

BAHAN AJAR
PSIKOLOGI ABNORMAL

Tim Penyusun:

- I Gusti Ayu Putu Wulan Budisetyani
- Putu Nugrahaeni Wideasavitri
- Adijanti Marheni
- David Hizkia Tobing
- Dewi Puri Astiti
- I Made Rustika
- Komang Rahayu Indrawati
- Luh Kadek Pande Ary Susilawati
- Luh Made Karisma Sukmayati Suarya
- Made Diah Lestari
- Naomi Vembriati
- Ni Made Ari Wilani
- Ni Made Swasti Wulanyani
- Yohanes Kartika Herdiyanto
- Supriyadi



Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran
UNIVERSITAS UDAYANA
2016

PRAKATA

Puji syukur atas rahmat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memperkenankan buku itu dituliskan untuk membantu para mahasiswa matakuliah Psikologi Abnormal. Buku ajar Psikologi Abnormal dirasa sangat penting untuk dibuat karena membantu mahasiswa untuk mengetahui, memahami, dan mempelajari berbagai macam gangguan psikologis pada manusia. Oleh karena itu, harapan kami, dengan adanya buku ini, dapat membantu para mahasiswa untuk mempelajari dan menumbuhkan rasa ingin tahu tentang pokok-pokok bahasan yang ada di dalam psikologi abnormal. Terimakasih.

Denpasar, 20 September 2016

Tim Penyusun

1. Manfaat Mata Kuliah

Mata kuliah ini diberikan agar mahasiswa dapat memahami macam-macam gangguan psikologis yang secara tepat serta melakukan diagnosis berdasarkan sub tema yang diajarkan.

2. Deskripsi Perkuliahan

Mata kuliah ini membahas pemahaman tentang berbagai macam teori dasar gangguan psikologis, mengenali gejala-gejala gangguan psikologis, tahapan dalam menegakkan diagnosa, analisa dan memberi rujukan mengenai terapi yang tepat yang dapat dilakukan. Selain itu mahasiswa melakukan praktek terkait penegakan diagnosis yang dilakukan pada suatu kelompok atau komunitas.

3. Tujuan Instruksional

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini (pada akhir semester), mahasiswa akan dapat memahami dan menjelaskan mengenai definisi, teori dasar, gejala-gejala, dan terapi terhadap berbagai jenis gangguan psikologis. Selain itu mahasiswa melakukan langkah-langkah menegakkan diagnosis pada kasus nyata di lingkungan.

4. Organisasi Materi

Organisasi materi dapat dilihat pada jadwal perkuliahan.

5. Strategi Perkuliahan

Strategi instruksional yang digunakan pada mata kuliah ini terdiri dari:

- a. Urutan kegiatan instruksional berupa: pendahuluan (tujuan mata kuliah, cakupan materi pokok bahasan, dan relevansi), penyajian (uraian, contoh, diskusi, evaluasi), dan penutup (umpan balik, ringkasan materi, petunjuk tindak lanjut, pemberian tugas di rumah, gambaran singkat tentang materi berikutnya)
- b. Metode instruksional menggunakan: metode ceramah, demonstrasi, tanya-jawab, diskusi kasus, dan penugasan.
- c. Ceramah berupa penyampaian bahan ajar oleh dosen pengajar dan penekanan-penekanan pada hal-hal yang penting dan bermanfaat untuk diterapkan nantinya dalam praktek sebagai praktisi psikologi.
- d. Demonstrasi berupa praktek melakukan konseling yang sesuai dengan pokok bahasan.

- e. Tanya jawab dilakukan sepanjang tatap muka, dengan memberikan kesempatan mahasiswa untuk memberi pendapat atau pertanyaan tentang hal-hal yang tidak mereka mengerti atau bertentangan dengan apa yang mereka pahami sebelumnya.
- f. Diskusi kasus dilakukan dengan memberikan contoh kasus/kondisi pada akhir pokok bahasan, mengambil tema yang sedang aktual di masyarakat dan berkaitan dengan pokok bahasan tersebut, kemudian mengajak mahasiswa untuk memberikan pendapat atau menganalisis secara kritis kasus/kondisi tersebut sesuai dengan pengetahuan yang baru mereka dapatkan.
- g. Penugasan diberikan untuk membantu mahasiswa memahami bahan ajar, membuka wawasan, dan memberikan pendalaman materi. Penugasan diberikan dalam bentuk praktek menegakkan diagnosa sesuai dengan tema yang diajarkan, dan membuat tulisan yang membahas kasus/kondisi yang berkaitan dengan pokok bahasan. Pada penugasan ini, terdapat komponen keterampilan menulis ilmiah, berpikir kritis, dan keterampilan komunikasi.
- h. Media instruksionalnya berupa: *LCD projector*, *whiteboard*, artikel aktual di surat kabar/internet/majalah/jurnal ilmiah, buku diktat bahan ajar, *handout*, dan kontrak perkuliahan.
- i. Waktu per sks: 5 menit pada tahap pendahuluan, 40 menit pada tahap penyajian, dan 5 menit pada tahap penutup.
- j. Evaluasi: evaluasi formatif dilakukan selama proses pembelajaran berlangsung.

6. Materi/Bacaan Perkuliahan

Buku/bacaan pokok dalam perkuliahan ini adalah:

1. Gladding, S. (2009). *Counseling: A Comprehensive Profession*. New Jersey: Pearson Education International.
2. Kennedy, E.C. (1977). *On Becoming A Counselor*. New York: The Seabury Press.
3. Pederson, P.B., Draguns, J.G., Lonner., W.J., & Trimble, J.E. (1996). *Counseling Across Culture*. USA: Sage Publication.
4. Miller, G. (2012). *Fundamentals of Crisis Counseling*. New Jersey: John Wiley & Sons.

7. Tugas

Dalam perkuliahan, diberikan beberapa tugas sebagai berikut:

- Materi perkuliahan sebagaimana disebutkan dalam jadwal perkuliahan harus sudah dibaca sebelum mengikuti tatap muka. Apabila ada, *handout* sudah akan diserahkan pada mahasiswa sebelum hari kuliah.
- Penugasan diberikan berupa tugas presentasi pada tiap sub materi, kemudian diakhir semester praktek yang dilakukan mahasiswa pada klien adalah observasi, interview, serta penegakan diagnosa yang tepat dengan format yang telah ditentukan. Tugas laporan dikumpulkan pada saat UAS.
- Evaluasi mahasiswa dilakukan dengan mengadakan tugas praktek dan ujian semester, dengan format soal pilihan ganda atau *essay*.
- Penugasan sesuai pokok bahasan, yang harus sudah diselesaikan sesuai tanggal yang ditentukan.

8. Kriteria Penilaian

Penilaian akan dilakukan oleh pengajar dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

Nilai dalam huruf	Rentang skor
A	80- keatas
B	65-79
C	55-64
D	40-54
E	kebawah -39

- Pembobotan nilai adalah sebagai berikut:
Nilai Tugas : 30%
UTS : 35%
UAS : 35 %
- Program Studi Psikologi tidak mentolerir adanya kecurangan dalam ujian. Ujian Kuis, UTS, UAS adalah instrumen untuk menguji kemampuan mahasiswa dalam memahami mata kuliah. Apabila mahasiswa menunjukkan gerak-gerik mencurigakan selama tes-tes tersebut, atau ditemukan mencontek/memberikan contekan, akan mendapatkan pengurangan nilai 25% dari nilai yang diperolehnya untuk tes tersebut, dan pengurangan ini akan disampaikan secara terbuka pada waktu pengumuman nilai. Apabila mahasiswa ditemukan membawa/membuat (walaupun tidak membuka) catatan selama tes-tes

tersebut, baik berupa kertas, coretan di kursi, dan sebagainya, maka mahasiswa tersebut akan mendapat nilai 0 untuk tes tersebut.

- Presentasi ketentuan mendapatkan penilaian kehadiran sebagai berikut:
 - Setiap mahasiswa wajib hadir tepat waktu saat perkuliahan dimulai. Bagi yang terlambat melebihi 15 menit maka diperkenankan masuk tetapi tidak diperkenankan melakukan presensi.
 - Bagi mahasiswa yang jumlah presensinya kurang dari 75% dari jumlah kehadiran kuliah maka orang bersangkutan tidak boleh mengikuti UAS.

9. Jadwal Perkuliahan

Pertemuan	Tanggal	Materi Kuliah/Topik	Content Perkuliahan	Dosen
1	5 Sept 2016	Pendahuluan: pertimbangan sejarah dan ilmiah	<ul style="list-style-type: none"> • Apakah yg dimaksud dengan perilaku abnormal? • Sejarah psikopatologi • Ilmu pengetahuan : sebuah inisiatif mahasiswa 	WB
2	19 Sept 2016	Paradigma terkini dalam psikopatologi & terapi	<ul style="list-style-type: none"> • Paradigma biologis • Paradigma psikoanalisis • Paradigma humanistik & eksistensial • Paradigma belajar • Paradigma kognitif 	PT
3	26 Sept 2016	Gangguan cemas	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kecemasan: FOBIA, Gangguan Panik, GAD 	PT
4	3 Okt 2016	Mood Disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Karakteristik umum • Teori psikologis tentang gangguan mood • Teori biologis tentang gangguan mood • Terapi gangguan mood • Gangguan mood pada masa kanak-kanak & remaja • Bunuh diri 	WB
		Dissosiative disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan disosiatif & somatoform 	
5	10 Okt 2016	OCD & PTSD	<ul style="list-style-type: none"> • OCD • PTSD 	PT
6	17 & 24 Sept 2016	UTS		
7	7 Nov 2016	Personality disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Kelompok aneh • Kelompok dramatik • Kelompok pencemas • Terapi gangguan kepribadian 	PT
		Skizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> • Definisi 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Simtom klinis • Sejarah konsep • Etiologi • terapi 	
8	14 Nov 2016	Gangguan yang berkaitan dengan penggunaan zat	<ul style="list-style-type: none"> • penyalahgunaan & ketergantungan alkohol • nikotin & rokok • sedatif & stimulan • LSD & Halusinogen lain • Etiologi penyalahgunaan & ketergantungan zat • Terapi psikologis • Penanganan obat terlarang • Penanganan merokok 	WB
9	21 Nov 2016	Eating disorder	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran klinis • Etiologi eating disorder • Penanganan eating disorder 	WB
10	5 Des 2016	Disorder of Childhood	<ul style="list-style-type: none"> • GPPH • Gangguan tingkah laku • Disabilitas belajar • Retardasi mental • Gangguan autistik 	WB
11	28 Nov 2016	Sexual disorder Legal & ethical issues	<ul style="list-style-type: none"> • Etiologi • Terapi • Komitmen dan pelanggaran • Komitmen sipil • Dilema etika dalam terapi dan penanganan 	PT
12	UAS			

Pengantar Psikologi Abnormal

A. Definisi perilaku ABNORMAL

Segala perilaku yang dapat dilihat melalui indikator:

- a. Kejarangan Statistik
 - Perilaku tersebut jarang ditemukan
 - Seringkali digunakan utk mendiagnosis RM
 - Distribusi normal dalam populasi
- b. Pelanggaran Norma
 - Melanggar norma sosial / mengancam / mencemaskan mereka yg mengamati
 - serangan verbal, fisik, PL antisosial psikopat, PL OCD, dialog pasien psikotik,
- c. Distress Pribadi
 - Tekanan pribadi
 - Apabila menciptakan tekanan & siksaan besar pd orang yg mengalaminya
 - Psikopat >< OCD
- d. Ketidakmampuan /disfungsi Perilaku
 - Ketidakmampuan individu dlm beberapa bidang penting dalam hidupnya
 - contoh: gangguan hubungan seksual dengan pasangan akibat paranoid.
- e. Respon yang tdk diharapkan
 - Disabilitas dianggap abnormal apabila merupakan respon yg tdk diharapkan thd stresor lingkungan

B. Sejarah Psikopatologi

- Demonologi
 - gangguan jiwa disebabkan oleh roh jahat
- Eksorsisme
 - pengusiran roh jahat dng mantra atau siksaan ritualistik
- Somatogenesis >< Psikogenesis

→ Hippocrates

- Reformasi Pinel (1793)
 - Philippe Pinel (1745 – 1826)
- Dorothea Dix
 - RSJ di USA

C. Paradigma Biologis

- Berbagai pertanyaan dalam psikopatologi akan ditemukan dlm tubuh manusia.
- Fokus pada: Genetika PL & Biokimia
- Genetika PL → perbedaan PL yg sebagian disebabkan perbedaan struktur genetik
 - Genotip

D. PARADIGMA PSIKOANALISIS

- Freud → id, ego, superego
- Tahap perkembangan psikoseksual → oral, anus, phallic, genital

Defense Mechanism:

- Represi
- Denial
- Proyeksi
- Displacement
- Rasionalisasi
- Reaksi formasi
- Sublimasi

GANGGUAN KECEMASAN

Kecemasan/anxietas (anxiety) adalah suatu keadaan apprehensi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Kecemasan merupakan respons yang tepat terhadap ancaman, kecemasan bisa menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman atau ancaman datang tanpa ada penyebabnya.

