu mempunyai gejala yang berbeda-beda, salah satunya pada situasi kecemasan akademik antara lain:

1. Aspek Kognitif

Aspek kognitif dianggap sebagai reaksi kognitif yang negatif dari seseorang ketika dihadapkan pada situasi tes. Aspek kognitif terdiri atas dua komponen yaitu *worry* dan *self-preoccupation*. Komponen *worry* adalah gejala yang lebih menentukan kinerja seseorang dalam mengerjakan tes misalnya pemikiran bahwa situasi yang dinilai akan menyulitkan, ketidakpastian tentang kemampuan mengatasi konsekuensi tes, dan sangat terfokus dengan pikiran mengkritik diri. Sedangkan, komponen *self-preoccupation* adalah kecenderungan untuk menjadi sibuk dan terfokus pada diri sendiri ketika dihadapkan pada ancaman evaluasi. Misalnya, ketakutan akan kegagalan, menyalahkan diri, mengkritik diri sendiri, penilaian yang melemahkan diri, pesimis, kurang puas terhadap diri sendiri, ragu terhadap kemampuan diri untuk mengatasi situasi yang menantang, pikiran merendahkan diri, keraguan diri dalam situasi ujian, melebih-lebihkan hasil perilaku negatif, perfeksionis.

2. Aspek Perilaku

Aspek perilaku dalam kecemasan tes adalah perilaku yang timbul ketika seseorang dihadapkan pada situasi tes/ujian. Gejala-gejala dari aspek perilaku biasanya timbul disertai dengan gejala fisiologis. Gejala dari perilaku kecemasan tes seperti menunda, melarikan diri, dan menghindar.

3. Aspek Afektif

Aspek afektif terdiri atas gejala-gejala fisiologis dan emosi. Gejala fisiologis seperti gangguan lambung, rasa mual, berkeringat, tangan dingin dan lembab, buang air kecil, mulut kering, tangan atau tubuh gemetar, dan dada berdebar-debar pada saat ,menghadapi ujian. Seseorang dengan gejala *emotionality* akan sulit memusatkan perhatian pada tugas yang dihadapinya. Pikiran dipenuhi oleh hal-hal yang kurang relevan dengan sesuatu yang harus dikerjakannya seperti memikirkan hal-hal yang tidak ada hubungannya dengan tes.

7.3 Pengelolaan Kecemasan

1. *Coping Skill*

Gerald (2007) mengemukakan kecemasan yang tidak diatasi oleh seseorang akan menyebabkan seseorang merasa tidak berdaya, dan belum mendapatkan jati diri yang sebenarnya. Upaya yang dapat dilakukan untuk membantu seseorang mengatasi kecemasan disebut *coping skills*. Lazarus (1996) menyatakan *coping* adalah proses yang disertai dengan usaha dalam rangka mengubah domain kognitif atau perilaku secara konstan untuk mengatur dan mengendalikan tuntutan dan tekanan yang membebani, melampaui kemampuan dan ketahanan seseorang yang mengalami kecemasan. *Coping* adalah cara atau teknik yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi dan mengendalikan situasi atau masalah yang dialami dan dipandang sebagai hambatan, tantangan yang bersifat menyakitkan, serta merupakan ancaman yang bersifat merugikan sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan yang dialaminya. Adapun menurut lazarrus beberapa teknik coping skill antara lain:

a. *Emotional-Focused Coping (EFC)*

EFC adalah usaha untuk mengurangi kecemasan yang timbul dari kesulitan atau masalah yang sedang dihadapi. EFC merupakan bentuk coping skill yang digunakan dengan mengurangi ketegangan dan perasaan yang tidak

menyenangkan yang timbul dari masalah yang sedang dihadapi. Lazarus *et al.* (1986) menyebutkan beberapa bentuk EFC antara lain (1) *Distancing* atau menarik diri, menarik diri, atau mengambil jarak dari peristiwa yang penuh tekanan. (2) *Accept responsibility* dilakukan dengan memahami peran pribadi pada peristiwa yang dialami, mencoba belajar dari kesalahan. (3) *Avoidance* yakni upaya untuk menolak perubahan dengan cara menghindari situasi. Sedangkan, (4) *Reappraisal* merupakan upaya untuk melihat situasi dari perspektif berbeda, mencoba melihat sisi positifnya.

b. *Problem-Focused Coping (PFC)*

PFC adalah coping skill yang dipilih ketika seseorang menghadapi *stressor* yang dipersepsikan dapat dikendalikan. PFC berbeda dengan EFC karena PFC merupakan upaya berupa tindakan langsung untuk mengubah situasi yang mengakibatkan stress, mencegah atau mengurangi dampaknya. Lazarus (1999) menjelaskan beberapa bentuk PFC sebagai berikut (1) *Confrontational coping* yakni dimana seseorang tetap memegang teguh pendirian, menolak untuk berubah dan berusaha untuk mengubah keyakinan orang lain. (2) *Planful problem-solving* merupakan upaya seseorang dengan melihat pilihan yang tersedia secara objektif, dan mempertimbangkan beberapa kemungkinan sebelum bertindak. Sedangkan (3) *Social support* merupakan upaya coping skill dengan meminta saran dan semangat dari teman dan keluarga.

Terdapat beberapa upaya lain untuk mengurangi kecemasan antara lain:

2. Teknik relaksasi pernafasan dan relaksasi otot

Manajemen kecemasan adalah sebuah upaya seseorang untuk mengatasi kecemasan yang mengganggu namun bukan berarti menghilangkan kecemasan. Hayat

(2014) mengemukakan bahwa seseorang mengatasi kecemasan dengan melakukan teknik relaksasi pernafasan dan relaksasi otot. Hal tersebut juga dikemukakan oleh Lestari dan Yuswiyanti (2015) bahwa teknik relaksasi otot progresif dapat mengurangi tingkat kecemasan seseorang dengan membantu seseorang mengendalikan kondisi psikologis seseorang. Demikian pula dengan pendapat dari Mutawalli, dkk (2020) yang juga mengemukakan bahwa relaksasi otot progresif telah terbukti efektif untuk mengendalikan kecemasan, stress, hingga depresi yang muncul pada diri seseorang. Santoso (2001) juga menyatakan bahwa seseorang yang berlatih relaksasi pada dasarnya merupakan pemberian kesempatan pada tubuh untuk beraktivitas sebelum diambil alih oleh pikiran rasional dan kognitif seseorang demi sebuah ego yang tidak mampu dikendalikan.

Aufar dan Raharjo (2020) menjelaskan bahwa relaksasi merupakan kegiatan pelepasan otot untuk mengurangi ketegangan pada tubuh. Seseorang yang melakukan relaksasi otot progresif, dapat memberikan ketenangan otot tubuh yang tegang karena kecemasan sehingga membuat emosi menjadi lebih stabil (PH, Daulima, & Mustikasari, 2018). Nursalim (2005) juga menjelaskan bahwa relaksasi otot bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dengan cara melemaskan otot-otot badan. Adapun teknikanya, seseorang awalnya diminta untuk menegangkan otot dengan ketegangan tertentu dan kemudian diminta mengendurkannya. Sebelum dikendurkan, penting dirasakan ketegangan tersebut sehingga orang tersebut dapat membedakan antara otot yang tegang dan yang lemas.

3. Inhalasi aromaterapi peppermint

Aromaterapi merupakan salah satu alternatif metode relaksasi yang memberikan perasaan tenang (Katili &

Aisya, 2019). Salah satu bentuk aromaterapi yakni Aromaterapi peppermint. Berdasarkan hasil penelitian Khouw et al., (2021) menunjukkan bahwa aromaterapi peppermint diberikan dengan cara langsung dihirup lewat hidung (inhalasi). Rihiantoro et al. (2018) menyatakan bahwa molekul-molekul yang terdapat pada aromaterapi peppermint ini dihirup dan merangsang saraf penciuman kemudian menuju saraf pusat yang pada akhirnya menimbulkan sensasi rileks. Aromaterapi peppermint baik diberikan kepada seseorang dengan rentang usia 19-21 tahun dan tingkat kecemasan dari tidak cemas sampai dengan cemas berat. Hasil penelitian sebelumnya dari Hamzeh, Safari-Faramani, dan Khatony (2020) juga menunjukkan bahwa aromaterapi dengan peppermint memiliki efek positif pada penurunan detak jantung, kelelahan, laju pernapasan, tekanan darah, dan kecemasan. Sistem limbik yang menjadi pusat rasa sakit, depresi, kesenangan, kemarahan, ketakutan, kecemasan, dan berbagai emosi lainnya. Pesan dari aromaterapi peppermint yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan berupa pelepasan hormon melatonin dan serotonin yang menyebabkan euforia, relaks atau sedatif.

4. Mendengarkan bacaan Al-Qur'an

Handayani dkk., (2014) menunjukkan hasil penelitiannya yakni seseorang yang mendengarkan murottal Al-Quran dapat merasakan ketenangan terutama pada seseorang yang mengalami kecemasan dan perasaan tegang, memberikan efek relaksasi dan menurunkan pembuluh darah nadi dan denyut jantung. Demikian pula hasil penelitian yang dipaparkan oleh Apriyani (2015) bahwa seseorang yang mendengarkan murottal Al-Quran dalam ritme yang lambat dan harmonis dapat menurunkan hormon- hormon stres, sehingga hormon endorphin alami dapat aktif dan meningkatkan perasaan rileks serta dapat mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang.

Hasil penelitian yang serupa juga diungkapkan oleh Idham dan Ridha (2017) yakni terdapat perubahan tingkat kecemasan sebelum dan setelah mendengarkan murottal Al-Qur'an QS. Ar-Rahman selama kurang lebih 10 menit dimana kecemasan orang yang mendengarkannya menjadi semakin berkurang. Selain itu, terdapat penelitian yang menyebutkan bahwa mendengarkan bacaan Al-Qur'an berguna untuk mengurangi kecemasan (Ghiasi & Keramat, 2018).

5. *Cognitive Behavior Therapy*

Beberapa studi membuktikan bahwa *cognitive behavior therapy* efektif untuk mengatasi permasalahan kecemasan sosial pada anak-anak dan remaja (Melfsen dkk., 2011; Seligman & Ollendick, 2011). *Cognitive behavior therapy* adalah upaya penanganan yang dapat menangani permasalahan kecemasan baik pada anak-anak, remaja maupun dewasa. Dalam prosesnya, terapis akan mengajarkan kemampuan coping yang adaptif dan memberikan kesempatan untuk berlatih sehingga dapat membentuk kemampuan untuk menguasai dirinya ketika mengalami gejala kecemasan atau situasi yang memunculkan distress psikologis (Lowenstein, 2016).

Melalui proses *cognitive behavior therapy* akan membantu seseorang yang mengalami kecemasan untuk melakukan hubungan resiprokal antara proses kognitifnya, perasaan, dan perilakunya. Apa yang seseorang pikirkan, bagaimana perasaannya (afek), fisiologis, dan perilaku individu (Roth, Eng, & Heimberg, 2002). Proses CBT akan membantu seseorang untuk melakukan restrukturisasi kognitif, latihan relaksasi, dan gradual exposure. Restrukturisasi kognitif bertujuan untuk membantu seseorang memahami hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilakunya (Lowenstein, 2016). hal ini dikemukakan oleh Beck (2011) yang menyatakan bahwa metode CBT didasarkan pada formulasi kognitif, kepercayaan, dan

strategi perilaku yang dapat menjelaskan terbentuknya gangguan, salah satunya kecemasan. Selain itu, melalui CBT, seseorang juga diminta untuk berlatih menggunakan pola pikirnya yang baru untuk mengatasi kecemasannya sehingga seseorang akan mempraktikkan kemampuan yang nantinya akan dibangun guna mengatasi kecemasannya (Seligman & Ollendick, 2011).

6. Imajinasi terbimbing (*guide imagery*)

Penelitian Hanish (2013) menunjukkan. Bahwa *guide imagery* memiliki efek yang positif dalam menurunkan kecemasan. Penelitian yang dilakukan kepada Maghaminejad,dkk (2020) juga menunjukkan hasil yang sama yakni imajinasi terbimbing yang dilakukan selama 30 menit setiap hari selama satu minggu pada waktu malam hari antara pukul 20.00 sampai 21.00, efektif untuk mengurangi tingkat kecemasan di kalangan mahasiswa.

7. *Mindfulness based stress reduction*

Penelitian yang dilakukan oleh Song dan Lindquist (2015) menunjukkan bahwa *mindfulness baser stress reduction* dapat mengurangi perasaan tertekan pada seseorang. Kemudian hasil penelitian dari Dobkin dan Zhao (2011) menunjukkan bahwa pemberian MBSR selama 2,5 jam setiap minggu selama 8 minggu pada subjek dapat mengurangi perasaan ketegangan pada subjek. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian dari Kang,dkk (2009) bahwa terdapat penurunan yang signifikan dalam kecemasan setelah diberikan MBSR selama 1.5-2 jam setiap minggu selama 8 minggu.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriyani, Y. (2015). Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Konsentrasi Belajar Siswa Kelas V SD Muhammadiyah 2 Pontianak. *Jurnal Keperawatan*, 2(13), 6–10.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Hilgard, E.R. (2001). *Pengantar Psikologi. Jilid Dua*. Alih Bahasa: Widjaja Kusuma. Batam: Interaksara
- Aufar, A.F., Raharjo, S.T. (2020). Kegiatan Relaksasi Sebagai Coping Stress di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Kolaborasi Resolusi Konflik* Vol. 2 No. 2, ISSN 2656- 1786.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy basics and beyond* second edition. New York: The Guilford Press.
- Corey, G. (2013). *Teori dan praktek konseling dan psikoterapi*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Dobkin, P. L., & Zhao, Q. (2011). Increased mindfulness - The active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), .27–22
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.03.002>
- Endriyani, sri., damanik., Hanna Derita Lasmaria., & Pastari, Marta. (2021). Upaya mengatasi Kecemasan masyarakat di masa Pandemi covid 19. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Membangun Negeri* Vol. 5 No. 1 April 2021
- Ghiasi, A., & Keramat, A. (2018). The effect of listening to holy quran recitation on anxiety: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(6), 411– .420
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR17_173_
- Gunarsa, D. Singgih. (2008). *Psikologi Praktis: Anak, Remaja, dan Keluarga*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia.
- Gerald, Corey. (2007). *Teori dan Praktek Konseling*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Gerliandi, Gerald Betharayoga ., Maniatunufus, Pratiwi, Risma Dwi Nur., & Agustina, Habsyah Saparidah. (2021). *intervensi Non Farmakologis untuk Mengurangi Kecemasan pada*

Mahasiswa: sebuah narrative review. *urnal Keperawatan BSI*, Vol. 9 No. 2 September 2021

- Handayani, R., Fajarsari, D., Asih, D. R. T., & Rohmah, D. N. (2014). The Effect of Murrotal Al-Quran Therapy for Reducing Labor Pain and Anxiety in Stage I Maternity Active Phase. *Journal Ilmiah Midwife*, 5(2), 1–15.
- Hayat, A. (2014). Kecemasan dan Metode Pengendaliannya. *Khazanah: Jurnal Studi Islam dan Humaniora*, 12(1), 52–63. <https://doi.org/10.18592/khazanah.v12i1.301>
- Hanish, J. B. (2013). Guided Imagery as Treatment and Prevention for Anxiety, Chronic Stress, and Illness. شماره 2(1 ,SSRN Electronic Journal Retrieved from .117-99 8; ص <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC23587.pdf> Aht [tp://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/michels/polipart.pdf](http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/michels/polipart.pdf) Aht <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1994/02/the-coming-anarchy/304670/> Aht <https://scholar.google.it/scholar?q=Scha>
- Hamzeh, S., Safari-Faramani, R., & Khatony, A. (2020). Effects of Aromatherapy with Lavender and Peppermint Essential Oils on the Sleep Quality of Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/748020>
- Idham, A. F., & Ridha, A. A. (2017). Apakah Mendengarkan Murrotal Al- Quran Dapat Menurunkan Kecemasan Akademik Pada Mahasiswa? *Jurnal Intervensi Psikologi (JIP)*, 9(2), 141–154. <https://doi.org/10.20885/intervensipsikologi.vol9.iss2.art1>
- Kang, Y. S., Choi, S. Y., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing

students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538–543.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>

Katili, D. N. O., & Aisya, M. W. (2019). The Impact of Aroma Therapy Variation on Reducing Pain and Anxiety Levels of Maternity Women, 0966(6), 204–211.
<https://doi.org/10.36349/EASJNM.2019.v01i06.005>

Khouw, N. S., Setyawan, A., Oktavianto, E., & Suib. (2021). Pengaruh Aromaterapi Terhadap Tingkat Kecemasan Selama Masa Pandemi Covid-19 pada Mahasiswa Keperawatan STIKES Surya Global Yogyakarta, 2(1), 27–38.

Lazarus, R. S. (1996). *Pattern of Adjustment and Human Effectiveness*. Kogakusha. McGraw Hill Book Company.

Lestari, K. P., & Yuswiyanti, A. (2015). Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr. R Soeprapto Cepu. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 3(1), 27–32.

Lowenstein, L. (2016). *Creative cbt interventions for children with anxiety*. Canada: Champion Press.

Maghaminejad, F., Adib-Hajbaghery, M., Nematian, F., & Armaki, M. (2020). The effects of guided imagery on test anxiety among the 1st-year nursing students: A randomized clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 9(3), 130–134.
https://doi.org/10.4103/nms.nms_65_18

Melfsen, S., Kuhnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C., Poustka, F., & Stangier, U. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 5.

Mutawalli, L., Setiawan, S., Saimi. (2020). Terapi Relaksasi Otot Progresif Sebagai Alternatif Mengatasi Stress Dimasa Pandemi Covid-19 di Kabupaten Lombok Tengah *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan* Vol. 4. No. 3 Juli 2020 p-ISSN: 2598-9944 e-ISSN: 2656-6753
<http://ejournal.mandalanursa.org/index.php/IJISIP/index>.

- Rihiantoro, T., Oktavia, C., & Udani, G. (2018). Pengaruh Pemberian Aromaterapi Peppermint Inhalasi terhadap Mual Muntah pada Pasien Post Operasi dengan Anestesi Umum. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.26630/jkep.v14i1.1000>
- Roth, D. A., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behavior therapy. In *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 761–768). USA: Elsevier Science.
- Rudiansyah, Amirulla, & Yunus, Muhammad. (2016). Upaya Guru Dalam Mengatasi Kecemasan Siswa Dalam Menghadapi Tes (Pencapaian Hasil Belajar) Siswa di SMP Negeri 3 Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Kewarganegaraan Unsyiah Volume 1, Nomor 1*:96-109 Agustus 2016
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 20(2), 217–238.
- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>
- Syarkawi, Ahmad. (2019). Teknik Relaksasi untuk Membantu Siswa Mengatasi Kecemasan Menghadapi Ujian. *jurnal at taujih* vol.5 no.1 <https://ejournal.uinib.ac.id/jurnal/index.php/attaujih/issue/view/106><https://ejournal.uinib.ac.id>
- Sigmund, Freud, (1993). *Suatu Pengantar ke Dalam Ilmu Jiwa*. Jakarta: PT. Pembangunan.
- Zeidner, M. (1998). *Anxiety: The State of The Art*. NewYork: Kluwer Academic Publishers.

BAB VIII

GANGGUAN DISOSIATIF

Oleh Ria Andriany Fakhri

8.1 Pendahuluan

Disosiasi adalah perasaan diskoneksi atau tidak terhubung antara diri sendiri dan dunia sekitar. Hal ini dapat berupa diskoneksi antara pengalaman sensori seseorang, perasaan tentang diri, pemikiran, atau masa lalu. Orang yang mengalami disosiasi akan merasakan terpisah dengan tubuhnya atau merasakan bahwa dunia sekitarnya adalah hal yang tidak nyata. Disosiasi dapat terjadi kepada banyak orang sebagai respon normal dari trauma yang tidak dapat mereka control. Mengalami disosiasi dapat terjadi dalam waktu yang singkat, seperti halnya beberapa jam saja, atau lebih lama seperti berminggu-minggu hingga berbulan-bulan. Banyak orang, mungkin saja mengalami disosiasi selama hidup mereka, dimana disosiasi merupakan cara kerja pikiran untuk mengatasi stress yang berlebihan. Jika seseorang mengalami disosiasi dalam jangka waktu yang lama, maka hal ini dapat berkembang menjadi gangguan disosiatif.

Gangguan disosiatif adalah sejumlah kondisi yang melibatkan gangguan pada fungsi kesadaran, ingatan, identitas, atau persepsi seseorang yang biasanya saling terintegrasi (APA, 2013). Termasuk di dalamnya adalah beberapa fenomena psikopatologi seperti orang yang tidak dapat mengingat siapa mereka atau dari mana mereka berasal, atau orang yang memiliki dua atau lebih identitas atau kepribadian yang berbeda yang secara bergantian mengambil alih kendali perilaku individu.

Konsep disosiatif pertama kali ditemukan oleh Pierre Janet (1859-1947) seorang neurologis asal Perancis. Disosiasi dapat diartikan sebagai suatu gangguan dan/atau diskontinuitas kenormalan integrasi subjektif dari satu atau lebih aspek fungsi psikologis, termasuk -tetapi tidak terbatas pada- ingatan, identitas, kesadaran, persepsi dan kontrol motoric (Spiegel, dkk., 2011).

Telah banyak penelitian yang dilakukan terhadap epidemiologi disosiasi dalam populasi klinis. Beberapa studi epidemiologi antara pasien psikiatri rawat inap dan rawat jalan dilaporkan memiliki tingkat prevalensi gangguan disosiatif melebihi 10% (Beidel et al., 2014). Meskipun banyak penulis yang menganggap gejala depersonalisasi/derealisasi dan amnesia disosiatif sebagai fitur inti dari disosiasi, konsep dari disosiasi adalah secara semantik terbuka dan tidak memiliki definisi yang tepat dan diterima secara umum (Giesbrecht et al., 2008). Ambiguitas definisi ini berhubungan dengan keberagaman substansial pengalaman yang dikategorikan ke dalam rubrik “disosiasi.” Gejala-gejala disosiatif dalam manifestasinya bervariasi dari kegagalan kognitif umum (misalnya, penyimpangan dalam perhatian), ke nonpatologis dan melamun, hingga ke disosiasi yang sifatnya lebih patologis, seperti gangguan disosiatif (Holmes et al., 2005).

8.2 Gambaran Umum Gangguan Disosiatif

Sejarah disosiasi dimulai pada zaman prasejarah, dengan melibatkan pengalaman para dukun (Eliade dalam Ray & Michelson, 2013). Disosiasi muncul sebagai komponen dasar dan universal dari psikologi manusia. Fondasi psikologis DID dan gangguan disosiatif kompleks lainnya sepanjang sejarah diilustrasikan dengan trance dan kerasukan yang ditemukan di sebagian besar budaya. Dalam peradaban Barat, kerasukan adalah awal mula sejarah DID (Ray & Michelson, 2013). Pada tahun 1980, mayoritas usaha klinis dan penelitian terkait disosiasi telah dikhususkan pada gangguan identitas disosiatif karena beberapa alasan: DID atau gangguan identitas disosiatif merupakan gangguan yang paling menarik, gangguan ini yang paling memiliki morbiditas, pasien DID yang tidak terdiagnosis seringkali memiliki system Kesehatan mental yang buruk dan menerima banyak diagnosis yang berbeda dan perawatan yang tidak efektif (Ray & Michelson, 2013).

Gangguan disosiatif merupakan suatu gangguan atau diskontinuitas integrasi normal dari kesadaran, ingatan, identitas emosi, persepsi, representasi tubuh, kontrol gerak, dan perilaku (APA, 2013). DSM-5 menyatakan bahwa gangguan disosiatif

memiliki ciri yang sama, yaitu memiliki hubungan dengan trauma dan seringkali muncul setelah trauma. DSM-5 (APA, 2013) mengidentifikasi 3 (tiga) gangguan disosiatif yang utama – amnesia disosiatif (*dissociative amnesia*), depersonalisasi/ derealisasi (*depersonalization/ derealization*), dan gangguan disosiasi identitas (*dissociative identity disorder*).

1. Amnesia disosiatif atau *dissociative amnesia* ditandai dengan ketidakmampuan untuk mengingat informasi autobiografi penting, biasanya disebabkan oleh traumatik atau stress dan sifatnya berbeda dengan lupa biasa. Kondisi ini seringkali berupa amnesia local atau selektif terhadap kejadian-kejadian atau peristiwa tertentu, atau amnesia secara umum terhadap identitas dan sejarah hidup (APA, 2013).
2. Gangguan depersonalisasi/derealisasi atau *depersonalization/ derealization disorder* (DDD), sebelumnya dikenal dengan nama gangguan depersonalisasi didiagnosis berdasarkan gejala-gejala dari depersonalisasi persisten, derealisasi, bahkan keduanya. Simptom-simptom depersonalisasi berupa pengalaman tidak nyata; perasaan terlepas dari diri atau menjadi pengamat luar terhadap pikiran, perasaan, sensasi, atau tindakan sendiri; perasaan diri yang tidak nyata atau tidak ada; mati rasa secara fisik dan emosi; dan distorsi waktu. Sebaliknya, derealisasi mengalami keterlibatan perasaan dengan hal yang tidak nyata atau tidak terikat dengan lingkungan yang mencakup pengalaman individu atau objek sebagai hal yang tidak nyata, mimpi, berkabut, terdistorsi secara visual, atau tidak bernyawa.
3. Gangguan identitas disosiatif atau *dissociative identity disorder* (DID) atau sebelumnya dikenal dengan kepribadian ganda atau *multiple personality*. Gangguan ini ditandai dengan gangguan identitas oleh dua atau lebih keadaan kepribadian yang berbeda dan kesenjangan yang berulang dalam mengingat kejadian

sehari-hari, dan/atau kejadian traumatis yang tidak konsisten dengan lupa biasa.

Selain ketiga gangguan disosiatif diatas DSM-5 juga memasukkan kategori ke-empat dari gangguan disosiatif tertentu lainnya, yang tidak memenuhi kriteria lengkap dari gangguan disosiatif dan termasuk sindrom kronis dan berulang dari gejala disosiatif campuran, gangguan identitas akibat persuasi koersif yang berkepanjangan dan intens, reaksi-reaksi disosiatif akut terhadap penyebab stress, dan ketidaksadaran disosiatif. Lebih lanjut, DSM-5 mencakup kategori ke-lima dari *unspecified dissociative disorder* dimana kriteria-kriterianya tidak sesuai dengan gangguan disosiatif tertentu dan tidak terdapat informasi yang cukup untuk membuat diagnosa yang lebih spesifik. Akhirnya, saat ini DSM-5 menggambarkan subtype disosiatif dari gangguan stress paska trauma di mana perasaan depersonalisasi dan/atau depersonalisasi yang terus menerus atau berulang dimanifestasikan sebagai reaksi terhadap rangsangan yang berhubungan dengan trauma. DSM-5 mensyaratkan bahwa gejala-gejala dari seluruh gangguan disosiatif harus menyebabkan distress yang signifikan, gangguan fungsi aspek utama dalam kehidupan sehari-hari, atau keduanya, dan tidak disebabkan oleh efek dari substansi atau kondisi medis lainnya.

Variabilitas ini menimbulkan kemungkinan bahwa beberapa gejala merupakan manifestasi yang lebih ringan dari etiologi atau memiliki etiologi dan substrat biologis berbeda, sehingga menimbulkan pertanyaan tentang apakah disosiasi ini merupakan domain konseptual yang menyatu (Holmes et al., 2005). Lebih lanjut van der Hart dan koleganya (Boer, 2008) telah membedakan disosiasi patologis atau yang berkaitan dengan trauma yang disebut sebagai disosiasi struktural kepribadian dengan pengalaman disosiatif nonpatologis (seperti, perubahan rasa terhadap waktu).

Peneliti lain telah mengusulkan dua bentuk yang berbeda dari disosiasi, yakni *detachment* dan *compartmentalization* (Allen, 2001). *Detachment* terdiri dari depersonalisasi dan derealisasi dan fenomena yang terkait dengan pelepasan, seperti pengalaman diri keluar dari tubuh. Kondisi-kondisi psikopatologis yang

merefleksikan gejala-gejala dari *detachment* adalah gangguan depersonalisasi dan perasaan-perasaan terpisah yang terjadi selama kilas balik pada penderita *posttraumatic stress disorder* (PTSD) atau gangguan stress pascatrauma. Sebaliknya, *compartmentalization*, mencakup amnesia disosiatif, ditandai dengan lupa terhadap materi autobiografi, dan disosiasi somatoform, seperti hilangnya sensorik dan gejala-gejala neurologis yang tidak dapat dijelaskan (Nijenhuis et al., 1998). Ciri utama dari *compartmentalization* adalah defisit dalam kontrol proses atau tindakan yang disengaja yang biasanya dapat dikontrol, seperti yang terlihat pada DID atau gangguan somatisasi.

Secara khusus, disosiasi digambarkan sebagai pemisahan “horizontal”, di mana kesadaran terbagi menjadi dua bagian atau lebih yang beroperasi secara parallel. Sebaliknya, represi lebih mengarah kepada pemisahan “vertical,” di mana kesadaran diatur dalam tingkatan, dan ingatan traumatis atau yang tidak diinginkan seolah-olah di dorong ke bawah hingga tidak dapat dipanggil kembali (Beidel et al., 2014).

Bagaimana para ahli menjelaskan tentang gangguan disosiatif? Ahli psikodinamika melihat bahwa gangguan disosiatif disebabkan oleh represi, mekanisme pertahanan ego paling dasar: manusia melawan kecemasan dengan secara tidak sadar mencegah ingatan, pikiran, atau impuls yang menyakitkan untuk mencapai kesadaran. Amnesia disosiatif merupakan episode tunggal dari represi yang besar. Sebaliknya, DID dianggap sebagai hasil dari represi seumur hidup. Beberapa individu dengan DID tidak terlihat mengalami kekerasan dalam latar belakang mereka. Pandangan ahli behavioral berpendapat bahwa disosiasi adalah respon yang dipelajari melalui *operant conditioning* atau pengondisian operan. Individu didorong untuk tindakan belajar dan melupakan -tanpa menyadari bahwa mereka belajar- bahwa perilaku tertentu membantu mereka melepaskan diri dari kecemasan. Lebih lanjut, para ahli melihat disosiasi sebagai perilaku melarikan diri, namun mereka gagal menjelaskan tentang bagaimana pelarian sementara dan normal dari ingatan yang menyakitkan tumbuh menjadi

gangguan yang kompleks atau berkembang menjadi gangguan disosiatif.

Apabila seseorang belajar sesuatu ketika mereka berada di situasi atau keadaan pikiran tertentu, mereka cenderung akan mengingatnya dengan baik ketika mereka kembali berada di kondisi yang sama. Hubungan ini disebut dengan *state-dependent learning*. Hal ini juga dapat diasosiasikan dengan keadaan mood. Sebagian besar dapat mengingat kejadian di berbagai keadaan. Kemungkinan orang-orang yang cenderung mengembangkan gangguan disosiatif memiliki hubungan keadaan terhadap ingatan yang sangat kaku dan sempit. Mungkin masing-masing pikiran, ingatan, dan keterampilan mereka terikat secara khusus pada keadaan tertentu. Hal ini dapat menjelaskan mengapa transisi kepribadian pada gangguan identitas disosiatif cenderung tiba-tiba dan berhubungan dengan stress.

Gangguan disosiatif dan amnesia hipnotis merupakan kondisi di mana manusia melupakan hal-hal tertentu dalam periode waktu tertentu tertentu namun kemudian mengingatnya. Selain itu, orang-orang lupa tanpa mengetahui mengapa mereka lupa atau kesadaran apapun bahwa ada sesuatu yang dilupakan. Kesamaan tersebut mengarahkan beberapa ahli teori menyimpulkan gangguan disosiatif mungkin merupakan bentuk dari *self-hypnosis* di mana manusia menghipnotis diri mereka sendiri untuk melupakan kejadian yang tidak menyenangkan. Kerentanan hipnotis seseorang meningkat sampai sebelum masa remaja, dan kemudian menurun. Beberapa ahli teori melihat hypnosis sebagai proses khusus dan berpendapat bahwa orang dengan gangguan disosiatif menempatkan diri mereka dalam trans internal di mana fungsi kesadaran mereka berubah secara signifikan. Pakar teori lainnya percaya bahwa perilaku hipnotis, dan amnesia hipnotis secara khusus, dihasilkan oleh proses kognitif dan sosial, seperti motivasi tinggi, fokus terhadap perhatian, berlakunya peran, dan pemenuhan harapan diri.

8.3 Karakteristik dan Jenis-jenis Gangguan Disosiatif

Dalam ilmu psikiatri, disosiasi diartikan sebagai mekanisme pertahanan diri yang tidak disadari melibatkan pemisahan berbagai kelompok proses mental atau perilaku dari aktivitas psikis seseorang (Sadock et al., 2017). Gangguan disosiatif melibatkan mekanisme ini sehingga menyebabkan gangguan pada fungsi mental, seperti ingatan, identitas, persepsi, kesadaran, atau perilaku motorik. Gangguan ini dapat terjadi seketika atau bertahap, sementara atau kronis, serta tanda-tanda dan gejala dari gangguan seringkali disebabkan oleh trauma psikologis.

Gejala-gejala disosiatif dialami sebagai (APA, 2022):

- a. Intrusi yang tidak diharapkan ke dalam kesadaran dan perilaku, disertai dengan hilangnya kesinambungan pengalaman subjektif (yakni, gejala disosiatif “positif” seperti fragmentasi identitas, depersonalisasi, dan derealisasi) dan/atau;
- b. Ketidakmampuan mengakses informasi atau mengontrol fungsi mental yang biasanya siap menerima akses atau kontrol (yaitu, gejala disosiatif “negative” seperti amnesia).

Gangguan disosiatif sering ditemukan setelah trauma, dan banyak gejala, termasuk rasa malu dan kebingungan tentang gejala atau keinginan untuk menyembunyikannya, dipengaruhi oleh kedekatannya dengan trauma. Dalam DSM-V, gangguan disosiatif ditempatkan dekat dengan, tetapi bukan merupakan bagian dari gangguan terkait trauma dan stress, yang mencerminkan kedekatan hubungan antara kelas diagnostik mereka. Gangguan stress akut dan gangguan stress paska trauma mengandung gejala disosiatif, seperti amnesia, kilas-balik, mati rasa, dan depersonalisasi/derealisasi.

8.3.1 Gangguan Identitas Disosiatif (*Dissociative Identity Disorder* (DID))

Gangguan identitas disosiatif atau *dissociative identity disorder* ditandai dengan hadirnya dua atau lebih identitas atau

kepribadian yang berbeda yang secara berulang mengontrol perilaku seseorang, ditemani oleh ketidakmampuan untuk mengingat informasi pribadi penting yang terlalu kompleks dijelaskan dengan lupa biasa (Ringrose, 2012). Karakteristik gangguan ini adalah fragmentasi identitas, bukan proliferasi dari kepribadian yang terpisah (American Psychiatric Association, 2000). Para praktisi kadangkala menyebut klien dengan DID memiliki satu atau lebih identitas utama atau identitas inang, di mana salah satu cenderung hadir pada saat sesi terapi dan satu atau lebih menjadi identitas alter (Ringrose, 2012). Pada tahun 1800, pasien dengan DID seringkali terlihat sebagai orang yang kerasukan. Pada awal tahun 1800, Benjamin Rush (Sadock et al., 2017) membuat laporan dan deskripsi klinis tentang fenomenologi gangguan identitas disosiatif. Selanjutnya, Jean Martin Charcot dan Pierre Janet mendeskripsikan gejala gangguan tersebut dan mengenali sifat disosiatif dari gejala tersebut. Baik Sigmund Freud dan Eugen Bleuler mengenali gejala tersebut, meskipun Freud mengatribusikan mekanisme psikodinamika dengan gejala tersebut dan Bleuler menganggap gejala itu sebagai refleksi dari skizofrenia (Sadock et al., 2017). Mungkin karena meningkatnya apresiasi terhadap masalah pelecehan seksual dan fisik pada anak dan kasus yang jelaskan di media populer (*The Three Faces of Eve*, *Sybil*), kesadaran akan gangguan identitas disosiatif meningkat. Saat ini, penanganan DID berfokus pada membina komunikasi dan kerjasama antara host dan alter, memahami dan memproses trauma yang dimiliki oleh masing-masing identitas dan kadangkala, menjelang akhir dari terapi, kemungkinan terjadi integrasi identitas yang berbeda.

Epidemiologi. Hanya sedikit data epidemiologi sistematis yang muncul untuk gangguan identitas disosiatif. DSM-5 (APA, 2022) melaporkan prevalensi sekitar 2 persen pada pria dan Wanita. Studi klinis melaporkan rasio wanita dan pria antara 5 banding 1 dan 9 banding 1 untuk kasus yang didiagnosis (Sadock et al., 2017).

Etiologi. Gangguan identitas disosiatif sangat terkait dengan pengalaman parah trauma masa awal kanak-kanak (trauma masa anak usia dini), biasanya disebabkan oleh penganiayaan. Tingkat

trauma parah masa kanak-kanak yang dilaporkan oleh pasien anak dan dewasa dengan gangguan identitas disosiatif berkisar antara 85 hingga 97 persen kasus. Pelecehan seksual dan fisik merupakan sumber trauma masa kecil yang paling sering dilaporkan. Kontribusi faktor genetik baru sekarang ini diteliti secara sistematis, tetapi belum ditemukan secara signifikan bahwa genetic memiliki kontribusi terhadap gangguan ini.

Diagnosis dan karakteristik klinis. Terdapat banyak tanda dan gejala yang mendefinisikan gangguan ini, dan karena banyaknya keragaman, diagnosa menjadi sulit. Tanda-tanda dan gejala-gejala dari gangguan identitas disosiatif ditunjukkan pada table 9.1 di mana menggambarkan banyak gejala terkait lainnya yang biasa ditemukan pada pasien dengan gangguan kepribadian disosiatif.

Tabel 8.1 Gejala gangguan identitas disosiatif -gejala terkait secara umum ditemukan pada gangguan identitas disosiatif

<i>Posttraumatic stress disorder symptoms</i>	<i>Intrusive symptoms Hyperarousal Avoidance and numbing symptoms</i>
<i>Somatic symptoms</i>	<i>Conversion and pseudoneurological symptoms Seizure-like episodes Pain symptoms Headache, abdominal, musculoskeletal, pelvic pain Psychophysiological symptoms or disorders Asthma and breathing problems. Perimenstrual disorders Irritable bowel syndrome Gastroesophageal reflux disease Somatic symptoms</i>
<i>Affective symptoms</i>	<i>Depressed mood, dysphoria, or anhedonia</i>

	<i>Brief mood swings or mood lability</i> <i>Suicidal thoughts and attempts of self-mutilation.</i> <i>Helpless and hopeless feelings</i>
<i>Obsessive-compulsive symptoms</i>	<i>Ruminations about trauma</i> <i>Obsessive counting, singing.</i> <i>Arranging</i> <i>Washing</i> <i>Checking</i>

Sumber: (Sadock et al., 2017)

Adapun kriteria diagnostik gangguan identitas disosiatif adalah (APA, 2022):

1. Gangguan identitas yang ditandai oleh dua atau lebih keadaan kepribadian yang berbeda, yang dijelaskan oleh beberapa budaya sebagai pengalaman kerasukan. Gangguan dalam identitas melibatkan diskontinuitas atau ketidakberlanjutan yang nyata pada diri dan agensi perasaan, disertai dengan hubungan alterasi pada perasaan, perilaku, kesadaran, ingatan, persepsi, kognisi, dan/atau fungsi sensori-motorik. Tanda dan gejala ini dapat diamati oleh orang lain atau dilaporkan oleh individu.
2. Kesenjangan yang berulang dalam mengingat kejadian sehari-hari, informasi pribadi yang penting, dan/atau kejadian traumatic yang tidak sesuai dengan lupa biasa.
3. Gejala menyebabkan distress secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
4. Gangguan tersebut bukan merupakan bagian normal dari praktik budaya atau agama yang diterima secara luas.
5. Gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat (misalnya, pingsan atau perilaku kacau balau selama keracunan alcohol) atau kondisi medis lain (misalnya, kejang parsial kompleks).

Ciri yang menentukan gangguan identitas disosiatif adalah hadirnya dua atau lebih keadaan kepribadian yang berbeda atau pengalaman dari kerasukan (Kriteria A). Lebih lanjut, keterbukaan atau tertutupan dari keadaan kepribadian ini bervariasi sebagai fungsi dari motivasi psikologis, tingkatan stress saat ini, dinamika dan konflik internal, dan ketahanan emosional. Keberlanjutan periode dari gangguan identitas dapat terjadi ketika tekanan psikososial menjadi parah dan atau berkepanjangan. Dalam banyak bentuk kasus kepemilikan gangguan identitas disosiatif, dan sebagian kecil kasus bentuk non kepemilikan, manifestasi dari identitas yang berganti-ganti sangatlah terbuka. Sebagian besar individu dengan gangguan identitas disosiatif non-possession form tidak menunjukkan secara terbuka diskontinuitas identitas dalam jangka waktu yang panjang; hanya sebagian kecil yang hadir dalam pengamatan klinis dengan perubahan identitas yang dapat diamati. Ketika perubahan keadaan kepribadian tidak diamati secara langsung, gangguan dapat diidentifikasi oleh dua kelompok gejala: 1) perubahan tiba-tiba atau diskontinuitas dalam diri dan agensi perasaan (Kriteria A), dan 2) amnesia disosiatif berulang (Kriteria B).

Gejala Kriteria A terkait dengan diskontinuitas pengalaman yang dapat mempengaruhi segala aspek fungsi individu. Individu dengan gangguan identitas disosiatif dapat melaporkan perasaan bahwa mereka tiba-tiba menjadi pengamat depersonalisasi terhadap tindakan dan perkataan mereka sendiri, di mana mereka akan merasa tidak berdaya untuk berhenti (perasaan akan diri). Individu tersebut juga dapat melaporkan persepsi suara (misalnya, suara anak, menangis, suara dari makhluk spiritual). Dalam beberapa kasus, suara-suara dialami sebagai aliran pemikiran yang beragam, membingungkan dan independent di mana individu tidak dapat mengontrolnya. Dorongan, emosi yang kuat, bahkan perkataan atau perilaku lainnya dapat tiba-tiba muncul tanpa rasa kepemilikan atau kendali pribadi (*sense of agency*). Emosi dan dorongan ini seringkali dilaporkan sebagai ego-distonik dan membingungkan. Sikap, penampilan, dan preferensi pribadi (misalnya, tentang makanan, aktivitas, pakaian) dapat secara tiba-tiba berubah dan berubah kembali. Individu seringkali melaporkan

bahwa tubuh mereka terasa berbeda (misalnya, seperti anak-anak, lawan jenis, gemuk, dan berotot). Perubahan terhadap rasa diri dan kehilangan kepemilikan diri dapat disertai dengan perasaan bahwa sikap, emosi, dan perilaku dalam tubuh yang sama ini adalah bukan “milik saya” dan atau “tidak dibawah kendali saya.” Meskipun kebanyakan gejala Kriteria A adalah subjektif, banyak dari diskontinuitas secara tiba-tiba terhadap perkataan, emosi, dan perilaku dapat disaksikan oleh keluarga, teman, dan ahli klinis.

Amnesia disosiatif dari individu dengan gangguan identitas disosiatif bermanifestasi dalam tiga cara utama: sebagai 1) gap dalam ingatan terpencil dari kejadian kehidupan pribadi (seperti masa kanak-kanak atau remaja; beberapa kejadian penting dalam hidup, seperti kematian kakek-nenek, menikah, melahirkan), 2) penyimpangan dalam ingatan yang dapat diandalkan (seperti, tentang apa yang terjadi hari ini, tentang keterampilan yang dipelajari dengan baik seperti bagaimana melakukan pekerjaan, menggunakan computer, membaca, berkendara), dan 3) menemukan bukti dalam perilaku dan tugas sehari-hari yang mereka tidak ingat lakukan (seperti, menemukan benda lain dalam tas belanja mereka atau dalam kepemilikan mereka, menemukan tulisan atau gambar yang membingungkan yang telah dibuat, menemukan luka). Dengan demikian, individu yang mengalami gangguan identitas disosiatif kemungkinan dapat melaporkan bahwa tiba-tiba mereka menemukan diri mereka di pantai, di kantor, di sebuah klub malam, atau di suatu tempat di rumah (misalnya, di dalam ruang ganti, di atas tempat tidur atau sofa, di sudut ruangan) tanpa adanya ingatan tentang bagaimana mereka dapat berada di sana.

Amnesia pada individu dengan gangguan identitas disosiatif tidak terbatas pada peristiwa traumatis atau stress. Individu tersebut seringkali tidak dapat mengingat kejadian sehari-hari dengan baik. Sikap dan kesadaran terkait amnesia yang terjadi berbeda-beda pada setiap individu yang mengalami gangguan identitas disosiatif. Sangatlah umum bagi individu tersebut untuk meminimalisir gejala amnesia mereka. Beberapa perilaku amnestic mereka mungkin terlihat oleh orang lain—seperti ketika individu ini tidak mengingat sesuatu yang mereka lihat atau ucapkan, ketika

mereka tidak dapat mengingat nama mereka sendiri, atau ketika mereka tidak mengenal pasangan, anak, atau teman dekat. Bentuk kepemilikan identitas dalam gangguan disosiatif identitas biasanya bermanifestasi sebagai perilaku yang muncul seolah-olah “roh,” makhluk gaib, atau orang luar telah mengambil alih, sehingga individu tersebut mulai berbicara atau bertindak laku dengan cara yang sangat berbeda. Sebagai contoh, perilaku seseorang dapat memberikan kesan bahwa identitasnya telah digantikan oleh “hantu” atau seorang anak perempuan yang bunuh diri pada komunitas yang sama bertahun-tahun yang lalu, berbicara dan bertindak sebagai orang jahat.

Fitur pendukung diagnosis. Individu dengan gangguan identitas disosiatif biasanya hadir dengan komorbid depresi, kecemasan, penyalahgunaan substansi atau zat-zat tertentu, melukai diri sendiri, kejang non-epilepsi, atau gejala umum lainnya. Mereka sering menyembunyikan atau tidak sepenuhnya menyadari akan gangguan kesadaran, amnesia, atau gejala disosiatif lainnya. Individu dengan gangguan tersebut seringkali melaporkan berbagai jenis penganiayaan selama masa kanak-kanak dan dewasa mereka. Bentuk non-maltreatment dari kejadian hidup yang luar biasa, seperti prosedur medis yang panjang dan menyakitkan, juga dilaporkan. Melukai diri dan perilaku bunuh diri sering terjadi. Pada pengukuran standar, individu-individu ini melaporkan tingkat disosiasi dan kemampuan terhipnotis lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok klinis lain dan subjek kontrol yang sehat. Beberapa individu mengalami fenomena atau episode psikotik sementara. Beberapa area otak telah dimplikasikan dengan patofisiologi dari gangguan identitas disosiatif, termasuk korteks orbitofrontal, hippocampus, gyrus parahippocampal, dan amigdala. Gangguan identitas disosiatif diasosiasikan dengan pengalaman luarbiasa, kejadian traumatis, dan atau pelecehan yang terjadi pada masa kanak-kanak. Gangguan penuh dapat pertama kali bermanifestasi pada semua usia (dari awal kanak-kanak hingga dewasa akhir). Disosiasi pada anak dapat menimbulkan masalah dengan ingatan, konsentrasi, kelekatan, dan permainan traumatis.

Namun demikian, anak seringkali tidak hadir dengan perubahan identitas. Sebaliknya, mereka hadir dengan keadaan mental yang terganggu dan tumpang tindih dengan gejala yang terkait diskontinuitas pengalaman. Perubahan identitas secara tiba-tiba selama masa remaja mungkin tampak sebagai gejala remaja atau tahap awal dari gangguan mental lainnya. Individu yang telah dewasa mungkin datang untuk mendapatkan penanganan sebagai gangguan mood pada usia lanjut, gangguan obsesif-kompulsif, paranoia, gangguan mood psikotik, atau bahkan gangguan kognitif yang disebabkan amnesia disosiatif. Dalam beberapa kasus, gangguan afeksi dan ingatan dapat semakin mengganggu kesadaran seiring bertambahnya usia.

Dekompensasi psikologis dan perubahan identitas yang nyata dapat dipicu oleh 1) pemindahan dari situasi traumatis (misalnya, dengan meninggalkan rumah); 2) anak dari individu telah berusia sama dengan individu yang mengalami pelecehan atau trauma; 3) pengalaman traumatis di kemudian hari yang terlihat tidak penting, seperti kecelakaan minor kendaraan bermotor; atau 4) kematian dari atau timbulnya penyakit fatal pada pelaku pelecehan (penyalahguna) mereka.

Faktor risiko dan prognostic. Pelecehan fisik dan seksual interpersonal dikaitkan dengan meningkatnya risiko gangguan identitas disosiatif. Prevalensi pelecehan dan penelantaran pada masa kanak-kanak di Amerika Serikat, Kanada, dan Eropa di antara orang yang mengalami gangguan tersebut sekitar 90%. Bentuk pengalaman traumatis lainnya, termasuk prosedur bedah dan medis pada masa kanak-kanak, perang, prostitusi pada masa kanak-kanak, dan terorisme telah dilaporkan. Pelecehan yang sedang berlangsung, traumatisasi kembali di kemudian hari, komorbiditas dengan gangguan mental, penyakit medis yang parah, dan keterlambatan dalam pengobatan yang tepat dihubungkan dengan prognosis yang buruk.

Treatment.

1) Psikoterapi.

Psikoterapi yang berhasil untuk pasien dengan gangguan identitas disosiatif membutuhkan ahli klinis yang dapat melakukan

berbagai intervensi psikoterapeutik dengan nyaman dan bersedia bekerja secara aktif untuk menyusun perawatan. Modalitas ini termasuk psikoterapi psikoanalisa, terapi kognitif, terapi perilaku, hipnoterapi, dan familiaritas dengan psikoterapi dan manajemen psikofarmakologis pasien dengan trauma.

2) Terapi kognitif.

Banyak distorsi kognitif dihubungkan dengan gangguan identitas disosiatif lambat dalam merespon teknik terapi kognitif, dan intervensi kognitif yang sukses dapat menyebabkan disforia tambahan. Subkelompok pasien dengan gangguan identitas disosiatif tidak berkembang melalui dukungan jangka panjang, penanganan sepenuhnya mengarah kepada stabilisasi kesulitan multiple multiaksial mereka. Pasien dengan gangguan ini memerlukan penanganan jangka panjang yang berfokus pada manajemen dan penahanan gejala terhadap disfungsi kehidupan mereka secara keseluruhan, seperti yang terjadi pada pasien psikiatri yang sakit parah dan terus menerus.

3) Hipnotis.

Intervensi hipnoterapeutik seringkali dapat meringankan impuls yang dapat merusak diri sendiri atau mengurangi gejala, seperti kilas balik, gangguan halusinasi, dan pengalaman pengaruh pasif. Mengajarkan pasien *self-hypnosis* dapat membantu mengatasi krisis di luar sesi. Hypnosis dapat berguna untuk mengukur perubahan keadaan kepribadian tertentu serta ingatan dan afeksi mereka yang diasingkan. Hypnosis juga dapat digunakan untuk menciptakan keadaan mental yang relaks di mana kejadian kehidupan yang negative dapat diperiksa tanpa kecemasan berlebihan.

4) Intervensi psikofarmakologikal.

Obat antidepresan seringkali menjadi hal penting dalam mengurangi depresi dan stabilisasi suasana hati. Berbagai gejala PTSD (*Post Traumatic Syndrome Disorder*), terutama terhadap

gejala yang mengganggu dan *hyperarousal*, sebagian responsive terhadap pengobatan.

5) Terapi elektrokonvulsif.

Untuk beberapa penderita, terapi elektrokonvulsif sangat membantu dalam memperbaiki gangguan mood refraktori dan tidak memperburuk masalah memori disosiatif. Pengalaman klinis dalam perawatan tersier pasien yang sakit parah dengan gangguan identitas disosiatif menunjukkan bahwa gambaran klinis depresi berat dengan fitur melankolis refraktori yang persisten di semua keadaan yang berubah dapat memprediksi respon positif terhadap terapi elektrokonvulsif.

8.3.2 Gangguan Amnesia Disosiatif.

Fitur utama dari amnesia disosiatif berdasarkan DSM-5 (APA, 2022) adalah ketidakmampuan untuk mengingat informasi pribadi yang penting, biasanya bersifat traumatis atau stress, yang terlalu luas untuk dijelaskan sebagai lupa pada umumnya. Dan, seperti yang telah disebutkan di atas, gangguan ini bukan merupakan hasil efek fisiologis langsung dari suatu zat atau kondisi neurologis atau kondisi medis umum lainnya. Berbagai jenis amnesi disosiatif tercantum dalam table 8.2 berikut ini:

Tabel 8.2 Jenis-jenis amnesia disosiatif

<i>Localized amnesia</i> : ketidakmampuan untuk mengingat kejadian yang berhubungan dengan periode waktu tertentu
<i>Selective amnesia</i> : kemampuan untuk mengingat sebagian, tetapi tidak semua, dari suatu kejadian selama periode waktu tertentu
<i>Generalized amnesia</i> : gagal untuk mengingat keseluruhan hidup
<i>Continuous amnesia</i> : gagal untuk mengingat kejadian yang berurutan saat terjadi
<i>Systematized amnesia</i> : gagal untuk mengingat kategori informasi, seperti seluruh memori terkait keluarga atau orang tertentu

Sumber: (Sadock et al., 2017)

Epidemiologi. Telah dilaporkan bahwa individu yang mengalami amnesia disosiatif berkisar 2 sampai 6 persen dari populasi umum, dan dilaporkan bahwa lebih banyak dialami oleh wanita (Sadock et al., 2017). Umumnya banyak kasus yang dilaporkan pada akhir masa remaja dan dewasa. Amnesia disosiatif bisa menjadi sulit untuk diukur pada anak-anak praremaja karena keterbatasan kemampuan mereka dalam mendeskripsikan pengalaman subjektif.

Etiologi. Dalam banyak kasus amnesia disosiatif akut, lingkungan psikososial dari mana amnesia berkembang sangatlah konfliktual, dengan pasien yang mengalami perasaan malu, bersalah, putus asa, marah, dan hilang harapan yang tak tertahankan. Ini biasanya merupakan hasil dari konflik atas dorongan atau impuls yang tidak dapat diterima, seperti dorongan seksual, bunuh diri, atau kekerasan yang berulang. Pengalaman traumatis seperti kekerasan seksual atau fisik dapat menyebabkan gangguan. Dalam beberapa kasus, trauma tersebut disebabkan oleh pengkhianatan oleh orang yang dipercaya. Pengkhianatan ini dianggap mempengaruhi cara bagaimana kejadian tersebut diproses dan diingat.

Diagnosis dan karakteristik klinis. Kriteria diagnostic dari amnesia disosiatif adalah:

1. Ketidakmampuan untuk mengingat informasi autobiografi penting, biasanya disebabkan oleh trauma atau stress, dimana hal tersebut tidak konsisten dengan lupa biasa.
2. Secara klinis menyebabkan distress atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
3. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari zat tertentu (seperti penggunaan obat-obatan atau alkohol, pengobatan medis) atau neurologis atau kondisi medis lainnya (seperti, kejang kompleks parsial, *transient global amnesia*, gejala disebabkan sisa dari cedera kepala/cedera trauma otak, kondisi neurologis lainnya).
4. Gangguan tidak dapat dijelaskan oleh gangguan identitas disosiatif, gangguan stress pasca trauma, gangguan stress akut, gangguan gejala somatic, atau gangguan neurokognitif mayor atau ringan.

Definisi karakteristik dari amnesia disosiatif adalah ketidakmampuan untuk mengingat informasi autobiografi penting yang 1) harus berhasil disimpan dalam memori dan 2) biasanya akan mudah untuk diingat (Kriteria A). Amnesia disosiatif berbeda dari amnesia permanen karena kerusakan neurobiologis atau toksisitas yang melindungi penyimpanan atau pemanggilan kembali memori di mana berpotensi reversibel karena memori telah berhasil tersimpan (Spiegel, dkk., 2011). Individu dengan amnesia disosiatif seringkali tidak menyadari (atau hanya menyadari sebagian) masalah memori mereka, khususnya bagi individu dengan *localized amnesia*. Mereka akan merasa tidak nyaman jika diminta untuk mengatasi atau meminimalisir kehilangan ingatan mereka.

Fitur pendukung diagnosis. Banyak individu dengan amnesia disosiatif mengalami gangguan kronis dalam kemampuan mereka untuk membentuk dan mempertahankan hubungan yang memuaskan. Sejarah dari trauma, pelecehan anak, dan viktimisasi adalah hal biasa. Beberapa individu dengan amnesia disosiatif melaporkan kilas balik disosiatif (yaitu, mengalami ulang perilaku dari kejadian traumatis). Banyak yang memiliki Riwayat mutilasi diri, upaya bunuh diri, dan perilaku beresiko tinggi lainnya. Gejala depresi dan fungsional neurologis adalah hal yang umum, seperti juga depersonalisasi, gejala auto-hipnotis, dan kemampuan terhipnotis tinggi. Disfungsi seksual sering terjadi. cedera traumatis otak ringan dapat mendahului amnesia disosiatif.

Faktor risiko dan prognostik. Pengalaman traumatis yang hanya sekali terjadi atau berulang (seperti perang, penganiayaan pada masa kanak-kanak, bencana alam, penahanan dalam kamp konsentrasi, genosida) adalah anteseden umum. Amnesia disosiatif lebih mungkin terjadi dengan 1) banyaknya jumlah pengalaman pada masa kanak-kanak yang merugikan, terutama pelecehan fisik dan/atau seksual, 2) kekerasan interpersonal, dan 3) meningkatnya keparahan, frekuensi, dan kekerasan dari trauma.

Treatment.

1) Terapi kognitif.

Terapi kognitif dapat memberikan keuntungannya khusus untuk individu dengan gangguan trauma. Mengidentifikasi distorsi kognitif khusus yang didasarkan pada trauma dapat menyediakan jalan masuk kedalam memori autobiografi dimana individu mengalami amnesia. Saat individu mampu untuk memperbaiki distorsi kognitif, terutama tentang arti dari trauma sebelumnya, ingatan yang lebih rinci tentang peristiwa traumatis dapat terjadi.

2) Hipnosis.

Hipnosis dapat digunakan dalam beberapa cara yang berbeda dalam pengobatan individu dengan amnesia disosiatif. Secara khusus, intervensi hypnotis dapat digunakan untuk menahan, memodulasi, dan mentitrasi intensitas gejala, untuk memfasilitasi kontrol ingatan dari ingatan yang terpisah, memberikan dukungan dan penguatan ego kepada individu, dan terakhir untuk mempromosikan pengerjaan dan integrasi materi yang dipisahkan.

3) Psikoterapi kelompok.

Psikoterapi kelompok jangka waktu pendek dan panjang telah dilaporkan bermanfaat bagi veteran perang dengan PTSD dan bagi penyintas pelecehan pada masa kanak-kanak. Selama sesi kelompok, pasien dapat memulihkan ingatan di mana mereka mengalami amnesia. Dukungan intervensi oleh anggota kelompok dan terapis, dapat memfasilitasi integrasi dan penguatan dari materi disosiasi.

8.3.3 Gangguan depersonalisasi/derealisasi

Depersonalisasi didefinisikan sebagai perasaan terlepas atau terasing yang terus menerus atau berulang dari diri individu. Seseorang mungkin melaporkan bahwa mereka merasa seperti robot atau menonton diri sendiri dalam sebuah film. Derealisasi agak terkait dan mengacu pada perasaan tidak nyata atau terlepas

dari lingkungan seseorang. Individu menggambarkan persepsinya tentang dunia luar sebagai hal yang kurang jelas dan pewarnaan emosional, seolah-olah mereka sedang bermimpi atau mati.

Epidemiologi. Pengalaman transient depersonalisasi dan derealisasi merupakan hal yang sangatlah umum dalam populasi normal dan klinis. Depersonalisasi dan derealisasi merupakan gejala psikiatrik umum ketiga yang sering dilaporkan setelah depresi dan kecemasan. Satu survey menemukan prevalensi dalam 1 tahun sebesar 19 persen dalam populasi umum (Sadock et al., 2017). Depersonalisasi dan derealisasi sangatlah umum pada penderita kejang dan migrain, juga terhadap pengguna obat-obatan psikadelik, khususnya marijuana, *lysergic acid diethylamide* (LSD), dan *mescaline*. DD juga dideskripsikan muncul setelah meditasi, hypnosis yang dalam, menatap cermin atau kristal yang luas, dan pengalaman kehilangan indera. Hal ini juga umum terjadi setelah cedera kepala ringan sampai sedang, pengalaman yang mengancam jiwa, dengan atau tanpa cedera tubuh yang serius. Depersonalisasi ditemukan dua sampai empat kali lebih banyak pada wanita dibandingkan pria, meskipun beberapa survey menemukan bahwa gangguan ini setara antara pria dan wanita.

Etiologi. Formulasi psikodinamika tradisional telah menekankan pada disintegrasi ego atau melihat depersonalisasi sebagai suatu respon afeksi dalam mempertahankan ego. Penjelasan ini menekankan pada peran dari pengalaman menyakitkan atau impuls konflik yang memicu kejadian. Secara khusus, sepertiga atau setengah dari pasien yang memiliki kasus depersonalisasi klinis melaporkan sejarah dari trauma. Beberapa studi terhadap korban kecelakaan menemukan sebanyak 60 persen dengan pengalaman yang membahayakan hidup melaporkan bahwa mengalami transien depersonalisasi selama kejadian atau segera setelah kejadian berlangsung. Studi pelatihan militer menemukan bahwa gejala-gejala dari depersonalisasi dan derealisasi biasanya ditimbulkan oleh stress dan kelelahan dan berbanding terbalik dengan kinerja.

Diagnosis dan karakteristik klinis.

Kriteria diagnostic dari depersonalisasi dan derealisasi adalah:

1. Adanya pengalaman depersonalisasi, derealisasi, atau keduanya yang persisten atau berulang. Depersonalisasi adalah pengalaman ketidaknyataan, keterpisahan, atau menjadi pengamat luar sehubungan dengan pikiran, perasaan, sensasi, tubuh, atau tindakan seseorang (misalnya perubahan persepsi, rasa waktu yang terdistorsi, diri yang tidak nyata atau tidak ada, emosional dan/atau fisik mati rasa). Derealisasi adalah pengalaman ketidaknyataan atau keterpisahan sehubungan dengan lingkungan (misalnya, individu tau objek dialami sebagai tidak nyata, seperti mimpi, berkabut, tidak bernyawa, atau terdistorsi secara visual).
2. Selama mengalami depersonalisasi dan derealisasi, pengujian realitas tetap utuh.
3. Gejala menyebabkan distress secara klinis atau ketidakberfungsian dalam sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
4. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat atau kondisi medis lainnya.
5. Gangguan tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan jiwa lain, seperti skizofrenia, gangguan panik, gangguan depresif mayor, gangguan stress akut, gangguan stress pasca trauma, atau gangguan disosiatif lainnya.

Fitur utama dalam gangguan depersonalisasi/derealisasi adalah episode depersonalisasi, derealisasi, atau keduanya yang persisten dan berulang. Episode dari depersonalisasi ditandai dengan perasaan tidak nyata atau terlepas dari, atau ketidaktahuan dengan keseluruhan diri sendiri atau aspek dari diri (Kriteria A). Individu mungkin saja merasakan terlepas dari diri mereka (seperti, saya bukan siapa-siapa, saya tidak memiliki diri). Ia juga merasakan secara subjektif terlepas dari aspek-aspek diri, termasuk perasaan (seperti, "Saya tahu saya memiliki perasaan tetapi saya tidak merasakan mereka"), pikiran (seperti, "Pikiran saya tidak seperti milik saya"), seluruh tubuh atau bagian dari tubuh, atau indera. Pengalaman depersonalisasi juga dapat dirasakan dengan diri

terbagi, satu bagian mengamati dan bagian yang lain berpartisipasi, hal ini disebut dengan "*out-of-body experience*" dalam bentuknya yang paling ekstrim.

Episode dari derealisasi ditandai dengan perasaan ketidaknyataan atau terlepas dari, atau ketidaktahuan dengan, dunia, individu, benda mati atau semua lingkungan (Kriteria A2). Individu tersebut merasa seolah-olah berada dalam kabut, mimpi, atau gelembung, atau seolah-olah ada tabir atau dinding kaca antara individu dengan dunia sekitar. Lingkungan dianggap sebagai buatan, tanpa warna, atau tidak bernyawa. Derealisasi umumnya disertai dengan distorsi visual subjektif, seperti buram, ketajaman penglihatan yang meningkat, bidang visual yang melebar atau menyempit, dua dimensi atau datar, tiga dimensi yang berlebihan, atau ukuran objek yang diubah. Distorsi pendengaran juga dapat terjadi, di mana suara diredam atau ditinggikan.

Fitur pendukung diagnosis. Individu dengan gangguan depersonalisasi/derealisasi mungkin mengalami kesulitan dalam menggambarkan atau menjelaskan gejala yang mereka alami dan berpikir bahwa mereka gila atau akan menjadi gila. Pengalaman umum lainnya adalah takut mengalami kerusakan otak. Gejala umum yang berhubungan dengan depersonalisasi dan derealisasi adalah perubahan rasa terhadap waktu secara subjektif (seperti, terlalu cepat atau terlalu lambat), sama halnya dengan kesulitan dalam mengingat ingatan masa lalu dengan jelas dan memilikinya secara emosional dan personal. Gejala somatik yang samar, seperti kepala penuh, kesemutan, atau sakit kepala ringan, tidak jarang terjadi. Individu akan mengalami perenungan ekstrim atau praokupasi obsesif (misalnya, obsesi tentang apakah mereka benar-benar ada, atau memeriksa persepsi mereka untuk menentukan apakah mereka tampak nyata). Berbagai tingkatan kecemasan dan depresi juga merupakan ciri umum yang memiliki hubungan dengan depersonalisasi dan derealisasi.

Treatment. Penanganan terhadap gangguan depersonalisasi/derealisasi adalah dengan mengurangi gejala dan bahkan mengarah kepada mengurangi secara penuh gangguan tersebut. Sangatlah penting untuk individu yang mengalami

depersonalisasi dan derealisasi untuk berbicara dengan ahli tentang gejala yang mereka alami sehingga mereka dapat memulai pengobatan dan merasa seperti diri mereka kembali. Obat antidepresan dan antipsikotik dapat diberikan untuk membantu mengurangi gejala dari depersonalisasi. Beberapa terapi juga dapat dilakukan dalam penanganan gangguan ini seperti psikoterapi, *cognitive behavioral therapy*, *dialectical behavioral therapy* dan *eye movement desensitization and reprocessing*.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, J. G. (2001). Traumatic relationships and serious mental disorders. Wiley.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. ed., text rev. ed.). American Psychiatric Assoc.
- APA. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition, text revision ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Beidel, D. C., Frueh, B. C., & Hersen, M. (2014). Adult Psychopathology and Diagnosis (7th ed.). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Boer, F. (2008). Boekbespreking Hart, O. van der, Nijenhuis, E. & Steele, K. (2006). The haunted self – structural dissociation and the treatment of chronic traumatization
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive Processes in Dissociation. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617-647. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A Replication Study 1. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(1), 17-23. <https://doi.org/10.1159/000012254>
- Ray, W. J., & Michelson, L. K. (2013). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. Springer.
- Ringrose, J. L. (2012). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder (or Multiple Personality Disorder)* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429484483>
- Sadock, B., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.). Wolters

Kluwer.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(12), E17-E45. <https://doi.org/10.1002/da.20923>

BAB IX

SOMATIC SYMPTOM AND RELATED DISORDER

Oleh Nurfitriany Fakhri

9.1 Pendahuluan

Pada abad ke-19, seorang dokter Prancis bernama Paul Briquet menggunakan pendekatan sindromik untuk mendefinisikan histeria sebagai gangguan kronis dengan banyak gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis. Dalam edisi pertama Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM*) yang diterbitkan pada tahun 1952, reaksi disosiatif (kepribadian ganda) dan reaksi konversi dikelompokkan bersama dalam bagian yang disebut gangguan psikoneurotik, mencakup reaksi kecemasan dan reaksi depresi (Shorter, 2015).

DSM-II 1968 merujuk gangguan somatoform (*somatoform disorder/SD*) menggunakan deskripsi histeria oleh Briquet. DSM-III mengurangi gejala yang diperlukan untuk SD dari 37 menjadi 14 dan memisahkan gangguan disosiatif dari SD. Gangguan konversi dikategorikan ulang dengan gejala neurologis dan dianggap terkait dengan permasalahan sistem saraf pusat (North, 2015). DSM-IV hanya membutuhkan 8 gejala sebagai kategori SD; namun, DSM-V pada tahun 2013, mengonseptualisasikan kembali gangguan tersebut menjadi gangguan gejala somatik (*somatic symptom disorder/SSD*) dan hanya memerlukan satu (atau lebih) gejala fisik yang menyebabkan tekanan dan gangguan pada kehidupan sehari-hari (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Sesuai dengan konsep baru yang diperkenalkan dalam DSM-V, diagnosis SSD dapat diberikan jika memang terdapat penyakit fisik, tetapi gangguan yang muncul berlebihan bila dibandingkan dengan tingkat keparahan penyakit fisik tersebut. Sebelum

perubahan ini, SD hanya dipertimbangkan jika ada gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis. Perubahan definisi dan kriteria diagnostik telah memudahkan persyaratan untuk membuat diagnosis, namun, pedoman pengobatan belum didefinisikan dengan baik dan SSD menjadi suatu gangguan yang terus disalahpahami oleh banyak pihak, terutama dalam layanan kesehatan (Rosic et al., 2016).

Edisi kelima Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-V) menggantikan gangguan somatoform (SD) dengan gejala somatik dan gangguan terkait (SSD), serta membuat perubahan signifikan pada kriteria untuk menghilangkan tumpang tindih gangguan somatoform (SD) dan memperjelas batasannya. Perubahan yang terjadi mampu mencerminkan deskripsi lebih baik mengenai hubungan kesehatan mental dan fisik yang terkait dalam gangguan tersebut (APA, 2013). Dalam DSM-V, gangguan yang ditandai dengan satu atau lebih gejala tubuh yang signifikan (misalnya nyeri) yang menyebabkan penderitaan atau merusak fungsi sehari-hari serta disertai pikiran maladaptif yang berlebihan (preokupasi) atau kekhawatiran berlebihan tentang gejala tersebut, dengan atau tanpa kehadiran kondisi medis untuk memperhitungkan gejala. Gangguan gejala somatik (SSD) ditentukan hanya berdasarkan kumpulan kriteria ini (American Psychological Association [APA], 2023).

Reklasifikasi gangguan somatisasi dalam DSM-V direstrukturisasi untuk menyediakan dokter dengan kriteria diagnostik yang diperbarui dan untuk mengurangi tumpang tindih gejala masalah gangguan seperti hipokondriasis dan gangguan nyeri dengan SSD (Johnson, Bennet & Rochani, 2022). Sebelum tahun 2013, gejala somatik yang mengganggu tanpa adanya penyebab organik didiagnosis sebagai SD. Biaya pencarian penyebab medis untuk keluhan yang muncul memakan waktu, melelahkan, dan mahal. DSM-V mengakui bahwa SSD dan gejala somatik mungkin atau mungkin tidak memiliki penyebab medis. Klasifikasi baru SSD mencakup individu dengan tekanan yang tidak proporsional, pikiran dan perasaan yang berlebihan, dan

kecemasan terus-menerus mengenai masalah kesehatan terlepas dari adanya penyebab medis (APA, 2013). Dibandingkan dengan edisi DSM sebelumnya, penekanannya sekarang terletak pada konsekuensi dari pikiran, perasaan, dan perilaku abnormal sebagai respons terhadap gejala somatik daripada ada atau tidaknya penjelasan medis.

Somatisasi dikatakan hadir ketika tekanan psikologis atau emosional diwujudkan dalam bentuk gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan secara medis. Pasien dengan beberapa gejala fisik persisten yang tampaknya tidak memiliki dasar biologis yang jelas sering terjadi pada pasien yang datang ke perawatan primer (Rosendal et al., 2013). Gangguan gejala somatik dapat menjadi sangat mengganggu dibandingkan gangguan fisik (Harris et al., 2009). Pasien yang mengalami somatisasi dapat didiagnosis salah oleh layanan kesehatan, sehingga dapat mengalami bahaya dari pengujian dan pengobatan yang tidak perlu (Murray et al., 2013). Bahkan, bias dapat terjadi, dimana pasien somatik dianggap membuat gejala mereka sendiri (Rask et al., 2014).