TIPE-TIPE GANGGUAN KECEMASAN

A. FOBIA

- **Kriteria DSM-IV-TR untuk Fobia :**

- a. ketakutan yang berlebihan, tidak beralasan, dan menetap yang dipicu oleh objek atau situasi
- b. keterpaparan dengan pemicu menyebabkan kecemasan intens
- c. orang tersebut menyadari bahwa ketakutannya tidak realistis
- d. objek atau situasi tersebut dihindari atau dihadapi dengan kecemasan intens

- **Deskripsi :**

Ketakutan dan penolakan terhadap objek atau situasi yang tidak mengandung bahaya yang sesungguhnya. Fobia diawali dengan bahasa Yunani yaitu objek atau situasi yang ditakuti. Kata fobia diambil dari dewa Yunani Phobos, yang takut kepada musuh-musuhnya. Terdapat berapa istilah seperti :

Claustrophobia	: ketakutan pada ruang tertutup
Agoraphobia	: ketakutan pada tempat umum
Acrophobia	: ketakutan pada ketinggian
Ergasiophobia	: ketakutan menulis
Pnigophobia	: ketakutan tersedak
Taphephobia	: ketakutan dikubur hidup-hidup
Anglophobia	: ketakutan pada Inggris
Musophobia	: ketakutan pada tikus
Hellenologophobia	: ketakutan pada kondisi ilmiah semu

contoh : ketakutan ekstrim terhadap ketinggian, tempat tertutup, ular, atau laba-laba.

Para psikoanalisis berfokus pada isi fobia. Objek yang ditakuti sebagai suatu simbol ketakutan bawah sadar yang penting. Kasus Freud, Little Hans memiliki ketakutan bertemu dengan kuda bila ia pergi ke luar rumah. Ternyata kuda tersebut dianggap mewakili ayahnya yang berkumis dan berkacamata.

Para behavioris, memfokuskan pada fungsinya. Bagi mereka, ketakutan pada ular dan ketinggian memiliki kesamaan dalam kaitan bagaimana terjadinya, bagaimana ketakutan tersebut dapat dikurangi, dan sebagainya.

- **Tipe Fobia :**

- a. Fobia Spesifik**

Ketakutan beralasan yang disebabkan oleh kehadiran atau antisipasi suatu objek atau situasi spesifik. DSM-IV-TR membagi fobia berdasarkan sumber ketakutannya :

1. Darah
2. Cedera dan penyuntikan
3. Situasi (pesawat terbang, lift, dll)
4. Binatang
5. Lingkungan alami (ketinggian, air, dll)

Fobia juga bervariasi dalam berbagai budaya, contoh :

1. Di Cina, pa-leng adalah ketakutan pada dingin dimana seseorang mengalami kekhawatiran bahwa hilangnya panas tubuh dapat menyebabkan nyawa terancam. Ketakutannya berkaitan dengan filosofi Cina tentang yin dan yang, yin berupa pencairan energi yang dingin dan berangin.
2. Di Jepang, taijinkyofu-sho yaitu ketakutan pada orang lain. Ketakutan ekstrem untuk mempermalukan orang lain. Diyakini fobia ini timbul dari berbagai elemen tradisional Jepang yang mendorong kepedulian yang ekstrem terhadap perasaan orang lain namun tidak mendorong komunikasi perasaan secara langsung

- b. Fobia Sosial**

Ketakutan menetap dan tidak rasional yang umumnya berkaitan dengan keberadaan orang lain. Angka bunuh diri pada orang yang menderita fobia sosial jauh lebih tinggi dibanding pada mereka yang menderita gangguan anxietas lain. Individu yang menderita fobia sosial biasanya mencoba menghindari situasi dimana ia mungkin dinilai dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau berperilaku secara memalukan. Misal keringat berlebihan atau memerahnya wajah karena

sensitivitas sosial ekstrem yang mereka alami sangat merugikan secara emosional. Awal terjadinya biasanya pada masa remaja, saat kesadaran sosial dan interaksi dengan orang lain menjadi sangat penting dalam kehidupan seseorang. Ketakutan semacam itu juga ditemukan pada anak-anak. Fobia sosial cukup bervariasi dalam berbagai budaya.

Contoh : Di Jepang ketakutan menyakiti orang lain merupakan hal penting tetapi di Amerika Serikat ketakutan dinilai negative oleh orang lain lebih jamak.

- **Etiologi Fobia**

- a. Teori Psikoanalisis**

Menurut Freud, fobia merupakan pertahanan terhadap kecemasan yang disebabkan oleh impuls-impuls id yang ditekan. Kecemasan ini dialihkan dari impuls id yang ditakuti dan dipindahkan ke suatu objek atau situasi yang memiliki koneksi simbolik dengannya yang kemudian menjadi stimuli fobik dengan menghindari seseorang dapat menghindari dari konflik yang ditekan. Fobia adalah cara ego untuk menghindari konfrontasi dengan masalah sebenarnya, yaitu konflik masa kecil yang ditekan.

Menurut Arieti (1979), sesuatu yang ditekan merupakan masalah interpersonal tertentu di masa kecil dan bukan suatu impuls id. Pada masa kanak-kanak, orang fobia awalnya menjalani periode tanpa dosa di mana mereka memercayai orang lain di sekitar mereka untuk melindungi mereka dari bahaya. Kemudian mereka menjadi takut bahwa orang dewasa terutama orang tua tidak dapat diandalkan. Untuk dapat kembali memercayai orang lain, secara tidak sadar mereka mengubah rasa takut pada orang lain menjadi rasa takut pada objek atau situasi yang tidak menyenangkan. Fobia muncul ketika pada masa dewasa seseorang mengalami beberapa bentuk stress

- b. Teori Behavioral**

- **Avoidance Conditioning**

Demonstrasi Watson dan Rayner (1920) mengenai pengkondisian terhadap suatu rasa takut atau fobia yang terlihat jelas pada Little Albert (ketakutan terhadap tikus putih). Formulasi avoidance conditioning dilandasi oleh teori dua faktor yang diajukan oleh Mowrer (1947) dan menyatakan bahwa fobia berkembang dari dua rangkaian pembelajaran yang saling berkaitan :

1. Classical conditioning, belajar untuk takut pada suatu stimulus netral (CS)
2. Operant conditioning, belajar mengurangi rasa takut yang dikondisikan tersebut dengan menghindari stimulus netral (cs)

Suatu fobia atau objek atau situasi spesifik kadangkala dilaporkan setelah terjadi pengalaman yang menyakitkan dengan objek tersebut.

Contoh : beberapa orang menjadi sangat takut pada ketinggian setelah jatuh yang berakibat buruk, fobia mengemudi karena pernah mengalami serangan panik saat di dalam mobil, dll.

Avoidance conditioning tidak dapat dianggap sebagai teori yang sepenuhnya dapat dibenarkan. Banyak orang yang menderita menuturkan bahwa mereka tidak pernah terpapar langsung dengan kejadian traumatis atau dengan model yang menakutkan.

➤ **Modeling**

Ketakutan dapat dipelajari dengan meniru reaksi orang lain. Pembelajaran terhadap rasa takut dengan mengamati orang lain secara umum disebut **vicarious learning**.

Contoh :

1. Penelitian Bandura dan Rosenthal (1966), para peserta mengamati model yang sedang diikat pada serangkaian alat listrik dan saat terdengar dengungan sang model berpura-pura merasa kesakitan. Peserta bereaksi secara emosional terhadap stimulus yang tidak berbahaya walaupun mereka tidak melakukan kontak secara langsung dengan kejadian. (direkam)
2. Terjadi melalui instruksi verbal, reaksi fobik dipelajari melalui deskripsi yang diberikan orang lain tentang apa yang mungkin terjadi selain melalui observasi langsung terhadap ketakutan orang lain. Ex : orang tua memberitahukan anaknya untuk tidak melakukan aktivitas berbahaya

c. Teori Kognitif

Bagaimana proses berpikir manusia dapat berperan dan bagaimana pikiran dapat membuat fobia menetap. Orang-orang yang mengalami kecemasan sosial lebih khawatir terhadap penilaian orang lain dibanding orang yang tidak mengalami kecemasan sosial. Rasa takut yang menetap dan fakta bahwa ketakutan tersebut sesungguhnya tampak irasional bagi mereka yang mengalaminya. Rasa takut terjadi melalui proses – proses otomatis yang terjadi pada awal kehidupan dan tidak disadari, setelah proses awal tersebut, stimulus dihindari sehingga tidak diproses cukup lengkap dan yang dapat menghilangkan rasa takut tersebut.

d. Faktor Biologis yang Mempengaruhi

➤ **Sistem Saraf Otonom**

seperti berkeringat dan memerahnya wajah

➤ **Faktor Genetik**

misalnya ayah dan anak laki-lakinya fobia ketinggian. Faktor genetik mungkin berperan dalam etiologi fobia namun hingga saat ini tidak ada bukti tegas yang menunjukkan sampai sejauh mana peran faktor genetik.

• **Terapi Fobia**

a. Pendekatan Psikoanalisis

Mengungkap konflik-konflik yang ditekan yang diasumsikan mendasari ketakutan ekstrem dan karakteristik penghindaran dalam gangguan.

Dalam asosiasi bebas, analis mendengarkan apa yang dikatakan pasien terkait dengan setiap rujukan mengenai fobia. Analis berupaya menemukan petunjuk mengenai penyebab fobia yang ditekan. Apa yang diyakini analis mengenai penyebab yang ditekan tersebut tergantung dengan teori psikoanalisis yang dianutnya. Misal :

1. Analis ortodoks mencari konflik yang berkaitan dengan seks dan agresi
2. Analis yang menganut teori interpersonal Arieti mempelajari generalisasi ketakutannya terhadap orang lain
3. Analis ego kontemporer fokus mendorong pasien menghadapi fobia. (mereka tetap menganggap fobia sebagai akibat dari masalah masa lalu)

Para ahli klinis mengakui pentingnya pemaparan dengan sesuatu yang ditakuti, walaupun biasanya mereka cenderung menganggap perbaikan kondisi yang mengikutinya bersifat simptomatik dan bukan sebagai penyelesaian atas konflik mendasar yang diasumsikan sebagai penyebab fobia.

b. Pendekatan Behavioral

➤ **Desensitisasi sistematis**

merupakan terapi behavioral utama yang pertama kali digunakan secara luas untuk menangani fobia. Sebagian besar peneliti klinis kontemporer menganggap bahwa pemaparan secara nyata lebih bernilai dibanding teknik yang menggunakan imajinasi. Desensitisasi dalam imajinasi sesuai bila tidak dimungkinkan memaparkan sesuatu pada orang yang ketakutan secara langsung.