9.2 Gambaran Umum Mengenai Somatic Symptom Disorder (SSD)

Gangguan gejala somatik (*somatic symptom disorder/SSD*) adalah kategori diagnostik baru dalam DSM-V dan ditandai dengan menonjolnya gejala somatik yang terkait dengan tekanan dan gangguan yang signifikan (APA 2013). Berbeda dengan DSM-IV yang menekankan tidak adanya penjelasan medis untuk gejala penyakit yang dirasakan, pada DSM-V, menekankan gejala positif dan tanda dari gejala somatik yang mengganggu disertai pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak normal sebagai respons terhadap gejala tersebut. Kategori SSD meliputi gangguan gejala somatik, gangguan kecemasan terhadap penyakit, gangguan konversi (gangguan gejala neurologis fungsional), faktor psikologis yang memengaruhi kondisi medis lainnya, gangguan buatan, dan gejala somatik spesifik dan tidak spesifik lainnya serta gangguan terkait. Dalam DSM-V, lima dari diagnosis DSM-IV, yaitu gangguan

somatisasi (Sindrom Briquet), gangguan somatoform tak berdiferensiasi, hipokondriasis, gangguan rasa sakit terkait faktor psikologis, dan gangguan rasa sakit terkait faktor psikologis dan kondisi medis umum, dikurangi menjadi hanya dua, yaitu gangguan gejala somatik dan gangguan kecemasan terhadap penyakit (Dimsdale et al., 2013). Sekitar 75% pasien yang telah didiagnosis sebagai hipokondriasis menurut DSM-IV sekarang, menurut DSM-V, didiagnosis dengan SSD (karena mereka memiliki satu atau lebih gejala somatik), sedangkan sekitar 25% yang tidak memiliki gejala somatik apapun akan didiagnosis dengan penyakit gangguan kecemasan. Catatan khusus adalah apa yang dulu disebut gangguan nyeri (sindrom nyeri kronis, nyeri psikogenik, gangguan nyeri yang terkait dengan faktor psikologis, dll.) Sekarang hanyalah bagian dari gangguan gejala somatik (Leigh, 2015).

Orang dengan gejala somatik dan gangguan terkait, sangat disibukkan dan tertekan oleh masalah kesehatan dan gejala fisik mereka. Gejala-gejala ini dapat melemahkan diri secara fisik maupun psikis, menyebabkan masalah dalam fungsi sehari-hari di tempat kerja, di sekolah, dan dalam membangun maupun membina hubungan interpersonal. Beberapa orang yang mengalami SSD, secara terus-menerus memeriksa kondisi kesehatan mereka, melakukan tes kesehatan yang berlebihan, dan/atau sering mengunjungi penyedia layanan kesehatan. Di sisi lain, beberapa orang dengan kelainan tersebut berusaha keras untuk menghindari perawatan medis karena cemas terhadap kesehatan mereka. Penting untuk disadari bahwa orang dengan gangguan gejala somatik tidak memalsukan gejalanya (APA, 2023).

Menurut kriteria DSM-V, seseorang dengan gangguan gejala somatik mungkin memiliki atau bahkan tidak memiliki kondisi medis yang menyebabkan gejala tersebut. Namun, mereka memiliki reaksi yang tidak proporsional terhadap gejala dan mencurahkan banyak waktu dan energi untuk memikirkan, mengkhawatirkan, dan memantau kesehatan mereka (van der Feltz-Cornelis & van Houdenhove, 2014). Orang dengan gangguan somatoform sering

mengkhawatirkan potensi stigma, baik dalam lingkungan klinis maupun dalam kehidupan sehari-hari (Aydogmus, 2020).

Banyak faktor yang mendasari kecenderungan munculnya gangguan gejala somatik termasuk faktor genetik yang berinteraksi dengan faktor pengalaman seperti pelecehan masa kanak-kanak, perkembangan temperamen neurotisme (Vinberg et al. 2013), dan sifat amplifikasi somatik (Freyler et al. 2013). Faktor lain yang berkontribusi termasuk stres yang dialami, status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah (sehingga mengarah kepada keterampilan coping yang lebih rendah), serta pengaruh budaya (misalnya, tekanan emosional yang diekspresikan sebagai ketidaknyamanan/nyeri somatik). Selain itu, terjadi komorbiditas tinggi antara penyakit medis dengan depresi dan kecemasan.

Prevalensi gangguan gejala somatik diperkirakan 5-7% pada populasi umum, dan lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria (APA 2013), menjadikannya salah satu kategori perhatian yang paling umum dalam proses perawatan kesehatan terhadap pasien (Hatcher & Arol, 2008). Diperkirakan 20-25% pasien yang datang dengan gejala somatik akut berkembang menjadi penyakit somatik kronis (Croicu, Chwastiak & Katon, 2014). Gangguan ini dapat dimulai pada masa kanak-kanak, remaja, atau dewasa. Wanita cenderung mengalami gangguan gejala somatik lebih sering daripada pria, dengan perkiraan rasio wanita banding pria adalah 10:1 (Kurlansik & Maffei, 2016).

Berbagai penelitian menunjukkan SSD lebih umum ditemukan pada wanita dari kelas sosial ekonomi rendah, dan mereka yang memiliki gangguan kejiwaan sebelumnya (terutama depresi dan kecemasan), penyakit kronis, memiliki pandangan negatif tentang kesehatan, dan/atau mengalami ancaman seksual dan fisik yang traumatis (Johnson, Bennet & Rochani, 2022). Dalam sebuah penelitian, prevalensi depresi dan kecemasan dilaporkan enam kali lebih tinggi pada pasien yang mengalami SSD dibandingkan pada pasien tanpa somatisasi (Kroenke et al., 2010). Orang yang mengalami 4 atau lebih kejadian buruk pada masa

kanak-kanak memiliki lebih banyak komorbiditas medis, mengkonsumsi obat yang lebih banyak, membutuhkan lebih banyak koordinasi perawatan tambahan, dan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pasien dengan sedikit atau tanpa kejadian buruk yang dialami pada masa kanak-kanak (Koball et al., 2019).

Penelitian menunjukkan bahwa keluhan somatik dikelompokkan dalam empat kondisi fisik berikut: kardiopulmoner, gastrointestinal, nyeri kronis, dan keluhan umum (Fava et al., 2017). SSD paling lazim terjadi bersamaan dengan gangguan depresi, gangguan kecemasan umum, gangguan panik, dan gangguan stres pasca trauma (Kohlmann et al., 2013). Penyakit fisik regulasi otonom abnormal yang biasanya muncul bersama dengan SSD termasuk fibromyalgia, sindrom iritasi usus, penyakit gastroesophageal reflux, sindrom dysautonomia, sensitivitas kimia ganda, alergi, dan sakit kepala migrain (Karatinos, 2014).

Pasien yang mencari pengobatan untuk gangguan SSD biasanya lebih mudah ditemukan di lingkungan medis daripada layanan kesehatan mental (Kurlansik & Maffei, 2016). Satu studi menemukan pasien dengan somatisasi memiliki kunjungan perawatan medis utama 1,4 kali lebih banyak, kunjungan spesialis 1,65 kali lebih banyak, kunjungan ruang gawat darurat 2,6 kali lebih banyak, dan rawat inap rumah sakit tiga kali lebih banyak (Barsky et al., 2013). Studi lain menemukan pasien SD yang menggunakan layanan rawat jalan dan rawat inap 2,2 kali lebih tinggi dibandingkan individu tanpa gangguan ini selama 2 tahun sebelum pengobatan (Koelen et al., 2014).

Gejala somatik dapat dihasilkan dari kesadaran yang tinggi akan sensasi tubuh tertentu, dikombinasikan dengan kecenderungan untuk menafsirkan sensasi tersebut sebagai indikasi penyakit medis (Yates & Dunayevich, 2019). Etiologi gangguan gejala somatik tidak jelas. Namun, penelitian telah menentukan bahwa faktor risiko untuk gejala somatik kronis dan parah termasuk pengabaian masa kanak-kanak, pelecehan seksual,

gaya hidup yang tidak teratur dan bermasalah, serta riwayat penyalahgunaan alkohol dan zat. Selain itu, gangguan gejala somatik juga memiliki hubungan dengan gangguan kepribadian (Croicu, Chwastiak & Katon, 2014).

Penelitian lain mengenai pemberian perawatan medis utama menemukan tingkat pengangguran dan gangguan fungsi pekerjaan yang jauh lebih tinggi pada pasien yang mengalami somatik dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami somatik (masing-masing 29% vs. 15%, dan 55% vs. 14%) (Harris et al., 2009). Juga, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan umum terjadi pada pasien dengan gangguan gejala somatik. Pasien mungkin mencoba untuk mengobati nyeri somatik mereka dengan alkohol atau obat lain (Yates & Dunayevich, 2019).

Tidak ada penyebab pasti dari munculnya SSD. Pengaruh genetik dan lingkungan tampaknya berkontribusi terhadap somatisasi. Gangguan gejala somatik memiliki kaitan dengan faktor risiko genetik dan hubungan kompleks genetik dengan gangguan mental lainnya, termasuk gangguan makan (Kendler et al., 2011). Penelitian lain menunjukkan terdapat kemungkinan adanya kontribusi komponen genetik dalam pengembangan gejala SSD (Holliday et al., 2010).

Terdapat beberapa temuan tambahan mengenai penyebab dari munculnya SSD. Somatisasi mungkin disebabkan oleh kelainan dalam katabolisme triptofan, menghasilkan kadar triptofan serum yang lebih rendah daripada kontrol. Namun, temuan ini terbatas pada domain penelitian saat ini dan bukan merupakan tes diagnostik (Maes et al., 2011). Anak-anak yang dibesarkan di rumah dengan tingkat somatisasi orang tua yang tinggi dapat belajar dari model somatisasi orang tua mereka. Pelecehan seksual dapat dikaitkan dengan peningkatan risiko somatisasi di kemudian hari. Kemampuan yang buruk untuk mengekspresikan emosi (alexithymia) juga dapat menyebabkan somatisasi. Gangguan gejala somatik dapat dihubungkan dengan penurunan ambang batas persepsi rasa sakit (Katzer et al., 2012).

Penyebab psikodinamik untuk gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan berasal dari Freud, yang menciptakan istilah "gangguan konversi". Freud melihat beberapa gejala neurologis yang tidak dapat dijelaskan sebagai akibat dari konversi tekanan intrapsikis menjadi gejala fisik. Sikap pengasuh mungkin memiliki pengaruh yang mendalam pada perjalanan gangguan gejala somatik pada anak-anak. Satu studi menunjukkan bahwa remaja dari orang tua yang menerima validitas diagnosis gangguan gejala somatik hampir 20 kali lebih mungkin untuk pulih dibandingkan dengan orang tua yang menolak atau hanya menerima sebagian diagnosis dari gangguan gejala somatik yang dialaminya (Gao, et al., 2018).

SSD yang dialami oleh seseorang cenderung dapat menjadi kronis (bersifat jangka panjang), dengan episode yang datang dan pergi dari beberapa bulan hingga bertahun-tahun. Jika tidak diobati, SSD dapat menyebabkan: (a) fungsi sehari-hari yang terbatas, (b) pengangguran atau prestasi kerja yang buruk, (c) disabilitas psikologis, (d) penurunan kualitas hidup, dan (e) gangguan penggunaan alkohol dan zat.

9.3 Diagnosis Somatic Symptom Disorder (SSD)

Beberapa perubahan penting telah dibuat dari edisi DSM sebelumnya. Gangguan DSM-IV dari gangguan somatisasi, hipokondriasis, gangguan nyeri, dan gangguan somatoform yang tidak berdiferensiasi telah dihilangkan, dan banyak, tetapi tidak semua, individu yang didiagnosis dengan salah satu dari gangguan ini sekarang dapat didiagnosis dengan SSD. Diagnosis gangguan somatisasi DSM-IV memerlukan sejumlah keluhan tertentu dari empat kelompok gejala. Kriteria SSD tidak lagi memiliki persyaratan seperti itu; namun, gejala somatik harus secara signifikan menyusahkan atau mengganggu kehidupan sehari-hari dan harus disertai dengan pikiran, perasaan, atau perilaku yang berlebihan.

Perubahan penting lainnya dalam kriteria DSM-V adalah bahwa meskipun gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis merupakan fitur utama untuk banyak gangguan pada DSM-IV, diagnosis SSD tidak mengharuskan gejala somatik tidak dapat

dijelaskan secara medis. Dengan kata lain, gejala mungkin terkait atau tidak dengan kondisi medis lain. Deskripsi teks naratif DSM-V yang menyertai kriteria untuk SSD memperingatkan bahwa tidak tepat untuk mendiagnosis individu dengan gangguan mental hanya karena penyebab medis tidak dapat ditunjukkan. Selain itu, apakah gejala somatik dijelaskan secara medis atau tidak, individu tersebut masih harus memenuhi kriteria lainnya untuk menerima diagnosis SSD (APA, 2013).

Ciri utama dari gangguan ini adalah perhatian pada gejala fisik yang dikaitkan dengan penyakit nonpsikiatri (Greenberg, Solomon & Dimsdale, 2019). Kekhawatiran ini dapat bermanifestasi sebagai satu atau lebih gejala somatik yang menghasilkan pikiran, perasaan, atau perilaku berlebihan yang terkait dengan gejala tersebut dan yang menyusahkan atau mengakibatkan gangguan signifikan pada kehidupan sehari-hari. Salah satu kriteria berikut juga harus ada: pemikiran yang signifikan tentang keseriusan gejala; tingkat kecemasan yang tinggi tentang gejalanya; atau energi berlebihan yang dihabiskan sehubungan dengan masalah gejala. Meskipun gejala somatik tidak perlu muncul terus-menerus, gejala tersebut harus persisten (muncul lebih dari enam bulan). Dua penentu kondisi ini dalam DSM-V adalah "dengan rasa sakit yang dominan" dan "persisten". Gangguan ini bisa ringan, sedang, atau berat (Tabel 10.1) (APA, 2013). Karakteristik subkelas gangguan gejala somatik dijelaskan pada Tabel 10.2 (APA, 2013). Menurut DSM-V, pasien dengan gangguan ini biasanya memiliki beberapa gejala termasuk nyeri, dan gejalanya mungkin spesifik atau umum (mis., kelelahan). Gejala-gejala tersebut mungkin atau mungkin tidak terkait dengan kondisi medis lain.

Tabel 9.1: Somatic Symptom Disorder (SSD)

Kriteria Diagnostik	
A. Satu atau lebih gejala somatik yang mengganggu atau mengakibatkan gangguan signifikan dalam kehidupan sehari-hari. B. Pemikiran, perasaan, atau perilaku berlebihan yang berkaitan dengan gejala somatik atau masalah kesehatan terkait yang dimanifestasikan oleh setidaknya salah satu dari hal berikut ini: 1. Pemikiran yang tidak proporsional dan bertahan tentang keseriusan gejala seseorang. 2. Tingkat kecemasan yang terus-menerus tinggi tentang kesehatan atau gejala yang dialami. 3. Waktu dan energi yang dicurahkan secara berlebihan untuk gejala atau masalah kesehatan ini. C. Meskipun salah satu gejala somatik mungkin tidak muncul terus-menerus, keadaan mengalami gejala (gejala simptomatik) tetap bertahan (biasanya lebih dari 6 bulan).	
Tentukan jika: Dengan nyeri (rasa sakit) dominan (sebelumnya gangguan nyeri/rasa sakit): Penentu ini untuk individu yang gejala somatiknya sebagian besar melibatkan nyeri/rasa sakit.	
Tentukan jika: Bertahan lama: jangka waktu bertahan lama ditandai dengan gejala yang parah, gangguan yang nyata, dan durasi yang lama (lebih dari 6 bulan).	
Tentukan tingkat keparahan saat ini: Ringan: Hanya satu dari gejala yang ditentukan dalam Kriteria B yang terpenuhi. Sedang: Dua atau lebih gejala yang ditentukan dalam Kriteria B terpenuhi. Parah: Dua atau lebih gejala yang ditentukan dalam Kriteria B terpenuhi, ditambah ada beberapa keluhan somatik (atau satu gejala somatik yang sangat parah).	

Tabel 9.2: Subkelas Somatic Symptom Disorder

Subkelas	Deskripsi
<i>Conversion disorder</i> (gangguan konversi)	DSM-V mendefinisikan gangguan konversi sebagai satu atau lebih gejala dari fungsi sukarela atau sensorik yang berubah dan ketidakcocokan antara gejala dan kondisi neurologis atau medis yang dikenali. Gejala atau permasalahan juga harus menyebabkan penderitaan

	yang signifikan secara klinis, gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau bidang fungsi lainnya, atau membutuhkan evaluasi medis. Pengkhususan termasuk berdasarkan jenis gejala (dengan kelemahan atau kelumpuhan, dengan gerakan abnormal, dengan gejala menelan, dengan gejala bicara, dengan serangan atau kejang, dengan anestesi atau kehilangan sensorik, dengan gejala sensorik khusus — misalnya, visual, penciuman, pendengaran, dengan gejala campuran), episode akut atau bertahan, dan dengan stresor psikologis atau tanpa stresor psikologis.
<i>Factitious disorder</i> (gangguan buatan)	Menurut DSM-V, ciri esensial dari gangguan buatan adalah pemalsuan tanda medis atau psikologis pada diri sendiri atau orang lain yang terkait dengan penipuan yang teridentifikasi. Gangguan buatan yang dikenakan pada diri sendiri didefinisikan sebagai: (a) pemalsuan tanda atau gejala fisik atau psikologis, atau induksi cedera atau penyakit, terkait dengan penipuan yang teridentifikasi, (b) individu menampilkan diri kepada orang lain sebagai sakit, terganggu, atau terluka, (c) perilaku menipu terbukti bahkan tanpa adanya imbalan eksternal yang ditunjukkan, dan (d) tidak dapat dijelaskan lebih baik apabila menggunakan konsep gangguan mental lain seperti psikosis. Penentu termasuk episode tunggal atau episode berulang. Gangguan buatan yang dipaksakan pada orang lain (sebelumnya dikenal dengan istilah <i>Munchausen syndrome by proxy</i>, <i>Munchausen by proxy</i>, atau <i>factitious disorder by proxy</i>) adalah gangguan buatan di mana pasien menunjukkan seorang korban kepada orang lain sebagai orang yang sakit, cacat, atau terluka.
<i>Illness anxiety disorder</i> (gangguan kecemasan terhadap penyakit)	DSM-V mendefinisikan gangguan kecemasan terhadap penyakit sebagai preokupasi (pikiran terus menerus) dimana seseorang merasa memiliki atau mengalami gangguan medis yang serius tanpa gejala somatik, atau jika ada, menunjukkan intensitas ringan. Jika terdapat kondisi medis lain atau risiko tinggi berkembangnya kondisi medis (misalnya, riwayat keluarga yang kuat), preokupasi tersebut muncul dengan jelas berlebihan atau tidak proporsional. Terdapat tingkat kecemasan

	yang tinggi tentang kesehatan dan orang tersebut mudah khawatir tentang status kesehatan, dan terlibat dalam perilaku terkait kesehatan yang berlebihan (misalnya, pemeriksaan berulang untuk tanda-tanda penyakit) atau terlibat dalam penghindaran maladaptif (misalnya, janji dengan dokter, rumah sakit). DSM-V selanjutnya mensyaratkan bahwa preokupasi penyakit telah ada setidaknya selama 6 bulan. Dua penentu disediakan: tipe yang mencari perawatan dan tipe yang menghindari perawatan. Sebelumnya termasuk dalam hipokondriasis.
Faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis lainnya	Menurut DSM-V, diagnosis ini memiliki ciri esensial adanya satu atau lebih faktor psikologis atau perilaku yang signifikan secara klinis memengaruhi kondisi medis dengan meningkatkan risiko penderitaan, kematian, atau kecacatan. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi berlangsungnya kondisi medis serta hubungan erat antara faktor psikologis dan onset, perkembangan, penurunan atau pemulihan yang tertunda dari kondisi medis. Faktor-faktor tersebut juga dapat mengganggu perawatan kondisi medis, atau dapat menimbulkan risiko kesehatan tambahan, atau faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi patofisiologi yang mendasari, mempercepat atau memperburuk gejala, atau memerlukan perhatian medis. Kekhususan dapat memiliki range dari ringan hingga ekstrim (misalnya, mengancam jiwa karena mengabaikan gejala serangan jantung).
Gejala somatik spesifik lainnya dan gangguan terkait	Terdapat gejala yang sesuai dengan gangguan gejala somatik, tetapi tidak memenuhi kriteria lengkap untuk salah satu gangguan di atas
Gejala somatik yang tidak ditentukan dan gangguan terkait	Terdapat gejala yang konsisten dengan gangguan gejala somatik, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk salah satu gangguan di atas; harus digunakan hanya bila tidak ada cukup informasi untuk membuat diagnosa yang lebih spesifik

9.4 Treatment Terhadap Somatic Symptom Disorder (SSD)

Pengelolaan gangguan gejala somatik membutuhkan pendekatan kompleks dan terarah yang disesuaikan dengan masing-masing pasien. Untuk memilih rencana perawatan yang tepat, layanan perawatan medis harus mengingat faktor psikologis, sosial, dan budaya yang memengaruhi gejala somatik.

Prinsip perawatan umum untuk layanan perawatan medis termasuk menjadwalkan kunjungan berkala singkat untuk menghindari kebutuhan akan gejala untuk membuat janji temu; membangun aliansi terapeutik yang kolaboratif dengan pasien; mengakui dan melegitimasi gejala setelah pasien dievaluasi untuk penyakit medis dan psikiatri lainnya; membatasi pengujian diagnostik; meyakinkan pasien bahwa penyakit medis yang serius telah disingkirkan; mendidik pasien tentang mengatasi gejala fisik; menetapkan tujuan pengobatan perbaikan fungsional daripada penyembuhan; dan secara tepat merujuk pasien ke subspesialis dan profesional kesehatan mental (Abbey, Wulsin & Levenson, 2005).

Pengobatan gangguan gejala somatik harus kompleks, spesifik, terarah dan mencakup pengenalan mengenai tekanan yang dialami oleh pasien, penjelasan kecenderungan pikiran amplifikasi somatik pada beberapa individu, jaminan bahwa akan ada pengamatan medis yang cermat dan tindak lanjut dari gejala, stres pelatihan manajemen dan relaksasi termasuk pelatihan mindfulness, terapi aktivitas/latihan, dan terapi perilaku-kognitif. Antidepresan, hipnotik, dan ansiolitik dapat digunakan dengan bijaksana saat gejala target muncul. Duloxetine mungkin sangat berguna pada pasien dengan gejala rasa sakit/nyeri yang menonjol, dan mirtazapine mungkin berguna pada pasien yang memiliki gejala insomnia dan depresi. Dalam pengaturan ini, obat-obatan harus digunakan dengan sangat hati-hati karena kemungkinan gejala target dapat dibesar-besarkan, dan obat-obatan dapat memperkuatnya secara psikologis (Leigh, 2015). Terapi yang terbukti diberikan oleh profesional perawatan kesehatan mental

termasuk terapi perilaku kognitif dan terapi berbasis kesadaran (Tabel 8.3).

Gangguan gejala somatik umumnya kronis, dengan gejala yang dapat muncul dan menghilang. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien dapat sembuh; riwayat alami gangguan menunjukkan bahwa sekitar 50% sampai 75% pasien dengan gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis menunjukkan perbaikan, sedangkan 10% sampai 30% memburuk. Indikator prognostik yang lebih baik termasuk gejala fisik yang lebih sedikit dan fungsi yang lebih baik pada awal (olde Hartman et al., 2009). Hubungan yang kuat dan positif antara dokter dan pasien sangat penting dan harus dibarengi dengan kunjungan yang sering dan suportif, sembari menghindari godaan untuk berobat atau melakukan tes ketika intervensi ini tidak diindikasikan dengan jelas.

Tabel 9.3: Rangkuman Pilihan Treatment untuk Somatic Symptom Disorder

Jenis Treatment	Deskripsi
<i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>	Intervensi psikososial yang berfokus pada mempertahankan fungsi sosial dan pekerjaan meskipun ada gejala medis kronis, dapat membantu seseorang dengan SSD dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Gangguan gejala somatik telah dikaitkan dengan gangguan dalam pemrosesan emosi, yang dapat berkontribusi pada perkembangan keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan secara medis. Hal ini dapat menjadikan pemrosesan emosi sebagai target penting untuk pendekatan psikoterapi dalam pengobatan gangguan gejala somatik (Erkic et al., 2018). Kelebihan dari CBT dapat berupa: efektif untuk pengobatan gangguan gejala somatik dan gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis. Pasien "kecemasan mengenai kesehatan" mendapatkan manfaat gejala yang berkelanjutan selama dua tahun, tanpa pengaruh yang signifikan terhadap total biaya. Mengurangi gejala fisik, tekanan psikologis, dan kecacatan (Kroenke & Swindle, 2000; Kroenke et al., 2010; Tyrer et al., 2014). Penelitian telah menunjukkan bahwa CBT mengurangi gejala depresi pada orang dengan penyakit somatik

	(Bleichhardt, Timmer & Rief, 2004). Secara khusus, jenis terapi ini sangat efektif untuk pasien yang memenuhi kriteria gangguan depresi. CBT lebih unggul untuk mengontrol kondisi, dengan efek yang lebih besar pada kelompok yang terbatas pada peserta dengan gangguan depresi (Beltman, Voshaar & Speckens, 2010).
Mindfulness-based Therapy	<i>Mindfulness</i> diterima sebagai pengobatan tambahan untuk CBT dalam mengurangi gejala SSD. Terapi ini melibatkan elemen CBT, dengan tambahan metode psikologis terkini yang dapat mengajarkan pasien/klien untuk hadir dan menyadari keadaannya sekarang, sebagai lawan memikirkan apa yang mungkin atau mungkin tidak terjadi di masa depan. Dengan menggunakan teknik pernapasan dan meditasi, seseorang dapat mulai mempelajari cara menjernihkan pikiran dari pikiran negatif yang bisa berkontribusi pada preokupasi dan kecemasan terhadap kesehatan yang dialami pada penderita SSD, serta gejala depresi yang terkait. Terapi ini menunjukkan beberapa hasil, yaitu: dapat efektif dalam mengobati beberapa aspek gangguan gejala somatik. Memiliki peningkatan yang signifikan dan berkelanjutan dalam hasil klinis (keparahan gejala secara keseluruhan, depresi, dan kecemasan) dibandingkan dengan kelompok kontrol (Lakhan & Schofield, 2013; Williams & Kuyken, 2012).
Pharmacotherapy	Beberapa temuan yang diperoleh dari O'Malley et al. (1999) mengenai terapi obat yang digunakan: 1. Amitriptyline menunjukkan manfaat untuk satu atau lebih dari hasil berikut: kelelahan, gejala fungsional, peningkatan atau perbaikan secara keseluruhan, rasa kaku di pagi hari, nyeri, tidur, dan titik nyeri. 2. Fluoxetine (Prozac) menunjukkan manfaat untuk status fungsional, kesejahteraan psikis secara umum, rasa kaku di pagi hari, nyeri, tidur, dan titik nyeri. 3. Inhibitor oksidase monoamine, bupropion (Wellbutrin), antiepilepsi, dan antipsikotik tidak menunjukkan manfaat dan sebaiknya tidak digunakan.
St. John's wort	Hasil yang ditemukan adalah (Müller et al., 2004; Volz et al.,

	2002): Lebih efektif daripada plasebo untuk perbaikan gejala somatik yang dilaporkan sendiri; ditoleransi dengan baik dan aman
--	---

9.5 Penutup

Membuat diagnosis terhadap SSD tidak selalu mudah. Penyedia layanan kesehatan, termasuk praktisi perawat dan dokter, harus mencoba dan mengesampingkan gangguan organik terlebih dahulu sebelum membuat diagnosis SSD yang komprehensif. Beberapa penyedia layanan kesehatan menemukan pasien dengan SSD sulit untuk dikelola dan sering mendeskripsikan pasien tersebut dengan istilah yang merendahkan; bias yang mudah disalahpahami adalah bahwa gangguan fisik dianggap asli, sedangkan pasien yang memiliki SSD dituduh membuat atau mengimajinasikan gejala yang mereka alami. Seiring bertambahnya populasi perawatan medis utama dengan gejala yang tidak dapat dijelaskan secara medis menerima diagnosis SSD, ada kebutuhan untuk mendidik dan melatih semua pihak yang terkait dengan pelayanan kesehatan, mengenai SSD, signifikansinya, dan cara terbaik untuk menangani pasien ini (D'Souza & Hooten, 2022). Saat menghadapi pasien dengan sindrom somatik, rujukan ke psikiater maupun psikolog sangat dianjurkan. Setelah diagnosis dan pengobatan dimulai, penyedia layanan kesehatan harus mengkoordinasikan perawatan dan pendidikan pasien kepada keluarga untuk mendapatkan hasil terbaik. Sindrom ini seringkali kronis dan dapat dikaitkan dengan kualitas hidup yang buruk, sehingga koordinasi menyeluruh dengan seluruh pihak termasuk keluarga sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan orang dengan SSD.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbey, S.E., Wulsin, L., & Levenson, J.L. (2005). *Somatization and Somatoform Disorders*. In: Levenson JL, ed. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. Available at: <https://dictionary.apa.org>.
- Aydogmus, M. E. (2020). Social Stigma Towards People with Medically Unexplained Symptoms: The Somatic Symptom Disorder. *Psychiatr Q* 91, 349–361. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09704-6>
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Bauer, M. R., Nolido, N., & Orav, E. J. (2013). A randomized trial of treatments for highutilizing somatizing patients. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1396-1404. <https://doi.org/10.1007%2Fs11606-013-2392-6>
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-Behavioural Therapy for Depression in People With A Somatic Disease: Meta-Analysis Of Randomised Controlled Trials. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(1), 11–19. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>
- Bleichhardt, G., Timmer, B., & Rief, W. (2004). Cognitive-Behavioural Therapy For Patients With Multiple Somatoform Symptoms--A Randomised Controlled Trial In Tertiary Care. *Journal of psychosomatic research*, 56(4), 449–454. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00630-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00630-5)
- Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach To the Patient With Multiple Somatic Symptoms. *The Medical clinics*

of North America, 98(5), 1079–1095.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.007>

D'Souza, R.S. & Hooten, W.M. (2022). Somatic Syndrome Disorders. [Updated 2022 May 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532253/>

Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S.C., Schmidt, S.N., Trojan, J., Schröder, A., Kirsch, P., & Mier, D. (2018). Impaired Emotion Processing and A Reduction in Trust in Patients With Somatic Symptom Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25 1, 163-172

Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30. <https://doi.org/10.1159/000448856>

Freyler, A., Kohegyi, Z., Koteles, F., Kokonyei, G., & Bardos, G. (2013). Modern Health Worries, Subjective Somatic Symptoms, Somatosensory Amplification, and Health Anxiety in Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 18, 773–781.

Gao, X., McSwiney, P., Court, A., Wiggins, A., & Sawyer, S. M. (2018). Somatic Symptom Disorders in Adolescent Inpatients. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(6), 779–784. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.026>

Greenberg, D.B., Dimsdale, J., Solomon, D. (2019). *Somatization: Epidemiology, Pathogenesis, Clinical Features, Medical Evaluation, and Diagnosis*. Available at: <http://www.uptodate.com/>

Hatcher, S., & Arroll, B. (2008). Assessment And Management of Medically Unexplained Symptoms. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7653), 1124–1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.39554.592014.BE>

Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W., & Barsky, A. J. (2009).

Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of general internal medicine*, 24(2), 155–161. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0845-0>

Holliday, K. L., Macfarlane, G. J., Nicholl, B. I., Creed, F., Thomson, W., & McBeth, J. (2010). Genetic Variation in Neuroendocrine Genes Associates With Somatic Symptoms In The General Population: Results From The EPIFUND Study. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 469–474. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.024>

Johnson, K.K., Bennett, C., & Rochani, H. (2022). Significant Improvement of Somatic Symptom Disorder With Brief Psychoeducational Intervention by PMHNP in Primary Care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 28(2):171-180. doi:10.1177/1078390320960524

Karatinos, J. (2014). *The Role of The Autonomic Nervous System In Psychiatry*. Available at: [https://books.google.co.id/books/about/The Role of the Autonomic Nervous System.html?id=vK6bBQAAQBAJ&redir_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/The_Role_of_the_Autonomic_Nervous_System.html?id=vK6bBQAAQBAJ&redir_esc=y)

Katzer, A., Oberfeld, D., Hiller, W., Gerlach, A. L., & Witthöft, M. (2012). Tactile Perceptual Processes and Their Relationship To Somatoform Disorders. *Journal of abnormal psychology*, 121(2), 530–543. <https://doi.org/10.1037/a0026536>

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Røysamb, E., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The Structure of Genetic And Environmental Risk Factors For Syndromal And Subsyndromal Common DSM-IV Axis I And All Axis II Disorders. *The American journal of psychiatry*, 168(1), 29–39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030340>

Koball, A. M., Rasmussen, C., Olson-Dorff, D., Klevan, J., Ramirez, L., & Domoff, S. E. (2019). The Relationship Between Adverse Childhood Experiences, Healthcare Utilization, Cost of Care

and Medical Comorbidities. *Child Abuse & Neglect*, 90, 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.021>

Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., EurelingsBontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., Bühring, M. E. F., & Geenen, R. (2014). Effectiveness of Psychotherapy for Severe Somatoform Disorder: Meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(1), 12-19. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>

Kohlmann, S., Gierk, B., Hümmelgen, M., Blankenberg, S., & Löwe, B. (2013). Somatic Symptoms in Patients with Coronary Heart Disease: Prevalence, Risk Factors, And Quality Of Life. *JAMA Internal Medicine*, 173(15), 1469-1471. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6835>

Kroenke, K., & Swindle, R. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(4), 205–215. <https://doi.org/10.1159/000012395>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, And Depressive Symptom Scales: A Systematic Review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.07.013>

Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-Based Therapies in The Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 8(8), e71834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>

Leigh, H. (2015). Somatic Symptom and Related Disorder. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry* (Leigh, H., &

Streltzer, J. eds.), DOI 10.1007/978-3-319-11005-9_21

- Maes, M., Gałecki, P., Verkerk, R., & Rief, W. (2011). Somatization, But Not Depression, Is Characterized by Disorders in The Tryptophan Catabolite (TRYCAT) Pathway, Indicating Increased Indoleamine 2,3-Dioxygenase And Lowered Kynurenine Aminotransferase Activity. *Neuro endocrinology letters*, 32 3, 264-73 .
- Müller, T., Mannel, M., Murck, H., & Rahlfs, V. W. (2004). Treatment Of Somatoform Disorders with St. John's Wort: A Randomized, Double-Blind and Placebo-Controlled Trial. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 538-547. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000128900.13711.5b>
- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & Löwe, B. (2013). Barriers To the Diagnosis of Somatoform Disorders In Primary Care: Protocol For A Systematic Review Of The Current Status. *Systematic Reviews*, 2, 1-8. [99]. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-99>
- North, C. S. (2015). The Classification of Hysteria And Related Disorders: Historical And Phenomenological Considerations. *Behavioral Sciences*, 5(4), 496-517. <https://doi.org/10.3390/bs5040496>.
- olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 363-377. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.018>
- O'Malley, P. G., Jackson, J. L., Santoro, J., Tomkins, G., Balden, E., & Kroenke, K. (1999). Antidepressant Therapy for Unexplained Symptoms and Symptom Syndromes. *The Journal of family practice*, 48(12), 980-990.
- Rask, M. T., Andersen, R. S., Bro, F., Fink, P., & Rosendal, M. (2014).

Towards A Clinically Useful Diagnosis for Mild-To-Moderate Conditions of Medically Unexplained Symptoms in General Practice: A Mixed Methods Study. *BMC family practice*, 15, 118. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-118>

Reif, K., de Vries, U., Petermann, F., & Gorres, S. (2013). A Patient Education Program Is Effective in Reducing Cancer-Related Fatigue: A Multi-Centre Randomised Two-Group Waiting-List Controlled Intervention Trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 204–213.

Rosendal, M., Blankenstein, A. H., Morriss, R., Fink, P., Sharpe, M., & Burton, C. (2013). Enhanced Care by Generalists for Functional Somatic Symptoms and Disorders in Primary Care. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD008142.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008142.pub2>

Rosic, T., Kalra, S., & Samaan, Z. (2016). Somatic Symptom Disorder, A New DSM-V Diagnosis Of An Old Clinical Challenge. *BMJ Case Reports*, 2016, bcr2015212553.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2015-212553>

Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59-67.

Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., Dupont, S., Finnis, S., Green, J., McLaren, E., Murphy, D., Reid, S., Smith, G., Wang, D., Warwick, H., Petkova, H., & Barrett, B. (2014). Clinical and Cost-Effectiveness of Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety In Medical Patients: A Multicentre Randomised Controlled Trial. *Lancet (London, England)*, 383(9913), 219–225.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4)

van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Houdenhove, B. (2014). DSM-V: Van Somatoforme Stoornissen Naar 'Somatic Symptom and Related Disorders' [DSM-V: From 'Somatoform Disorders'

To 'Somatic Symptom And Related Disorders']. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(3), 182–186.

- Vinberg, M., Miskowiak, K., & Kessing, L. V. (2013). Serotonin Transporter Genotype, Salivary Cortisol, Neuroticism and Life Events: Impact on Subsequent Psychopathology in Healthy Twins at High and Low Risk for Affective Disorder. *Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 48C, 193–198.
- Volz, H. P., Murck, H., Kasper, S., & Möller, H. J. (2002). St John's Wort Extract (LI 160) In Somatoform Disorders: Results of A Placebo-Controlled Trial. *Psychopharmacology*, 164(3), 294–300. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-1171-6>
- Williams, J. M., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Promising New Approach to Preventing Depressive Relapse. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 200(5), 359–360. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104745>
- Yates, W.R., & Dunayevich, E. (2019). *Somatic Symptom Disorders*. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/294908-over view>. Accessed January 19, 2023.

BAB X

GANGGUAN SOMATOFORM

Oleh Basilia Subiyanti Wilujeng

10.1 Pendahuluan

Gangguan somatoform atau sering disebut juga *Somatoform Disorder* adalah masalah psikologis yang dialami seseorang, yang penyebabnya ditunjukkan dengan munculnya keluhan-keluhan negatif ataupun gejala-gejala fisik yang tidak pasti. Gangguan somatoform merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan gejala psikologis yang menimbulkan satu atau lebih gejala pada tubuh seseorang, dimana keadaan tersebut yang selalu menimbulkan kesulitan dan mengganggu aktivitas sehari-hari bagi penderita gangguan somatoform. Gejala tersebut muncul seperti nyeri dada, nyeri punggung, kelelahan, sakit kepala atau gejala-gejala lainnya yang dirasakan tidak nyaman pada bagian tubuh tertentu. Namun, setelah mendapat pemeriksaan medis tidak ditemukan adanya masalah, baik secara langsung maupun secara umum, dan seringkali gejala atau masalah tersebut ditimbulkan karena tidak ada penyebab. Oleh karena itu, seseorang dengan gangguan somatoform tidak dapat memalsukan gejala yang dialaminya. Gejalanya yang ditimbulkan sangat nyata dan mengganggu aktivitas sehari-hari.

10.2 Definisi Somatoform Disorder

Somatoform Disorder adalah suatu keadaan atau gejala yang merupakan suatu gangguan mental yang diwujudkan ke dalam suatu gangguan fisik, karena pada dasarnya dari gejala yang dirasakan tidak ada kelainan fisik yang dapat menjelaskan keadaan suatu penyakit dalam tubuh yang dirasakan saat itu. Menurut definisi, istilah somatoform memiliki arti yang berasal dari bahasa Yunani yaitu "soma", yang berarti "tubuh". Gangguan somatoform (somatoform disorder) adalah

keterlibatan berbagai kondisi ketika terjadi konflik psikologis pada seseorang yang memiliki masalah. Penyakit fisik ini menyebabkan stres dan kesulitan besar dalam hidup. Kecemasan diyakini sebagai penyebab psikologis yang menyebabkan gejala fisik bermanifestasi sebagai gangguan somatoform pada seseorang. Seringkali penderita yang mengalami kondisi seperti ini secara fisiologis tidak dapat dijelaskan dan tidak disadari, membuat seseorang dengan gangguan somatisasi mempercayai bahwa gejala fisik yang dialaminya adalah merupakan suatu gejala atau tanda dari suatu penyakit serius dan segera membutuhkan penanganan bahwa penyakitnya perlu untuk segera diobati. Misalnya, seseorang dengan gangguan somatisasi mungkin akan khawatir bahwa sakit kepala merupakan suatu tanda penyakit tumor otak atau sesak napas adalah suatu tanda merupakan serangan dari penyakit asma. Ketika dokter tidak dapat menemukan penjelasan medis untuk gejalanya, ia akan memiliki kekhawatiran yang berlebihan dan memiliki perasaan takut bahwa dirinya sedang mengalami suatu penyakit langka dan ia juga akan merasa panik untuk segera menemui dokter spesialis yang dapat mendiagnosis kondisi penyakit yang dialaminya tersebut. (Menza, Lauritano, Allen, Warman, Ostella, Hmaer & Escobar, 2001).

Suatu contoh, jika kondisi seseorang mengalami suatu keluhan yang disebabkan oleh gangguan somatoform, maka yang terjadi tangannya yang tidak dapat berfungsi secara normal dan tidak akan menghasilkan respons abnormal pada tes neuro-fisiologis. Namun ternyata, sakit atau kekakuan yang ia rasakan mungkin saja tidak berkorelasi dengan simptom gangguan fisik manapun. Oleh karena itu, seperti yang dapat dibayangkan, yang terjadi profesional dibidang kesehatan pun memiliki kesulitan membedakan antara penyebab fisik dan psikologis dalam memahami simptom-simptom tubuhnya. Semua simptom memiliki dasar fisiologi apakah simptom tersebut berupa abnormalitas dalam emosi, pikiran atau fungsi tubuh. Mungkin tidak ada lagi selain pada psikologi abnormal ketika diferensiasi

pikiran dan tubuh adalah sesuatu yang kompleks (Kroenke, 2007).

Singkatnya, gangguan somatoform (Somatoform Disorder) adalah suatu gangguan yang ditandai dengan keluhan atau gejala simptom fisik yang tidak dapat dijelaskan penyebab terjadinya cedera atau gejala sintom fisik tersebut dan sulit diprediksikan apa yang menjadi suatu penyebabnya. Ketika ditelusuri apa yang menjadi penyebab sakitnya dan yang seringkali terjadi serta menjadi alasannya terjadinya suatu gejala tersebut adalah keterkaitannya dengan suatu penyakit tertentu, gangguan kondisi mental, atau penyalahgunaan zat. Selain itu, gangguan somatoform juga dapat ditandai dengan fokus berlebihan pada gejala fisik yang dialami, seperti kumpulan kondisi mental yang menyebabkan satu atau lebih gejala pada tubuh yang menyebabkan rasa sakit seluruh tubuh atau di bagian tertentu, kelelahan, gangguan nyeri, gangguan dismorfik tubuh, hipokondria, konversi gangguan, gangguan somatik atau gejala fisik lainnya. Gejala gangguan somatoform juga dapat menimbulkan tekanan stress dan kecemasan, menyebabkan seseorang memiliki pikiran yang berlebihan akibat banyak menghabiskan waktunya hanya untuk berpikir atau bertindak berlebihan terhadap gejala fisik yang muncul sebagai respons terhadap gejala yang mereka alami.

Oleh karena itu, gangguan somatisasi merupakan suatu bentuk gangguan somatoform yang disebabkan oleh kecemasan dan yang memanifestasikan terhadap dirinya dalam ketidaknyamanan fisik, dimana orang lain tidak bisa memahami apa yang terjadi atau yang sedang dialami tersebut, kecuali orang tersebut mengeluhkan akan munculnya gangguan yang dialaminya tersebut (Davison & Neale, 1986, 2001). Somatisasi juga merupakan bentuk penyakit yang ditandai dengan satu atau lebih gangguan fisik yang tidak memiliki dasar dan penyebab medis yang jelas. Dimana, gangguan somatisasi ini juga disebut sindrom Briquet, yang munculnya istilah tersebut setelah Paul Briquet mengidentifikasi pasiennya yang

mengeluhkan gejala medis di tubuhnya tetapi tidak ada bukti medis (Mayou, 1993; Bell, 1994).

Somatisasi juga merupakan jenis respon psikologis dimana tubuh atau soma digunakan untuk tujuan psikologis dan untuk mencapai tujuan pribadi (Ford, 1983;1986). Dengan kata lain seperti juga disebutkan Kaplan dan Sadock (1991) bahwa gangguan somatoform merupakan gangguan fisik kronis yang tidak dapat dijelaskan secara medis dan berhubungan dengan masalah stres psikologis seseorang. Seseorang dengan gangguan somatisasi tidak hanya mengeluhkan gangguan fisik yang tampak, tetapi juga menginginkan pertolongan dan pengobatan medis (Barsky, 1992).

10.3 Penyebab Somatoform Disorder

Penyebab gangguan somatoform, terutama somatisasi, biasanya kembali ke pikiran. Seseorang merasa ada yang tidak beres dengan kondisinya, yang berujung pada pemikiran negatif dan keyakinan irasional tentang dirinya dan orang-orang di sekitarnya. Hal ini membuat seseorang merasa bahwa tekanan, stres, terlalu banyak aktivitas, energi, kelelahan yang menguras energi dan menjadikan seseorang merasa kurang memiliki kepercayaan pada kemampuannya. Gangguan ini dapat menyebabkan rasa sakit dan melihat rasa sakit yang dialaminya sebagai suatu gejala yang mengancam atau berbahaya bagi dirinya. Oleh karena itu, penyebab gangguan ini bisa terjadi akibat terjadinya suatu peristiwa berupa konflik psikologis, masalah hubungan pertemanan, atau masalah lingkungan dan sosial, serta kecenderungan untuk mengungkapkan atau menerjemahkan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan menjadi gejala fisik yang ditimbulkan. Dan kemudian, untuk meyakinkan orang lain bahwa dirinya sedang menderita sakit atau mendapatkan gangguan suatu penyakit, ia akan menemukan cara untuk mencari pertolongan medis untuk dirinya sendiri (Ford, 1986).

Menurut Edelman yang memberikan uraian pembahasan penyebab gangguan somatoform, menyebutkan bahwa gangguan somatoform ditemukan bahwa seseorang yang mengalami gangguan somatisasi akan rentan terhadap konflik psikologis dan kecemasan, yang diwujudkan dalam gejala fisik atau penyakit fisik. tetapi tidak ada bukti medis (Kendal dan Hammen, 1998).

Penjelasan Escobar (1987; 1996) juga menjelaskan bahwa gangguan somatisasi adalah suatu bentuk gejala fisik yang tidak dapat dibuktikan secara organis dan juga tidak dapat dibuktikan secara patologis, baik dengan evaluasi laboratorium atau medis. Selain itu, gangguan somatoform pada seseorang dikatakan bahwa penyebabnya dikarenakan ada ketidaknyamanan fisik akibat mengkomunikasikan keadaan emosional yang dialami seseorang dan merupakan bentuk pengalihan dari penghindaran suatu konflik emosional (Scicchitano dkk, 1996).

Keluhan umum yang terjadi pada orang normal adalah kelelahan dan perasaan lemah atau kurang energi (Kellner, 1986), dan prevalensi keluhan ini adalah 20-40 persen (Kellner, 1994). Sementara itu, Isaac dkk, (1995) meneliti dan mendapatkan hasil bahwa penderita gangguan somatisasi sering mengeluhkan gangguan usus besar atau pencernaan. Oleh karena itu, somatisasi adalah gangguan sebagai bentuk penggunaan tubuh untuk tujuan psikologis, di mana kondisi umum merupakan pengalihan perasaan tidak menyenangkan yang berupa gejala fisik, seperti disfungsi usus besar sebagai manifestasi emosi atau tertekan. Selain itu, somatisasi juga digunakan untuk mengomunikasikan pikiran atau perasaan melalui sarana simbolik, seperti kelumpuhan, yang bersifat histeris untuk menggabungkan simbolisasi dan menyampaikan perasaan tidak berdaya. Manifestasi lain dari gangguan somatisasi ini adalah berusaha mencapai keinginan pribadi dengan memanipulasi hubungan interpersonal. Hal ini juga dapat dilakukan dengan tujuan untuk melalaikan tugas dan tanggung jawab sosial serta memperoleh keuntungan material

(misal) setelah kecelakaan terjadi seperti halnya untuk mendapatkan asuransi dan yang tak kalah penting adalah untuk mendapatkan simpati atau perhatian dari orang lain (Ford, 1983). Dimana hal ini biasanya disebut *malingering*. *Malingering* biasanya ditandai seperti perilaku-perilaku menghindari hukuman, ingin mendapatkan pekerjaan, dan perilaku lainnya. Penjelasan lain terkait penyebab gangguan somatoform juga menyampaikan bahwa gejala tersebut bukan pula merupakan suatu *factitious*/gangguan buatan (pemalsuan sintom *psi's*) atau gangguan fisik yang disengaja dan terjadi tanpa keuntungan yang jelas atas peran sakit yang dialami oleh seseorang tersebut.

Meski penyebab gangguan somatoform belum diketahui secara jelas apa pemicunya, namun ada beberapa faktor yang memprediksi sebagai pemicu timbulnya gangguan somatoform. Berikut ini beberapa faktor yang dapat dijadikan sebagai pemicu terjadinya gejala somatik atau gangguan somatoform, diantaranya adalah:

1. Faktor biologis dan faktor genetik , seperti hipersensitivitas terhadap rasa sakit.
2. Faktor dari pengaruh keluarga yang dapat berupa genetik atau lingkungan atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut.
3. Faktor sifat kepribadian negatif saat ini merupakan kondisi yang dapat mempengaruhi cara seseorang mengenali dan merasakan gejala penyakit dan tubuh yang dialaminya.
4. Penurunan kesadaran atau faktor bagaimana seseorang memproses emosi terkait dengan suatu masalah menyebabkan mereka berfokus pada gejala fisik daripada masalah emosional.
5. Faktor perilaku yang dipelajari, yaitu bukti upaya untuk mendapatkan perhatian lebih dan manfaat lain dari gejala penyakit yang dirasakan, misalnya menghindari aktivitas tertentu karena dianggap memperburuk gejala yang dialami.

Faktor risiko lain untuk gangguan gejala somatik adalah:

1. Seseorang yang menderita kecemasan atau depresi
2. Seseorang yang mengidap penyakit atau sedang dalam pemulihan dari penyakit tertentu
3. Seseorang yang berisiko terkena penyakit, misalnya, yang memiliki riwayat penyakit keluarga yang kuat
4. Seseorang yang pernah mengalami kehidupan yang menyedihkan, traumatis, atau penuh kekerasan
5. Seseorang yang pernah mengalami peristiwa traumatis seperti pelecehan seksual terhadap anak di masa lalu.
6. Seseorang dengan tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi yang rendah.

10.4 Gejala Gangguan Somatoform

Beberapa gejala gangguan somatoform adalah:

1. Illness anxiety disorder

Gejala ini ditandai dengan perilaku cemas yang berlebihan, terutama ketika orang tersebut merasa sedang menderita penyakit yang serius. Untuk orang dengan penyakit ringan dianggap sebagai masalah medis yang serius, contoh medis biasanya ditandai dengan pusing, tetapi dianggap sebagai gejala tumor otak.

2. Conversion disorder

Kondisi ini didiagnosis ketika seseorang mengalami gangguan somatoform, yang ditandai dengan gejala yang tidak memiliki pemicu fisik, seperti kelumpuhan, gerakan abnormal (gemetar/kejang), kebutaan, gangguan pendengaran, dan ketulian.

3. Pseudocyesis

Gejala ini ditandai dengan kepercayaan yang salah bahwa wanita tersebut hamil, termasuk benar-benar merasakan

gejalanya. Misalnya, merasakan perubahan ukuran perut, payudara, serta mual dan muntah.

4. *Body dysmorphic disorder*

Gejala ini ditandai dengan perilaku yang terlalu fokus pada perubahan fisik yang sebenarnya tidak terjadi, biasanya hanya pada bagian tubuh tertentu.

5. *Somatization disorder*

Gejala ini biasanya muncul dan terjadi pada seseorang yang berusia di bawah usia 30 (tiga puluh) tahun dan akan berlangsung selama bertahun-tahun. Gejala-gejala ini juga biasanya berupa kombinasi gejala, seperti nyeri, gangguan pencernaan, mati rasa, dan disfungsi seksual.

6. *Pain disorder*

Gejala ini terjadi pada seseorang yang ditandai dengan gejala seperti nyeri terus-menerus di beberapa area tubuh meski tidak ada penyakit fisik.

10.5 Macam-Macam Gangguan Somatoform

1. Gangguan Nyeri (*Pain Disorder*)

Gangguan Nyeri (*Pain Disorder*) adalah suatu gangguan yang terjadi pada seseorang dengan mengalami rasa sakit atau gejala nyeri di satu atau lebih tempat di bagian tubuhnya, dimana gejala yang dialami tersebut tidak dapat dijelaskan dengan evaluasi medis (non-psikiatri) atau neurologis. Gejala ini dapat menyebabkan stress mental atau gangguan fungsional pada seseorang, yang kemungkinan terjadinya berhubungan dengan faktor mental orang tersebut. Ketidaknyamanan yang sering dialami seseorang dengan kondisi ini datang dengan berbagai tingkat intensitas dan sangat dipengaruhi oleh keadaan emosi, kognitif, perhatian, dan situasi orang tersebut. Dengan kata lain, yang menjadi penyebab dan pengaruh terjadinya gangguan ini persistensinya dan tingkat keparahan gangguan tersebut

berdasarkan faktor psikologisnya. (Fausiah, Widury, 2005:26)

Siapa pun yang sedang mengalami gangguan nyeri ini, umumnya akan menghambat aktivitas mereka, mereka menjadi tidak dapat bekerja dan biasanya mereka juga akan menjadi tergantung pada obat penghilang rasa sakit. Rasa sakit yang disebabkan oleh gangguan ini umumnya dikaitkan dengan konflik atau stress yang terjadi. Dapat juga gangguan ini terjadi karena merupakan suatu cara yang memungkinkan orang yang mengalami gangguan ini sedang menghindari aktivitas yang tidak menyenangkan baginya dan merasa senang menerima perhatian dan simpati dari rasa sakit yang dialaminya, dimana perhatian dan simpati yang sebelumnya tidak mereka terima (Ardani, 2011:95).

Oleh karena itu, gejala nyeri yang berhubungan dengan konflik emosional atau masalah psikososial, menjadi cukup jelas untuk dijadikan sebagai alasan terjadinya gangguan tersebut. Dimana memberikan efek dapat menerima perhatian dan dukungan pribadi serta medis yang sebelumnya belum pernah Ia terima, sehingga hal ini menjadi suatu peristiwa yang memberikan rasa lebih dari yang biasanya hingga sekarang.

2. Body Dysmorphic Disorder

Body Dysmorphic Disorder adalah kondisi pemikiran seseorang yang hanya terfokus pada kekurangan sempurna bentuk fisik yang tidak nyata yang dimilikinya (misalnya hidung yang dirasakannya kurang mancung), atau merupakan suatu bentuk keluhan kesah yang berlebihan pada seseorang yang memiliki bentuk tubuh yang dirasa kurang sempurna. Misalnya, Jika pada perempuan akan lebih cenderung untuk memfokuskan diri pada bagian kulit, dada, paha, dan kaki. Jika pada pria cenderung terfokus pada tinggi badan, ukuran alat vital, atau rambut tubuh. (Fausiah, Widury, 2005:27)

Sebagian orang yang mengalami kondisi ini akan menghabiskan sebagian besar waktunya untuk bercemin hanya untuk melihat kekurangan fisik yang dimilikinya. Mereka memiliki pemikiran yang penuh dengan gambaran tentang kekurangan penampilan fisiknya, biasanya cacat fisik yang ada di wajah, seperti kerutan wajah, rambut wajah yang berlebihan, bentuk dan ukuran hidung, dan cacat fisik lainnya. Bahkan, beberapa perilaku penderitanya ditandai dengan perilaku menarik diri karena merasa kurang menarik dan membatasi untuk bertemu dengan orang lain, hanya untuk menyembunyikan kekurangan fisik yang dirasakan. Dalam hal ini, faktor lingkungan sosial dan kultur budaya memiliki pengaruh dan peran penting terhadap bagaimana seseorang mempersepsikan tentang harga diri dan menilai kesempurnaan fisiknya, apakah mereka menarik atau tidak secara fisik, sehingga hal-hal tersebut sampai mengakibatkan perubahan perilaku dan mempengaruhi kebiasaan pola makannya. (Ardani, 2011:96)

3. Hipokondriasis

Secara definisi Hipokondriasis berasal dari kata “hipokondriasis” yang merupakan sebutan medis lama yaitu “hypochondrium”, artinya di bawah tulang rusuk, dan menggambarkan suatu gangguan yang sering dikeluhkan seorang penderitanya pada bagian perut.

Hipokondriasis merupakan gangguan yang dialami seseorang dimana keluhan yang dirasakan seringkali merupakan suatu hal-hal tidak realistis dan tidak akurat terhadap simptom atau sensasi tertentu. Keyakinan akan keluhan yang terjadi umumnya berdasarkan adanya riwayat minimal satu penyakit serius yang dialaminya dan keyakinan tersebut menjadi menetap dan tidak hilang walaupun sudah mendapatkan perawatan medis dan suatu ulasan dari riwayat medisnya. Seseorang dengan gangguan ini menjadi yakin bahwa dia memiliki penyakit serius yang tidak dapat dideteksi atau dibantah oleh bukti apa pun yang bertentangan. (Fausiah, Widury, 2005:28)

Gangguan ini umumnya terjadi pada masa remaja, dan berlanjut hingga masa dewasa. Gangguan ini merupakan perilaku seseorang yang mengalami suatu kecemasan berlebihan dan biasanya berlangsung menetap hingga mencapai 6 bulan atau lebih. Dimana keluhan-keluhan tersebut seolah-olah dapat mengakibatkan perubahan kondisi kesehatan penderitanya. Penderita gangguan ini akan mengunjungi Dokter dengan tujuan melakukan pemeriksaan medis serta mendapatkan penjelasan medis mengenai keluhan-keluhan yang dialami. Seorang yang mengalami gangguan ini biasanya akan menjadi konsumen layanan kesehatan. Namun, sebenarnya ia tidak mau menerima penjelasan dan anjuran Dokter atas gangguan kesehatan yang dideritanya walaupun penjelasan atau anjuran Dokter tersebut sudah disertai data dan analisa pendukung mengenai kesehatan dirinya, yang menyatakan bahwa tidak ditemukan adanya gangguan pada dirinya (kondisi kesehatan normal). Penderita gangguan ini sering merasa bahwa Dokter dan tenaga kesehatan yang dikunjungi tidak kompeten dan tidak mampu menganalisa akan gangguan penyakitnya (Pershing dkk, Davidson, Neale, Kring, 2004).

Perilaku yang mengindikasikan seorang sedang mengalami gangguan kecemasan yang disinyalir merupakan perwujudan dari Hipokondriasis salah satunya adalah perilaku cemas yang berlebihan dan gangguan mood akibat perubahan kondisi kesehatannya (Ardani, 2010 : 96). Misalnya, apabila penderita merasa pusing, ia akan beranggapan pusing yang dideritanya sebagai indikasi tumor otak. Walaupun pada dasarnya penyebab lain dari rasa pusing yang dideritanya bisa berasal dari penyebab lain seperti mabuk perjalanan dan sedang banyak tekanan pikiran. Tetapi penderitanya akan mengabaikan penyebab-penyebab lain, ia lebih percaya rasa pusingnya merupakan indikasi bahwa ada gangguan kesehatan serius pada dirinya. Oleh karena itu, ciri utama dari gangguan ini adalah rasa kecemasan yang berlebihan akan gangguan kesehatan serius yang dialaminya dan menjadikan rasa khawatir yang berlangsung secara terus-

menerus dan semakin parah akan kondisi kesehatannya tersebut. Gejala lain juga dapat ditandai dengan:

- a. Kecemasan atau ketakutan yang berlebihan terhadap penyakit tertentu yang dirasakan.
- b. Memiliki kekhawatiran terhadap gejala minor suatu penyakit yang dianggap suatu hal serius.
- c. Kunjungan rutin ke dokter untuk berkonsultasi.
- d. Sering mengunjungi dokter berbeda untuk mendapatkan opini lain tentang gangguannya
- e. Sering merasa kecewa dengan hasil analisa dan anjuran dokter.
- f. Memiliki ketidakselarasan dalam interaksi sosial dan kurang bisa bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya.
- g. Stabilitas emosi yang kurang baik.
- h. Sering melakukan pemeriksaan secara teratur untuk memeriksakan adanya setiap perubahan kecil pada kesehatannya seperti ditemukan adanya gejala pusing, mual, benjolan, luka, rasa gatal dan lainnya.
- i. Seringkali melakukan pemeriksaan rutin akan kesehatannya seperti cek denyut nadi, tekanan darah, gula darah, berat badan dan lainnya.
- j. Memiliki rasa kurang percaya dan mengalami kecemasan berlebihan akan hasil analisa medis dan hasil pengobatan dokter
- k. Rasa khawatir dan kecemasan berlebihan akan setiap ditemukan gejala munculnya suatu penyakit dalam dirinya.
- l. Menghindari situasi dan tempat yang menyebabkan kecemasan dirinya akan suatu gangguan penyakit, seperti menghindar berada di rumah sakit.

4. Gangguan Konversi

Gangguan konversi merupakan suatu kondisi dimana seorang penderitanya memiliki keluhan gejala sensorik atau motorik sebagai perwujudan dari stres atau konflik tak sadar penderitanya yang tidak dapat dikaitkan dengan proses patofisiologis. Dari DSM IV (Kaplan, Sadock & Grebb, 1991), menyebutkan bahwa gangguan konversi merupakan suatu gangguan yang ditandai dengan adanya satu atau lebih gejala neurologis yang sudah ada sebelumnya. (Fausiah, Widury, 2005:29). Contoh gejala sensorik dan motorik yang terjadi pada penderitanya adalah kehilangan penglihatan atau kelumpuhan secara tiba-tiba, yang diakibatkan oleh gangguan pada sistem saraf, padahal organ dan sistem saraf penderita dinyatakan normal. Aspek psikologis dari gejala konversi ini biasanya muncul secara tak terduga dalam situasi yang tidak menyenangkan. Dan biasanya mulai terjadi dan dirasakan pada masa remaja atau awal masa dewasa. Umumnya gejala tersebut muncul setelah peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan hingga mengakibatkan kondisi psikologis yang mengganggu seperti depresi dan gangguan kepribadian penyalahgunaan zat. (Ardani, 2011:96)

5. Gangguan Somatisasi

Gangguan somatisasi merupakan gangguan kesehatan yang berkaitan dengan keluhan-keluhan ataupun gejala-gejala somatik yang tidak dapat dijelaskan secara akurat dengan temuan pemeriksaan medis oleh Dokter atau hasil dari laboratorium. Kendati berbeda dari gangguan somatoform lainnya, gangguan ini dalam jumlah gejala dan jumlah sistem tubuh yang menimpa penderitanya bahkan yang sifatnya kronis akan berlangsung secara terus-menerus selama beberapa tahun dan seringkali terjadi pada seseorang yang belum berusia 30 tahun. Dimana hal tersebut diakibatkan oleh faktor tekanan psikologis yang berat pada penderitanya, memberikan pengaruh kepada kemampuan penderitanya

dalam berinteraksi di lingkungan, dan memberikan rasa kecemasan berlebihan sehingga ditandai dengan perilaku seringkali penderita melakukan pemeriksaan medis yang berlebihan (Fausiah, Widury, 2005:33)

Gangguan somatisasi juga disertai adanya gangguan kesehatan yang bervariasi, sering terjadi dan tidak tetap atau sering berubah-ubah. Gangguan somatisasi ini terjadi berlangsung cukup lama hingga beberapa tahun, bahkan sebenarnya sudah terjadi sebelum penderita melakukan pemeriksaan medis. Oleh karena itu, penderitanya memiliki catatan kesehatan yang panjang dan sangat kompleks, baik perawatan umum maupun spesialis, baik dengan hasil negatif atau bahkan positif. Keluhan yang umum terjadi biasanya dapat mengenai organ atau bagian tubuh manapun, tapi yang paling umum adalah keluhan gangguan lambung (misal : perasaan sakit, kembung, muntah, mual, dsb) dan keluhan-keluhan lain yang mengganggu yang dirasakan pada anggota tubuh lainnya, seperti kulit (perasaan gatal, rasa terbakar, kesemutan, pedih, dan bercak-bercak pada kulit) serta keluhan lain seperti pusing (sakit kepala, migraine, dan kesemutan di kepala).

Tabel 10.1 Gangguan Somatosis

	Gangguan Somatisasi	Gangguan Konversi	Gangguan Nyeri Somatoform	Hipokondriasis
Gejala Utama	Gejala Somatik multipel tanpa dasar organik	Kehilangan atau perubahan fungsi fisik karena konflik psikologis; biasanya berupa gejala pseudoneurologis	Preokupasi terhadap nyeri tanpa adanya temuan objektif, atau temuan objektif yang berlebihan	Takut menderita, atau yakin bahwa ia menderita penyakit fisik yang serius
Epidemiologi (1,5 - 3,5% dari pasien pelayanan primer)	0,2 - 2% Populasi Umum	Relatif jarang	Relatif lebih lazim	4 - 9% di praktik umum
Diagnosis Banding	Gangguan medis seperti systematic lupus erythematosus, sklerosis multipel, porfiria,	Gangguan medis seperti multiple sclerosis, tumor otak, stroke; gangguan	Penyakit jantung koroner, penyakit diskus lumbal, endometriosis, dan reflek	Penyakit medis; gangguan psikiatrik seperti gangguan mood, gangguan anxietas, gangguan somatisasi,

	penyakit tiroid; gangguan psikiatrik seperti skizofrenia, depresi, gangguan stres, pasca trauma	psikiatrik seperti gangguan identitas disosiatif, skizofrenia, depresi, gangguan somatisasi, gangguan buatan, dan berpura-pura (malingering)	distrofi simpatetik; gangguan psikiatrik seperti gangguan identitas disosiatif, skizofrenia, gangguan stres pasca trauma, gangguan mood	skizofrenia
Pengobat-an	Konsolidasi penanganan dengan satu dokter pelayanan primer; psikoterapi kelompok atau individu	Psikoterapi, hipnoterapi, wawancara serta difasilitasi obat	Tim Spesialis multidiplin; konsolidasi penanganan; terapi kognitif perilaku; obat anti depresan	Konsolidasi penanganan medik; hubungan suportif dengan dokter pelayanan primer; psikoterapi pada kasus yang jarang

Sumber : Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2

10.6 Mengatasi Gangguan Somatoform

Dalam penatalaksanaan psikosomatis atau gangguan somatoform dianjurkan untuk terfokus pada perbaikan diri penderitanya atau seseorang yang mengalami gangguan tersebut. Penderitanya disarankan untuk memahami bahwa gejala yang mereka alami sebenarnya merupakan indikasi stres psikologis. Untuk mengatasinya, penderitanya dapat melakukan diskusi atau survei mengenai gejala yang dialaminya dan

membandingkan stressor psikososial yang dialaminya. Pada saat yang sama, psikoterapi dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Terapi Kognitif (Cognitive Behavioural Therapy/CBT)

Salah satu bentuk terapi untuk mengatasi gangguan somatoform adalah terapi perilaku kognitif (***Cognitive Behavioural Therapy/CBT***). Terapi ini bertujuan untuk memperbaiki distorsi kognitif, melatih cara berpikir (fungsi) kognitif, dan cara berperilaku serta (bertindak) bagi penderitanya. Terapi CBT berfokus pada upaya untuk mengubah distorsi kognitif, sudut pandang, keyakinan yang tidak realistis, ketakutan, dan perilaku yang menimbulkan gejala pada penderitanya sehingga diharapkan memberikan pengaruh bagi kesehatan mentalnya dan membantu penderitanya untuk lebih mudah dalam menghadapi permasalahan atau situasi menantang yang sedang dialami dalam hidupnya, sekaligus memberikan saran tentang cara pandang terhadap bagaimana cara bereaksi dan menyelesaikan permasalahan yang dihadapi sehingga dapat membantu penderitanya mengurangi rasa stress.

Secara keseluruhan, pendekatan terapi perilaku-kognitif telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala gangguan psikologis, seperti depresi (Davidson, Neale, Kring, 2004). Penelitian ini menjelaskan bahwa orang dengan gangguan skizofrenia menunjukkan adanya gangguan bias kognitif ketika mereka merasakan ancaman yang berkaitan dengan masalah kesehatan (Davidson, Neale, Kring, 2004). Selain itu dalam Davidson, Neale, Kring (2004) menyebutkan terapi perilaku kognitif ini juga dapat mengubah cara pandang yang pesimis pada pasien akan penyakit yang dideritanya dan membuat mereka melupakan gejala fisik yang diakibatkan oleh penyakitnya. Bahkan mereka meminta konfirmasi dokter bahwa mereka sudah tidak sakit dan dinyatakan sehat (Ardani, 2010:99).

2. Terapi Perilaku (*Reward And Punishment*)

Terapi lainnya untuk mengatasi gangguan somatoform adalah terapi perilaku. Dimana terapi ini merupakan terapi yang ditujukan untuk mempertahankan fungsi sosial penderitanya. Terapi ini juga diberikan kepada penderita dengan tujuan untuk mencapai suatu perilaku tertentu dan memberi imbalan (*reward*) ketika penderita telah mencapai tujuan yang disepakati dan sebaliknya, ketika dia tidak mencapai tujuan yang disepakati dia akan mendapatkan hukuman (*punishment*). Contoh dari terapi ini misalnya, penderita diberikan *treatment*, jika Ia mampu menyelesaikan pekerjaannya meskipun sedang mengalami nyeri lambung, Ia akan mendapatkan hadiah, dan hadiah akan tertunda jika tujuan tidak tercapai bahkan akan mendapatkan hukuman jika Ia tidak berhasil melaksanakan *treatment* yang telah disepakati bersama untuk mencapai tujuan yang akan dicapai.

3. Terapi Relaksasi

Terapi lain yang dapat diberikan pada pasien somatoform adalah relaksasi. Proses relaksasi ini bisa dilakukan dengan teknik pernapasan dalam (*deep breathing*) dan teknik relaksasi otot progresif (*progressive muscular relaxation*).

4. Terapi Supportif

Semua bentuk terapi atau perawatan lain yang diberikan kepada penderita gangguan somatoform harus disertai dengan upaya-upaya terapi supportif. Terapi supportif merupakan terapi yang diberikan dengan cara memberikan suatu dukungan sosial dan solusi bagi penderita yang sedang melalui tahapan terapi ini. Pada terapi ini penderita akan dibantu bagaimana melakukan cara agar dapat mengekspresikan perasaan-perasaan yang Ia rasakan seperti rasa cemas berlebihan, perasaan frustrasi, kesedihan,

kegembiraan, hingga bagaimana cara mengekspresikan harapan-harapan mereka. Terapi ini memberikan fungsi sebagai dukungan agar penderita lebih mampu melewati masalah hidup yang sedang ia hadapi. Beberapa tahapan terapi ini diantaranya adalah bagaimana agar dapat melakukan aliansi dengan penderita agar mampu menumbuhkan minat dan rasa nyaman dalam menjalankan proses terapi, selanjutnya juga diberikan tahapan proses bagaimana memperluas kesadaran, membangun harga diri, mengurangi kecemasan dan memberikan keterampilan cara mengendalikan tekanan emosional yang sedang ia rasakan dan bagaimana cara mengatasi kecemasan yang sedang ia rasakan.