Contoh : terapis ingin memberikan pemaparan kepada pasien mengenai ayahnya yang sudah meninggal.

➤ **Flooding**

klien dipaparkan dengan sumber fobia dalam intensitas penuh

➤ Teknik operant

pemaparan secara nyata terhadap objek fobia. Dicapai secara bertingkat dan klien diberi hadiah walaupun hanya mengalami keberhasilan minimal.

c. Pendekatan Kognitif

Tidak ada bukti bahwa hanya dengan menghapus keyakinan irasional tanpa pemaparan dengan situasi yang ditakuti akan mengurangi penghindaran fobik. Orang yang menderita fobia sosial dapat memperoleh manfaat dari strategi penanganan yang mengacu pada Beck dan Ellis. Yaitu pasien dipersuasi oleh terapis untuk menilai reaksi orang lain terhadap mereka secara lebih akurat.

Contoh : keryitan mata seseorang buka berarti tidak setuju dengan saya tetapi lebih menunjukkan tentang apa yang dipikirkannya yang tidak ada kaitannya dengan saya

d. Pendekatan Biologis

Obat-obat yang mengurangi kecemasan disebut sebagai sedatif, tranquilizer, atau anxiolytic (akhirian lytic berasal dari bahasa Yunani artinya melonggarkan atau melemahkan). Barbiturate adalah golongan obat utama yang digunakan untuk menangani gangguan anxietas, tetapi menyebabkan ketergantungan tinggi dan beresiko mematikan bila overdosis. Tahun 1950, obat itu diganti dengan propanediol (a.l. Miltown) dan benzodiazepine (a.l. Valium dan Xanax). Benzodiazepine menyebabkan ketergantungan fisik dan syndrome putus zat diri yang parah. Salah satu obat antidepresan yang populer menangani gangguan anxietas termasuk fobia adalah MAO (monoamine oxidase).

Masalah kunci dalam hal ini adalah pemberian obat mungkin sulit dihentikan dan kekambuhan umum terjadi jika pasien berhenti menggunakannya.

B. GANGGUAN PANIK

Seseorang mengalami serangan mendadak dan sering kali tidak dapat dijelaskan dalam bentuk serangkaian simptom yang tidak mengenakkan (kesulitan bernapas, jantung berdebar, mual, nyeri dada, merasa seperti tersedak, dan tercekik, pusing, berkeringat, dan gemetar, serta kecemasan yang sangat dalam, terror, merasa seolah akan mati, depersonalisasi (perasaan seolah berada di luar tubuh) dan derealisasi (perasaan bahwa dunia tidak nyata, ketakutan kehilangan kendali, menjadi gila, dan atau mati)).

- Kriteria DSM-IV-TR :

1. Serangan panik berulang tanpa terduga
2. Sekurang-kurangnya selama satu bulan terdapat kekhawatiran akan terjadinya serangan berikutnya atau kekhawatiran atas konsekuensi yang diterima ketika serangan terjadi atau perubahan perilaku karena serangan yang dialami

Terdapat tiga tipe serangan panik, yaitu Serangan panik berisyarat (cued panic attacks) : terkait dengan pemicu situasional, Serangan yang dipicu secara situasional : terdapat hubungan antara stimulus dengan serangan namun tidak sangat kuat dan Serangan tanpa isyarat (uncued attacks) : kondisi yang tampaknya tenang seperti rileksasi, tidur, dan dalam situasi tidak terduga

Umumnya berasal dari masa remaja dan kemunculannya terkait dengan pengalaman hidup yang penuh stress

Dalam DSM-IV-TR gangguan panik didiagnosis dengan atau tanpa agoraphobia (dari bahasa Yunani agora yang berarti daerah pasar. Sekumpulan rasa takut pada tempat umum dan ketidakmampuan melarikan diri atau mendapatkan pertolongan bila menjadi lemah oleh kecemasan). Agoraphobia bukan ketakutan terhadap tempat umum itu sendiri melainkan ketakutan mengalami serangan panik di tempat umum.

- **Etiologi Gangguan Panik**

- a. Teori Biologis**

Sensasi fisik yang disebabkan oleh suatu penyakit memicu beberapa orang mengalami gangguan panik contoh : penyakit telinga bagian dalam menyebabkan kepusingan yang dirasakan menakutkan bagi beberapa orang dan memicu terjadinya gangguan panik.

Panik disebabkan oleh aktivitas yang berlebihan dalam system noradrenergik (neuron yang menggunakan norepinefrin sebagai neurotransmitter) fokus pada nucleus dalam pons yang disebut locus coeruleus. Pemikiran lain tentang aktivitas noradrenergik yang berlebihan adalah bahwa hal itu disebabkan oleh suatu masalah dalam neuron *gamma-aminobutyric* (GABA) yang secara umum menghambat aktivitas noradrenergik.

- b. Teori Psikologis**

serangan panik menjadi terkondisikan secara klasikal pada sensasi fisik internal yang ditimbulkan oleh kecemasan. Mereka yang menderita gangguan panik menganggap serangan tersebut sebagai sesuatu yang tidak dapat dikendalikan dan tidak dapat diprediksi serta melihat serangan tersebut sebagai kekuatan tertentu. Hal ini dapat menjadi UCS yang sangat kuat sekaligus meningkatkan conditioning.

- **Terapi Gangguan Panik dan Agoraphobia**

a. Penanganan Biologis

obat sebagai penanganan biologis gangguan panik, yaitu antidepresan (penghambat pengembalian serotonin selektif, seperti Prozac, tofranil) dan benzodiazepine (alprazolam atau xanax). Sisi negative obat benzodiazepine menyebabkan kecanduan dan menghasilkan efek samping kognitif dan motorik, seperti berkurangnya memori dan kesulitan mengemudi.

b. Penanganan Psikologis

Terapi dengan memberikan pemaparan berguna untuk mengurangi agoraphobia (atau dalam DSM-IV-TR gangguan panik dengan agoraphobia). Terapi yang dikembangkan oleh Barlow dan rekan-rekannya disebut terapi PCT (panik control therapy) memiliki tiga komponen :

- Training relaksasi
- Kombinasi intervensi behavioral kognitif dari Ellis dan Beck
- Pemaparan dengan tanda-tanda internal yang memicu kepanikan

Gambarannya : seorang yang mengalami serangan panik diawali dengan hiperventilasi diminta untuk bernapas dengan cepat selama tiga menit. Ketika sensasi dan tanda-tanda panik terjadi klien mengalaminya dalam keadaan aman dan menerapkan taktik coping kognitif dan relaksasi yang dipelajari sebelumnya (bernapas dengan diafragma). Dengan persuasi dari terapis, klien belajar untuk kepanikan menjadi sesuatu yang tidak berbahaya dan mengubah makna kepanikan bagi klien.

C. GANGGUAN ANXIETAS MENYELURUH (GENERALIZED ANXIETY DISORDER)

Terus menerus merasa cemas, sering kali tentang hal-hal kecil, memiliki kekhawatiran kronis, menghabiskan banyak waktu untuk mengkhawatirkan banyak hal yang dianggap sesuatu yang tidak dapat dikontrol, kesulitan berkonsentrasi, mudah lelah, ketidaksabaran, mudah tersinggung, dan ketegangan otot yang sangat amat. Kekhawatiran yang sering dirasakan adalah kesehatan mereka dan masalah sehari-hari (terlambat menghadiri pertemuan atau banyak pekerjaan yang harus diselesaikan). GAD umumnya dimulai pada pertengahan masa remaja.

- Kriteria DSM-IV-TR :

1. Kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan
2. Kekhawatiran tersebut sulit dikendalikan

3. Pasien mengalami tiga atau lebih diantara hal-hal berikut : ketidaksabaran, sangat mudah lelah, sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, ketegangan otot, gangguan tidur

- **Etiologi Generalized Anxiety Disorder**

a. Pandangan Psikoanalisis

Konflik yang tidak disadari antara ego dan impuls – impuls id (biasanya bersifat seksual atau agresi). Kecemasan tidak dialihkan ke objek atau situasi tertentu sehingga selalu merasa cemas.

b. Pandangan Kognitif Behavioral

Disebabkan oleh proses berpikir yang menyimpang. Contoh : menyebrang jalan dianggap hal yang mengancam dan kognisi mereka terfokus pada antisipasi berbagai bencana pada masa mendatang.

Borkovec dan para koleganya memfokuskan simtom utama GAD adalah kekhawatiran. Kunci utama menghadapi GAD adalah menyadari kekhawatiran tidak menciptakan banyak ketegangan emosional.

Contoh : penderita GAD lebih banyak mengalami pascatrauma yang mencakup kematian, cedera, atau penyakit. Padahal hal tersebut bukan sesuatu yang mereka khawatirkan melainkan berbagai citra pascatrauma yang menyakitkan tersebut

c. Perspektif Biologis

GAD dapat memiliki komponen genetik. GAD sering ditemukan pada orang-orang yang memiliki hubungan keluarga dengan penderita gangguan ini. Namun tingkat komponen genetic ini tampaknya rendah.

- **Terapi GAD**

a. Pendekatan Psikoanalisis

Penanganannya hampir sama dengan fobia. Fokus pada konflik interpersonal dalam kehidupan masalalu dan masa kini . Saat ini, sama dengan para terapis kognitif behavioral mendorong penyelesaian masalah sosial.

b. Pendekatan Behavioral

Klien yang mengalami GAD dianggap takut untuk mengkritik dan dikritik orang lain. Desensitisasi sistematis menjadi kemungkinan terapi. Penanganan umum seperti rileksasi intensif diharapkan belajar untuk rileks ketika mengalami ketegangan.

c. Pendekatan Kognitif

Membantu klien menguasai keterampilan apapun yang dapat menumbuhkan perasaan kompeten. Termasuk asertivitas dapat diajarkan melalui intruksi verbal, modeling, atau pembentukan operant atau kombinasi secara hati-hati dari ketiganya.

d. Pendekatan Biologis

Anxiolytic mungkin penanganan yang paling banyak digunakan untuk GAD. Obat valium dan xanax serta buspirone (buSpar) juga sering digunakan. Sayangnya, obat tersebut memiliki efek samping mulai dari mengantuk, kehilangan memori, dan depresi hingga ketergantungan fisik serta kerusakan organ-organ tubuh. Selain itu jika tidak menggunakan obat tersebut manfaat yang dirasakan akan hilang.

Contoh Kasus

Generalized Anxiety Disorder

Margie berusia 10 tahun, dirujuk karena terlalu sering bersedih (menangis) di sekolah, yang mana hal tersebut memburuk sedikit demi sedikit dalam beberapa bulan terakhir. Kesedihan itu tidak dapat diprediksi. Ia sering menangis saat diajak bicara oleh guru atau ketika bermain bersama teman-temannya selama jam istirahat. Dalam surat rujukan, dokter keluarganya mendeskripsikan Margie sebagai orang yang khawatir.

Dalam wawancara pendahuluan, Margie mengatakan bahwa dirinya khawatir tentang berbagai aktivitas rutin sehari-hari dan tanggung jawab. Ia khawatir melakukan hal dengan buruk di sekolah, khawatir teman-teman tidak akan menyukainya, orang tua akan kecewa dengan caranya melakukan pekerjaan rumah tangga. Margie juga khawatir tentang kesehatannya dan seringkali mengalami sakit perut. Ia juga mempunyai ketakutan tentang keselamatan keluarganya. Margie memiliki perhatian yang besar terhadap masa depan: khawatir akan gagal dalam ujian, tidak bisa menemukan pekerjaan, tidak dapat menemukan pasangan dan menikah dengan orang yang tidak tepat. Ia terus menerus merasa gelisah dan tidak dapat relax.