5. Terapi Pain Disorder

Terapi ini merupakan terapi yang diberikan kepada penderita dengan gangguan nyeri (Pain Disorder). Dimana terapi ini bertujuan untuk memberikan pengobatan yang efektif bagi penderitanya. Pada proses tahapannya, seringkali penderita yang menjalankan proses terapinya disarankan melakukan beberapa cara untuk mengalihkan fokusnya dari apa yang tidak dapat dilakukan oleh si penderita akibat rasa sakit yang dialaminya menjadi bagaimana ia lebih mampu melakukan beberapa cara pengobatan gangguan nyeri yang dirasakan agar rasa nyeri yang dirasakan menjadi lebih baik. Fokus terapi ini adalah bagaimana cara mengurangi kecemasan dan mengelola stress agar dapat mengurangi rasa sakit yang dideritanya, mengurangi ketegangan otot yang dirasakannya, memotivasi mereka untuk melakukan aktivitas yang lebih baik, dan meningkatkan pengendalian diri dengan memberikan salah satu teknik cara mengalihkan perhatian atas rasa sakitnya sehingga rasa sakit tersebut menjadi tidak terasa atau hilang.

DAFTAR PUSTAKA.

- Ardani, Ardi Tristiadi. 2011. Psikologi Abnormal. Bandung: CV Lubuk Agung
- Barsky, A. J. 1992. Amplification, Somatization, and The Somatoform Disorder. *Psychosomatics*. 33; 28-33.
- Bell, I. R. 1994. *Somatization Disorder: Health Care Costs in The Decade of Brain*. *Journal of Biological Psychiatry*, .35: 81-83.
https://www.academia.edu/20216616/PS_ABNORMAL_JURNAL, 29 Desember 2022
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. 2004. *Abnormal Psychology*. United States Of America : John Wiley & Sons. (Ninth Edition)
- Davison, G. C & Neale, John M. 1978. *Abnormal Psychology*. 8 th edition. New York : John Wiley & Son
- Escobar, J. I. 1996. *Pharmalogical Treatment of Somatization*. *Psychopharmacology Bulletin*. 32.4: 589-596
- Escobar, J. I. 1987. *Cross Cultural Aspects of Somatization Trait*. *Journal Hospital and Community*. February. 38. 2. 74-180
- Fausiah, F, Widury, J. 2005. *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta : UI Press
- Ford, C. V. 1986. *The Somatizing Disorder*. *Psychosomatics*, 27: 327- 337.
- Ford, C.V. 1983. *The Somatizing Disorder. Illness as A Way of Life*. New York: Elsevier Science Publishing Co. Inc.
- Halgin, P. Richard, Susan Krauss Whitbourne. 2010. *Abnormal Psychology : Clinical Perspective on Psychological Disorders*, 6th ed. Salemba Humanika
- Isaac, M., Janca, A., Burke, K.C., Silva, J. A.C., Acuda, S.W., Altamura, A.C., Burke, J.D., Chandrashekar, C.R., Miranda, C.T., Tacchini, G. 1995. *Medically Unexplained*

- Somatic Symptoms in Different Cultures. Journal Psychotherapy Psychosomatic.* 64: 88-93.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1991). *Synopsis of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. p 389
- Kellner, R. 1994. *Psychosomatic Syndromes, Somatization and Somatoform Disorder*. Psychotherapy and Psychosomatic. 61: 4-24
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Kendall, P.C. Hammen, C. 1998. *Abnormal Psychology: Understanding Human Problem*. Second Edition. New York: Houghten Mifflin Company
- Kroenke, K. 2007. *Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders : A Review of Randomized Controlled Trials, Psychomatic Medicine*, 69 (9), 881 – 888
- Maramis, Albert A., Willy F. Maramis. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press (AUP)
- Mayou, R. 1993. *Somatization. Journal Psychotherapy Psychosomatic.* 59:69-83.
https://www.academia.edu/20216616/PS_ABNORMAL_JURNAL, 29 Desember 2022

BAB XI

GANGGUAN MOOD

Oleh Meilisa Silviana Patodo

11.1 Pendahuluan

Gangguan suasana hati ditandai dengan gangguan parah pada suasana hati dan emosi yang paling sering adalah depresi, tetapi juga mania dan kegembiraan. Semua orang mengalami fluktuasi suasana hati dan keadaan emosi kita, dan seringkali fluktuasi ini disebabkan oleh peristiwa-peristiwa dalam hidup kita. Beberapa orang akan menjadi gembira jika tim favoritnya memenangkan pertandingan dan menjadi sedih jika hubungan romantis berakhir atau jika kehilangan pekerjaan. Terkadang, setiap individu merasa luar biasa atau sengsara tanpa alasan yang jelas. Orang dengan gangguan mood juga mengalami fluktuasi mood, tetapi fluktuasinya ekstrim, mendistorsi pandangan hidup mereka, dan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi. Gangguan mood mungkin hanya melibatkan depresi (juga disebut sebagai "depresi unipolar") atau mungkin termasuk episode manik (seperti pada gangguan bipolar, yang secara klasik dikenal sebagai "penyakit manik depresif"). Individu dengan gangguan mood menderita tekanan yang signifikan atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, pendidikan atau fungsi penting lainnya.

DSM-5 mencantumkan dua kategori umum gangguan mood. **Gangguan depresi** adalah sekelompok gangguan di mana depresi adalah ciri utamanya. Depresi adalah istilah samar yang, dalam bahasa sehari-hari, merujuk pada kesedihan yang intens dan terus-menerus. Depresi adalah keadaan suasana hati yang heterogen terdiri dari spektrum gejala yang luas dengan tingkat keparahan yang beragam. Orang yang depresi merasa sedih, putus asa, dan putus asa. Orang-orang ini kehilangan minat pada aktivitas yang pernah dinikmati, sering

mengalami penurunan dorongan seperti lapar dan seks, dan sering meragukan nilai dirinya sendiri. Gangguan depresi bervariasi menurut tingkatannya, yang paling terkenal: gangguan depresi mayor (kadang disebut depresi unipolar).

Individu dengan depresi merasa tidak berharga, sedih, dan hampa sejauh perasaan ini mengganggu fungsi efektif. Mereka mungkin juga kehilangan minat pada aktivitas yang biasa mereka lakukan, mengalami perubahan nafsu makan, menderita gangguan tidur atau mengalami penurunan energi.

Individu dengan mania terlalu energik dan mungkin melakukan hal-hal yang di luar karakter, seperti membelanjakan dengan sangat bebas dan memperoleh hutang, melanggar hukum atau menunjukkan kurangnya penilaian dalam perilaku seksual. Gejala ini parah dan berlangsung selama beberapa minggu, mengganggu hubungan, kehidupan sosial, pendidikan dan pekerjaan. Beberapa individu mungkin tampak berfungsi normal, tetapi hal ini membutuhkan upaya yang sangat meningkat seiring berjalannya waktu seiring dengan perkembangan penyakit. Episode depresi dan manik dapat mengubah cara seseorang berpikir dan berperilaku, dan bagaimana fungsi tubuhnya. Gangguan depresi mayor ditandai dengan satu atau lebih episode depresi mayor (setidaknya 2 minggu mood depresi atau kehilangan minat dalam aktivitas biasa disertai dengan setidaknya empat gejala depresi tambahan).

Gangguan bipolar ditandai oleh setidaknya satu episode manik atau campuran (mania dan depresi) dengan atau tanpa riwayat depresi berat. Gangguan distimik pada dasarnya adalah suasana hati yang tertekan secara kronis yang terjadi hampir sepanjang hari selama beberapa hari daripada tidak selama periode tertentu. setidaknya dua tahun, 1 tanpa periode bebas gejala yang panjang. Periode bebas gejala berlangsung tidak lebih dari 2 bulan. Orang dewasa dengan gangguan tersebut mengeluh merasa sedih atau tertekan, sedangkan anak-anak

mungkin merasa mudah tersinggung. Durasi minimum gejala yang diperlukan untuk diagnosis pada anak-anak adalah 1 tahun.

11.2 Gangguan Depresi Mayor

Menurut DSM-5, gejala yang menentukan dari gangguan depresi mayor meliputi “suasana hati tertekan hampir sepanjang hari, hampir setiap hari” (merasa sedih, kosong, putus asa, atau tampak menangis kepada orang lain), dan kehilangan minat dan kesenangan pada hal-hal biasa. kegiatan (APA, 2013). Selain merasa sangat sedih hampir sepanjang hari, penderita depresi tidak akan lagi menunjukkan minat atau kenikmatan dalam aktivitas yang sebelumnya memuaskan, seperti hobi, olahraga, seks, acara sosial, waktu yang dihabiskan bersama keluarga, dan sebagainya. Teman dan anggota keluarga mungkin memperhatikan bahwa orang tersebut telah sepenuhnya meninggalkan hobi yang sebelumnya dinikmati; misalnya, seorang pemain tenis yang rajin mengalami gangguan depresi mayor tidak lagi bermain tenis

Untuk menerima diagnosis gangguan depresi mayor, seseorang harus mengalami total lima gejala setidaknya selama dua minggu; gejala ini harus menyebabkan tekanan yang signifikan atau merusak fungsi normal, dan tidak boleh disebabkan oleh zat atau kondisi medis. Setidaknya satu dari dua gejala yang disebutkan di atas harus ada, ditambah kombinasi dari gejala berikut (APA, 2013):

- a) Penurunan berat badan yang signifikan (saat tidak berdiet) atau penambahan berat badan dan/atau penurunan atau peningkatan nafsu makan yang signifikan;
- b) Kesulitan tidur atau tidur terlalu banyak;
- c) Agitasi psikomotor (orang tersebut tampak gelisah dan gelisah, ditunjukkan oleh perilaku seperti ketidakmampuan untuk duduk, mondar-mandir, meremas-remas tangan, menarik atau menggosok kulit, pakaian, atau benda lain) atau retardasi psikomotor (orang berbicara dan bergerak

perlahan, misalnya, berbicara pelan, sangat sedikit, atau monoton);

- d) Kelelahan atau kehilangan energi;
- e) Perasaan tidak berharga atau bersalah;
- f) Kesulitan berkonsentrasi dan ragu-ragu; dan
- g) Ide bunuh diri : pikiran tentang kematian (bukan hanya rasa takut akan kematian), memikirkan atau merencanakan bunuh diri, atau benar-benar melakukan usaha bunuh diri.

Gangguan depresi mayor dianggap episodik: gejalanya biasanya muncul dengan kekuatan penuh untuk jangka waktu tertentu dan kemudian secara bertahap mereda. Kira-kira 50%–60% orang yang mengalami episode gangguan depresi mayor akan mengalami episode kedua di masa mendatang; mereka yang telah mengalami dua episode memiliki peluang 70% untuk mengalami episode ketiga, dan mereka yang telah mengalami tiga episode memiliki peluang 90% untuk mengalami episode keempat. Meskipun episodenya bisa berlangsung berbulan-bulan, mayoritas orang yang didiagnosis dengan kondisi ini (sekitar 70%) sembuh dalam setahun. Namun, sejumlah besar tidak pulih; sekitar 12% menunjukkan tanda-tanda gangguan serius yang terkait dengan gangguan depresi mayor setelah 5 tahun (Boland Keller, 2009).

Gangguan depresi mayor adalah kondisi serius dan melumpuhkan yang dapat berdampak buruk pada kualitas hidup seseorang. Orang yang menderita gangguan ini menjalani kehidupan yang sangat menyedihkan yang sering mengakibatkan tidak tersedianya pekerjaan atau pendidikan, pengabaian karir yang menjanjikan, dan kehilangan upah; terkadang, kondisi tersebut memerlukan rawat inap. Sebagian besar dari mereka yang mengalami gangguan depresi mayor melaporkan telah menghadapi beberapa jenis diskriminasi, dan banyak yang melaporkan bahwa setelah menerima perlakuan semacam itu, mereka menghentikan mereka untuk memulai hubungan dekat, melamar pekerjaan yang sesuai dengan kualifikasi mereka, dan melamar pendidikan atau pelatihan (Lasalvia et al., 2013). Sekitar 6,6% populasi AS mengalami gangguan depresi mayor setiap

tahun; 16,9% akan mengalami gangguan tersebut selama hidupnya (Kessler Wang, 2009). Hal ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria, mempengaruhi sekitar 20% wanita dan 13% pria di beberapa titik dalam hidup mereka (Survei Komorbiditas Nasional, 2007). Risiko yang lebih besar di antara wanita tidak begitu diperhitungkan untuk melaporkan gejala atau mencari pertolongan lebih mudah, menunjukkan bahwa perbedaan gender dalam tingkat gangguan depresi mayor mungkin mencerminkan pengalaman lingkungan biologis dan terkait gender (Kessler, 2003).

Tingkat gangguan depresi mayor seumur hidup cenderung tertinggi di Amerika Utara dan Selatan, Eropa, dan Australia; mereka jauh lebih rendah di negara-negara Asia (Hasin, Fenton, Weissman, 2011). Tingkat gangguan depresi mayor lebih tinggi di antara kelompok usia yang lebih muda daripada kelompok yang lebih tua, mungkin karena orang-orang di kelompok usia yang lebih muda lebih rentan mengalami depresi (Kessler Wang, 2009). Sejumlah faktor risiko berhubungan dengan gangguan depresi mayor: pengangguran (termasuk ibu rumah tangga); berpenghasilan kurang, tinggal di daerah perkotaan; atau berpisah, bercerai, atau menjanda (Hasin et al., 2011). Gangguan komorbid meliputi gangguan kecemasan dan gangguan penyalahgunaan zat (Kessler Wang, 2009).

DSM-5 mencantumkan beberapa sub tipe depresi yang berbeda. Sub tipe ini yang disebut DSM-5 sebagai penentu bukanlah gangguan spesifik; sebaliknya, mereka adalah label yang digunakan untuk menunjukkan pola gejala tertentu atau untuk menentukan periode waktu tertentu di mana gejala tersebut mungkin ada. Sub tipe **onset peripartum** (biasa disebut dengan postpartum depression), berlaku bagi wanita yang mengalami depresi berat selama kehamilan atau dalam empat minggu setelah kelahiran anaknya (APA, 2013). Para wanita ini sering merasa sangat cemas dan bahkan mungkin mengalami serangan panik. Mereka mungkin merasa bersalah, gelisah, dan menangis. Mereka mungkin tidak ingin menggendong atau merawat bayi mereka, bahkan dalam

kasus di mana kehamilan diinginkan dan diinginkan. Dalam kasus ekstrim, ibu mungkin memiliki perasaan ingin menyakiti anaknya atau dirinya sendiri.

Orang dengan **gangguan depresi persisten** (sebelumnya dikenal sebagai *dysthymia*) mengalami suasana hati yang tertekan hampir sepanjang hari hampir setiap hari selama setidaknya dua tahun, serta setidaknya dua gejala gangguan depresi mayor lainnya. Orang dengan gangguan depresi persisten secara kronis sedih dan melankolis, tetapi tidak memenuhi semua kriteria untuk depresi berat. Namun, episode gangguan depresi mayor yang parah dapat terjadi selama gangguan depresi persisten (APA, 2013).

11.3 Gangguan Bipolar

Seseorang dengan **gangguan bipolar** (umumnya dikenal sebagai depresi manik) sering mengalami kondisi suasana hati yang terombang-ambing antara depresi dan mania; yaitu, suasana hati seseorang dikatakan berubah dari satu ekstrem emosional ke ekstrem lainnya (berbeda dengan unipolar, yang menunjukkan suasana hati yang terus-menerus sedih).

Untuk dapat didiagnosis dengan gangguan bipolar, seseorang harus mengalami episode manik setidaknya sekali dalam hidupnya; meskipun episode depresi mayor sering terjadi pada gangguan bipolar, episode tersebut tidak diperlukan untuk diagnosis (APA, 2013). Menurut DSM-5, **episode manik** ditandai sebagai "periode berbeda dari suasana hati yang tidak normal dan terus-menerus meningkat, ekspansif, atau mudah tersinggung dan aktivitas atau energi yang meningkat secara tidak normal dan terus-menerus yang berlangsung setidaknya satu minggu," yang berlangsung hampir setiap saat. hari. Selama episode manik, beberapa mengalami suasana hati yang hampir euforia dan menjadi terlalu banyak bicara, terkadang secara spontan memulai

percakapan dengan orang asing; yang lain menjadi sangat mudah tersinggung dan mengeluh atau membuat komentar yang tidak bersahabat. Orang tersebut mungkin berbicara dengan keras dan cepat, menunjukkan **pelarian ide**, tiba-tiba beralih dari satu topik ke topik lainnya. Orang-orang ini mudah teralihkan, yang dapat membuat percakapan menjadi sangat sulit (APA, 2013).

Selama episode manik, individu biasanya merasa seolah-olah tidak sakit dan tidak memerlukan perawatan. Namun, perilaku sembrono yang sering menyertai episode ini yang dapat bersifat antisosial, ilegal, atau mengancam secara fisik kepada orang lain mungkin memerlukan rawat inap paksa (APA, 2013). Beberapa pasien dengan gangguan bipolar akan mengalami subtype siklus cepat, yang ditandai dengan setidaknya empat episode manik (atau kombinasi dari setidaknya empat episode manik dan depresi mayor) dalam satu tahun.

Gangguan bipolar jauh lebih jarang daripada gangguan depresi mayor. Di Amerika Serikat, 1 dari setiap 167 orang memenuhi kriteria untuk gangguan bipolar setiap tahunnya, dan 1 dari 100 memenuhi kriteria dalam hidup mereka (Merikangas et al., 2011). Angkanya lebih tinggi pada pria dibandingkan wanita, dan sekitar setengah dari mereka yang mengalami gangguan ini melaporkan onset sebelum usia 25 tahun (Merikangas et al., 2011). Sekitar 90% dari mereka dengan gangguan bipolar memiliki gangguan komorbid, paling sering gangguan kecemasan atau masalah penyalahgunaan zat. Sayangnya, hampir setengah dari orang yang menderita gangguan bipolar tidak mendapatkan pengobatan (Merikangas Tohen, 2011). Tingkat bunuh diri sangat tinggi di antara mereka dengan gangguan bipolar: sekitar 36% individu dengan gangguan ini mencoba bunuh diri setidaknya sekali seumur hidup mereka (Novick, Swartz, Frank, 2010).

11.4 Teori Kognitif Depresi

Teori kognitif depresi berpandangan bahwa depresi dipicu oleh pikiran negatif, interpretasi, evaluasi diri, dan ekspektasi (Joormann, 2009). Model diatesis-stres ini mengusulkan bahwa depresi dipicu oleh "kerentanan kognitif" (pemikiran negatif dan maladaptif) dan dengan memicu peristiwa kehidupan yang penuh tekanan (Gotlib Joormann, 2010). Mungkin teori depresi kognitif yang paling terkenal dikembangkan pada 1960-an oleh psikiater Aaron Beck, berdasarkan pengamatan klinis dan didukung oleh penelitian (Beck, 2008). Beck berteori bahwa orang yang rawan depresi memiliki skema depresi, atau kecenderungan mental untuk memikirkan banyak hal dengan cara negatif (Beck, 1976). Skema depresi mengandung tema kehilangan, kegagalan, penolakan, ketidakberhargaan, dan ketidakmampuan, dan dapat berkembang di awal masa kanak-kanak sebagai respons terhadap pengalaman buruk, kemudian tetap tidak aktif sampai diaktifkan oleh peristiwa kehidupan yang penuh tekanan atau negatif. Skema depresi memicu pemikiran disfungsional dan pesimistis tentang diri, dunia, dan masa depan.

Beck percaya bahwa gaya berpikir disfungsional dipertahankan oleh bias kognitif, atau kesalahan dalam cara kita memproses informasi tentang diri kita sendiri, yang mengarahkan kita untuk fokus pada aspek negatif dari pengalaman, menafsirkan sesuatu secara negatif, dan memblokir ingatan positif (Beck, 2008). Seseorang yang skema depresifnya terdiri dari tema penolakan mungkin terlalu memperhatikan isyarat penolakan sosial (lebih cenderung memperhatikan cemberut orang lain), dan dia mungkin menafsirkan isyarat ini sebagai tanda penolakan dan secara otomatis mengingat kejadian penolakan di masa lalu. Studi longitudinal telah mendukung teori Beck, dalam menunjukkan bahwa kecenderungan yang sudah ada sebelumnya untuk terlibat dalam gaya berpikir negatif yang merugikan diri

sendiri—bila dikombinasikan dengan tekanan hidup—seiring waktu memprediksi timbulnya depresi (Dozois Beck, 2008). Terapi kognitif untuk depresi, yang ditujukan untuk mengubah pemikiran negatif orang yang depresi, dikembangkan sebagai perluasan dari teori ini (Beck, 1976).

Teori kognitif depresi lainnya, **teori keputusan**, mendalilkan bahwa gaya berpikir negatif tertentu mengarah pada rasa putus asa, yang kemudian mengarah pada depresi (Abramson, Metalsky, Alloy, 1989). Menurut teori ini, keputusan adalah harapan bahwa hasil yang tidak menyenangkan akan terjadi atau hasil yang diinginkan tidak akan terjadi, dan tidak ada yang dapat dilakukan untuk mencegah hasil tersebut. Asumsi utama dari teori ini adalah bahwa keputusan berasal dari kecenderungan untuk menganggap peristiwa kehidupan negatif sebagai penyebab yang stabil ("Tidak akan pernah berubah") dan global ("Ini akan memengaruhi seluruh hidup saya"), berbeda dengan tidak stabil ("Ini dapat diperbaiki") dan penyebab khusus ("Ini hanya berlaku untuk situasi khusus ini"), terutama jika peristiwa kehidupan negatif ini terjadi di bidang kehidupan yang penting, seperti hubungan, prestasi akademik, dan sejenisnya. Teori keputusan memprediksi bahwa orang yang menunjukkan gaya kognitif ini dalam menanggapi peristiwa kehidupan yang tidak diinginkan akan memandang peristiwa tersebut memiliki implikasi negatif bagi masa depan dan harga diri mereka, sehingga meningkatkan kemungkinan keputusan penyebab utama depresi (Abramson et al., 1989). Satu studi menguji teori keputusan mengukur kecenderungan untuk membuat kesimpulan negatif untuk efek kehidupan yang buruk pada peserta yang mengalami stres tak terkendali. Selama enam bulan berikutnya, mereka yang memiliki skor yang mencerminkan kerentanan kognitif 7 kali lebih mungkin mengalami depresi dibandingkan dengan mereka yang skornya lebih rendah (Kleim, Gonzalo, Ehlers, 2011).

11.5 Bunuh Diri dan Faktor Resiko Bunuh Diri

Bagi sebagian orang dengan gangguan mood, rasa sakit emosional yang ekstrim yang mereka alami menjadi tidak tertahankan. Kewalahan oleh keputusan, dihancurkan oleh perasaan tidak berharga yang melumpuhkan, dan dibebani dengan ketidakmampuan untuk mengatasi perasaan seperti itu secara memadai, mereka mungkin menganggap bunuh diri sebagai jalan keluar yang masuk akal. Tidak hanya orang tersebut harus rentan secara biologis atau psikologis, tetapi ia juga harus memiliki sarana untuk melakukan tindakan bunuh diri, dan ia harus kekurangan faktor pelindung yang diperlukan (misalnya, dukungan sosial dari teman dan keluarga, agama, keterampilan mengatasi masalah, dan masalah memecahkan keterampilan) yang memberikan kenyamanan dan memungkinkan seseorang untuk mengatasi selama masa krisis atau rasa sakit psikologis yang hebat (Berman, 2009).

Bunuh diri tidak terdaftar sebagai kelainan dalam DSM-5; namun, menderita gangguan mental terutama gangguan mood menimbulkan risiko terbesar untuk bunuh diri. Sekitar 90% dari mereka yang melakukan bunuh diri memiliki diagnosis setidaknya satu gangguan mental, dengan gangguan mood yang paling sering terjadi (Fleischman, Bertolote, Belfer, Beautrais, 2005). Faktanya, hubungan antara gangguan depresi mayor dan bunuh diri begitu kuat sehingga salah satu kriteria gangguan tersebut adalah pikiran untuk bunuh diri, seperti yang telah dibahas di atas (APA, 2013).

Risiko bunuh diri sangat tinggi di antara orang-orang dengan masalah penyalahgunaan zat. Individu dengan ketergantungan alkohol memiliki risiko bunuh diri 10 kali lebih besar daripada populasi umum (Wilcox, Conner, Caine, 2004). Risiko perilaku bunuh diri sangat tinggi di antara mereka yang telah melakukan upaya bunuh diri sebelumnya. Di antara mereka yang mencoba bunuh diri, 16% mencoba lagi dalam satu tahun dan lebih dari 21% mencoba lagi dalam

empat tahun (Owens, Horrocks, House, 2002). Individu yang bunuh diri mungkin berisiko tinggi untuk mengakhiri hidup mereka jika mereka memiliki cara yang mematikan untuk bertindak, seperti senjata api di rumah (BrentBridge, 2003). Penarikan diri dari hubungan sosial, merasa seolah-olah menjadi beban bagi orang lain, dan terlibat dalam perilaku sembrono dan mengambil risiko mungkin merupakan awal dari perilaku bunuh diri (Berman, 2009). Perasaan terperangkap atau perasaan tidak mampu melepaskan diri dari perasaan sengsara atau keadaan eksternal seseorang (misalnya, hubungan yang kasar tanpa jalan keluar yang dirasakan) memprediksi perilaku bunuh diri (O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan, Williams, 2013). Tragisnya, laporan bunuh diri di kalangan remaja menyusul kasus cyberbullying telah muncul dalam beberapa tahun terakhir.

Salah satu faktor yang mungkin berkontribusi dalam bunuh diri adalah kimia otak. Penelitian neurologis kontemporer menunjukkan bahwa gangguan fungsi serotonin terkait dengan perilaku bunuh diri (Pompili et al., 2010). Tingkat serotonin yang rendah memprediksi upaya bunuh diri dan penyelesaian bunuh diri di masa depan, dan tingkat rendah telah diamati setelah kematian di antara korban bunuh diri. Disfungsi serotonin, seperti disebutkan sebelumnya, juga diketahui memainkan peran penting dalam depresi; kadar serotonin yang rendah juga dikaitkan dengan agresi dan impulsif. Kombinasi dari ketiga karakteristik ini merupakan formula potensial untuk bunuh diri khususnya bunuh diri dengan kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *The American journal of orthopsychiatry*, 75(4), 676–683.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.676>
- Beck A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American journal of psychiatry*, 165(8), 969–977.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23–43). The Guilford Press.
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121–143). Elsevier Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X>
- Hankerson, S. H., Fenton, M. C., Geier, T. J., Keyes, K. M., Weissman, M. M., & Hasin, D. S. (2011). Racial differences in symptoms, comorbidity, and treatment for major depressive disorder among black and white adults. *Journal of the National Medical Association*, 103(7), 576–584.
[https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30383-7](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30383-7)
- Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:285-312. doi:

10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305. PMID: 20192795;
PMCID: PMC2845726.

Joormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 298–321). The Guilford Press.

Kleim, B., Gonzalo, D., & Ehlers, A. (2011). The Depressive Attributions Questionnaire (DAQ): Development of a Short Self-Report Measure of Depressogenic Attributions. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(3), 375–385.
<https://doi.org/10.1007/s10862-011-9234-9>

Kessler, RC. and Wang, P. S. (2009). "Epidemiology of Depression". In *Handbook of depression*, Gotlib, I. H. et Hammen, C. L. (editors), Second Edition, the Guilford Press, New York, London, pp.5-22.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>

Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Bacle, S. V., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J. J., Thornicroft, G., & ASPEN/INDIGO Study Group (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, 381(9860), 55–62.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar

spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar disorders*, 12(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x>

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 181, 193–199.
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., Serra, G., Girardi, P., Janiri, L., Tatarelli, R., Sher, L., & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1392–1431.
<https://doi.org/10.3390/ijerph7041392>

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl7), S11–S19.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>

BAB XII

CARA MENGATASI GANGGUAN MOOD

Oleh Natalia Sulistyo Veerman

12.1 Pendahuluan

Di bab sebelumnya kita telah berbicara tentang berbagai macam jenis-jenis gangguan mood atau perasaan, seperti *depresi, bipolar I, bipolar II, Persistent depressive disorder (dysthymia), Premenstrual dysphoric disorder, Disruptive mood dysregulation disorder, serta Cylothymia*. Sedangkan bab ini kita akan berbicara cara menangani gangguan emosi. Sebelum kita belajar terkait cara menangani emosi, hal yang perlu kita sadari dan kita akui bahwa emosi memiliki peranan penting dalam kehidupan manusia. Emosi juga menunjukkan esensi dari keberadaan manusia manusia sehingga keberadaan emosi ini memberikan citra rasa dalam kehidupan manusia, yang menunjukkan bahwa seseorang tanpa emosi menjalani kehidupan yang kering dan gersang. Selain itu emosi juga menunjukan emosi juga memberikan warna dan musik kehidupan manusia dan salah satu bidang utama dalam membangun hubungan interpersonal. Emosi juga memungkinkan kita memberi makna dan rasa pada pengalaman hidup seseorang.

Selain itu, emosi juga memiliki beberapa fungsi penting, baik sebagai fungsi sosial, fungsi coping, fungsi persiapan dan pembentuk perilaku manusia. Dari fungsi-fungsi inilah membantu manusia untuk bertahan hidup dan beradaptasi dalam lingkungan masyarakat. Namun dalam beberapa kondisi, emosi seringkali membuat gangguan tersendiri. Disebutkan sebagai gangguan, karena adanya ledakan sebuah emosi tertentu yang tidak dapat dikendalikan individu sehingga membuat ia menjadi tidak mampu mengendalikan perilaku dan

pikirannya. Oleh karena itu, muncul istilah kemampuan untuk mengontrol atau mengendalikan emosi, atau seringkali di sebut juga dengan kecerdasan emosi. Kecerdasan emosi menjadi hal yang diperlukan dalam proses cara mengatasi atau menangani emosi.

12.2 Kecerdasan Emosi

Dalam menangani emosi, kita perlu belajar konsep kecerdasan emosi yang telah di pelopori oleh Daniel Goleman. Daniel Goleman (2003) mengungkapkan bahwa kecerdasan emosi, ialah kemampuan individu untuk secara cerdas mengatur kehidupan emosi yang dimilikinya dan menjaga keharmonisan dan kemampuan mengekspresikan emosinya, melalui keterampilan kesadaran diri, pengendalian diri, motivasi diri, empati dan keterampilan sosial. Kemudian Daniel Goleman membagi kecerdasan emosi menjadi 5 bagian kemampuan yang meliputi kemampuan mengenali emosi diri, kemampuan mengelola emosi , Kemampuan memotivasi diri, kemampuan mengenali emosi orang lain, dan terakhir kemampuan membina hubungan dengan orang lain. Berikut penjelasan dari tiap-tiap kemampuan tersebut, sepertiil

1. Mengenali Emosi Diri.

Kemampuan untuk mengenali emosi diri sendiri. Kesadaran diri membantu kita menjadi lebih sadar akan suasana hati maupun pikiran tentang suasana hati. Kemampuan ini membantu individu untuk lebih waspada agar tidak mudah terbawa arus emosi dan dikendalikan emosi

2. Mengelola Emosi

Mengelola emosi merupakan kemampuan individu untuk mengelola emosinya agar dapat diekspresikan secara tepat, guna mencapai keseimbangan emosi. Selain itu, pengendalian emosi adalah kunci untuk kesejahteraan mental, termasuk kemampuan untuk menghibur diri sendiri, menghilangkan kecemasan, perubahan suasana hati atau lekas marah dan konsekuensinya, dan kemampuan untuk ketahanan setelah stres.

3. Motivasi Diri Sendiri

Motivasi Diri Sendiri, ialah ketekunan untuk tetap memuaskan dan mengendalikan impuls, juga memiliki emosi motivasi yang positif, yaitu antusiasme, semangat, optimisme, dan kepercayaan diri

4. Mengenali Emosi Orang Lain

Kemampuan untuk mengenali orang lain atau peduli menunjukkan kemampuan seseorang untuk berempati. Orang dengan empati cenderung dapat memahami apa yang dibutuhkan orang lain untuk dapat menerima pendapat, peka terhadap emosi, dan mendengarkan orang lain.

5. Kemampuan membina hubungan

Keterampilan yang mendukung antara lain popularitas, kepemimpinan, dan kesuksesan. Kemampuan ini juga membutuhkan kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

12.3 Cara Meningkatkan Kecerdasan Emosi

Menurut Pater Salovey, Dari Departemen Psikologi Universitas Yale, memberikan arahan dalam cara meningkatkan kecerdasan emosi pada seseorang, yang meliputi;

1. Kemampuan pemahaman akan diri, saat menghadapi situasi tertentu, yang meliputi;
Siapa aku, dimana aku, apa peranku, dan bagaimana keadaanku saat ini
2. Kemampuan dalam mengelola emosi secara benar
3. Kemampuan dalam memotivasi diri, dengan cita-cita atau tujuan yang jelas, seseorang akan terdorong untuk berbuat sesuatu untuk mencapainya. Dengan melatih diri menetapkan tujuan yang jelas, memahami kebutuhan pribadi, mengarahkan emosinya dalam mencapai tujuan, sehingga tindakannya menjadi terarah.
4. Kemampuan berempati dengan memahami orang orang, mencoba menjadi orang lain menjadi diriku.
5. Kemampuan dalam menjaga relasi hubungan dengan orang lain, sehingga apabila hubungan orang tersebut menjadi baik dengan lingkungannya, maka ia dapat mengendalikan emosinya.

12.4 Terapi Berdasarkan Pendekatan Psikologi

Beberapa terapi dalam pendekatan psikologi dalam mengatasi permasalahan gangguan mood, seperti depresi, dengan menggunakan pendekatan aliran psikodinamika, perilaku, dan kognitif. Terapi psikodinamika, yang tertua dari semua psikoterapi modern, terus digunakan secara luas untuk depresi meskipun penelitian belum memberikan bukti yang cukup kuat tentang efektivitasnya. Terapi perilaku, yang efektif terutama untuk depresi ringan atau sedang, lebih jarang dipraktikkan saat ini dibandingkan dengan beberapa dekade yang lalu. Terapi kognitif dan terapi perilaku kognitif telah berkinerja sangat baik dalam penelitian sehingga memiliki pengikut yang semakin banyak di antara para klinisi,

Berikut beberapa upaya intervensi dalam mengatasi gangguan mood, seperti

A. Terapi Psikodinamik

Terapi ini percaya bahwa depresi diakibatkan oleh kesedihan yang tidak disadari atas kehilangan yang nyata atau yang dibayangkan, yang diperparah oleh ketergantungan yang berlebihan pada orang lain. Terapis psikodinamika berusaha untuk membantu klien membawa masalah-masalah mendasar ini ke dalam kesadaran dan mereka. Dengan menggunakan prosedur psikodinamika dasar, mereka mendorong klien yang mengalami depresi untuk bergaul dengan bebas selama terapi; menyarankan interpretasi terhadap asosiasi, mimpi, dan tampilan perlawanan klien dan pemindahan; dan membantu orang tersebut meninjau kembali kejadian dan perasaan masa lalu. Asosiasi bebas, misalnya, membantu seorang pria mengingat pengalaman awal kehilangan yang, menurut terapisnya, telah menjadi awal mula depresinya. Terapi psikodinamika jangka panjang hanya kadang-kadang membantu dalam kasus-kasus depresi. Ada dua hal yang dapat membantu membatasi keefektifannya. Pertama, klien yang depresi mungkin terlalu pasif dan merasa terlalu lelah untuk bergabung sepenuhnya ke dalam diskusi terapi yang halus.

Dan kedua, mereka mungkin menjadi putus asa dan mengakhiri pengobatan terlalu dini ketika pendekatan jangka panjang ini tidak dapat memberikan bantuan cepat yang mereka cari. Secara umum, terapi psikodinamika tampaknya paling membantu dalam kasus-kasus depresi yang secara jelas melibatkan riwayat kehilangan atau trauma masa kecil, rasa kekosongan yang berlangsung lama, perasaan perfeksionisme, dan kritik diri yang ekstrem. Terapi psikodinamika jangka pendek memiliki kinerja yang lebih baik daripada pendekatan tradisional jangka panjang.

B. Terapi Kognitif

Berdasarkan teori kognitif, mengatakan bahwa penyebab seseorang menjadi depresi disebabkan oleh skema negatif dan bias kognitif. Oleh karena itu, Beck dan rekan-rekannya merancang terapi kognitif (CT) yang bertujuan untuk mengubah pola pikir yang maladaptif. Dalam terapi ini, terapis mencoba membantu penderita depresi untuk mengubah pendapatnya tentang diri sendiri. Selain itu, untuk mengidentifikasi, menantang, dan memodifikasi proses berpikir negatif seperti salah atribusi, pemantauan diri yang negatif, fokus jangka pendek, standar kinerja yang terlalu tinggi, dan kegagalan untuk memperkuat diri. Mereka diajarkan untuk mengidentifikasi dan menghilangkan pikiran negatif. Selain itu, klien juga dihadapkan pada situasi tertentu dan contoh-contoh pemikiran negatif yang tidak rasional, mereka diajarkan untuk mengganti penjelasan logis alternatif yang lebih positif. Ketika seseorang menyatakan bahwa dia tidak berharga karena "tidak ada yang berjalan dengan baik, dan semua yang saya coba lakukan berakhir dengan bencana," terapis membantu orang tersebut mencari bukti yang bertentangan dengan generalisasi yang berlebihan ini, misalnya kemampuan yang diabaikan atau diremehkan oleh orang tersebut. Terapis juga mengajarkan orang tersebut untuk memonitor pembicaraan diri sendiri dan mengidentifikasi pola-pola pemikiran yang berkontribusi terhadap depresi. Terapis kemudian

mengajarkan orang tersebut cara untuk menantang keyakinan negatif dan mempelajari strategi yang mendorong untuk membuat asumsi yang lebih realistis dan positif. Seringkali, klien diminta untuk memonitor pikiran mereka setiap hari dan berlatih untuk menantang pikiran-pikiran yang terlalu negative. Biasanya, intervensi ini mencakup setidaknya kontak singkat dengan terapis untuk memandu penilaian awal, untuk menjawab pertanyaan, dan untuk memberikan dukungan dan dorongan dengan pekerjaan rumah. Sebuah adaptasi dari CT yang disebut terapi kognitif berbasis kesadaran (MBCT) berfokus pada pencegahan kekambuhan setelah pengobatan yang berhasil untuk episode depresi berat yang berulang. MBCT didasarkan pada asumsi bahwa seseorang menjadi rentan kambuh karena asosiasi berulang antara suasana hati yang sedih dan pola pemikiran yang menilai diri sendiri dan putus asa selama episode depresi mayor. Akibatnya, ketika orang yang telah pulih dari depresi menjadi sedih, mereka mulai berpikir sama negatifnya dengan ketika mereka mengalami depresi berat. Pola pemikiran yang diaktifkan kembali ini pada gilirannya mengintensifkan kesedihan. Dengan demikian, pada orang dengan riwayat depresi berat, kesedihan lebih mungkin terjadi meningkat, yang dapat berkontribusi pada timbulnya episode depresi baru. Tujuan dari MBCT adalah untuk mengajarkan orang untuk mengenali kapan mereka mulai mengalami depresi dan untuk mencoba mengadopsi apa yang dapat disebut sebagai perspektif "terpusat", melihat pikiran mereka hanya sebagai "peristiwa mental" dan bukan sebagai aspek inti dari diri atau sebagai refleksi yang akurat dari realitas. Sebagai contoh, orang tersebut mungkin mengatakan kepada dirinya sendiri hal-hal seperti "pikiran adalah bukan fakta" dan "saya bukan pikiran saya". Dengan kata lain, dengan menggunakan beragam strategi, termasuk meditasi, orang tersebut diajari dari waktu ke waktu untuk mengembangkan hubungan yang terpisah dengan pikiran dan perasaan yang berhubungan dengan depresi. Perspektif

ini, diyakini diyakini, dapat mencegah eskalasi pola berpikir negatif yang dapat menyebabkan depresi. MBCT mampu mengurangi risiko kambuh di antara orang-orang dengan tiga atau lebih episode depresi berat sebelumnya. Terapi ini terdiri dari empat fase, meliputi;

1. Fase 1: Meningkatkan aktivitas dan meningkatkan suasana hati.

Dengan cara menggunakan teknik-teknik perilaku, dimana terapis pertama-tama mendorong klien untuk menjadi lebih aktif dan percaya diri. Klien menghabiskan waktu selama setiap sesi untuk mempersiapkan jadwal rinci setiap jam kegiatan untuk minggu yang akan datang. Ketika mereka menjadi lebih aktif dari minggu ke minggu, suasana hati mereka diharapkan membaik.

2. Fase 2: menantang pikiran otomatis.

Setelah klien menjadi lebih aktif dan merasakan kelegaan emosional, terapis kognitif mulai mengedukasi mereka tentang pikiran otomatis negatif mereka. Individu diinstruksikan untuk mengenali dan mencatat pikiran otomatis yang muncul dan membawa daftarnya ke setiap sesi. Terapis dan klien kemudian menguji realitas di balik pikiran-pikiran tersebut, dan sering kali menyimpulkan bahwa pikiran-pikiran tersebut tidak berdasar.

3. Fase 3: Mengidentifikasi pikiran dan bias negatif

Ketika orang mulai mengenali kekurangan dalam pikiran otomatis mereka, terapis kognitif menunjukkan kepada mereka bagaimana proses berpikir yang tidak logis berkontribusi pada pikiran-pikiran ini. Sebagai contoh, seorang siswa yang mengalami depresi, menggunakan pemikiran dikotomi (semua atau tidak sama sekali) ketika ia menyimpulkan bahwa nilai yang lebih rendah dari A adalah "buruk". Terapis juga membantu klien untuk mengenali bahwa hampir semua interpretasi mereka terhadap suatu peristiwa memiliki bias negatif dan mengubah gaya interpretasi tersebut.

4. Fase 4: Mengubah Sikap Utama

Terapis membantu klien mengubah sikap maladaptif yang menjadi penyebab utama depresi. Sebagai bagian dari proses ini, terapis sering kali mendorong klien untuk menguji sikap mereka.

C. Behavior Therapy (Terapi Perilaku)

Terapi ini berfokus pada peningkatan kegiatan dan acara yang menyenangkan dan memberikan keterampilan yang dibutuhkan anak mudayang dibutuhkan untuk mendapatkan lebih banyak penguatan. yang dibutuhkan untuk mendapatkan lebih banyak penguatan. Intervensi seperti pelatihan keterampilan sosial mengajarkan anak-anak ketegasan, komunikasi, cara menerima dan memberi umpan balik, keterampilan sosial, pemecahan masalah, dan keterampilan resolusi konflik untuk meningkatkan interaksi sosial yang positif. pelatihan keterampilan sosial mengajarkan anak-anak ketegasan, komunikasi, cara menerima dan memberi umpan balik, keterampilan sosial, pemecahan masalah, dan keterampilan resolusi konflik untuk meningkatkan interaksi sosial yang positif. sosial, pemecahan masalah, dan keterampilan resolusi konflik untuk meningkatkan interaksi sosial yang positif. Strategi seperti seperti pemantauan harian, penataan kegiatan, dan penjadwalan kegiatan digunakan untuk membantu anak-anak dengan depresi menjadi lebih aktif, terlibat dalam pengalaman yang bermanfaat, dan memecahkan masalah.

D. Behavioral Activation (BA)

Behavioral Activation (BA) adalah salah satu komponen dari terapi Beck. BA pada awalnya dikembangkan sebagai sebuah terapi yang berdiri sendiri (Lewinsohn, 1974). Terapi ini didasarkan pada gagasan bahwa banyak faktor risiko depresi yang dapat mengakibatkan rendahnya tingkat penguatan positif. Yaitu, peristiwa-peristiwa dalam hidup, dukungan sosial yang rendah, tekanan dalam pernikahan, kemiskinan, dan perbedaan individu dalam keterampilan

sosial, kepribadian, dan penanganan, semuanya dapat menyebabkan rendahnya tingkat penguatan positif. Ketika depresi mulai terjadi, ketidakaktifan, penarikan diri, dan inersia merupakan gejala yang umum terjadi, dan gejala-gejala ini akan semakin mengurangi tingkat penguatan positif yang sudah rendah. Oleh karena itu, tujuan dari BA adalah untuk meningkatkan partisipasi dalam kegiatan yang menguatkan secara positif sehingga dapat mengganggu spiral depresi, penarikan diri, dan penghindaran. Behavioral Activation dirancang untuk mengidentifikasi hal yang paling efektif dalam terapi Beck. Hasil temuan menunjukkan bahwa komponen BA dari CT bekerja sebaik paket lengkapnya dalam meredakan MDD dan mencegah kekambuhan selama periode tindak lanjut 2 tahun.

E. Cognitive Behavior Therapy

Terapi kognitif Beck tumbuh secara langsung dari pengamatannya terhadap peran pemikiran negatif yang mendalam dalam menghasilkan depresi. Klien diajarkan untuk memeriksa dengan seksama proses berpikir mereka ketika mereka mengalami depresi dan untuk mengenali kesalahan "depresi" dalam berpikir. Tugas ini tidak selalu mudah, karena banyak pikiran yang otomatis dan di luar kesadaran klien. Klien diajarkan bahwa kesalahan dalam berpikir dapat secara langsung menyebabkan depresi. Perawatan melibatkan koreksi kesalahan kognitif dan mengganti pikiran dan penilaian yang tidak terlalu menekan dan (mungkin) pikiran dan penilaian yang lebih realistis. Kemudian dalam terapi, mendasari skema kognitif negatif (karakteristik (cara memandang dunia) yang memicu kesalahan kognitif tertentu ditargetkan, tidak hanya di luar kantor tetapi juga sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari klien. kehidupan sehari-hari klien. Terapis dengan sengaja menggunakan pendekatan Socrates memperjelas bahwa terapis dan klien bekerja sebagai sebuah tim untuk mengungkap pola pikir yang salah dan skema yang mendasari yang mendasari pola-pola tersebut. Dengan

menanyakan tentang pikiran otomatis, terapis mulai memahami perspektifnya. Keuntungan kedua dari cara penyelidikan ini adalah bahwa terapis memperkenalkan klien pada gagasan untuk melihat pikirannya sendiri, yang merupakan inti dari terapi kognitif. Di antara sesi, klien diinstruksikan untuk memantau dan mencatat proses berpikir mereka dengan hati-hati, terutama dalam situasi di mana mereka mungkin merasa tertekan. Mereka juga berusaha untuk mengubah perilaku mereka dengan melakukan aktivitas khusus yang ditugaskan sebagai pekerjaan rumah, seperti tugas-tugas di mana klien dapat menguji pemikiran mereka yang salah. Terapis mungkin menginstruksikan klien untuk pergi ke pertemuan, memprediksi sebelumnya reaksi rekan-rekannya, dan kemudian melihat apa yang sebenarnya terjadi. Bagian dari perawatan ini disebut pengujian hipotesis karena klien membuat hipotesis tentang apa yang akan terjadi (biasanya hasil yang menyedihkan) dan kemudian, paling sering, menemukan bahwa itu salah. Terapis biasanya menjadwalkan kegiatan lain untuk mengaktifkan kembali pasien depresi yang telah berhenti melakukan sebagian besar kegiatan, membantu mereka mengembalikan kesenangan ke dalam hidup mereka. Pendekatan kedua, Sistem Analisis Perilaku Kognitif Psikoterapi (CBASP) (McCullough, 2000), mengintegrasikan strategi kognitif, perilaku, dan interpersonal serta berfokus pada keterampilan pemecahan masalah terutama dalam konteks hubungan yang penting. Terakhir, terapi kognitif berbasis kesadaran kognitif berbasis kesadaran (MBCT) mengintegrasikan meditasi dengan terapi kognitif. MBCT telah dievaluasi dan ditemukan efektif untuk sebagian besar dalam konteks pencegahan kambuh pada pasien yang berada dalam masa remisi dari episode depresi mereka. Pendekatan ini tampaknya sangat efektif untuk individu dengan gangguan yang lebih parah, seperti yang ditunjukkan oleh riwayat tiga atau lebih episode depresi sebelumnya. Selain itu, juga ditunjukkan bahwa peningkatan aktivitas

saja dapat meningkatkan konsep diri dan menghilangkan depresi. Fokus baru dari pendekatan ini adalah untuk mencegah penghindaran terhadap isyarat sosial dan lingkungan yang menghasilkan negatif atau depresi dan mengakibatkan penghindaran dan ketidakaktifan. Sebaliknya, individu dibantu untuk menghadapi isyarat atau pemicu dan bekerja melalui mereka dan depresi yang mereka hasilkan, dengan terapis, dengan mengembangkan keterampilan mengatasi yang lebih baik.

12.5 Terapi Berdasarkan Pendekatan Sosiokultural

Berdasarkan pendekatan sosiokultural, menunjukkan bahwa gangguan depresi terjadi karena akibat pada struktur sosial yang lebih luas di mana orang hidup dan peran yang harus mereka mainkan. Dua kelompok terapi berdasarkan pada pendekatan sosiokultural dalam gangguan depresi, seperti pendekatan multikultural dan pendekatan sosial-keluarga

A. Pendekatan Multikultural

Terapi ini dirancang untuk mengatasi masalah-masalah unik yang dihadapi oleh anggota kelompok budaya minoritas. Untuk pendekatan semacam itu, terapis biasanya memiliki pelatihan budaya khusus dan kesadaran yang tinggi akan nilai-nilai budaya klien mereka dan stresor, prasangka, dan stereotip terkait budaya yang dihadapi klien mereka. Mereka berusaha untuk membantu klien mengembangkan keseimbangan bikultural yang nyaman (bagi mereka) dan untuk mengenali dampak budaya mereka sendiri dan budaya dominan pada pandangan mereka tentang diri mereka sendiri dan perilaku mereka. Pendekatan yang peka terhadap budaya semakin banyak digabungkan dengan bentuk-bentuk psikoterapi untuk membantu klien minoritas mengatasi gangguan mereka. Sejumlah terapis masa kini, misalnya, menawarkan terapi perilaku kognitif untuk klien minoritas yang mengalami depresi, sementara juga berfokus pada tekanan ekonomi klien, identitas minoritas, dan

ekonomi klien, identitas minoritas, dan isu-isu budaya terkait.

B. Family-Social Treatments

Terapis yang menggunakan pendekatan keluarga dan sosial untuk mengobati depresi membantu klien mengubah cara mereka menghadapi hubungan dekat dalam kehidupan mereka. Pendekatan keluarga-sosial yang paling efektif adalah terapi interpersonal dan terapi pasangan. Berikut penjelasan masing-masing terapi, yaitu;

1. Terapi Interpersonal

Psikoterapi interpersonal (IPT) telah diuji secara klinis. Dimana dalam penelitian menunjukkan bahwa gangguan depresi saat berhubungan erat dengan permasalahan interpersonal. Dalam terapi ini, difokuskan pada untuk memeriksa permasalahan berkaitan dengan interpersonal utama, seperti transisi peran, konflik interpersonal, kehilangan, dan isolasi interpersonal. Biasanya, terapis dan pasien fokus pada satu atau dua masalah seperti itu, dengan tujuan membantu orang tersebut mengidentifikasi perasaannya tentang masalah-masalah ini, membuat keputusan penting, dan membuat perubahan untuk menyelesaikan masalah yang terkait dengan masalah ini. Terapi ini berlangsung selama 16 sesi, dimana teknik adalah mendiskusikan permasalahan berkaitan dengan interpersonal, mengeksplorasi perasaan negatif dan mendorong ekspresinya, meningkatkan komunikasi verbal dan nonverbal, pemecahan masalah, dan menyarankan cara-cara baru yang lebih memuaskan perilaku. Beberapa penelitian telah menemukan bahwa penggunaan IPT efektif dalam meredakan MDD dan mencegah kekambuhan ketika dilanjutkan setelah perawatan dan mencegah kekambuhan ketika dilanjutkan setelah penyembuhan. Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa IPT dapat efektif dalam mengobati MDD di kalangan remaja dan wanita pasca melahirkan .

Dalam sebuah penelitian di antara penduduk desa di Uganda, sesi kelompok IPT memberikan bantuan dari gejala depresi. IPT juga terbukti efektif dalam pengobatan distimia. Maka, untuk banyak kelompok yang berbeda, IPT tampaknya membantu dalam meredakan depresi.

2. Behavioral Couples Therapy

Depresi sering kali terkait dengan masalah hubungan hubungan, termasuk tekanan dalam perkawinan dan keluarga. Berdasarkan temuan ini, para peneliti telah mempelajari terapi pasangan perilaku sebagai pengobatan untuk depresi. Dalam pendekatan ini, para peneliti bekerja dengan kedua anggota pasangan untuk meningkatkan komunikasi dan kepuasan hubungan. Temuan menunjukkan bahwa ketika seseorang yang mengalami depresi juga mengalami tekanan dalam perkawinan, terapi pasangan perilaku sama efektifnya dalam meredakan depresi dengan CT individu atau obat antidepresan. Terapi perkawinan memiliki keuntungan dalam meredakan tekanan dalam hubungan daripada dibandingkan dengan terapi individu

12.6 Terapi Berdasarkan Pendekatan Biologis

Perawatan biologis juga dapat memberikan bantuan yang signifikan bagi penderita depresi unipolar. Biasanya pengobatan biologis, seperti obat antidepresan atau suplemen herbal yang populer, tetapi untuk orang dengan depresi berat yang tidak merespons bentuk pengobatan lain, kadang-kadang berarti terapi elektrokonvulsif, sebuah pendekatan yang telah telah ada selama lebih dari 70 tahun, atau stimulasi otak.

A. Terapi Elektrokonvulsif

Salah satu bentuk pengobatan yang paling kontroversial untuk depresi adalah terapi elektrokonvulsif (ECT). Beberapa orang menganggapnya sebagai pendekatan

biologis yang aman dengan risiko minimal; yang lain menganggapnya sebagai tindakan ekstrem yang dapat menyebabkan kehilangan memori yang merepotkan dan bahkan kerusakan neurologis. Terlepas dari panasnya kontroversi ini, ECT sering digunakan, sebagian besar karena efektif dan intervensi yang efektif dan cepat untuk depresi. Prosedur Perawatan Dalam prosedur ECT, dua elektroda dipasang pada kepala pasien, dan 65 hingga 140 volt listrik dialirkan ke otak selama setengah detik atau kurang. Hal ini menyebabkan kejang otak yang berlangsung dari 25 detik hingga beberapa menit. Setelah 6 hingga 12 kali perawatan, dengan jarak 2 hingga 4 minggu, sebagian besar pasien merasa tidak terlalu tertekan. Pada ECT bilateral, satu elektroda diterapkan ke setiap sisi dahi, dan arus melewati kedua sisi otak. Pada ECT unilateral, elektroda ditempatkan sedemikian rupa sehingga arus hanya melewati satu sisi. Pasien yang menerima ECT, khususnya ECT bilateral, biasanya mengalami kesulitan mengingat beberapa peristiwa, paling sering peristiwa yang terjadi segera sebelum dan sesudah perawatan mereka. Pada kebanyakan kasus, kehilangan memori ini akan hilang dalam beberapa bulan, tetapi beberapa pasien mengalami kesenjangan pada memori yang lebih jauh, dan bentuk amnesia ini dapat bersifat permanen.

B. Obat Antidepresan

Dua jenis obat yang ditemukan pada tahun 1950-an dapat mengurangi gejala depresi: penghambat monoamine oksidase (MAO) dan trisiklik.

1. Efektivitas inhibitor MAO

Dokter mencatat bahwa iproniazid, sebuah obat yang sedang diuji pada pasien dengan tuberkulosis, memiliki efek yang menarik: tampaknya membuat pasien lebih bahagia. Obat ini ternyata memiliki efek yang sama pada pasien yang mengalami depresi. Apa yang dimiliki obat ini dan beberapa obat terkait kesamaan secara biokimiawi adalah bahwa mereka memperlambat

produksi enzim monoamine oksidase dalam tubuh (MAO). Oleh karena itu, obat ini disebut penghambat MAO. Biasanya, pasokan otak dari enzim MAO memecah, atau menurunkan, neurotransmitter norepinefrin. Penghambat MAO memblokir MAO dari membawa melakukan aktivitas ini dan dengan demikian menghentikan penghancuran norepinefrin. Hasilnya adalah peningkatan aktivitas norepinefrin dan, pada gilirannya, pengurangan gejala depresi.

2. Trisiklik

Mereka menemukan bahwa imipramine tidak ada gunanya membantu dalam kasus skizofrenia, tetapi dapat meredakan depresi unipolar pada banyak orang. Dalam ratusan penelitian, pasien depresi yang menggunakan trisiklik telah meningkat pesat lebih dari pasien serupa yang menggunakan plasebo, meskipun obat harus diminum setidaknya selama setidaknya 10 hari sebelum perbaikan tersebut terjadi . Sekitar 65 persen pasien yang mengonsumsi trisiklik terbantu oleh obat ini. Jika orang yang mengalami depresi berhenti mengonsumsi trisiklik segera setelah mendapatkan bantuan, mereka berisiko tinggi untuk kambuh dalam waktu satu tahun. Namun, jika mereka terus meminumnya obat selama lima bulan atau lebih setelah terbebas dari gejala depresi

C. Stimulasi Otak

Dalam beberapa tahun terakhir, tiga pendekatan biologis tambahan telah dikembangkan untuk pengobatan gangguan depresi - stimulasi saraf vagus, stimulasi magnetik transkranial, dan stimulasi otak dalam. Stimulasi Saraf Vagus Saraf vagus, saraf terpanjang dalam tubuh manusia, membentang dari batang otak melalui leher ke bawah dada dan terus ke perut, berfungsi sebagai saluran komunikasi utama antara otak dan organ-organ utama seperti jantung, paru-paru, dan usus. Dalam prosedur ini, dokter bedah

menanamkan alat kecil yang disebut generator denyut nadi di bawah kulit dada. Dokter bedah kemudian memandu kawat, yang memanjang dari generator denyut nadi, hingga ke leher dan menempelkannya ke saraf vagus. Memang, dalam penelitian terhadap orang yang mengalami depresi berat yang tidak merespons bentuk pengobatan lain, sebanyak 40 persen membaik secara signifikan ketika diobati dengan stimulasi saraf vagus.

D. Transcranial magnetic stimulation (TMS)

Transcranial magnetic stimulation (TMS) adalah teknik lain yang digunakan untuk mencoba menstimulasi otak tanpa membuat pasien depresi mengalami efek yang tidak diinginkan atau trauma akibat ECT. Dalam hal ini prosedur ini, pertama kali dikembangkan pada tahun 1985, dokter menempatkan kumparan elektromagnetik pada atau di atas kepala pasien. Kumparan tersebut mengirimkan arus ke korteks prefrontal. TMS tampaknya meningkatkan aktivitas neuron di wilayah tersebut. TMS telah diuji oleh para peneliti pada berbagai gangguan, termasuk depresi. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa prosedur ini mengurangi depresi ketika diberikan setiap hari selama dua hingga empat minggu. Selain itu, menurut beberapa penyelidikan, TMS mungkin sama bermanfaatnya dengan ECT ketika diberikan kepada orang yang mengalami depresi berat yang tidak responsif terhadap bentuk pengobatan lain. Pada tahun 2008, TMS disetujui oleh FDA sebagai pengobatan untuk gangguan depresi mayor.

E. Deep Brain stimulation (DBS)

Ahli saraf Helen Mayberg dan rekan-rekannya (2005) untuk memberikan pengobatan eksperimental yang disebut stimulasi otak dalam (DBS) kepada enam pasien depresi berat yang sebelumnya tidak responsif terhadap semua bentuk pengobatan lain, termasuk terapi electroconvulsive. Pendekatan Mayberg dimodelkan setelah teknik stimulasi otak dalam yang telah berhasil digunakan dalam kasus gangguan kejang otak dan

penyakit Parkinson, yang keduanya terkait dengan area otak yang terlalu aktif. Untuk depresi, tim Mayberg mengebor dua lubang kecil ke dalam tengkorak pasien dan menanamkan elektroda di Area 25. Elektroda dihubungkan ke baterai, atau "alat pacu jantung," yang ditanamkan di dada pasien (untuk pria) atau perut (untuk wanita). Alat pacu jantung menyalakan elektroda, mengirimkan aliran listrik bertegangan rendah ke Area 25. Harapan Mayberg adalah bahwa stimulasi berulang ini akan mengurangi Area 25 ke tingkat normal dan "mengkalibrasi ulang" serta mengatur sirkuit otak depresi. Selain perbaikan suasana hati yang signifikan, pasien yang menjalani prosedur telah melaporkan peningkatan dalam memori jangka pendek dan kualitas hidup mereka.

12.7 Terapi Bagi Gangguan Bipolar

Obat adalah bagian penting dari pengobatan untuk gangguan bipolar, tetapi perawatan psikologis dapat melengkapi pengobatan untuk membantu mengatasi banyak masalah sosial dan psikologis yang terkait. Psikoterapi ini juga dapat membantu mengurangi gejala depresi pada gangguan bipolar. Pendekatan psikoedukasi biasanya membantu orang belajar tentang gejala-gejala gangguan, waktu yang diharapkan untuk gejala-gejala tersebut, pemicu biologis dan psikologis untuk gejala-gejala tersebut. Penelitian menegaskan bahwa edukasi yang cermat tentang gangguan bipolar dapat membantu orang untuk mematuhi pengobatan dengan obat-obatan seperti lithium. Ini adalah tujuan yang penting, karena sebanyak setengah dari orang yang dirawat karena gangguan bipolar tidak meminum obat secara konsisten. Selain membantu orang untuk lebih konsisten dalam menjalani pengobatan, program psikoedukasi juga terbukti membantu orang untuk menghindari rawat inap di rumah sakit. Beberapa jenis terapi lain dirancang untuk membantu membangun keterampilan dan mengurangi gejala mereka yang memiliki gangguan bipolar. Baik CT maupun terapi yang berfokus pada keluarga (FFT) telah menerima secara khusus dukungan yang kuat. CT mengacu

pada banyak jenis teknik yang digunakan pada gangguan depresi mayor, dengan beberapa konten tambahan yang dirancang untuk mengatasi tanda-tanda awal episode manik. FFT bertujuan untuk mendidik keluarga tentang penyakitnya, meningkatkan komunikasi keluarga komunikasi keluarga, dan mengembangkan keterampilan pemecahan masalah. Temuan ini menunjukkan bahwa penting bagi orang dengan gangguan bipolar untuk menerima psikoterapi ketika mereka mengalami depresi dan beberapa jenis jenis terapi dapat membantu.

12.8 Terapi Bagi Gangguan Bunuh Diri

Banyak orang khawatir bahwa membicarakan bunuh diri akan membuat bunuh diri menjadi lebih mungkin terjadi. Sebaliknya, para dokter telah mempelajari bahwa membicarakan bunuh diri secara terbuka dan apa adanya akan sangat membantu. Memberikan seseorang untuk berbicara tentang bunuh diri dapat meringankan rasa terisolasi.

A. Mengobati Bunuh Diri

Pendekatan perilaku kognitif secara langsung tampaknya merupakan pendekatan yang paling terapi yang paling menjanjikan untuk mengurangi bunuh diri. Meskipun ada beberapa temuan yang tidak mendukung, program-program ini telah terbukti mengurangi risiko percobaan bunuh diri di masa depan hingga 50 persen dibandingkan dengan pengobatan yang biasanya ditawarkan di masyarakat. Program-program ini juga telah terbukti mengurangi keinginan untuk bunuh diri. Perawatan perilaku kognitif mencakup serangkaian strategi untuk mencegah bunuh diri. Terapis membantu klien memahami emosi dan pikiran yang mereka miliki sebelum melakukan percobaan bunuh diri. Terapis bekerja dengan klien untuk menantang pikiran negatif dan memberikan cara-cara baru untuk menoleransi tekanan emosional. Mereka Mereka juga membantu klien memecahkan masalah tentang situasi kehidupan yang mereka hadapi. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemecahan masalah dan dukungan sosial dan dengan demikian untuk mengurangi perasaan putus asa yang sering mendahului episode-episode ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Barlow, David H & Durand, V Mark, (2012). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach, Sixth Edition*, USA: Wadsworth Cengage Learning
- Corner, Ronald J, (2015). *Abnormal Psychology Ninth Edition*, USA: Worth Publishers
- Getzfeld, Andrew R, (2006). *Essential Of Abnormal Psychology*, New York; John Wiley & Son, Inc
- Goleman, Daniel. (1996). *Kecerdasan Emosi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Kring, Ann, M, dkk, (2010). *Abnormal Psychology Eleventh Edition*, New York; John Wiley & Son, Inc
- Kring, Ann, M, dkk, (2012). *Abnormal Psychology Twelfth Edition*, New York; John Wiley & Son, Inc
- Marsh, Eric J & Wolfe, David A, (2016). *Abnormal Child Psychology, Sixth Edition*, USA: Wadsworth Cengage Learning
- Sadarjoen, Sawitri S, dkk, (2021), *Pedoman Nasional Pelayanan Psikologi Klinis*, Yogyakarta: Ikatan Psikolog Klinis Indonesia

BAB XIII

BUNUH DIRI

Oleh Sri Wahyuning Astuti

13.1 Pendahuluan

Bunuh diri adalah masalah psikologis kritis di seluruh dunia dengan kecenderungan yang meningkat. Data dari organisasi kesehatan dunia menyebutkan bahwa ditahun 2019, rasio bunuh diri Indonesia berada di angka 2,4 per 100 ribu penduduk. Ini berarti, tiap 100 ribu jiwa ada 2 orang yang melakukan bunuh diri. Jika di tahun 2019 jumlah penduduk Indonesia mencapai 270 Juta jiwa, di tahun 2019 kasus bunuh diri akan berada dikisaran 6.480 kasus. Ribuan kasus bunuh diri tersebut terjadi pada pria maupun wanita. Meski begitu WHO mencatat bahwa kasus bunuh diri paling besar terjadi pada jenis kelamin laki-laki, dengan rasio 3,7 dari 100 ribu orang. Sedangkan pada perempuan, rasionya sebesar 1,1(O'Connor and Nock, 2014).

Indonesia menempati peringkat kesembilan di wilayah Asia tenggara atau terendah kedua setelah Filipina. Peringkat tertinggi dipegang oleh negara Singapura sebesar 11,2, disusul Thailand dan Vietnam dengan masing masing rasio 8,8 dan 7,5. Di tingkat Global dunia, angka bunuh diri mencapai 800.000 orang setiap tahunnya dengan prevalensi tertinggi berasal dari negara-negara eropa timur.

Di negara Adidaya Amerika Serikat, bunuh diri menjadi sebab kematian utama, dengan 45.979 kematian pada tahun 2020. Ini berarti satu kematian setiap 11 menit. Jumlah orang yang memikirkan atau mencoba bunuh diri bahkan lebih tinggi. Pada tahun 2020, diperkirakan 12,2 juta orang dewasa Amerika berpikir untuk melakukan bunuh diri, 3,2 juta merencanakan upaya bunuh diri, dan 1,2 juta mencoba bunuh diri.

Bunuh diri mempengaruhi semua usia. Pada tahun 2020, bunuh diri termasuk di antara 9 penyebab utama kematian bagi orang berusia 10-64 tahun. Bunuh diri adalah penyebab kematian kedua di rentang usia 10-14 dan 25-34,3 tahun. Kategori usia tertentu memiliki tingkat bunuh diri yang lebih tinggi dari yang lain. Perilaku mengakhiri hidup ini bervariasi menurut ras/etnis, usia atau faktor lain, seperti tempat tinggal seseorang. Berdasarkan ras/etnis, kelompok dengan tingkat tertinggi adalah populasi non-Hispanik Amerika Indian/Alaska Native dan populasi kulit putih non-Hispanik.

Di negara paman sam, kategorisasi yang memiliki tingkat lebih tinggi adalah dari golongan veteran, mereka yang hidup di pedesaan, sektor industri dan pertambangan, serta konstruksi. Kalangan usia produktif baik pria maupun wanita yang mengidentifikasi diri sebagai LGBT memiliki baik keinginan, pikiran hingga perilaku mengakhiri hidup yang lebih kuat dibandingkan dengan heteroseksual.

13.2 Pengertian Bunuh Diri

Banyak penjelasan muncul terkait pengertian Bunuh Diri. Encyclopedia Britannica mendefinisikan bunuh diri sebagai usaha seseorang untuk mengakhiri hidupnya dengan cara suka rela atau sengaja. Kata Suicide berasal dari kata latin Sui yang berarti diri (self), dan kata Caedere yang berarti membunuh (to kill). Aliran Behavior menjelaskan bunuh sebagai bentuk pelarian parah dari dunia nyata, atau lari dari situasi yang tidak bisa ditolerir, atau merupakan bentuk regresi ingin kembali pada keadaan nikmat, nyaman dan tentram (Hawton and Van Heeringen, 2008)

Kartini Kartono dalam bukunya Hygiene Mental merangkum beberapa pengertian bunuh diri yaitu:

- a) Bunuh diri adalah pembunuhan secara simbolis, karena ada peristiwa identifikasi dengan seseorang yang dibenci, dengan membunuh diri sendiri orang yang bersangkutan secara simbolis membunuh orang yang dibencinya.

- b) Bunuh diri adalah satu jalan untuk mengatasi macam-macam kesulitan pribadi, misalnya berupa rasa kesepian, dendam, takut, kesakitan fisik, dosa dan lain-lain.
- c) Bunuh diri adalah prakasa/intisari perbuatan yang mengarah pada kematian pemrakarsa.
- d) Bunuh diri adalah keinginan yang mendorong suatu perbuatan untuk melakukan destruksi/pengrusakan diri sendiri.
- e) Bunuh diri adalah inisiasi perbuatan yang mengarah pada motivasi kematian, membunuh, dan dibunuh.
- f) Bunuh diri merupakan keadaan hilangnya kemauan untuk hidup.
- g) Bunuh diri ialah suatu derajat sentral dari keputusan pelaku yang memutuskan untuk memprakarsai satu perbuatan mengarah pada kematian sendiri.
- h) Bunuh diri adalah derajat ketegasan dan ketegaran keputusan untuk memprakarsai perbuatan yang mengarah pada kematian sendiri.
- i) Bunuh diri ialah kemauan berbuat mengarah pada kematian sendiri.
- j) Bunuh diri ialah derajat efektifitas satu perbuatan yang disengaja dan bertujuan, yang mengakibatkan kematian.
- k) Bunuh diri ialah pengetahuan seorang mengenai relasi dirinya dengan kondisi obyektif dari kematian (Kartono and Andari, 1989).

Sementara itu, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5DSM-5 mendefinisikan bunuh diri sebagai "pikiran tentang menyakiti diri sendiri, dengan pertimbangan atau perencanaan yang disengaja dari teknik atau cara yang mungkin menyebabkan kematian diri sendiri". Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika serikat mengartikan bunuh diri sebagai "sebagai memikirkan, mempertimbangkan, atau merencanakan bunuh diri". Bunuh diri, yang didefinisikan oleh CDC sebagai "kematian yang disebabkan oleh perilaku merugikan diri sendiri dengan niat untuk mati sebagai akibat dari perilaku tersebut" (CDC, 2013a), dalam arti tertentu merupakan hasil dari

beberapa hal yang salah pada saat yang bersamaan (CROSBY, A. E., ORTEGA, L. and C., 2011)

13.3 Perilaku Bunuh Diri

Perilaku bunuh diri meliputi ide bunuh diri atau sering berpikir untuk mengakhiri hidup, upaya bunuh diri atau melakukan percobaan bunuh diri yang sebenarnya dan menyelesaikan bunuh diri (kematian terjadi). Perilaku bunuh diri paling sering disertai dengan perasaan putus asa, depresi, atau perilaku merusak diri sendiri (perilaku parasuicidal). J.M.G. Williams memberikan definisi operasional yang ringkas tentang perilaku parasuicidal: "segala tindakan menyakiti diri sendiri yang tidak fatal, serius, dan disengaja dengan atau tanpa niat bunuh diri"(Williams, J.M.G. and Pollock, 2000)

Secara internasional, parasuicide paling sering terjadi pada paruh pertama siklus hidup (pada usia 15-44), dan di sebagian besar negara, tingkat di antara wanita melebihi pria. Namun, orang dewasa yang lebih tua juga berisiko mengalami perilaku parasuicidal. Perilaku parasuicidal sering diartikan sebagai tindakan memotong, menyebabkan kerusakan fisik pada diri sendiri. Termasuk didalam perilaku parasuicidal adalah Pemikiran bunuh diri dan Upaya bunuh diri.

Istilah "percobaan bunuh diri" adalah istilah umum yang mencakup sejumlah perilaku yang berbeda. Umum untuk perilaku ini adalah bahwa orang menimbulkan bahaya akut pada diri mereka sendiri, meracuni atau melukai diri sendiri, atau mencoba melakukannya, dengan hasil akhir yang tidak fatal. Umumnya upaya yang mereka lakukan karena berada dalam gejolak emosi. Upaya bunuh diri dilakukan dengan tujuan, dan harapan, melukai diri sendiri atau ketidaksadaran akut sebagai sarana untuk mewujudkan perubahan melalui konsekuensi aktual atau yang dimaksudkan.