Margie merupakan anak tertua dari 4 bersaudara dan satu-satunya anak perempuan dalam keluarga.

Fobia

Andri adalah murid salah satu sekolah dasar di Semarang, ia memiliki masalah ketidakmampuan menjalin hubungan sosial yang baik dengan teman sebayanya dikarenakan terlalu banyak bermain game online. Semakin berjalannya waktu dan ketidakmampuan Andri untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi, masalah Andri ini menjadi meluas. Tidak hanya dengan teman-teman sebayanya tetapi juga dengan guru-guru pengajar. Yang menjadi perhatian adalah ketika Andri berbicara dengan orang lain. Tidak terfokus dengan lawan bicara, hanya tersenyum-senyum sambil menggerakkan kepalanya dengan hitungan patah-patah seperti boneka kayu yang kaku dan pandangan kosong lurus ke depan. Hitungan fokus untuk menatap lawan bicara hanya kurang dari 6 detik dan fokus pada topik pembicaraan hanya kurang dari 9 detik. Pola seperti ini, terulang terus menerus ketika Andri dihadapkan pada situasi yang mengharuskan dia untuk berkomunikasi dengan dua orang atau lebih.

Pola yang terulang terus-menerus setiap kali berbicara dengan Andri, membuat teman-teman sekelasnya menjauhi Andri. Bahkan ada seorang guru yang membentak Andri dengan menggunakan kata “gendheng dan autis.”

Masalah baru muncul. Andri tidak hadir di sekolah sampai hampir 1 minggu. Menurut pengakuan ibunya, setiap disuruh berangkat ke sekolah, badan Andri mendadak panas dan kakinya dingin yang disertai dengan diare. Empat surat izin tidak masuk karena sakit dari orang tua Andri, terdapat diatas meja kerja guru. Tiga kali diperiksa ke dokter oleh orang tuanya, tidak diketahui adanya penyakit berbahaya. Menurut analisa dokter, sakitnya Andri dikarenakan Andri mengalami stres berat dan ketakutan akan sesuatu. Kepada ibunya, Andri bercerita kalau dia takut berhadapan dengan guru yang mengatakan dia gendheng dan autis. Sehingga membuat dia takut berangkat ke sekolah.

Gangguan Panik

Toni eksekutif muda usia 35 tahun itu tiba-tiba merasakan jantungnya berdebar sangat cepat. Saat itu ia sedang berada di jalan menuju kantornya di daerah Sudirman. Ia juga merasakan sesak napas dan perasaan seperti tercekik. Toni menjadi sangat ketakutan akan keadaan ini sampai ia meminggirkan mobilnya. Saat itu ia merasa takut mati sehingga membuatnya ke unit gawat darurat (UGD) sesaat jantungnya sudah mulai terasa berkurang debarannya 10 menit kemudian. Di UGD, Toni diperiksa jantung dan laboratorium penunjang lainnya. Hasilnya semua dalam batas normal. Toni kemudian bingung apa yang baru saja dialaminya. dokter menyarankan Toni untuk tidak

khawatir karena tidak ditemukan kelainan apa-apa. “Mungkin anda sedang kecapean saja”, kata si dokter menenangkan.

Gangguan Mood

Pengertian Gangguan Mood

Mood adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis kita

Orang dengan gangguan mood (mood disorder) mengalami gangguan mood yang luar biasa parah atau berlangsung lama dan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam memenuhi tanggung jawab secara normal

Karakteristik Umum Gangguan Mood

1. Depresi-Gejala dan simptom

Kesedihan yang amat sangat, Perasaan bersalah dan tidak berarti, Menarik diri dari orang lain, Kehilangan nafsu makan, Tidak dapat tidur, Sulit memusatkan perhatian, Lebih suka duduk sendiri dan berdiam diri. Simtom dan gejala-gejala depresi cukup bervariasi tergantung tingkatan usia. Depresi pada anak-anak sering kali mengakibatkan berbagai keluhan somatik, seperti sakit kepala atau sakit perut. Pada orang-orang tua, depresi sering kali ditandai oleh ketidakmampuannya untuk memusatkan perhatian dan keluhan hilangnya memori

2. Mania-Gejala dan simptom

Kondisi emosional dan mood yang intens, Merasa gembira yang amat sangat tanpa alasan, Mudah tersinggung yang disertai hiperaktivitas, Banyak berbicara, Pikiran yang meompat-lompat, Perhatian yang mudah teralih. Orang yang berada pada episode manik dapat berlangsung beberapa hari hingga beberapa bulan, dapat segera dikenali melalui rentetan kata yang diucapkan dengan keras dan tanpa henti, terkadang penuh dengan kata-kata konyol, gurauan, puisi, dan komentar tentang berbagai objek dan kejadian di sekitar yang menarik perhatian si pembicara.

3. Daftar Diagnostik Resmi Gangguan Mood

- **Diagnosis Depresi Mayor**

Hilangnya minat, dan kesenangan yg berlangsung kurang lebih 2 minggu. Sulit tidur, pikiran utk bunuh diri, kehilangan nafsu makan, perasaan tidak berarti, dan sulit berkonsentrasi.

- **Diagnosis Gangguan Bipolar**

Gangguan bipolar I merupakan gangguan yang mencakup episode mania dan gangguan campuran, sebagian penderita juga mengalami episode depresi

4. Heterogenitas dalam kategori

- Banyak penderita dengan gejala heterogen, tapi dikelompokkan pada diagnosis yang sama.
- Episode manik dan depresif mungkin ditandai fitur katatonik (gangguan motorik, aktifitas tidak bertujuan).
- Gangguan bipolar dan unipolar mungkin sifatnya musiman bila pasien secara teratur mengalaminya.

5. Gangguan mood kronis

Jangka panjang, minimal 2 tahun, belum cukup mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan.

Ada 2 jenis:

a. Gangguan cyclothymic

Periode depresi dan hipomania berulang. Selama depresi pasien merasa inadkuat, selama hipomania self esteem meningkat. Menarik diri, tidur terlalu sering atau terlalu sebentar, sulit konsentrasi, dan jarang berbicara.

b. Gangguan dysthymic

Depresi kronis, feeling blue, sedikit sekali merasa senang, insomnia atau justru terlalu banyak tidur, tidak efektif, letih, pesimis, sulit konsentrasi, dan berpikir jernih, menghindari bersama-sama dengan orang lain. Pasien distimia mengalami 3 atau lebih simptom additional, meliputi mood depresif tapi bukan suicidal thought. Minimal berlangsung selama 2 bulan.

6. Gangguan mood dan kreativitas

Sejumlah artis, komposer, dan penulis yang pernah mengalami gangguan mood adalah impulsif, seperti Michael Angelo, van Gogh, Schumann, dll. Mungkin keadaan manic memicu kreativitas terkait adanya peningkatan mood, energi, pikiran yang muncul tiba-tiba, dan kemampuan menghubungkan ide. Menurut Weisberg (1994), perubahan mood mempengaruhi motivasi untuk menghasilkan karya kreatif daripada proses kreatif itu sendiri

7. Gangguan mood dan emosi

Individu yang depresi lebih sedikit menunjukkan ekspresi wajah positif dan mengalami emosi menyenangkan. Gangguan kecemasan biasanya muncul bersamaan dengan depresi.

Teori Tentang Gangguan Mood

A. Teori Psikoanalisis Tentang Depresi

Menurut Freud (1917/ 1950) potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral anak mungkin kurang terlalu terpenuhi kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu dependen, low self esteem. Hipotesanya adalah, setelah kehilangan orang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang tersebut seolah untuk mencegah kehilangan. Lama-lama ia malah marah pada dirinya sendiri, merasa bersalah.

B. Teori Kognitif Tentang Depresi

a. Teori depresi Beck (1967) Individu menjadi depresi akibat interpretasi negatif yang bias. Pada waktu kecil/remaja muncul skema negatif akibat kejadian-kejadian buruk ia merasa akan selalu sial/gagal, dipadu dengan bias kognitif muncul triad negatif (pandangan sangat negatif tentang diri, dunia, masa depan).

b. Teori helplessness

- Learned helplessness

Kepasifan individu dan perasaan tak berdaya mengontrol hidupnya, didapat dari pengalaman-pengalaman buruk/ trauma, mengarah pada depresi.

- Attribution and learned helplessness

Pada situasi dimana individu pernah gagal, ia akan mencoba mengatribusikan penyebab kegagalan. Individu depresi bila mereka mengatribusikan kejadian negatif bersifat stabil dan global. Individu depresi biasanya menunjukkan depressive attributional style yang mengatribusikan rasa hasil negatif sebagai personal, global, penyebabnya stabil.

C. Teori hopelessness

Sejumlah bentuk depresi dianggap sebagai akibat hopelessnessà merasa hasil yang diharapkan takkan pernah muncul, individu tak bisa merubah situasi. Kemungkinan muncul akibat self esteem yang rendah, kecenderungan anggapan bahwa kejadian negatif akan mengakibatkan sejumlah hal negative.

D. Teori Interpersonal Tentang Depresi

Individu depresi cenderung terbatas jaringan dan dukungan sosialnyaàmengurangi kemampuan individu mengatasi kejadian negatif, rentan terhadap depresi. Individu

depresi berusaha meyakinkan diri bahwa orang lain benar peduli. Namun ketika yakin, rasa puas hanya sebentar. Berhubungan dengan konsep diri negatif. Kompetensi sosial yang rendah diperkirakan memunculkan depresi pada anak usia TK. Interpersonal problem solving skill yang rendah dapat meningkatkan depresi pada remaja.

Teori Biologis Gangguan Mood

1. Data Genetik

Hipotesis terhadap orang yang diadopsi mengatakan bahwa terdapat kaitan antara gangguan bipolar dengan komponen keturunan.

2. Neurokimia dan Gangguan Mood

Hal ini berkaitan dengan peran neurotransmitter dalam gangguan mood. Ada 2 neurotransmitter yang banyak dipelajari yaitu norepinefrin dan serotonin.

Teori norepinefrin merupakan yang paling relevan dengan gangguan bipolar dan secara umum dinyatakan bahwa kadar norepinefrin rendah memicu depresi dan kadar yang tinggi dapat memicu mania.

Teori serotonin menyatakan bahwa kadar serotonin yang rendah menimbulkan depresi.

Neuron prasinaptik dan neuron pascasinaptik

1. Ketika suatu neuron melepaskan norepinefrin atau serotonin dari bagian ujungnya, mekanisme pengembalian yang bekerja seperti pompa langsung berjalan untuk mengikat kembali beberapa molekul neurotransmitter sebelum diterima oleh neuron pascasinaptik (reseptor).

2. Obat-obat trisiklik menghambat proses pengembalian tersebut, memungkinkan lebih banyak norepinefrin atau serotonin untuk sampai pada dan sekaligus merangsang neuron pascasinaptik. Penghambat pengembalian serotonin bekerja lebih selektif pada serotonin

Validitas teori mengaitkan rendahnya kadar norepinefrin atau serotonin dengan depresi dan tingginya kadar norepinefrin dengan mania ?

Pertama, serangkaian studi yang dilakukan oleh Bunney dan Murphy di National Institute of Mental Health memantau secara teliti kadar norepinefrin dalam urin pada sekelompok pasien bipolar sering mereka mengalami siklus tahap depresi, mania dan kenormalan. Kadar norepinefrin dalam urin berkurang ketika pasien mengalami depresi (Bunney, dkk 1970) dan

akan meningkat ketika mengalami mania, menginformasikan hipotesis bahwa kadar norepinefrin yang rendah memiliki kaitan dengan depresi dan kadar yang tinggi berkaitan dengan mania. Persoalan tersebut merupakan perubahan yang diakibatkan oleh meningkatnya kadar aktivitas motorik pada mania dapat meningkatkan aktivitas norepinefrin.

3. Sistem Neuroendokrin

Berkaitan dengan aksis hipotalamus-pituitari-adrenokortikal berperan dalam depresi.

Bagian limbik pada otak sangat terkait dengan emosi dan juga mempengaruhi hipotalamus, dimana hipotalamus mengatur berbagai kelenjar endokrin dan sekaligus kadar hormon yang dihasilkan. Hormon-hormon dari hipotalamus juga mempengaruhi kinerja dari kelenjar pituitari. Karena relevansinya dengan apa yang di simtom vegetatif pada depresi , seperti gangguan nafsu makan, dan tidur diperkirakan aksis hipotalamik-pituitari-adrenokortikal berkeja terlalu aktif dalam kondisi depresi.

Kadar kortisol yang tingi pada pasien depresi , kemungkinan terjadi karena sekresi yang berlebihan pada hormon yang melepaskan thyrotropin oleh hipotalamu. Sekresi kortisol yang berlebihan pada orang yang depresi juga menyebabkan pembesaran kelenjar adrenal. Hal ini dikaitkan dengan kerusakan hipokampus dimana pasien menunjukkan abnormalitas hipokampus.

4. Teori Terpadu Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar mencerminkan suatu gangguan dalam sistem motivasional yang disebut sistem aktivasi behavioral atau BAS. Secara biologis BAS diyakini terkait dengan jalur-jalur saraf didalam otak yang melibatkan neurotransmitter dopamin yang sering kali terkait dengan perilaku imbalan. BAS dan berbagai manifestasi behavioral termasuk pencapaian tujuan , berhubungan dengan simtom-simtom manik dalam gangguan bipolar.

Terapi Gangguan Mood

Depresi berakhir setelah beberapa bulan namun terasa lebih lama oleh penderita yang mengalami depresi serta orang terdekat mereka. Depresi dapat berakhir dengan sendirinya dalam batas waktu tertentu namun merugikan penderita serta orang terdekat mereka sehingga tidak dapat dibiarkan sendiri dan harus ditangani. Sehingga pentingnya menangani depresi serta gangguan bipolar yang cenderung menjadi resiko untuk bunuh diri. Beberapa terapi

yang efektif dapat dilakukan seperti terapi yang bersifat psikologis dan biologis secara tersendiri maupun dikombinasikan.

1. Terapi Psikologis Depresi

a. Terapi Psikodinamika

Depresi dianggap terjadi karena rasa kehilangan dan keamarahan yang secara tidak sadar diarahkan ke dalam diri, terapi psikoanalisis berupaya membantu pasien memperoleh insight atas konflik yang dianggapnya menekan dan mendorong pelepasan agresivitas yang selama ini di asumsikan terarah ke dalam diri. Tujuan terapi ini yakni mengungkap motivasi atas depresi yang dialami pasien. Terapi ini juga menitik beratkan pemahaman yang lebih terhadap masalah interpersonal yang memicu terjadinya depresi dan bertujuan memperbaiki hubungan dengan orang lain. Terapis harus memandu pasien untuk menghadapi fakta. Inti terapi ini membantu pasien mempelajari perilaku interpersonalnya saat ini dapat menjadi hambatan untuk mendapatkan kegembiraan dalam hubungan orang lain. Fokus terapi ini bukan pada masa lalu namun penyelesaian masalah dan menyarankan perilaku baru yang lebih memuaskan. Hasil dari penelitian oleh American Psychiatric Association menyimpulkan bahwa efektivitas jangka pendek terapi psikodinamika sama dengan efektivitas terapi kognitif behaviorial (Leichsenring, 2001).

b. Terapi Kognitif dan Perilaku

Dalam terapi ini bahwa depresi pasien mendalam karena kesedihan dan harga diri yang hancur disebabkan oleh skema negatif dan kesalahan pola pikir. Beck dan rekannya menyusun terapi yang bertujuan mengubah pola pikir maladaptif. Terapis mempersuasi pasien depresi untuk mengubah pendapatnya tentang berbagai peristiwa dan dirinya sendiri. Terapis mengajarkan pasien memikirkan secara mendalam berbagai keyakinan negatif yang salah untuk memahami bagaimana hal tersebut mencegah asumsi yang lebih realistis dan positif. Hasil penelitian Beck bahwa terapi kognitif lebih berhasil dibanding obat trisiklik imipramine (Tofranil) untuk menyembuhkan depresi unipolar.

c. Terapi Kognitif Berbasis Pola Pikir (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)

Terapi ini berbasis pola pikir (MBCT) yang memfokuskan pada pencegahan kekambuhan setelah keberhasilan suatu penanganan depresi (Segal dkk., 1996; Segal dkk., 2001; Teasdale dkk., 1995). Terapi ini didasari asumsi bahwa kerentanan untuk mengalami kekambuhan depresi diakibatkan oleh asosiasi yang berulang antara mood depresi dan pola pikir negatif,

menilai rendah diri sendiri, dan putus asa. Tujuan MBCT yakni mengajarkan individu mengetahui kapan mereka menjadi depresi dan mencoba mengadopsi apa yang disebut perspektif desentral, memandang pikiran mereka hanya sebagai peristiwa mental dan bukan sebagai aspek inti diri atau refleksi akurat realitas. Perspektif ini diyakini dapat mencegah meningkatnya pola pikir negatif yang dapat menyebabkan depresi (Teasdale, 1997; Teasdale dkk., 1995). Terapi MBCT lebih efektif dibanding kondisi control untuk mengurangi risiko kekambuhan dan berulangnya depresi pada pasien yang pernah mengalami depresi.

d. **Pelatihan Ketrampilan Sosial**

Ciri utama depresi yakni kurangnya pengalaman yang memuaskan dengan orang lain, berbagai penangan behavioral memfokuskan membantu pasien memperbaiki interaksi sosial. Terapis mendorong pasien tidak terlalu keras dalam menilai performa mereka dan mendukung efektivitas pada perilaku sosial yang tampak menggunakan pelatihan ketrampilan sosial (Hersen dkk., 1984; Lewinsohn & Gotlib, 1995). Hasil penelitian menyimpulkan bahwa berbagai penanganan yang berbasis pelatihan ketrampilan sosial efektif untuk menyembuhkan depresi (Segrin, 2000).

e. **Terapi Aktivasi Behavioral**

Terapi ini berkaitan dengan pelatihan ketrampilan sosial. Hasil studi menunjukkan bahwa komponen aktivasi behavioral terapi Beck bekerja sama dalam penanganan depresi dan pencegahan kekambuhan bahwa klien harus secara langsung menghadapi dan mengubah berbagai skema inti yang negatif dan pola pikir negatif lain menyembuhkan depresi, bukan menunjukkan keaktifan pasien dan membuat mereka terlibat dalam berbagai aktivitas yang menyenangkan, tidak hanya perlu memadai.

2. **Terapi Psikologis Gangguan Bipolar**

Terapi psikologis juga menangani berbagai masalah interpersonal, kognitif dan emosional pasien bipolar. Sebuah studi empiris yang signifikan menunjukkan hasil positif bahwa edukasi secara hati-hati mengenai gangguan bipolar dan penanganannya dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Selain meningkatkan kepatuhan pasien dalam minum obat, edukasi tentang penyakit tersebut dapat meningkatkan dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman serta mengarahkan pada suasana yang tidak terlalu membebani pasien secara emosional dan diharapkan secara logis dapat mengurangi stress pada pasien (Craighead dkk., 1998; Bland & Harrison, 2000).

Suatu pendekatan terapi yakni penanganan berfokus keluarga (FFT-Family-Focused Treatment) merupakan terapi psikososial dengan waktu terbatas bagi pasien gangguan bipolar yang dirawat jalan dan keluarganya. Edukasi kepada keluarga mengenai penyakit terkait, berupaya meningkatkan komunikasi dalam keluarga dan pelatihan penyelesaian masalah (Miklowitz, 2001; Miklowitz & Goldstein, 1997). Studi menunjukkan pemberian penanganan berorientasi keluarga dan farmakoterapi memberikan hasil yang positif pada gangguan bipolar.

Suatu terapi penyelesaian masalah disebut terapi ritme interpersonal dan sosial yang membantu pasien agar lebih baik dalam menghadapi berbagai peristiwa yang memicu stress. Pendekatan ini didasari oleh model kronobiologis gangguan bipolar. Terapi ini diberikan bersama dengan obat-obatan. Tujuannya membantu pasien mengatur rutinitas hariannya menyelesaikan masalah interpersonal dan patuh terhadap pengobatan medis.

3. Terapi Biologis Gangguan Mood

a. Terapi Elektrokonvulsif

Penanganan kontroversial untuk depresi parah yaitu ECT-electroconvulsive therapy dengan penggunaan kejutan unilateral, anestetik dan pengendor otot mengurangi efek samping yang tidak diinginkan.

b. Terapi Obat

Tidak semua obat-obatan berhasil bagi semua orang dan berbagai efek sampingnya.

- Terapi Obat untuk Depresi

1. Trisiklik seperti imipramine (Tofranil) dan amitriptilin (Elavil)
2. Selektive serotonin reuptake inhibitors (SSRI) seperti fluoksetin (Prozac) dan sertraline (Zolofit)
3. Monoamin oksidase (MAO) seperti tranilspromin (Parnate)

- Terapi Obat untuk Gangguan Bipolar

Ditangani dengan pemberian elemen lithium.

DEPRERSI MASA KANAK-KANAK DAN REMAJA

DSM-IV-TR mendiagnosis gangguan mood pada anak-anak dengan menggunakan kriteria bagi orang dewasa, dengan mencantumkan ciri-ciri spesifik berdasarkan umur, seperti mudah tersinggung dan perilaku agresif bukannya mood depresi.

Simtom dan Prevalensi Depresi Masa Kanak-kanak dan Remaja

Terdapat perbedaan dan persamaan dalam simtomatologi anak-anak dan dewasa yang menderita depresi mayor. Anak-anak dan remaja berusia 7 hingga 17 tahun memiliki kesamaan dengan orang dewasa dalam mood depresi yaitu ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan, fatik, masalah konsentrasi dan pemikiran untuk bunuh diri. Simtom yang berbeda adalah tingkat percobaan bunuh diri dan rasa bersalah yang lebih tinggi pada anak-anak dan remaja, sedangkan pada orang dewasa lebih sering bangun lebih awal di pagi hari, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, dan depresi dini hari.

Studi longitudinal menunjukkan bahwa anak-anak dan remaja yang mengalami depresi mayor tetap menunjukkan simtom-simtom depresi yang signifikan ketika diukur empat hingga delapan tahun kemudian. Depresi sering kali disebut – depresi terselubung – disimpulkan dari perilaku seperti tindakan agresif atau berbuat kenakalan yang pada orang dewasa tidak akan dianggap sebagai cermin depresi yang ada dibalikinya.

Depresi terjadi pada kurang dari 1 persen anak-anak pra sekolah dan 2 hingga 3 persen anak-anak usia sekolah. Pada remaja, angka kejadian depresi sama tingginya dengan pada orang dewasa, 7 hingga 13 persen khususnya pada remaja perempuan. Perbedaan gender ini tidak muncul sebelum usia 12 tahun; pada usia dini depresi lebih banyak terjadi pada laki-laki.

Sebanyak 70 persen dari anak-anak yang menderita depresi juga mengalami anxietas atau simtom-simtom kecemasan yang signifikan.. Depresi juga umum terjadi pada anak-anak yang mengalami gangguan tingkah laku dan gangguan pemusatan perhatian. Anak-anak yang menderita depresi sekaligus gangguan lain diketahui mengalami depresi yang lebih parah dan lebih lama mencapai kesembuhan.