Namun, dalam banyak hal, perilaku bunuh diri non-fatal sangat berbeda. Beberapa upaya ditujukan untuk mati, banyak yang ditujukan untuk memobilisasi bantuan, dan yang lainnya ambigu ditujukan sampai batas tertentu pada keduanya atau istilah yang

familiar adalah menarik perhatian (Levi-Belz, Gvion and Apter, 2019)

Saat orang melakukan percobaan bunuh diri, umumnya dilakukan dan dipersiapkan dengan matang namun ada juga bagi sebagian orang melakukannya dengan impulsif. Karena perbedaan inilah, konsekuensi fisik dari percobaan bunuh diri ini menghasilkan konsekuensi fisik yang berbeda, tergantung pada niat, persiapan, pengetahuan tentang mematikan dari metode yang dipilih dan faktor murni kebetulan.

Namun demikian pada kenyataannya sulit untuk menentukan arti percobaan bunuh diri berdasarkan karakteristik perilaku yang terlihat atau karena laporan dari seseorang. Umumnya kesulitan ini muncul karena adanya rasa takut terkait konsekuensi yang nantinya akan muncul seperti dimasukkan ke Rumah Sakit Jiwa, adanya stigmatisasi atau karena mekanisme pertahanan psikologis, dimana orang seringkali menyembunyikan niat. Selain itu, biasanya orang yang melakukan percobaan bunuh diri tidak benar benar menginginkan kematian, namun impulsifitas perilakunya bertujuan untuk mengubah perilaku mereka.

Fortinash & Worret membagi tingkatan Perilaku bunuh diri menjadi 4 macam:

1. Ide Bunuh Diri (Suicidal Ideation)

Ide bunuh diri menurut Scott (2015) adalah pikiran atau rencana melibatkan diri kedalam perilaku dengan tujuan mengakhiri hidup. Ide mengakhiri hidup adalah sebuah fantasi baik langsung maupun tidak langsung dengan pengekspresian dalam kalimat (verbal)

Misal: "hidup susah begini, mati kali enak ya....selesai semua penderitaan"

Atau mereka yang menuliskan dalam diary atau catatan tentang keinginan untuk melakukan bunuh diri. Untuk point ini, ada beberapa orang yang memiliki buku harian, dan saat mengalami kondisi yang tidak menyenangkan, maka

pemilik buku diary tidak akan segan menuliskan keinginan untuk melakukan bunuh diri.

Ide bunuh diri adalah proses kontemplasi (perenungan) dengan perhatian penuh dari perilaku bunuh diri. Ide bunuh diri juga bisa dianggap sebagai metode namun tanpa tindakan. Mereka yang memiliki ide bunuh diri tidak akan mengungkapkan idenya kecuali dalam kondisi ditekan oleh seorang terapis (Katherine M. Fortinash, 2014)

2. Ancaman Bunuh Diri (Suicide threats)

Tingkatan kedua dari perilaku bunuh diri adalah melakukan ancaman bunuh diri. Ancaman biasanya terjadi saat individu berada dalam kondisi yang tertekan, memiliki masalah. Pemicu ancaman ini bisa beragam. Ancaman ini diungkapkan baik melalui verbal maupun tindakan, namun sering kali tidak benar benar dilakukan. Pada fase ini adalah sebuah kode yang menunjukkan bahwa mereka yang mengancam melakukan bunuh diri membutuhkan pertolongan untuk terlepas dari permasalahan yang mereka hadapi. Keliat (2011) menyebut tahap ini orang tidak benar benar menyelesaikan rencana bunuh dirinya (Keliat, 2010)

3. Isyarat Bunuh Diri (Suicide Gesture)

Individu yang akan melakukan bunuh diri, umumnya menunjukkan tanda tanda sebelumnya, disinilah kepekaan kita harus diasah untuk bisa mengartikan tanda tanda yang muncul. Tanda tanda muncul mulai dari isyarat tubuh hingga perkataan maupun ucapan.

Beberapa perkataan yang sering sekali menggambarkan seseorang akan meninggal (baik bunuh diri maupun meninggal alami) adalah:

“Tolong jaga anak anak saya, selama saya tidak ada”

“Nanti kalo saya tidak ada.....”

“Kalo saya nggak ada, mungkin akan lebih baik”

Kalimat kalimat diatas umumnya sering sekali diungkapkan mereka yang memiliki keinginan untuk mengakhiri hidupnya. Selain itu dari segi perilaku, mereka yang memiliki rencana untuk melakukan bunuh diri, mempersiapkan peralatan penunjang untuk mengakhir hidupnya, seperti mempersiapkan tali, racun atau benda yang bisa dipakai untuk mengakhiri hidup.

Meski tidak selalu menunjukkan atau mengungkapkan, namun sejumlah perilaku maupun ucapan tersebut bisa menjadi penanda bahwa seseorang akan mengakhiri hidupnya. Keliat (2011) menyebut bahwa petunjuk untuk mengakhir hidup ini tidak disertai ancaman atau percobaan bunuh diri, namun mereka yang menunjukkan tanda tanda ini telah memiliki ide untuk mengakhiri hidup. Kondisi ini terjadi karena pemahaman ambivalensi antara hidup dan mati namun tidak memiliki rencana untuk mati. Pada situasi ini, individu masih mempunyai hasrat untuk hidup dan ingin diselamatkan dari konflik mental yang dialaminya. Tahap ini sering disebut sebagai “Crying for help”, yakni kondisi untuk berjuang dari stress yang tidak mampu diselesaikan (June McGuire, 1964)

4. Percobaan Bunuh Diri (Suicide Attempts)

Tingkatan berikutnya yang menjadi bagian dari perilaku “suicide” ini adalah percobaan mengakhiri hidup. Percobaan mengakhiri hidup Menurut Patel & Jakopac (2012) adalah tindakan yang secara sadar melukai diri ringan maupun parah dari orang mencoba mengakhiri hidup (Patel, S., & Jakopac, 2012). Sementara itu, percobaan bunuh diri sebagai tindakan yang menimbulkan cedera atau luka sebagai usaha untuk meninggal. Inti dari tahapan ini adalah individu secara aktif melakukan tindakan untuk mengakhiri hidup (Keliat, 2010)

5. Bunuh Diri Selesai(Completed Suicide)

Tahapan ini akan terjadi saat semua tahap dilakukan, dan seseorang benar benar ditemukan dalam kondisi meninggal

dunia karena perilaku yang dilakukannya dalam mengakhiri hidup.

Contohnya: saat seorang mengancam bunuh diri dengan lompat dari gedung bertingkat, maka ia benar benar melakukan ancamannya dengan melompat dan pada akhirnya meninggal dunia.

Meski memiliki rangkaian tahapan, namun bunuh diri adalah kesatuan rangkaian mulai dari ide mengakhiri hidup hingga bunuh diri selesai. Hasil temuan dilapangan menunjukkan 95% mereka yang bunuh diri memiliki ide untuk mengakhiri hidup sebelumnya (Klonsky, May and Saffer, 2016) Selain itu bunuh diri yang benar benar membuat pelakunya meninggal selalu didahului oleh upaya yang mematikan (Lenz *et al.*, 2019)

13.4 Epidemiology

Epidemiologi berkaitan dengan distribusi penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi distribusi. Bunuh diri adalah perilaku-bukan penyakit. Namun demikian, pendekatan epidemiologi sangat berharga untuk memahami bunuh diri. Hasil investigasi terkait epidemiologi di 17 negara mendapatkan temuan prevalensi ide bunuh diri sebesar 9,2 %, rencana bunuh diri 3,1%, percobaan bunuh diri namun tidak mematikan 2,7%. Meski angka ini bervariasi di tiap negara, namun ada satu karakteristik yang cukup konsisten di setiap negara. Kekonsistenan ini terkait dengan ide bunuh diri yang mengalami peningkatan selama masa remaja. Secara lintas negara juga dihasilkan temuan sepertiga dari orang yang berpikir untuk bunuh diri akan terus melakukan upaya bunuh diri, dan lebih dari 60% dari transisi ini terjadi selama tahun pertama ide bunuh diri itu muncul. Hasil temuan ini sejalan dengan pendekatan kontinum, resiko bunuh diri meningkat seiring dengan peningkatan rencana dan ide untuk melakukan bunuh diri.

13.5 Penyebab Bunuh Diri

Bunuh diri adalah fenomena yang sangat kompleks dan beragam, memiliki variabel banyak yang berkontribusi dan

memfasilitasi. Interaksi antara neurobiologi, keluarga, stress dan riwayat pribadi dan lingkungan sosiokultural dianggap menjadi salah satu pemicu bunuh diri. Rangkaian ini bisa menjadi salah satu perilaku yang berujung fatal, karena itulah fokus kepada pendekatan psikologis yang mendasari munculnya ide dan perilaku bunuh diri.

Mengingat tindakan ini menjadi salah satu perilaku manusia yang paling parah, fokus yang berbeda adalah mengidentifikasi proses psikologis yang mendasari yang dapat mengarah pada ide dan perilaku bunuh diri.

Sepuluh tahun terakhir perkembangan ilmu pengetahuan menemukan fakta bahwa faktor psikologis baik pada individu maupun sosial memiliki kontribusi terhadap bunuh diri maupun resiko bunuh diri. Sejumlah model telah diusulkan, dengan sebagian besar menekankan interaksi antara faktor predisposisi dan faktor pencetus.

Faktor predisposisi adalah merupakan faktor yang memudahkan mempredisposisi perilaku yang dilakukan orang, yang meliputi pengetahuan, sikap, nilai kepercayaan dan tradisi.

Dalam perilaku Bunuh Diri yang termasuk dalam Faktor predisposisi adalah:

1) Diagnosis Psikiatrik

Hasil temuan dilapangan menunjukkan bahwa diatas 90% orang dewasa yang memutuskan untuk mengakhiri hidup memiliki latar belakang gangguan jiwa. Gangguan afektif, schizofrenia dan penyalahgunaan zat adalah tiga gangguan yang menyebabkan bunuh diri.

2) Sifat Kepribadian

Kepribadian adalah satu yang memicu seseorang melakukan perilaku bunuh diri. Antipati, impulsif dan depresi adalah tiga kepribadian yang memiliki keterkaitan dengan perilaku bunuh diri.

Hasil penelitian menunjukkan Depresi sangat terkait dengan ide dan upaya bunuh diri, tetapi kurang spesifik sebagai prediktor, karakteristik terkait depresi yang bisa meningkatkan orang untuk melakukan bunuh diri memerlukan kajian lebih lanjut karena sedikitnya karakteristik terkait hal ini.

Hasil temuan dari studi kesehatan mental pedesaan australia menyebutkan dari 1.051 responden, 364 mengalami depresi seumur hidup. Statistik tersebut dijabarkan dengan prosentase sebanyak 48% melaporkan ide bunuh diri seumur hidup dan 16% melaporkan upaya bunuh diri seumur hidup. Dilihat dari keparahan depresi, individu yang didiagnosis memiliki depresi dengan level parah cenderung untuk memutuskan bunuh diri. Riset juga menemukan wanita yang mengalami depresi diawal usia lebih cenderung melakukan bunuh diri apalagi jika memiliki komorbiditas psikiatri yang tinggi.

3) Lingkungan Psikososial

Psikososial adalah istilah yang mengacu pada bagaimana perilaku atau sikap individu berkaitan dengan kebutuhan atau tuntutan masyarakat. Yang termasuk Predisposisi dari faktor ini adalah rasa kehilangan baik orang maupun barang. Sedikitnya dukungan dari lingkungan sekitar, serta kehidupan yang selalu dilimuti pengalaman negatif juga menjadi faktor dari lingkungan psikososial. Trauma yang dialami individu hingga menyebabkan gangguan psikis juga faktor yang dianggap memiliki kaitan dengan lingkungan psikososial.

4) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga terkait dengan apakah dalam silsilah individu yang melakukan percobaan bunuh diri maupun bunuh diri ada yang melakukan bunuh diri? Jika jawabannya iya, maka kemungkinan individu tersebut akan melakukan bunuh diri akan sangat tinggi, mengikuti jejak pendahulu keluarganya. Tidak hanya itu, individu yang memiliki rekam

jejak keluarga yang pernah melakukan bunuh diri diketahui juga lebih mungkin menderita penyakit mental (Guo, M., & Zhu, 2019)

5) Faktor Biokimia

Hasil studi longitudinal menunjukkan, resiko bunuh diri terjadi serotonin, adrenalin dan dopamine yang mengalami peningkatan didalam otak. Untuk melihat peningkatan ketiga zat tersebut dapat dilihat melalui rekaman gelombang otak Electro Encephalo Graph (EEG).

Menurut van Heeringen & Mann (2014) yang menjadi kontributor yang bersifat rentan terhadap perilaku bunuh diri adalah adanya variasi genetik neurotransmitter serotonin. Hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) yang mengalami variasi juga menjadi salah satu kontributor lain dari perilaku bunuh diri selain agresi reaktif, dan gangguan kontrol kognitif.

Hasil studi menunjukkan faktor genetik menyumbang 45% diatesis predisposisi untuk bunuh diri. Sejumlah penelitian dalam skala besar dan masiv menghasilkan temuan polimorfisme genetik hidroksilase triptofan dan reseptor serotonin dan transporter menjadi pemicu bunuh diri.

Tidak hanya itu, dopaminergik dan adrenergik, aktivitas aksis HPA, dan proses neurotropik dengan varian persinyalannya, juga menjadi predisposisi perilaku mengakhiri hidup (Mirkovic *et al.*, 2016)

Hasil studi dari asosiasi Gonome menyebutkan gen adalah pendatang baru yang menarik untuk dilakukan penelitian lebih lanjut terkait kontribusinya terhadap bunuh diri, terutama gen yang berhubungan dengan neuridevelopmental dan aktivitas androgen (Ludwig *et al.*, 2017)

Sementara itu, Guo&Zhu menjelaskan bahwa Perilaku bunuh diri disebabkan oleh eksternal dan internal faktor.

Adapun Penjelasan masing-masing faktor tersebut adalah sebagai berikut:

A. Faktor Internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam individu yang mendorong untuk melakukan bunuh diri, faktor internal ini terdiri dari:

1. Faktor Biologi

Pada faktor ini, individu yang memiliki silsilah keluarga yang pernah mengalami bunuh diri, lebih rentan mengalami penyakit mental dan melakukan percobaan bunuh diri.

2. Gangguan Jiwa

Faktor gangguan Jiwa menjadi salah satu faktor internal yang membuat orang melakukan bunuh diri. Hasil temuan dilapangan menunjukan bahwa 90% dari kasus bunuh diri adalah mereka yang mengidap gangguan jiwa. Depresi atau episode depresi dari gangguan bipolar memberikan kontribusi setengahnya dari total peristiwa bunuh diri yang diakibatkan oleh gangguan jiwa.

3. Karakteristik Kepribadian

Kepribadian individu dianggap sebagai faktor penyumbang yang memunculkan keinginan untuk melakukan bunuh diri. Hasil temuan peneliti menyebutkan bahwa saat individu memiliki terbuka, sehat selalu ramah dan memiliki tanggung jawab, maka resiko bunuh diri akan turun sebanyak 56,7%.

4. Faktor Kognitif

Faktor kognisi terkait dengan keinginan bunuh diri percobaan bunuh diri yang pernah dilakukan. Penelitian menyebutkan bahwa seseorang yang pernah melakukan percobaan mengakhiri hidup mempunyai kognitif yang

kaku dengan level yang lebih tinggi. Bentuk kekakuan ini muncul seperti cenderung bertahan, tidak mampu merubah kebiasaan dan memiliki konsep maupun sikap yang kaku.

5. Faktor Perilaku

Perilaku terkait dengan bagaimana seseorang memaklumi tindakan bunuh diri sebagai satu cara untuk mengakhiri hidup. Umumnya mereka yang sepakat dengan perilaku "bunuh diri" maka akan menguat kemauannya untuk melakukan bunuh diri.

6. Faktor Eksternal

Faktor dari luar yang dianggap sebagai pendorong seseorang untuk mengakhiri hidup dengan melakukan bunuh diri, faktor eksternal tersebut terdiri dari:

a. Pengalaman Hidup

Dalam hidup, ada banyak peristiwa yang muncul baik maupun buruk. Individu yang dalam perjalanan hidupnya lebih banyak memiliki pengalaman negatif saat menjalani kehidupan, dianggap sebagai pemicu seseorang melakukan bunuh diri. Stress dianggap sebagai salah satu pengalaman hidup yang menyumbang perilaku bunuh diri.

b. Faktor Keluarga

Keluarga menjadi lingkungan pertama individu tumbuh dan berkembang. Mulai dari pola asuh, parenting hingga perlakuan dalam keluarga. Luka masa kecil, trauma masa kecil dan penolakan dalam keluarga dianggap sebagai salah satu yang memicu munculnya perilaku bunuh diri. Lingkungan keluarga yang tidak harmonis juga memicu seseorang untuk melakukan bunuh diri.

c. Faktor Sosial dan Lingkungan

Selain kehidupan didunia nyata, seperti perundungan maupun intimidasi, dunia maya berdasarkan hasil penelitian juga menjadi penyumbang terjadinya bunuh diri. Beberapa kasus bunuh diri yang pernah terjadi yang menimpa bintang terkenal dipicu oleh perundungan yang mereka alami didunia maya.

d. Faktor Budaya

Budaya menjadi penyumbang seseorang melakukan bunuh diri. Menurut Beautrais & Gold (2010) Budaya dalam lingkungan masyarakat yang memunculkan tekanan hidup pada individu, akan membuat tertekan, stress hingga depresi, yang memicu mereka memilih untuk mengakhiri hidupnya (Nugroho, 2012)

Di Indonesia sendiri fenomena terkait budaya dalam bunuh diri adalah Pulung Gantung. Pulung gantung adalah mitos yang berkembang didaerah Gunung Kidul dimana yang menceritakan bahwa perilaku bunuh diri yang meningkat didaerah ini terjadi karena sudah takdir yang datang melalui cahaya merah dari langit yang jatuh disalah satu atap warga. Warga yang tempat tinggalnya kejatuhan cahaya merah tersebut dipercaya akan meninggal dengan gantung diri.

13.6 Bunuh Diri dan Gender

Merujuk pada faktor yang menyebabkan bunuh diri, depresi dianggap sebagai salah satu pemicu seseorang melakukan bunuh diri. Data dari Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika Serikat (CDC) menyebutkan wanita dalam perjalanan hidupnya kemungkinan untuk mengalami depresi dan cemas lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Jika merujuk pada temuan ini, maka

wanita lebih banyak melakukan bunuh diri. Namun, temuan dilapangan menyebutkan, jika kebanyakan yang melakukan bunuh diri justru laki-laki (Vijayakumar L, 2015)

Catatan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan, dari jumlah 793.000 kematian akibat bunuh diri, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Di negara Inggris laki-laki juga mendominasi jumlah bunuh diri, meskipun di tahun 2016 mencapai jumlah terendahnya sejak tahun 1981. Di tahun 2016 Inggris mencatatkan 15,5 kematian per 100.000. Meski demikian bunuh diri masih menjadi penyebab kematian terbesar bagi laki-laki dibawah usia 45 tahun. Jarak yang lebar ini masih nyata terlihat karena Wanita yang melakukan bunuh diri memiliki perbandingan 3:1 atau sepertiga dari jumlah total laki laki yakni sebanyak 4,9 kasus per 100.000.

Serupa dengan Inggris, di negara lain juga ditemukan pola yang sama. Di Australia perbandingan kasus bunuh diri antara pria dan Wanita juga berada di kisaran 3:1. Sedangkan di negara Rusia dan Argentina prosentasi justru lebih tinggi karena berada dikisaran 4:1.

WHO mencatat, bahwa hampir 40% negara di dunia mempunyai 15% lebih kematian akibat bunuh diri per 100.000 pria, dan hanya 1,5% yang menunjukkan tingkat yang lebih tinggi pada Wanita.

Divisi penelitian American Foundation for Suicide Prevention, dalam rilisnya menyebut, tren jumlah pria yang lebih besar dalam Perilaku bunuh diri sudah lama teridentifikasi. Hasil ini tentu saja menjadi paradoks Perilaku bunuh diri jika dikaitkan dengan gender (Helene Schumacher, 2019).

Meski laki-laki memiliki jumlah lebih banyak dalam Perilaku bunuh diri, namun perempuan tercatat melakukan percobaan bunuh diri lebih sering. Di Negeri paman sam misalnya, perempuan dewasa melaporkan percobaan bunuh diri lebih sering daripada pria. Benang merah dari kuantifikasi gender ini, adalah perempuan seringkali hanya melakukan upaya percobaan bunuh diri namun tidak benar benar menuntaskannya, atau dapat diintervensi agar tidak melakukan bunuh diri, sementara laki-laki karena metode bunuh diri yang dipilih lebih ekstrem umumnya berakhir dengan

menuntaskan Perilaku bunuh diri tanpa berhasil diintervensi oleh orang lain. Laki-laki mempunyai niat bunuh diri yang lebih kuat dibandingkan perempuan (Vijayakumar L, 2015).

13.7 Metode Bunuh diri berdasarkan Gender

Salah satu alasan terpenting perbedaan antara upaya bunuh diri dan bunuh diri yang berhasil antara pria dan wanita adalah metode bunuh diri yang digunakan.

Pria cenderung memilih metode bunuh diri yang kejam (lebih mematikan), seperti senjata api, gantung diri, dan sesak napas, sedangkan wanita lebih cenderung mengalami overdosis obat atau narkoba.

Beberapa Metode Bunuh diri yang umumnya dilakukan oleh pria antara lain: Senjata api, Gantung diri, Sesak napas atau mati lemas, Melompat, Benda bergerak, Benda tajam dan Gas buang kendaraan. Sementara itu metode bunuh diri pada perempuan antara lain Meracuni diri sendiri, Exsanguination (keluar darah dari luka seperti "celah" pergelangan tangan), Tenggelam, Gantung dan Senjata api.

Berdasarkan metode bunuh diri yang dilakukan diantara laki-laki dan perempuan juga ditemukan beberapa pola yang berbeda yakni:

- Pria yang menikah lebih cenderung menggunakan senjata api, sedangkan pria yang tidak menikah lebih cenderung mati dengan cara digantung.
- Wanita yang belum menikah lebih kecil kemungkinannya untuk gantung diri dibandingkan wanita yang sudah menikah.
- Pria dengan riwayat penggunaan zat lebih mungkin meninggal karena meracuni diri sendiri, sedangkan penggunaan zat oleh perempuan tidak digunakan sebagai metode bunuh diri dikalangan Wanita.
- Bagi pria dan wanita, kemungkinan keracunan secara signifikan lebih tinggi di antara mereka yang mengonsumsi obat psikiatri.

- Metode seperti overdosis yang disengaja lebih sering terjadi pada mereka yang telah mengalami depresi selama beberapa waktu (Callanan VJ, 2012)

13.8 Perbedaan Jenis Kelamin dalam Bunuh Diri

Sejumlah teori yang berbeda telah diajukan untuk menjelaskan perbedaan gender dalam bunuh diri, termasuk perbedaan peran gender dan ekspektasi masyarakat:

Stereotip gender laki-laki yang "tangguh" dan "kuat" tidak memungkinkan kegagalan, mungkin menyebabkan laki-laki memilih metode bunuh diri yang lebih kejam dan mematikan.

Wanita dalam penerimaan sosial sering kali lebih dimaklumi untuk mengekspresikan kerentanan dan meminta bantuan, upaya bunuh diri yang mereka lakukan sebagai sarana untuk mengekspresikan kebutuhan mereka akan bantuan.

Saat menghadapi tekanan psikologis atau penyakit, Wanita lebih memilih untuk mengkomunikasikan tekanan dibandingkan memilih kematian. Tidak hanya itu, Wanita cenderung mempertimbangkan orang lain, dan melihat bunuh diri dalam konteks hubungan jadi kurang terdorong untuk mencoba bunuh diri. Wanita juga merasa lebih bebas untuk berubah pikiran, saat memiliki keinginan untuk melakukan bunuh diri.

Komunikasi dianggap sebagai elemen kunci mengapa munculnya perbedaan gender pada laki-laki dan perempuan. Meski terlihat sangat sederhana jika ada ungkapan karena perempuan lebih mudah mengungkapkan masalah dibandingkan laki-laki. Tapi inilah yang terjadi di lapangan.

Dari generasi ke generasi pola asuh orang tua selalu mengharuskan pria untuk lebih kuat dan menutupi semua kesulitannya.

Hasil temuan dari Pusat Pencegahan Bunuh Diri di Kanada, menunjukkan bahwa bagaimana orang tua mengkondisikan pembicaraan dengan anak, dan bagaimana mereka berkomunikasi tentang diri sendiri juga menjadi faktor pendukung lainnya.

Laki-laki yang hidup dalam pola asuh dan dikondisikan dalam situasi tersebut, akhirnya sulit untuk mengakui saat mereka dalam kondisi rentan, meski hanya sekedar sharing ke teman maupun keluarga.

Studi British Medical Journal Inggris menemukan tingkat konsultasi perawatan primer umum 32% lebih rendah pada laki-laki daripada perempuan. Tingkat konsultasi primer ini terkait konseling untuk depresi dengan resep antidepresan.

Kondisi ini tentu saja akan menyulitkan untuk melakukan Tindakan preventif bunuh diri pada laki-laki karena tidak adanya komunikasi sebelumnya, bahkan pelaku juga kesulitan melakukan identifikasi permasalahan mereka (Helene Schumacher, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Callanan VJ, D.M. (2012) 'Gender differences in suicide methods.', *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 47((6)), pp. 857–69. Available at: <https://doi.org/doi:10.1007/s00127-011-0393-5>.
- CROSBY, A. E., ORTEGA, L., & M. and C. (2011) 'Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements', *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*, Version 1.
- Guo, M., & Zhu, T. (2019) 'Research on Social Media User Suicide Influencing Factors, Active Recognition and Intervention.', *In Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*;, Vol. 11354(Springer International Publishing.). Available at: https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-15127-0_38.
- Hawton, K. and Van Heeringen, K. (2008) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Available at: <https://doi.org/10.1002/9780470698976>.
- Helene Schumacher (2019) *Why more men than women die by suicide*, *bbc.com*. Available at: <https://www.bbc.com/future/article/20190313-why-more-men-kill-themselves-than-women> (Accessed: 25 January 2023).
- June McGuire, R. (1964) 'A Cry for Help: Suicide and Accident Proneness', *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2(5).
- Kartono, K. and Andari, J. (1989) *Hygiene mental dan kesehatan mental dalam Islam*. 6th edn. Bandung: Mandar Maju.
- Katherine M. Fortinash, P.A.H.W. (2014) *Psychiatric Mental Health Nursing*. 5th edn. Amsterdam: Elsevier Health Sciences,.
- Keliat, et. al. (2010) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN) Basic Course*. Jakarta: EGC.
- Klonsky, E.D., May, A.M. and Saffer, B.Y. (2016) 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation', *Annual Review of Clinical*

- Psychology*, 12, pp. 307–330. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
- Lenz, B. *et al.* (2019) 'The androgen model of suicide completion', *Progress in Neurobiology*, 172(January 2017), pp. 84–103. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2018.06.003>.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y. and Apter, A. (2019) 'Editorial: The psychology of suicide: The research understandings to intervention and treatment', *Frontiers in Psychiatry*, 10(APR), pp. 1–4. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00214>.
- Ludwig, B. *et al.* (2017) 'The life span model of suicide and its neurobiological foundation', *Frontiers in Neuroscience*, 11(FEB), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00074>.
- Mirkovic, B. *et al.* (2016) 'Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions', *Frontiers in Psychiatry*, 7(SEP). Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>.
- Nugroho, W.B. (2012) 'Youth, suicide and resilience: strengthening resilience as a reduction in suicide rates among Indonesian youth', *Jurnal Studi Pemuda*, 1(1), pp. 31–45.
- O'Connor, R.C. and Nock, M.K. (2014) 'The psychology of suicidal behaviour', *The Lancet Psychiatry*, 1(1), pp. 73–85. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6).
- Patel, S., & Jakopac, K. (2012) *Manual of Psychiatric nursing skill*. United States of America: Elsevier.
- Vijayakumar L (2015) 'Suicide in women.', *Indian J Psychiatry*, 57((Suppl 2)). Available at: <https://doi.org/S233-8>. doi:10.4103/0019-5545.161484.
- Williams, J.M.G. and Pollock, L.. (2000) *The Psychology of Suicidal Behaviour*. In: Hawton, K. and van Heeringen, K., Eds., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, John Wiley & Sons Ltd., Chichester. Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/9780470698976.ch5>.

BAB IX

GANGGUAN KEPRIBADIAN

Oleh Hafnidar

14.1 Definisi Gangguan Kepribadian

Kepribadian merupakan kebiasaan, sikap, dan sifat sebagai ciri-ciri yang menonjol yang dimiliki seseorang dalam berinteraksi dengan individu lainnya. Sementara gangguan kepribadian adalah suatu bentuk perilaku kebiasaan yang sangat jauh berbeda dari kebiasaan seseorang pada umumnya, yang terlihat dari cara pandangnya, cara berfikir, cara merasa dan berinteraksi, baik dengan internal dirinya sendiri maupun dengan orang lain, yang menimbulkan tekanan dan berbagai permasalahan dalam kehidupan. Gangguan kepribadian dalam DSM diberi kode pada Aksis II.

Para ahli memiliki kesamaan makna dalam mendefinisikan gangguan kepribadian, meskipun dengan redaksi yang berbeda-beda. Menurut Larsen (2005) gangguan kepribadian adalah sebagai berikut :

"Personality disorder is an enduring pattern of experience and behaviour that differs greatly from the expectations of the individual's culture. Traits are patterns of experiencing, thinking about, and interacting with oneself and the world. Traits are observed in a wide range of social and personal situations. A personality disorder is usually manifest in more than one of the following areas : in how people think, in how they feel, in how they get along with others, or in their ability to control their own behaviour. The pattern is rigid and is displayed across a variety of situations, leading to distress or problems in important areas in life, such as at work or in relationships".

Dari penjelasan di atas dapat diketahui bahwa gangguan kepribadian memiliki ciri-ciri seperti memiliki ciri kepribadian yang menampakkan pola perilaku lama, pola perilaku tersebut muncul pada setiap situasi, serta adanya gangguan dalam fungsi kehidupannya sehari-hari seperti dalam relasi sosial dan pekerjaan. Kebanyakan individu yang mengalami gangguan kepribadian tidak menyadari masalah yang sedang dialaminya, berbeda dengan individu yang mengalami gangguan kecemasan, depresi, dan obsesif-kompulsif, dimana mereka lebih menyadari masalah mereka, sehingga menyebabkan individu yang mengalami gangguan kepribadian cenderung menolak mendapatkan pertolongan dari terapis dengan menyangkal bahwa dirinya tidak memiliki suatu masalah (Widury, 2007).

Sedangkan gangguan kepribadian menurut Kaplan dan Santrock (2015) adalah suatu varian dari sifat karakter yang berbeda dari sebagian besar orang, yang bersifat tidak fleksibel dan maladaptif serta menyebabkan gangguan fungsional dan penderitaan subyektif individu tersebut. Sementara menurut Gerald (2004) gangguan kepribadian merupakan gangguan yang sangat heterogen yang merupakan pola perilaku dan pengalaman internal yang bertahan lama, pervasif, dan tidak fleksibel, yang menyimpang dari harapan budaya orang yang bersangkutan sehingga menyebabkan kesulitan dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan.

Rusdi Malim (1998) yang merujuk pada PPGDJ-III (Pedoman Penggolongan diagnose Gangguan Jiwa III) menguraikan gangguan kepribadian seperti paranoid, schizoid, emosional tak stabil tipe implusif dan borderline, historic, anankastik, cemas (menghindar), dependen, khas lainnya yang tidak tergolongkan.

14.2 Faktor Penyebab Gangguan Kepribadian

Terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya gangguan kepribadian pada seseorang, yaitu:

1. Faktor Genetika

Kaktor genetik dapat menyebabkan munculnya gangguan kepribadian, misalnya pada anak kembar monozigotik baik yang

dibesarkan secara terpisah maupun yang dibesarkan bersama-sama.

2. Faktor Temperamental

Faktor temperamental yang dibentuk sejak masa kecil berpengaruh hingga menjadi penyebab gangguan kepribadian pada masa dewasa, misalnya anak-anak yang secara temperamental berada dalam ketakutan akan memiliki kecenderungan memiliki kepribadian menghindar.

3. Faktor Biologis

- Hormon

Orang yang menunjukkan sifat impulsive seringkali juga menunjukkan peningkatan kadar testosterone, 17-estradiol dan estrone.

- Neurotransmitter

Penilaian sifat kepribadian dan system dopaminergik dan serotonergik, menyatakan suatu fungsi mengaktivasi kesadaran dari neurotransmitter tersebut. Meningkatkan kadar serotonin dengan obat serotonergik tertentu seperti fluoxetine dapat menghasilkan perubahan dramatik pada beberapa karakteristik kepribadian. Serotonin menurunkan depresi, impulsivitas.

- Elektrofisiologi

Perubahan konduktansi elektrik pada elektroensefalogram telah ditemukan pada beberapa pasien dengan gangguan kepribadian, paling sering pada tipe antisocial dan borderline, dimana ditemukan aktivitas gelombang lambat.

4. Faktor Psikoanalitik

Tokoh Psikoanalitik Sigmund Freud menyatakan bahwa sifat kepribadian berhubungan dengan fiksasi pada salah satu stadium perkembangan psikoseksual. Fiksasi pada stadium anal, yaitu anak

yang berlebihan atau kurang pada pemuasan anal dapat menimbulkan sifat keras kepala, kikir dan sangat teliti.

14. 3 Gejala Umum Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian hanya didiagnosa pada individu di atas 18 tahun, hal ini dikarenakan individu sebelum usia 18 tahun masih mengalami pertumbuhan dan perkembangan. Tidak semua gejala yang menunjukkan gangguan kepribadian pada individu usia sebelum 18 tahun dapat didiagnosa, selain juga gejala tersebut harus menetap setidaknya selama satu tahun.

Secara umum gejala yang dialami individu yang mengalami gangguan kepribadian dapat diklasifikasikan berdasarkan :

1. Pengalaman dan perilaku individu yang menyimpang dari social expectation. Penyimpangan pola tersebut pada satu atau lebih, seperti pada cara berpikir (kognisi), afeksi (respon emosional terhadap terhadap diri sendiri, labil, intensitas dan cakupan) dan fungsi-fungsi interpersonal serta kontrol terhadap impuls.
2. Gangguan yang bersifat menetap dalam diri pribadi individu dan situasi sosial.
3. Gangguan kepribadian yang terbentuk berhubungan erat dengan pembentukan distress atau memburuknya hubungan sosial, permasalahan kerja atau fungsi-fungsi sosial penting lainnya.
4. Pola gangguan bersifat stabil dengan durasi lama dan gangguan tersebut dapat muncul dan memuncak menjelang memasuki dewasa dan tidak terbatas pada episode penyakit jiwa.
5. Gangguan pola kepribadian tidak disebabkan oleh efek-efek psikologis yang muncul yang disebabkan oleh kondisi medis seperti luka di kepala.

14. 4 Klasifikasi Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian digolongkan menjadi tiga kelompok dalam DSM- IV-TR sebagai berikut:

1. Individu termasuk dalam kelompok A yaitu individu yang aneh atau eksentrik seperti gangguan kepribadian Paranoid, Schizoid, dan Schizotypal.
2. Individu termasuk dalam kelompok B yaitu individu yang dramatis, emosional, atau eratik seperti gangguan kepribadian Anti Social, borderline, Histrionic, dan narsistik.
3. Individu termasuk dalam kelompok C yaitu individu yang pencemas atau ketakutan seperti gangguan kepribadian avoidant, dependent, dan Obsessive-Compulsive.