Etiologi Depresi pada Masa Kanak-kanak dan Remaja

Bukti menunjukkan bahwa faktor-faktor genetik memegang suatu peranan. Hanya saja pengaruh genetik tersebut tidak segera tampak. Studi mengenai depresi pada anak-anak juga telah memfokuskan pada keluarga dan hubungan kekerabatan lain sebagai sumber-sumber stres yang dapat berinteraksi dengan suatu diathesis biologis. contoh, Seorang anak

memiliki ibu yang mengalami depresi akan meningkatkan kemungkinan si anak mengalami depresi semasa anak-anak atau setelah remaja. Hubungan perkawinan yang tidak harmonis juga menimbulkan efek negatif bagi anak-anak dalam rumah tangga tersebut.

Anak-anak yang mengalami depresi dan orang tua mereka saling berinteraksi negatif, menunjukkan kurangnya kehangatan dan lebih hostilitas satu sama lain dibanding dengan anak-anak yang tidak mengalami depresi dan orang tua mereka. Anak-anak dan remaja yang mengalami depresi mayor juga memiliki ketrampilan sosial rendah dan hubungan yang tidak baik dengan saudara-saudara kandung serta teman-teman mereka. Memiliki kontak yang lebih sedikit dan kurang memuaskan dengan teman-teman sebaya yang sering kali menolak mereka karena tidak menyenangkan bila bersama mereka. Hal tersebut merupakan penyebab sekaligus konsekuensi depresi. Akhirnya memperburuk citra diri dan rasa bermakna negatif yang telah ada pada diri anak-anak dan remaja tersebut. Kritisme yang sering disampaikan orang tua mereka dapat sangat merusak rasa kompetensi dan makna diri si anak.

Teori Beck (1967) dan teori ketidakberdayaan, berbagai distorsi kognitif dan gaya atribusi negatif memiliki keterkaitan dengan depresi pada anak-anak dan remaja dengan cara yang sama seperti pada orang dewasa. Cara pandang anak-anak yang mengalami depresi lebih negatif dibanding dengan anak-anak yang tidak mengalami depresi dan mirip dengan cara pandang orang-orang dewasa yang mengalami depresi. Bukti penelitian mengindikasikan, pengalaman dilingkungan rumah, terutama orang tua menghadapi anak-anaknya, menimbulkan kognisi dan pemikiran yang dapat memicu depresi.

Penanganan Depresi Masa Kanak-kanak dan Remaja

Menangani depresi bisa menggunakan obat antidepresan namun untuk anak-anak dan remaja obat antidepresan tidak lebih baik daripada placebo. contohnya, terapi interpersonal telah dimodifikasi untuk digunakan remaja yang mengalami depresi, dengan memfokuskan pada berbagai isu yang penting bagi remaja, seperti tekanan dari teman-teman sebaya, stres transisi dari masa kanak-kanak ke remaja, konflik ketergantungan dengan orang tua/guru dan keinginan u/ mandiri.

Intervensi kognitif-behavioral atau CBT yang diberikan di sekolah lebih efektif dibanding terapi keluarga atau suportif terkait dengan berkurangnya simptom-simtom lebih cepat, seperti pelatihan ketrampilan sosial, penyelesaian masalah dan teknik-teknik kognitif. Pelatihan ketrampilan sosial diharapkan dapat membantu anak-anak dan remaja yang mengalami depresi dengan mengajarkan mereka untuk terlibat dalam lingkungan yang

menyenangkan dan menguatkan, seperti menambah teman dan bergaul bersama teman-teman sebaya.

Terapi juga harus memfokuskan pada orang tua yang mengalami depresi selain si anak karena anak dipengaruhi oleh pemikiran orang tuanya. Penting juga mengajarkan anak-anak dan remaja berbagai cara untuk menghadapi stres interpersonal dengan perilaku terbuka yang lebih efektif.

BUNUH DIRI

Lebih dari separuh orang-orang yang mencoba bunuh diri mengalami depresi dan putus asa, pada saat mereka melakukan tindakan tersebut. Bunuh diri merupakan tindakan kompleks dan multisegi.

Perspektif Bunuh Diri

Seseorang memiliki niat bunuh diri jika mereka bertindak dengan cara yang tidak nampak jelas ingin menghancurkan diri sendiri namun dapat menyebabkan cedera serius atau kematian setelah kurun waktu yang lama. Disebut juga kematian subintelsional. Contoh : pasien diabetes yang menolak untuk diberi insulin dan tidak mematuhi aturan diet.

Mereka yang melakukan tindakan bunuh diri sering menuliskan surat yang menunjukkan bukti penderitaan. Banyak motif bunuh diri yang dikemukakan oleh Mintz diantaranya, agresi yang dibalikkan ke diri sendiri, pembalasan yang menimbulkan perasaan bersalah pada orang lain, upaya memaksakan cinta pada orang lain, melakukan perubahan atas kesalahan masa lalu, ingin bertemu dengan orang yang dicintai yang telah meninggal, melarikan diri dari stres, kehancuran, rasa sakit, dan kekosongan emosional.

Profesional kesehatan mental kontemporer menganggap bunuh diri secara umum merupakan upaya individu untuk menyelesaikan masalah, dalam kondisi stres berat dan ditandai pertimbangan alternatif yang sangat terbatas akhirnya bunuh diri muncul sebagai solusi terbaik. Beberapa tindakan bunuh diri dilakukan karena keinginan kuat untuk lari dari kesadaran diri yang menyakitkan misalnya merasakan kegagalan.

Teori Psikoanalisis Freud

Freud menganggap bunuh diri sebagai pembunuhan. Ketika seseorang kehilangan orang yang dicintai sekaligus dibenci dan meleburkan orang tersebut ke dalam dirinya dengan

agresi diarahkan ke dalam. Jika perasaan itu cukup kuat, maka orang tersebut akan bunuh diri.

Teori Sosiologis Durkheim

ia membedakan 3 jenis bunuh diri:

1. Bunuh diri egostik , yaitu orang yang memiliki sedikit keterikatan dengan sosial, merasa terasingkan, dan tidak memiliki dukungan sosial yang penting.
2. Bunuh diri altruistik, yaitu dilakukan sebagai respon terhadap tuntutan sosial. Merasa sangat menjadi bagian dari suatu kelompok dan megorbankan dirinya yang dianggap untuk kebaikan masyarakat.

Contoh : harakiri di masy jepang sebagai satu-satunya pilihan terhormat

3. Bunuh diri anomik, yaitu perubahan mendadak dalam hub seseorang dengan masy. Anomik yaitu suatu perasaan disorientasi karena yang diyakininya sebagai suatu cara hidup yang normal tidak mungkin lagi dilakukan. Anomik menyebabkan ketidakseimbangan dalam masyarakat.

Contoh: usai bencana alam mengenai stres pascatrauma. Stres yang dialami karena melihat orang-orang yang dicintai tewas atau terluka dan kehilangan harta benda. Hal tersebut menyebabkan terganggunya rutinitas sehari-hari dan tanpa dukungan sosial menyebabkan bunuh diri banyak terjadi.

Pendekatan Shneidman terhadap Bunuh Diri

Bunuh diri sebagai upaya sadar untuk mencari solusi suatu masalah yang menyebabkan penderitaan mendalam. Bagi orang yang menderita, bunuh diri sebagai solusi mengakhiri kesadaran dan rasa sakit yang tidak tertahankan – Melville mengistilahkannya sebagai “siksaan yang tidak tertahankan”.

Ketika seseorang tidak sedang dalam kondisi ingin bunuh diri yang mencemaskannya, orang tersebut mampu melihat lebih banyak pilihan untuk mengatasi stres. Shneidman berpendapat bahwa pikiran yang penuh kecemasan merupakan ciri utama orang yang bunuh diri dan bukanlah penyakit mental.

Neurokimia dan Bunuh Diri

Kadar serotonin ternyata berhubungan dengan depresi. Penelitian menunjukkan adanya hubungan antara serotonin, bunuh diri dan impulsivitas. Rendahnya kadar metabolit utama serotonin yaitu 5-HIAA, ditemukan pada orang depresi, skizofrenia dan berbagai gangguan kepribadian yang melakukan tindakan bunuh diri. Studi terhadap otak orang-orang yang tewas karena bunuh diri mengungkapkan adanya peningkatan pengikatan berbagai reseptor serotonin (respon terhadap penurunan kadar serotonin).

Memprediksi Bunuh Diri dengan Test Psikologi

Ditemukan suatu korelasi signifikan antara niat bunuh diri dan keputusan. Aaron Beck dalam temuannya bahwa keputusan merupakan prediktor kuat tindakan bunuh diri lebih kuat dari depresi. Ada beberapa hal yang bisa diukur yaitu:

- a. Self report, alat ukur Reasons for Leaving Inventory yang disusun Marsha Linehan, mengukur tentang apa yang penting bagi individu seperti tanggung jawab dan kepedulian. Dengan mengetahui sesuatu dalam kehidupan seseorang kita dapat mencegahnya untuk bunuh diri. Alat ukur ini dapat membedakan individu yang memiliki kemungkinan bunuh diri dan tidak.
- b. Kepuasan hidup, orang-orang yang menunjukkan kadar ketidakpuasan yang relatif tinggi lebih mungkin melakukan atau mencoba bunuh diri bertahun-tahun kemudian. Contohnya, laki-laki yang memiliki kadar ketidakpuasan hidup yang tertinggi, dapat 25 kali lebih mungkin untuk melakukan bunuh diri 10 tahun kemudian.
- c. Karakteristik kognitif, orang-orang yang berfikir untuk bunuh diri memiliki pendekatan yang lebih kaku terhadap berbagai masalah dan memiliki pemikiran yang kurang fleksibel. Pemikiran yang terbatas membuat seseorang memilih bunuh diri sebagai solusi karena tidak bisa mempertimbangkan berbagai solusi.

Mencegah Tindakan Bunuh Diri

Pencegahan tindakan bunuh diri adalah dengan mengemukakan dalam pikiran bahwa sebagian besar orang yang mencoba bunuh diri menderita gangguan mental yang dapat ditangani sehingga risiko bunuh diri dapat berkurang. Pencegahan lain dengan mengabaikan gangguan mental dan berkonsentrasi pada karakteristik tertentu dari orang yang berfikir untuk bunuh diri terlepas dari gangguan mental.

Edwin Shneidman mengembangkan strategi umum dalam pencegahan bunuh diri:

1. Mengurangi penderitaan dan rasa sakit psikologis yang mendalam
2. Membuka pandangan, dengan membantu individu melihat berbagai pilihan selain pilihan ekstrem
3. Mendorong orang yang bersangkutan untuk tidak menghancurkan diri sendiri

Contoh: mahasiswa kaya yang belum menikah namun sudah hamil dan berfikir untuk bunuh diri dengan rencana yang matang. Satu-satunya solusi yang ia pikirkan selain bunuh diri adalah tidak mengalami kehamilan dan kembali perawan. Shneidman mengatakan dengan menuliskan daftar pilihan dapat memberikan efek menenangkan. Sehingga mahasiswa tersebut mampu mengurutkan daftar meski menemukan item yang salah, namun ia tidak melakukan bunuh diri dan memikirkan solusi lain selain mati dan kembali perawan.

Beberapa hal inti dalam pencegahan bunuh diri menurut Rudd, Joiner dan Rajab :

1. Penyelesaian masalah,
2. Panduan dalam mengendalikan emosi, trauma kemarahan serta mentoleransi penderitaan
3. Menciptakan hubungan terapeutik yang kuat dan empatik, membangun kepercayaan dan harapan

GANGGUAN SOMATOFORM

“Soma” berarti tubuh. Dalam gangguan somatoform masalah-masalah psikologis muncul dalam bentuk gangguan fisik. Simtom-simtom fisik gangguan somatoform, yang tidak dapat dijelaskan secara fisiologis dan tidak berada dalam kesadaran, diduga terkait dengan faktor-faktor psikologis, diperkirakan kecemasan, sehingga diasumsikan memiliki penyebab psikologis. Secara singkat, gangguan somatoform adalah Kelompok gangguan yang ditandai oleh keluhan tentang masalah atau simtom fisik yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab kerusakan fisik.

Gangguan somatoform terdiri dari gangguan nyeri, gangguan dismorfik tubuh, hipokondriasis, gangguan konversi, dan gangguan somatisasi.

A. GANGGUAN NYERI

- Gangguan nyeri adalah salah satu gangguan somatoform yang secara signifikan dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis dalam muncul, menetap dan parahnya rasa nyeri. Rasa nyeri dapat memiliki keterkaitan temporal dengan semacam konflik atau stress, atau memungkinkan individu menghindari aktivitas yang tidak menyenangkan dan mendapat simpati yang tidak diperoleh jika individu dalam keadaan sehat.
- Adapun perbedaan gambaran rasa nyeri yang digambarkan oleh pasien somatoform dibandingkan dengan gambaran yang diberikan oleh pasien yang rasa sakitnya jelas terkait masalah fisik. Pasien yang rasa sakitnya dilandasi oleh gangguan fisik dapat menunjukkan bagian yang sakit secara lebih spesifik, memberikan deskripsi sensori terkait rasa sakitnya secara lebih rinci, dan mengaitkan rasa sakit tersebut secara lebih jelas dengan berbagai kondisi yang dapat meningkatkan atau mengurangi rasa sakit.

B. GANGGUAN DISMORFIK TUBUH

- Gangguan dismorfik tubuh adalah gangguan dimana seseorang dipenuhi kekhawatiran dengan kerusakan penampilan yang hanya dalam bayangannya atau dilebih-lebihkan.
- Contoh : kerutan pada wajah, bentuk atau ukuran hidung yang tidak proposional, bulu di wajah yang lebat. Sehingga Beberapa pasien yang menderita gangguan ini dapat menghabiskan waktu berjam-jam secara kompulsif memandangi diri mereka di cermin untuk mengecek kekurangan-kekurangan tersebut. Gangguan ini terutama terjadi pada perempuan, umumnya berawal dari masa remaja akhir, dan sering kali komorbid dengan depresi, fobia sosial, dan gangguan kepribadian.

Kasus Gangguan Dismorfik Tubuh

Lolita Richi (16) dari Ukraina adalah "Manusia Barbie" terbaru (dan termuda) yang muncul. Lolita memiliki pinggang berukuran 20 inci, dan memakai lensa kontak berwarna untuk meniru mata besar idola fiksinya. Ia menolak anggapan telah melakukan operasi plastik dan memanipulasi foto-fotonya secara digital, tetapi proporsi tubuhnya menunjukkan sebaliknya. Bahkan, jika klaim Lolita bahwa ia tidak menjalani operasi plastik dipercaya, citra tubuhnya masih memprihatinkan. Dia mengaku mulai berdandan karena dia ingin terlihat sempurna dan bahwa semua wanita pasti menginginkan hal yang sama

C. HIPOKONDRIASIS

- Hipokondriasis adalah suatu gangguan somatoform dimana individu terpreokupasi ketakutan mengalami suatu penyakit serius yang menetap terlepas dari kepastian medis yang menyatakan sebaliknya. Gangguan ini umumnya muncul pada masa dewasa awal, dan cenderung memiliki perjalanan yang kronis.
- Hipokondriasis sering kali muncul bersama dengan gangguan anxietas dan mood, yang mengarahkan beberapa peneliti untuk berpikir bahwa hipokondriasis bukan merupakan gangguan tersendiri, namun suatu simptom berbagai gangguan lain. Misalnya terjadi pada mereka yang sewaktu berusia muda terlalu dijaga dari kegiatan yang memungkinkan sakit, seperti hujan-hujan atau panas-panasan.

Kasus Hipokondriasis :

Robert, ahli radiologi berusia 38 tahun, baru saja pulang dari kunjungan selama 10 hari di sebuah pusat diagnostic terkenal dimana ia menjalani pengujian ekstensif untuk seluruh system pencernaannya. Evaluasi membuktikan tanda negative untuk penyakit fisik apapun, namun bukannya merasa lega, radiolog itu tampak marah dan kecewa dengan penemuan tersebut. Radiolog itu telah merasa terganggu selama beberapa bulan dengan berbagai symptom fisik, yang digambarkannya sebagai symptom-symptom yang berupa nyeri perut ringan, terasa “penuh”, “isi perut yang bergemuruh”, dan perasaan akan “isi perut yang keras”. Ia menjadi yakin bahwa symptom-symptom ini disebabkan oleh kanker usus besar dan ia menjadi terbiasa untuk menguji sampel darahnya setiap minggu dan secara hati-hati memeriksakan perutnya akan yang didapat didalamnya saat terlentang di tempat tidur setiap beberapa hari sekali. Saat evaluasi, getaran jantungnya terbukti tidak berbahaya, ia malah mulai khawatir bahwa ada sesuatu yang lupa diperiksa. Ia mengembangkan ketakutan tersebut benar-benar dapat dikesampingkan, hal itu tidak pernah benar-benar hilang.

D. GANGGUAN KONVERSI

- Gangguan konversi adalah simptom-simtom yang mempengaruhi fungsi sensorik atau motorik yang mengindikasikan suatu penyakit yang terkait dengan kerusakan neurologis

atau sejenisnya, walaupun organ-organ tubuh dan sistem saraf dalam kondisi baik. Sifat psikologis dari simptom-simtom konversi juga tercermin dalam fakta munculnya simptom-simtom tersebut secara mendadak dalam berbagai situasi penuh stres, yang sering kali memungkinkan individu menghindari beberapa aktivitas atau tanggung jawab.

- Simtom-simtom konversi biasanya berkembang pada masa remaja atau dewasa awal, umumnya setelah terjadinya suatu stres kehidupan. Suatu episode dapat berakhir secara mendadak, namun cepat atau lambat gangguan tersebut kemungkinan akan kembali, baik dalam bentuk awalnya atau dalam suatu simtom yang memiliki sifat dan tempat yang berbeda.

Kriteria DSM IV-TR untuk Gangguan Konversi

- Suatu simtom atau lebih yang memengaruhi fungsi motorik dan sensori serta mengindikasikan kondisi neurologis atau medis
- Simtom memiliki kaitan dengan konflik atau stres
- Simtom tidak terjadi dengan disengaja dan tidak dapat dijelaskan secara medis

Kasus Gangguan Konversi

Anna O. adalah nama samaran untuk Bertha Pappenheim, seorang pasien yahudi yang menjadi subyek penelitian Sigmund Freud bersama Josef Breuer selama 2 tahun lamanya, antara tahun 1880-1882. Seperti yang telah dijelaskan diatas, Anna O mengalami conversion disorder, sebuah gangguan psikis yang terkonversi menjadi wujud penyakit fisik, dengan symptom utama epilepsi dan kelumpuhan parsial pada salah satu lengannya. Anna O dibawa ke Breuer dan Freud setelah dokter anatomi gagal mendiagnosa penyakit Anna, lantaran secara jasmaniah Anna memang tidak memiliki gangguan biologis apapun. Selama 2 tahun lamanya Freud dan Breuer melakukan penelitian kejiwaan dan mencoba untuk 'masuk' kedalam pikiran Anna melalui metode apa yang saat itu mereka sebut dengan istilah 'the talking cure' (cikal bakal psikoanalisis). Semua proses tersebut direkam ke dalam sebuah catatan yang kemudian diterbitkan menjadi buku dengan judul 'Studies on Hysteria'. Anna adalah anak ketiga dari empat bersaudara. Kakaknya bernama Henriette (meninggal umur 18 tahun) dan Flora (meninggal umur 2 tahun), adiknya bernama Wilhelm. Sepeninggal kakak2nya, Anna menjadi sangat dekat dengan ayahnya hingga akhirnya beberapa tahun kemudian ayahnya pun turut meninggal dunia meninggalkannya bertiga bersama ibu dan adiknya. Anna tidak pernah dekat dengan ibunya karena (menurut alam bawah sadar Anna) ibunya terlalu sibuk mengurus Wilhelm. Dan selama menjalani proses talking cure, Freud dan Breuer akhirnya menemukan titik cerah ketika dalam kondisi setengah sadar (states of absence) Anna bercerita bagaimana sebenarnya sebelum meninggal dunia, Anna sempat bertemu dengan ayahnya, dan bagaimana sebenarnya ayah Anna meninggal di dalam dekapan lengannya.

Anna mengalami proses guilt yang amat berat hingga lengannya itupun menjadi lumpuh. Pada tahun 1882 kelumpuhan tangan Anna dapat disembuhkan setelah the talking cure berhasil me-rekonsiliasi-kan rasa guiltnya.

E. GANGGUAN SOMATISASI

- Gangguan somatisasi merupakan suatu gangguan yang ditandai dengan keluhan somatik berulang dan beragam, sehingga penderitanya merasa perlu perhatian medis dan kerap kali mencari pertolongan medis, padahal tidak memiliki sebab fisik yang jelas.
- Gangguan ini memiliki beberapa simptom, dimana simptom – simptom spesifiknya dapat bervariasi antar budaya. Sindrom gangguan ini pertama kali digambarkan oleh dokter berkebangsaan Prancis Pierre Briquet pada tahun 1859, sehingga dulu sebelum DSM-IV-TR mengganti istilah menjadi gangguan somatisasi, gangguan ini disebut sindrom Briquet.
- Sindrom ini bermula pada saat masa remaja akhir atau pada saat dewasa awal. Gangguan ini bisa menjadi kronis dan berlangsung sepanjang hidup pasien (Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994; Smith; 1994), serta gangguan ini dapat menyebabkan hendaya dalam melakukan aktifitas sehari – hari. Biasanya gangguan ini diderita oleh pasien yang berumur kurang dari 30 tahun.

Diagnostik Gangguan Somatisasi dalam DSM-IV-TR :

- A. Riwayat banyak keluhan fisik yang dimulai sebelum usia 30 tahun yang terjadi selama periode beberapa tahun dan menyebabkan terapi yang dicari atau gangguan bermakna dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lain.
- B. Tiap kriteria berikut ini harus ditemukan dengan gejala individual yang terjadi pada sembarang waktu selama perjalanan gangguan:
 - 1. Empat gejala nyeri: riwayat nyeri yang berhubungan dengan sekurangnya 4 tempat atau fungsi yang berlainan (misalnya kepala, perut, punggung, sendi, anggota gerak, dada, rektum (ujung usus besar), selama menstruasi, selama hubungan seksual atau selama miksi (kencing).
 - 2. Dua gejala gastrointestinal: riwayat sekurangnya 2 gejala gastrointestinal selain dari nyeri (misalnya mual, kembung, muntah selain dari selama kehamilan, diare atau intoleransi terhadap beberapa jenis makanan).
 - 3. Satu gejala seksual: riwayat sekurangnya 1 gejala seksual atau reproduktif selain nyeri (misalnya indifferensi (tidak condong) seksual, disfungsi erektif atau ejakulasi, menstruasi yang tidak teratur, perdarahan menstruasi yang berlebihan, muntah sepanjang kehamilan).
 - 4. Satu gejala pseudoneurologis: riwayat sekurangnya 1 gejala atau defisit yang mengarahkan pada kondisi neurologis yang tidak terbatas pada nyeri (misalnya gejala konversi seperti gangguan kordinasi atau keseimbangan, paralisis (kelumpuhan) setempat, sulit menelan atau

benjolan di tenggorokan, afonia (kehilangan suara karena gangguan pita suara), retensi urin (tertahananya urin), halusinasi, hilangnya sensasi sentuh atau nyeri, pandangan ganda, kebutaan, ketulian, kejang, gejala disosiatif seperti amnesia atau hilangnya kesadaran selain pingsan).