14. 4. 1 Gangguan Kepribadian Paranoid

Individu dengan kepribadian paranoid kerap mencurigai dan ragu tanpa alasan pada kesetiaan orang lain. Gangguan kepribadian ini sebagian besar dialami bersamaan dengan gangguan kepribadian Schizotypal, borderline dan menghindar, serta paling sering dialami laki-laki (Berntein, 1993; Morey, 1988). Prevalensinya berkisar 2 persen (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Paranoid dalam DSM IV-TR yaitu:

1. Ketidakpercayaan dan kecurigaan yang pervasif (menyebar) kepada orang lain sehingga motif orang lain tersebut dianggap sebagai berhati dengki, hal ini dimulai pada masa dewasa awal seperti ditunjukkan dalam empat atau lebih keadaan berikut: (1) menduga tanpa dasar yang cukup, bahwa orang lain memanfaatkan, membahayakan atau mengkhianati dirinya; (2) preokupasi dengan keraguan yang tidak pada tempatnya tentang loyalitas atau kejujuran teman atau rekan kerja; (3) enggan untuk menceritakan rahasia orang lain karena takut yang tidak perlu bahwa informasi akan digunakan secara jahat untuk melawan dirinya; (4) membaca arti merendahkan atau mengancam yang tersembunyi dari ucapan atau kejadian yang biasa; (5) secara persisten menanggung dendam yaitu tidak memaafkan kerugian,

cedera atau kelalaian; serta (6) merasakan serangan terhadap karakter atau reputasinya yang tidak tampak bagi orang lain dan dengan cepat bereaksi secara marah atau balas menyerang; serta (7) memiliki kecurigaan yang berulang, tanpa pertimbangan, tentang kesetiaan termasuk mitra seksual.

2. Tidak selamanya terjadi pada individu yang skozfrenia, gangguan mood dengan ciri psikotik, atau gangguan psikotik lain dan juga bukan karena efek fisiologis langsung dari kondisi medis umum.

Gangguan kepribadian paranoid (pramorbid) ditentukan jika kriteria terpenuhi sebelum onset skizofrenia.

14. 4. 2 Gangguan Kepribadian Schizoid

Individu dengan gangguan kepribadian Schizoid biasanya tidak memiliki teman akrab dikarenakan tidak menginginkan adanya hubungan sosial dengan orang lain. Individu dengan gangguan kepribadian Schizoid senang menyendiri. Prevalensinya terjadi pada laki-laki lebih besar daripada pada perempuan (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

Menurut teori Psikoanalisis gangguan kepribadian Schizoid terjadi akibat dari rusaknya hubungan antara ibu dan anak dimana anak tidka pernah belajar memberi dan menerima kasih sayang (Blueier, 1942; Klein, 1952).

Kriteria gangguan kepribadian Schizoid dalam DSM IV-TR, terdapat empat atau lebih dari ciri-ciri berikut ini yang tidak muncul secara eksklusif dalam perjalanan penyakit skizofrenia, depresi psikotik, atau sebagai bagian dari gangguan perkembangan pervasif; juga tidak disebabkan oleh kondisi medis umum. Adapun gejalanya adalah sebagai berikut: (1) kurang menyukai hubungan dekat; (2) hampir secara eksklusif lebih menyukai kesendirian; (3) kurangnya minat pada hubungan seksual; (4) hamper tidka pernah mengalami kesenangan; (5) kurang memiliki teman; (6) bersikap masa bodoh terhadap pujian atau kritik dari orang lain; (7) memiliki afek yang datar serta ketidaklekatan emosional.

14. 4. 3 Gangguan Kepribadian Schizotypal

Gangguan Kepribadian Schizotypal merupakan pola berpikir yang khas atau ganjil yaitu berbeda dari orang pada umumnya dalam bicara dan dalam mempersepsikan secara tidak aktual, sehingga merusak komunikasi dan interaksi sosial. Pola berfikir penderita schizotypal personality disorder terbagi menjadi empat kategori, yaitu: (1) paranoia atau suspiciousness yaitu bersifat paranoid dan selalu mencurigai, cenderung mencurigai orang lain curang dan memusuhi; (2) referensi ide atau idea of reference, yaitu cenderung meyakini bahwa kejadian-kejadian acak yang ada di sekitarnya selalu berkaitan dengan kehidupannya; (3) odd beliefs and magical thinking yaitu kecenderungan memiliki keyakinan yang magis atau aneh; (4) Halusinasi yang singkat atau illusions.

Hasil penelitian pada sejarah keluarga, anak adopsi dan pada anak kembar didapatkan bahwa Schizotypal Personality Disorder merupakan gangguan yang ditularkan atau disebarkan secara genetis (Nigg & Goldsmith, 1994; Siever dkk.,1998). Orang-orang dengan schizotypal personality disorder menunjukkan abnormalitasnya dalam struktur otak mereka yang mirip dengan apa yang tampak pada orang-orang schizophrenia (Dickey, McCarley, & Shenton, 2002; Downhill dkk., 2001).

Kriteria Diagnostik Kepribadian Schizotypal yang terdapat dalam DSM IV-TR yaitu:

(1) Pola pervasif defisit sosial dan interpersonal yang ditandai oleh ketidaksenangan akut dan penurunan kapasitas dimana berhubungan erat dengan penyimpangan kognitif atau persepsi, dan perilaku eksentrik. Kriteria ini dimulai pada masa dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks seperti yang ditunjukkan oleh lima (atau lebih) ciri-ciri berikut:

(a) gagasan yang menyangkut diri sendiri (ideas of reference) (kecuali waham yang menyangkut diri sendiri);

(b) keyakinan aneh atau pikiran magis yang mempengaruhi perilaku dan tidak konsisten dengan norma kultural (misalnya, percaya takhyul, percaya dapat melihat apa yang akan terjadi,

telepati, indera keenam, pada anak-anak dan remaja, khayalan atau preokupasi yang kacau);

(c) pengalaman persepsi yang tidak lazim, termasuk ilusi tubuh;

(d) pikiran dan bicara yang aneh (misalnya samar-samar, sirkumstansialitas, metaforik, terlalu berbelit-belit atau stereotipik);

(e) kecurigaan atau ide paranoid;

(f) afek yang tidak sesuai atau terbatas;

(g) perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik atau janggal;

(h) tidak memiliki teman akrab atau orang yang dipercaya selain sanak saudara derajat pertama;

(i) kecemasan sosial yang berlebihan yang tidak menghilang dengan keakraban dan cenderung disertai dengan ketakutan paranoid ketimbang pertimbangan negatif tentang diri sendiri

(2) Tidak terjadi semata-mata selama perjalanan skizofrenia, suatu gangguan mood dengan ciri psikotik, atau gangguan psikotik lain atau suatu gangguan perkembangan pervasif.

Catatan: jika kriteria terpenuhi sebelum onset skizofrenia, tambahkan “pramorbid”, misalnya “gangguan kepribadian Schizotypal (pramorbid)”.

Diagnosis Banding Gangguan Kepribadian Schizotypal yaitu:

1. Schizoid → pasien Schizotypal memiliki keanehan dalam perilaku, pikiran, persepsi dan komunikasi dan memiliki riwayat keluarga skizofrenik.
2. Skizofrenia → pasien Schizotypal tidak memiliki ciri-ciri psikosis.
3. Paranoid → pasien paranoid memiliki tanda kecurigaan tetapi tidak memiliki perilaku aneh

14. 4. 3 Gangguan Kepribadian Antisocial

Gangguan kepribadian antisocial (ASPD) dan psikopati disebut juga dengan sosiopati. Perilaku antisocial melanggar hukum

dikarenakan individu melakukan pelanggaran aturan dan hukum serta tidak memerhatikan hak orang lain.

Hasil penelitian Shannon dkk. (2014) pada narapidana yang menggunakan kekerasan dalam penjara ditemukan bahwa tidak adanya dorongan atau dukungan yang menyatakan diagnosa gejala gangguan kepribadian Anti Social (ASPD). Hasil penelitian McCord & McCord (1964) menemukan penyebab utama perilaku psikopatik adalah kurangnya afeksi dan penolakan berat oleh orang tua mereka. Lebih lanjut Marshall dan Cooke (1999), Johnson dkk. (1999) menerangkan bahwa perilaku psikopatik berkaitan dengan tidak konsistennya orang tua dalam mendisiplinkan anak-anak mereka serta dalam mengajarkan tanggung jawab, adanya penyiksaan fisik, dan faktor kehilangan orang tua.

Hasil penelitian yang sama oleh Reiss dkk (1995) menemukan bahwa perilaku antisocial pada orang kembar yang diamati dalam sebuah studio menunjukkan bahwa perilaku antisocial pada mereka diprediksi disebabkan karena tingkat konflik yang tinggi, negasivitas serta kadar kehangatan orang tua yang rendah dapat memprediksi perilaku antisocial pada individu tersebut. Disisi lain meskipun gangguan kepribadian Anti Social memiliki komponen keturunan, namun belum dilakukan penelitian perilaku-genetik mengenai konsep psikopati.

Lykken (1957) mengatakan bahwa berdasarkan observasi klinis yang dilakukannya ditemukan bahwa psikopat memiliki kadar kecemasan yang rendah, psikopat memiliki kemampuan menghindari peristiwa schok lebih rendah dari kelompok control.

Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Antisocial dalam DSM IV- TR yaitu : (1) Terdapat pola pervasif tidak menghargai dan melanggar hak orang lain yang terjadi sejak usia 15 tahun, seperti yang ditunjukkan oleh tiga (atau lebih) berikut: (a) gagal untuk mematuhi norma sosial dengan menghormati perilaku sesuai hukum seperti yang ditunjukkan dengan berulang kali melakukan tindakan yang menjadi dasar penahanan; (b) ketidakjujuran, seperti yang ditunjukkan oleh berulang kali berbohong, menggunakan nama samaran, atau menipu orang lain untuk

mendapatkan keuntungan atau kesenangan pribadi; (c) impulsivitas atau tidak dapat merencanakan masa depan; (d) iritabilitas dan agresivitas, seperti yang ditunjukkan oleh perkelahian fisik atau penyerangan yang berulang; (e) secara sembrono mengabaikan keselamatan diri sendiri atau orang lain; (f) terus menerus tidak bertanggung jawab, seperti ditunjukkan oleh kegagalan berulang kali untuk mempertahankan perilaku kerja atau menghormati kewajiban finansial; (g) tidak adanya penyesalan, seperti yang ditunjukkan oleh acuh tak acuh terhadap atau mencari-cari alasan telah disakiti, dianiaya atau dicuri oleh orang lain. (2) Individu sekurang-kurangnya berusia 18 tahun; (3) Terdapat tanda-tanda gangguan konduksi dengan onset sebelum usia 15 tahun; (4) Terjadinya perilaku Anti Social tidak semata-mata selama perjalanan skizofrenia atau suatu episode manik.

14. 4. 5 Gangguan Kepribadian Borderline

Gangguan kepribadian Borderline atau biasa disebut dengan gangguan kepribadian ambang adalah gangguan kepribadian yang mempunyai ciri-ciri utama berupa impulsivitas dan ketidakstabilan hubungannya dengan orang lain dan mood (Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2000). Gangguan borderline pada umumnya bermula pada masa remaja atau dewasa awal. Gangguan borderline lebih sering terjadi kepada wanita daripada pria dengan prevalensi 1 persen (Swartz dkk, 1990; Torgesen, Kringlen, & Cramer, 2001).

Secara biologis Para pasien borderline memiliki neurotisme tinggi, suatu trait yang diturunkan secara genetik (Nigg & Goldsmith, 1994). Teori objek-hubungan Otto Kernberg mengemukakan bahwa pengalaman masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan menyebabkan anak-anak mengembangkan ego yang tidak merasa aman. Sementara Teori diathesis-stres dari Linehan berpendapat bahwa gangguan kepribadian borderline terjadi bila orang yang memiliki kemungkinan genetik (diathesis biologis) berupa kesulitan mengendalikan emosi dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang tidak mempertimbangkan dan

menghargai keinginan/perasaan seseorang serta ada upaya mengomunikasikan perasaan tidak diterima bahkan hukuman.

Adapun kriteria Gangguan Kepribadian Borderline dalam DSM IV-TR yaitu: Pola pervasif ketidakstabilan hubungan interpersonal, citra diri dan afek dan impulsivitas yang jelas pada masa dewasa awal dan ditemukan dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan oleh lima (atau lebih) berikut:

(a) usaha mati-matian untuk menghindari ketinggalan yang nyata atau khayalan (tidak termasuk perilaku bunuh diri atau mutilasi diri yang ditemukan dalam kriteria 5) ;

(b) pola hubungan interpersonal yang tidak stabil dan kuat yang ditandai oleh perubahan antara ekstrim-ekstrim idealisasi dan devaluasi ;

(c) gangguan identitas:citra diri atau perasaan diri sendiri yang tidak stabil secara jelas dan persisten ;

(d) impulsivitas pada sekurangnya dua bidang yang membahayakan diri sendiri (misalnya berbelanja,seks,penyalahgunaan zat, ngebut gila-gilaan,pesta makan).Catatan:tidak termasuk perilaku bunuh diri atau mutilasi diri yang ditemukan dalam kriteria 5 ;

(e) perilaku,isyarat atau ancaman bunuh diri yang berulang kali, atau perilaku mutilasi diri ;

(f) ketidakstabilan afektif karena reaktivitas mood yang jelas (misalnya disforia episodik kuat,iritabilitas,atau kecemasan biasanya berlangsung beberapa jam dan jarang lebih dari beberapa hari) ;

(g) perasaan kosong yang kronis ;

(h) kemarahan yang kuat dan tidak pada tempatnya atau kesulitan dalam mengendalikan kemarahan (misalnya sering menunjukkan temper,marah terus menerus,perkelahian fisik berulang kali) ;

(i) ide paranoid yang transien dan berhubungan dengan stres, atau gejala disosiatif yang parah

14. 4. 6 Gangguan Kepribadian Histrionic

Gangguan Histrionic ini diperuntukkan bagi orang-orang yang terlalu dramatis dan mencari perhatian. Gangguan kepribadian ini cenderung terjadi di kalangan orang-orang yang mengalami perpisahan dengan pasangannya dan dihubungkan dengan depresi serta kesehatan fisik yang buruk (Nestadt dkk, 1990).

Gangguan ini lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria dengan prevalensi 2 persen. Teori psikoanalisa berpendapat bahwa emosionalitas dan ketidaksenonohan perilaku secara seksual didorong oleh ketidaksenonohan orangtua, terutama ayah kepada anak perempuannya. Sedangkan ekspresi emosi yang berlebihan dipandang sebagai gejala-gejala konflik tersembunyi dan kebutuhan untuk menjadi pusat perhatian dipandang sebagai cara untuk mempertahankan diri dari perasaan yang sebenarnya yaitu harga diri yang rendah (Apt & Hurlbert, 1994; Stone, 1993).

Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Histrionic dalam DSM IV-TR adalah : Terdapat Pola pervasif emosionalitas dan mencari perhatian yang berlebihan, dimulai pada masa dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan pada lima (atau lebih) berikut:

- a. tidak merasa nyaman dalam situasi dimana ia tidak merupakan pusat perhatian
- b. interaksi dengan orang lain seringkali ditandai oleh godaan seksual yang tidak pada tempatnya atau perilaku provokatif
- c. menunjukkan pergeseran emosi yang cepat dan ekspresi emosi yang dangkal
- d. secara terus menerus menggunakan penampilan fisik untuk menarik perhatian kepada dirinya
- e. memiliki gaya bicara yang sangat impresionistik dan tidak memiliki perincian
- f. menunjukkan dramatisasi diri, teatrikal dan ekspresi emosi yang berlebihan

- g. mudah disugesti yaitu mudah dipengaruhi oleh orang lain dan situasi
- h. menganggap hubungan menjadi lebih intim ketimbang keadaan sebenarnya

14. 4. 7 Gangguan Kepribadian Narsistik

Orang-orang yang memiliki gangguan kepribadian Narcissistic memiliki pandangan yang berlebihan mengenai keunikan dan kemampuan yang mereka miliki. Mereka akan terokupasi (terpaku) pada pikiran-pikiran mengenai pentingnya diri mereka (self-importance) dan dengan fantasi-fantasi mengenai kekuatan (power) dan keberhasilan (succes) dan memandang diri mereka sendiri sebagai orang yang lebih superior (berkuasa) atas banyak orang.

Menurut Heinz Kohut (2018), diri muncul di awal kehidupan sebagai suatu struktur bipolar akibat dari ketidakmatangan emosi dan idealisasi yang berlebihan terhadap orang lain. Kegagalan untuk mengembangkan harga diri yang sehat terjadi bila orang tua tidak merespon dengan baik kompetensi yang ditunjukkan anak-anak mereka dimana anak tidak dihargai berdasarkan makna dirinya sendiri, melainkan dihargai sebagai alat untuk membangun harga diri orang tua.

Adapun Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Narcissistic dalam DSM IV-TR menunjukkan pola pervasif kebesaran (dalam khayalan atau perilaku), membutuhkan kebanggaan, dan tidak ada empati, dimulai pada dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan oleh lima (atau lebih) berikut: (a) memiliki rasa kepentingan diri yang besar (misalnya pencapaian dan bakat yang dilebih-lebihkan, berharap terkenal sebagai superior tanpa usaha yang sepadan); (b) preokupasi dengan khayalan akan keberhasilan, kekuatan, kecerdasan, kecantiakn atau cinta ideal yang tidak terbatas; (c) yakin bahwa ia adalah “khusus” dan unik dan dapat dimengerti hanya oleh atau harus berhubungan dengan orang lain (atau insitusi) yang khusus atau memiliki status tinggi; (d) membutuhkan

kebanggaan yang berlebihan ; (e) memiliki perasaan bernama besar yaitu harapan yang tidak beralasan akan perlakuan khusus atau kepatuhan otomatis sesuai harapannya ; (f) eksploitatif secara interpersonal yaitu mengambil keuntungan dari orang lain untuk mencapai tujuannya sendiri ; (g) tidak memiliki empati:tidak mau mengenali atau mengetahui perasaan dan kebutuhan orang lain ; (h) sering merasa iri dengan orang lain atau yakin bahwa orang lain iri kepada dirinya ; (i) menunjukkan perilaku yang congkak atau sombong

14. 4. 8 Gangguan Kepribadian Avoidant

Gangguan kepribadian avoidant atau gangguan kepribadian menghindar ditandai dengan perilaku menghindar dari kontak sosial karena sangat takut terhadap kemungkinan timbulnya kritikan, penolakan, atau ketidaksetujuan dari orang lain, kecuali jika mereka bahwa mereka akan disukai. Orang yang mengalami gangguan kepribadian avoidant juga cenderung menghindari pekerjaan yang mengharuskan mereka melakukan interaksi interpersonal.

Wiramihardja (2007) menerangkan bahwa para ahli kognitif mengatakan bahwa penderita gangguan avoidant mengembangkan keyakinan disfungsi mengenai harga diri sebagai refleksi dari penolakan oleh orang lain yang signifikan pada masa kecil (Beck & Freeman, 1990). Mereka mengatakan bahwa orang tuanya pasti tidak menyukainya, pasti menganggap dirinya sebagai orang yang tidak baik.

Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Avoidant dalam DSM IV-TR ditandai dengan munculnya pola pervasif hambatan sosial, perasaan tidak cakap dan kepekaan berlebihan terhadap penilaian negatif dimulai pada masa dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks seperti yang ditunjukkan oleh empat (atau lebih) berikut: (a) menghindari aktivitas pekerjaan yang memerlukan kontak interpersonal yang bermakna, karena takut akan kritik, celaan atau penolakan ; (b) tidak mau terlibat dengan orang lain kecuali merasa yakin akan disenangi ; (c) menunjukkan

keterbatasan dalam hubungan intim karena rasa takut dipermalukan atau ditertawakan ; (d) preokupasi dengan sedang dikritik atau ditolak dalam situasi social ; (e) terhambat dalam situasi interpersonal yang baru karena perasaan tidak adekuat ; (f) memandang diri sendiri sebagai janggal secara sosial, tidak menarik secara pribadi atau lebih rendah dari orang lain ; dan (g) tidak biasanya enggan untuk mengambil resiko pribadi atau melakukan aktivitas baru karena dapat membuktikan penghinaan

14. 4. 9 Gangguan Kepribadian Dependent

Gangguan kepribadian dependen adalah kurangnya kepercayaan diri dan kurangnya perasaan otonom. Individu yang mengalami gangguan kepribadian dependent memandang dirinya sebagai orang yang lemah dan orang lain sebagai orang yang penuh kekuatan. Kriteria dalam DSM secara umum menggambarkan orang yang mengalami gangguan kepribadian dependen sebagai orang yang sangat pasif.

Aliran psikoanalitis menyebutkan bahwa gangguan kepribadian dependent sebagai hasil dari fiksasi fase oral perkembangan psikoseksual. Para pengasuh di waktu kecil selalu mengikuti apa yang dibutuhkan penderita, akibatnya tidak dapat mengembangkan perilaku sehat yang independent atau tidak bergantung pada pengasuhnya itu.

Kriteria gangguan kepribadian dependen pada DSM-IV-TR adalah ditandai dengan kebutuhan yang pervasif dan berlebihan untuk diasuh yang menyebabkan perilaku tunduk dan menggantung dan rasa takut akan perpisahan, dimulai pada masa dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan oleh lima (atau lebih) berikut: (a) mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan setiap hari tanpa sejumlah besar nasehat dan penenteraman dari orang lain ; (b) membutuhkan orang lain untuk menerima tanggung jawab dalam sebagian besar bidang utama kehidupannya ; (c) memiliki kesulitan dalam mengekspresikan ketidaksetujuan pada orang lain. (d) - memiliki kesulitan dalam memulai proyek atau melakukan hal dengan diri

sendiri (karena tidak memiliki keyakinan diri dalam pertimbangan atau kemampuan ketimbang tidak memiliki motivasi atau energi) ; (e) berusaha berlebihan untuk mendapatkan asuhan dan dukungan dari orang lain, sampai pada titik secara sukarela melakukan hal yang tidak menyenangkan ; (f) merasa tidak nyaman atau tidak berdaya jika sendirian karena timbulnya rasa takut tidak mampu merawat diri sendiri ; (g) segera mencari hubungan dengan orang lain sebagai sumber pengasuhan dan dukungan jika hubungan dekatnya berakhir, dan (h) secara tidak realistis terpreokupasi dengan rasa takut ditinggal untuk merawat dirinya sendiri

14. 4. 10 Gangguan Kepribadian Obsessive – Compulsive

Kepribadian Obsessive-Compulsive ditandai dengan perilaku berulang-ulang dengan mengalokasikan waktu berlebih karena takut terfokus pada hal yang salah. Kepribadian Obsessive-Compulsive terjadi pada individu yang perfeksionis, terfokus berlebihan pada detail, aturan, jadwal, dan sejenisnya sehingga sering tidak pernah menyelesaikan pekerjaannya.

Banyak korban trauma kepala atau infeksi yang mengenai sistem saraf pusat kemudian mengalami OCD. Pemindai tomografi emisi positron yang mengkaji metabolisme glukosa pada nucleus kaudatus dan girus orbital pada ganglia basal otak memperlihatkan perbedaan pada individu yang mengalami OCD dan yang tidak.

Kriteria gangguan kepribadian Obsessive-Compulsive pada DSM-IV-TR adalah munculnya pola pervasif dengan urutan, perfeksionisme dan pengendalian mental dan interpersonal, dengan mengorbankan fleksibilitas, keterbukaan dan efisiensi, dimulai pada masa dewasa awal dan tampak dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan oleh empat (atau lebih) berikut: (a) terpreokupasi dengan perincian, aturan, daftar, urutan, susunan atau jadwal sampai tingkat di mana aktivitas utama hilang ; (b) menunjukkan perfeksionisme yang mengganggu penyelesaian tugas (misalnya tidak mampu menyelesaikan suatu proyek karena tidak memenuhi standarnya sendiri yang terlalu ketat) ; (c) secara berlebihan setia pada pekerjaan dan produktivitas sampai mengabaikan aktivitas waktu luang dan persahabatan (tdk

disebabkan oleh kebutuhan ekonomi yang besar); (d) terlalu berhati-hati, teliti dan tidak fleksibel tentang masalah moralitas, etika atau nilai-nilai (tidak disebabkan oleh identifikasi kultural atau religius); (e) tidak mampu membuang benda-benda yang usang atau tidak berguna walaupun tidak memiliki nilai sentimental; (f) enggan untuk mendelegasikan tugas atau untuk bekerja dengan orang lain kecuali mereka tunduk dengan tepat caranya mengerjakan hal itu. (g) memiliki gaya belanja yang kikir baik untuk dirinya sendiri maupun orang lain; uang dipandang sebagai sesuatu yang harus ditimbun untuk bencana masa depan, dan (h) menunjukkan kekakuan dan keras kepala

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association, Diagnostic Criteria from DSM-IV, American Psychiatric Association; Washington DC; 1994.
- Barlow, David H. 2007. Psikologi Abnormal Edisi Keempat (Terjemahan). Jakarta : Pustaka Pelajar.
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. 2010. Psikologi Abnormal, Edisi ke-9 (Terjemahan). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Edens, Jhon F., & Kelley, Shannon E., 2014. "DSM-5 Antisocial Personality Disorder: Predictive Validity In A Prison Sample". Journal of Law and Human Behavior, Hlm. 1-7
- Husni, M. (2019). Selfie Gangguan Kepribadian Narsistik. *Jurnal Tinta: Jurnal Ilmu Keguruan Dan Pendidikan*, 1(1), 105-116.
- Kaplan H.I, M.D and Sadock B.J, M.D; Theories of Personality and Psychopathology in Synopsis of Psychiatry, sixth edition; William and Wilkins; Baltimore USA ; 1991.
- Kohut, H. (2018). The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut 1978-1981. Routledge.
- Kring, A.M and Johnson, S. (2013). Abnormal Psychology, 12th Edition DSM-5 Update 12th Edition, Kindle Edition
- Nevid Jeffrey S. Rathus Spencer A. Green Beverly. (2005). Psikologi Abnormal penerjemah, Tim Fakultas Psikologi UI-Ed.5, Jilid.1. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Noor, A. (2019). Sistem Pakar Diagnosa Gangguan Kepribadian. *Jurnal Humaniora Teknologi*, 5(2), 33-41.
- Prahara Sowanya. 2014. Peran Kecenderungan-Kecenderungan Kepribadian Narsistik terhadap Kecenderungan Anorexia Nervosa pada Model Perempuan. *Jurnal Sosio-Humaniora Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta*. Vo.5 No.1
- Ripli, M. (2015). Mengenal Gangguan Kepribadian Serta Penanganannya. *Al-Tazkiah: Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam*, 4(2), 58-70.
- Sadock B.J, Md and Sadock V. A, M.D; Personality Disorders in Comprehensive Text Book of Psychiatry; seventh edition; Volume I A : Lippincot Williams and Wilkins; Philadelphia USA; 2000.

- Videbeck, Sheila L. 2008. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Wiramihardja, Prof. Dr. Sutardjo A., psi. 2007. Pengantar Psikologi Abnormal. Bandung: PT. Refika Aditama

BIODATA PENULIS



Ratnasartika Aprilyani, S.Psi., Psi.,M.Si., Psikolog

Penulis merupakan pengajar atau dosen tetap di Universitas Binawan Program Studi Psikologi. Penulis juga praktisi sebagai Psikolog Klinis dan Asessor di beberapa lembaga psikologi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) di Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta; Profesi Psikolog dan Pascasarjana (S2) di Magister Psikologi Universitas Gadjah Mada. Media sosial : @ratnabundakika79 (instagram)

BIODATA PENULIS



Reza Fahlevi, S.K.M., M.M., M.Psi., Psikolog

Penulis lahir di Palembang pada tanggal 23 Desember 1991. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Psikologi dan praktisi Psikolog Klinis dengan bidang minat terhadap Psikologi Kesehatan dan Psikologi Positif. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Profesi Psikologi Universitas Tarumanagara pada bidang Psikologi Klinis. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Manajemen Universitas Tridinanti bidang Sumber Daya Manusia serta S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Swijaya dan S1 Psikologi Universitas Bina Darma

BIODATA PENULIS



Dr. Irwanto, S. Pd.T., M. Pd.

Dosen Program Studi Pendidikan Vokasional Teknik Elektro
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan

Penulis lahir di Jambu 10 Oktober 1983 merupakan Dosen bidang Pendidikan Vokasional Teknik Elektro, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan (FKIP) Universitas Sultan Ageng Tirtayasa (UNTIRTA), Kota Serang Banten. Semua Pendidikan mulai dari program Sarjana, Magister dan Doktor di selesaikan di Universitas Negeri Yogyakarta Dengan Jurusan Pendidikan Teknologi dan Kejuruan (PTK). Penyandang gelar Doktor ke 108 Program Pascasarjana Universitas Negeri Yogyakarta dan merupakan Doktor ke 18 pada Program Studi Pendidikan Teknologi Kejuruan (PTK) Universitas Negeri Yogyakarta (2011). Sekarang melanjutkan kuliah Program Sarjana Ilmu Hukum di Fakultas Hukum, Universitas Bina Bangsa, Kota Serang-Banten.

BIODATA PENULIS



Laila Meiliyandrie Indah Wardani, Ph. D

Dosen Program Studi Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana

Penulis lahir di Cilegon tanggal 16 Mei 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Psikologi Fakultas Psikologi, Universitas Mercu Buana. Menyelesaikan pendidikan S1 di program studi Psikologi, Universitas Diponegoro dan melanjutkan Pendidikan S2 dan S3 Psikologi Industri dan Organisasi di Fakultas Sosial dan Kemanusiaan, Universiti Kebangsaan Malaysia. Saat ini penulis aktif sebagai dosen dalam bidang metodologi, psikologi industri dan organisasi, lintas budaya, dan social. Penulis juga aktif dalam penelitian yang berfokus pada *well-being*, resiliensi, pekerja, dan society 5.0.

BIODATA PENULIS



Andriyani Emilia Lay, M.A., Psikolog
Dosen Program Studi Bimbingan dan Konseling
Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan
Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Kefamenanu, NTT, pada tanggal 16 Desember 1974. Penulis menamatkan pendidikan S1 Psikologi dan Program Profesi Psikologi di Universitas Katolik Soegijapranata Semarang, kemudian menyelesaikan pendidikan Magister Psikologi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Prodi Bimbingan dan Konseling Universitas Nusa Cendana Kupang dan berpraktek sebagai psikolog klinis.

BIODATA PENULIS



Erna Risnawati, S.Psi, M.Si

Konsultan Psikologi Perkembangan dan
Pendidikan Anak Usia Dini

Penulis lahir di Tangerang tanggal 17 November 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan anak usia dini Universitas terbuka. Selain itu penulis juga menjadi pengajar pada Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana.. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Psikologi UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan melanjutkan S2 Magister Psikologi Perkembangan di Universitas Indonesia. Penulis menekuni penelitian dalam bidang parenting, perkembangan anak, *theory of mind* dan *father involvement*.

BIODATA PENULIS



Novita Maulidya Jalal, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog lahir di Ujung Pandang, Sulawesi Selatan, 10 November 1987. Penulis menyelesaikan studi di SD Neg.Komp.IKIP I Makassar, SMP.Neg.03 Makassar, SMA.Neg.17 Makassar. Kemudian penulis lulus sebagai sarjana S1 di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Magister Psikologi Profesi UGM Yogyakarta. Saat ini, menjadi Dosen di Fakultas Psikologi Universitas Negeri Makassar (UNM). Selain itu, penulis juga aktif melakukan Praktek kerja Profesi Psikolog, serta memberikan layanan kepada masyarakat berupa Psikoedukasi dan Training. email: novitamaulidya@yahoo.com atau novitamaulidyajalal@unm.ac.id

BIODATA PENULIS



Ria Andriany Fakhri, S.Psi., MA
Staf BPMP Provinsi Sulawesi Barat

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 23 September 1985. Penulis merupakan staf Balai Penjaminan Mutu Pendidikan Provinsi Sulawesi Barat, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan Psikologi di Universitas Negeri Makassar dan Universitas Gadjah Mada dan saat ini melanjutkan S3 pada Jurusan Educational Research and Development di University of Lincoln, UK.

BIODATA PENULIS



Nurfitriany Fakhri, S.Psi., MA
Dosen Fakultas Psikologi

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Psikologi, sejak tahun 2010. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Program Studi Psikologi, dengan bidang minat utama Psikologi Sosial dan minat minor Psikologi Umum dan Eksperimen. Penulis menekuni bidang menulis artikel penelitian khususnya perilaku internet, kognisi, perilaku dalam budaya, dan intrapersonal peacefulness.

BIODATA PENULIS



**Basilia Subiyanti Wilujeng, M.Psi., Psikolog
Psikolog Klinis dan Praktisi Pengembangan SDM**

Penulis lahir di Probolinggo, 27 September 1980. Penulis menyelesaikan Program Magister Profesi (S-2) di Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya. Sedangkan gelar Kesarjanaannya (S1) diperoleh dari Fakultas Psikologi Universitas Hang Tuah Surabaya. Saat ini berprofesi sebagai Praktisi Psikolog. Selain sebagai Psikolog Klinis dan Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, penulis juga aktif sebagai praktisi psikolog yang memberikan layanan psikologi di bidang pendidikan dan pengembangan SDM. Ia juga sebagai Owner dan menjabat sebagai Direktur lembaga psikologi CHARACTER di Sidoarjo Jawa Timur. Selain itu, penulis juga sebagai asesor atau tenaga professional yang melakukan penilaian kompetensi perseorangan dan menyusun laporan uji kompetensi untuk berbagai lembaga Asesmen Center di Indonesia. Bagi penulis, menulis adalah seni untuk mengungkapkan suatu ide dan pemikiran, baik terkait dengan suatu kejadian atau hanya sekedar mengekspresikan suatu ungkapan isi hati. Dengan harapan, apa yang tertuang di dalam tulisannya merupakan suatu hal yang memberikan makna dan manfaat bagi pembacanya. Menulis adalah kerja keabadian, seseorang boleh memiliki kepandaian setinggi langit, akan tetapi selama ia tidak menuliskannya, kepandaianya ia akan hilang dari sejarah dan masyarakat.

BIODATA PENULIS



Meilisa Silviana Patodo S.Psi., M.A merupakan dosen pengajar pada Fakultas Kedokteran Universitas Tadulako. Penulis lahir di Palu, Sulawesi Tengah pada tanggal 4 Mei 1989 dan merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Jenjang akademik penulis dimulai dengan menempuh program studi S1 Jurusan Psikologi di Universitas Teknologi Yogyakarta lulus tahun 2011. Kemudian, untuk jenjang Magister, penulis melanjutkan studinya pada program studi S2 Psikologi Klinis (Sains) di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta dan lulus pada tahun 2015. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan juga dalam profesinya sebagai pengajar mata kuliah Psikologi serta menulis beberapa ide dan gagasan dalam bentuk tulisan ilmiah.

BIODATA PENULIS



Natalia Sulisty Veerman, M.Psi., Psikolog

Seseorang praktisi dalam bidang pendidikan selama lebih dari 15 tahun serta aktif dalam psikologi. Tidak hanya itu, dia pula sempat menjadi dosen di sebagian universitas di Surabaya.

Dia lahir di Surabaya pada bertepatan pada 24 Desember 1984. Gelar Kesarjanaannya(S- 1) diperoleh dari Fakultas Psikologi Universitas Hang Tuah Surabaya. Dia pula menuntaskan program magister profesi Psikologi(S2), di Program Magister Profesi Psikologi Universitas Airlangga.

BIODATA PENULIS



Sri Wahyuning Astuti

Dosen Fakultas Komunikasi dan Bisnis Program Studi Digital Public Relation Telkom University

Menyelesaikan studi S1 di Universitas Diponegoro Semarang, S2 di Universitas Mercu Buana dan S3 di Universitas Padjadjaran. Aktif sebagai pembicara terkait Public Relation dan Perilaku Psikologis dan Kesehatan Mental. Memiliki ketertarikan terhadap kajian perilaku manusia dalam kaitannya dengan penggunaan media. Beberapa buku yang sudah diterbitkan terkait psikologi ruang maya, dan fenomena body shaming di dunia maya.

Sebagai Praktisi Hypnotherapy, saat ini fokus pada pemberian therapy pada remaja dan dewasa.

BIODATA PENULIS



Hafnidar, S. Psi., M. Sc., Ph. D
Dosen Program Studi Psikologi
Universitas Malikussaleh

Penulis lahir di Bireuen (Aceh) tanggal 6 April 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Psikologi, Universitas Malikussaleh. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Psikologi Universitas Diponegoro dan melanjutkan S2 pada Jurusan Clinical Counseling of Psychology Department of Asia University Taiwan, serta S3 Educational Psychology di University Sultan Idris Malaysia. Penulis juga sedang menempuh Pendidikan Profesi Psikologi Klinis di Universitas Gunadarma Jakarta.