C. Salah satu dari poin 1 atau 2:

1. Setelah penelitian yang diperlukan, tiap gejala dalam kriteria B tidak dapat dijelaskan sepenuhnya oleh sebuah kondisi medis umum yang dikenal atau efek langsung dari suatu zat (misalnya efek cidera, medikasi, obat atau alkohol).
2. Jika terdapat kondisi medis umum, keluhan fisik atau gangguan sosial atau pekerjaan yang ditimbulkan adalah melebihi apa yang diperkirakan dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik atau temuan laboratorium.

D. Gejala tidak ditimbulkan secara sengaja atau dibuat-buat (seperti pada gangguan buatan atau pura-pura).

Contoh Kasus :

Sila seorang wanita berusia 31 tahun, sedang mencari treatment karena dokter mengatakan bahwa tidak ada yang dapat ia lakukan untuk Sila. Ketika ditanya mengenai masalah kesehatannya, Sila menceritakan serangkaian keluhan, seperti sering tidak dapat mengingat tentang peristiwa yang terjadi padanya dan pada waktu yang lain penglihatannya kabur, sehingga tidak dapat membaca huruf pada halaman cetak. Sila suka membaca dan melakukan aktifitas lain di sekitar rumahnya, tapi ia mudah merasa lelah dan susah bernafas karena alasan yang tidak jelas. Ia sering tidak bisa menikmati makanan yang telah dibuatnya karena akan merasa mual dan ingin muntah saat memakan apapun, bahkan ketika hanya mencicipi bumbunya saja.

Menurut suami, Sila telah kehilangan minat untuk melakukan hubungan intim, hanya melakukannya satu kali dalam jangka waktu beberapa bulan sekali, dan biasanya dilakukan atas desakan suami. Sila mengeluhkan kram yang sangat menyakitkan saat periode menstruasi dan pada saat yang lain ia merasa bahwa “dalam dirinya merasa terbakar”. Karena sakit yang dirasakan dipunggung, kaki, dan dadanya. Sila ingin tetap berada di tempat tidur sepanjang hari. Sila tinggal di rumah dengan halaman yang luas tetapi jarang sekali ia kelilingi “karena saya harus berbaring pada saat kaki saya sakit”.

ETIOLOGI GANGGUAN SOMATOFORM

A. ETIOLOGI GANGGUAN SOMATISASI

Para pasien penderita gangguan somatisasi lebih sensitif terhadap sensasi fisik, memberikan perhatian yang berlebihan terhadap sensasi tersebut, atau menginterpretasikannya sebagai sesuatu yang membahayakan (Kirmayer dkk., 1994; Rief dkk., 1998). Berbagai macam keluhan fisik yang

dirasakan oleh pasien gangguan somatisasi merupakan manifestasi dari kecemasan yang tidak realistis dalam sistem tubuh. Bila keberfungsian normal terganggu, pola maladaptif akan menguat karena menghasilkan perhatian dan alasan untuk menghindari sesuatu.

B. TEORI PSIKOANALISIS MENGENAI GANGGUAN KONVERSI

Gangguan konversi memberikan kesempatan besar bagi Freud untuk menggali konsep ketidaksadaran yang merupakan salah satu konsep utama psikoanalisis. Dalam *Studies in Hysteria* (1895/1982), Breuer dan Freud berpendapat bahwa gangguan konversi terjadi ketika seseorang mengalami suatu kejadian yang menciptakan ketegangan emosi yang sangat besar, namun afekasinya tidak diekspresikan, dan ingatan mengenai kejadian tersebut dipisahkan dari pengalaman kesadaran.

Gangguan konversi pada perempuan menurut hipotesis Freud berakar pada *Electra Complex* pada masa awal yang tidak terselesaikan. Impuls – impuls awal akan ditekan jika orang tua merespon perasaan tersebut dengan keras dan ketidaksetujuan. Pada periode hidup selanjutnya, ketika orang yang bersangkutan menghadapi peristiwa yang kebetulan membangkitkan impuls – impuls yang ditekan tersebut serta kaitannya dengan kepuasan seksual, maka akan menimbulkan kecemasan. Kecemasan inilah yang diubah atau dikonversikan menjadi simptom – simptom fisik.

Keuntungan primer gangguan konversi adalah penghindaran dari *Electra Complex* yang tidak terselesaikan dan dari impuls – impuls id yang sebelumnya ditekan. Freud mengungkapkan bahwa bisa saja terdapat keuntungan sekunder dari gangguan konversi, yaitu simptom – simptom tersebut dapat membuat pasien menghindar dari situasi kehidupan saat ini yang tidak menyenangkan atau untuk mendapatkan perhatian dari orang lain.

Motivasi memegang peranan dalam hal apakah individu akan mendisosiasi perilaku dari kesadaran. Hal ini dibuktikan pada situasi laboratorium Sackeim dan koleganya. Peserta yang sangat dimotivasi mempertahankan kebutaan memberikan hasil yang buruk ketika diuji dengan tugas diskriminasi visual. Sedangkan peserta yang kurang dimotivasi memberikan hasil yang sangat baik, walaupun menuturkan bahwa ia buta. Menurut Sackeim dan koleganya, penuturan verbal dan perilaku tampaknya secara tidak disadari dapat berbeda. Dimana ketika seseorang yang buta secara histerikal mengatakan bahwa ia tidak dapat melihat, di saat yang sama dapat dipengaruhi oleh stimuli visual.

TERAPI UNTUK GANGGUAN SOMATOFORM

1. Terapi untuk gangguan somatisasi

- Terapi kognitif, dapat digunakan untuk mengatasi ketakutan. Berkurangnya rasa sakit dapat membantu mengurangi berbagai keluhan somatik. Namun kemungkinan akan dibutuhkan lebih banyak penanganan, karena seseorang yang telah menderita “sakit” selama kurun waktu tertentu terbiasa untuk menjadi lemah dan tergantung, untuk menghindari tantangan sehari-hari dan bukan sebagai orang dewasa.

- Terapi keluarga, dapat digunakan untuk membantu mengubah jaringan hubungan yang bertujuan membantu usaha untuk menjadi mandiri
- Training asersi dan keterampilan sosial digunakan untuk melatih secara efektif melakukan kontak social seperti mendekati dan memulai pembicaraan dengan orang lain, mempertahankan kontak mata, memberikan pujian, menerima kritik, dan mengajukan permintaan. Hal ini dapat bermanfaat untuk membantunya menguasai berbagai cara untuk berhubungan dengan orang lain dan mengatasi berbagai tantangan.
- Dokter berperan untuk meminimalkan penggunaan berbagai tes diagnostik dan pemberian obat, mempertahankan kontak dengan pasien terlepas dari pasien mengeluhkan suatu penyakit atau tidak. Pendekatan yang juga dapat dilakukan adalah mengarahkan perhatian pasien pada sumber-sumber kecemasan dan depresi yang mungkin mendasari simptom-simtom somatic yang tidak dapat dijelaskan dan tidak membiarkan mereka terlalu terfokus pada rasa sakit dan nyeri yang ringan dan tidak berbahaya.
- Biofeedback, yaitu mencakup pengendalian terhadap proses-proses fisiologis, dimana efektif mengurangi berbagai pikiran yang merusak pada para pasien yang menderita gangguan somatoform. Biofeedback adalah orang dapat mengendalikan perilaku yang secara umum dianggap tidak berada dalam kendali kesadaran, seperti denyut jantung dan suhu kulit, jika cara tersebut diciptakan untuk memberikan umpan balik terhadap perilaku semacam itu. Dengan demikian untuk mengajarkan pada seseorang bagaimana menaikkan suhu kulitnya, kita harus dapat memberi tahu mereka apakah suhu kulitnya naik, atau saat seseorang yang memiliki tekanan darah tinggi, mungkin harus mengubah gaya hidup yang tegang dan ambisius sebelum ia dapat menurunkan tekanan darahnya secara signifikan

2. Terapi untuk Hipokondriasis

Secara umum, pendekatan kognitif-behavioral terbukti efektif untuk mengurangi berbagai masalah hipokondriasis. Terapi kognitif-behavioral dapat ditujukan untuk merestrukturisasi pemikiran pesimistik. Selain itu penanganan dapat mencakup beberapa strategi seperti mengarahkan perhatian selektif pasien ke simptom-simtom fisik dan tidak mendorong pasien untuk mencari kepastian medis bahwa ia tidak sakit.

3. Terapi untuk rasa nyeri

Penanganan yang efektif cenderung terdiri dari hal-hal berikut:

- a. Melakukan validasi bahwa rasa nyeri memang nyata, dan tidak hanya dalam pikiran pasien
- b. Pelatihan relaksasi
- c. Menghormati pasien karena berperilaku yang tidak sejalan dengan rasa nyeri (menahan rasa nyeri)

Terapi tubuh psikodinamika, efektif untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien dan mempertahankan hasil yang menguntungkan dalam jangka waktu yang lama. Dosis rendah

beberapa obat antidepresan, terutama imipramine (Tofranil), lebih tinggi manfaatnya dibanding placebo untuk mengurangi rasa nyeri dan distress kronis. Secara umum, pasien perlu diarahkan untuk mengalihkan focus dari hal-hal yang tidak dapat dilakukan pasien karena penyakitnya dan bahkan mengajarkan pada pasien bagaimana mengatasi stres, mendorong aktivitas yang lebih banyak, dan meningkatkan control diri, terlepas dari keterbatasan fisik atau rasa tidak nyaman yang dialami pasien.

GANGGUAN DISOSIATIF

Gangguan Disosiatif adalah sebuah kelompok gangguan yang ditandai dengan adanya suatu kekacauan atau disosiasi dari fungsi identitas, ingatan, atau kesadaran. Gangguan disosiatif terdiri dari empat macam yaitu: amnesia disosiatif, fugue disosiatif, gangguan depersonalisasi, dan gangguan identitas disosiatif. Para individu yang menderita gangguan ini tidak mampu mengingat berbagai peristiwa pribadi penting atau selama beberapa saat lupa akan identitasnya atau bahkan membentuk identitas baru. Mereka bahkan dapat pergi jauh dari tempat tinggal semula.

A. AMNESIA DISOSIATIF

Amnesia disosiatif adalah hilangnya memori setelah kejadian yang penuh stres. Seseorang yang menderita amnesia disosiatif tidak mampu mengingat informasi yang penting, biasanya setelah suatu episode yang penuh stres. Informasi-informasi itu tidak hilang secara permanen namun tidak dapat diingat kembali saat episode amnesia. Memori yang hilang mencakup semua peristiwa dalam kurun waktu tertentu setelah suatu kejadian traumatik.

Macam-macam Amnesia Disosiatif

- × **Amnesia Terlokalisasi**, dimana peristiwa terjadi dalam suatu periode waktu tertentu hilang dari ingatan. Orang tersebut tidak bisa mengingat kembali untuk beberapa jam, atau hari setelah suatu kejadian yang menekan. Contoh: kecelakaan pesawat
- × **Amnesia Selektif** orang lupa hanya pada hal-hal khusus yang mengganggu, yang terdapat dalam suatu periode waktu tertentu. Contoh: seorang ayah dapat mengingat seluruh peristiwa perampokan di rumahnya, namun tidak bisa mengingat saat anaknya di sandera dan ditusuk pisau.
- × **Amnesia Menyeluruh**, orang yang melupakan seluruh kehidupannya. Namun, mereka cenderung tetap untuk mempertahankan kebiasaan, selera, dan keterampilan mereka. Contoh: seorang mahasiswa dapat mengingat masa kanak-kanaknya dan masa mudanya hingga ia masuk universitas, namun ia lupa semua hal yang terjadi setelah awal kuliah saat seorang sahabatnya meninggal karena jatuh dari lantai 3.

Gejala Amnesia disosiatif

Gejala Amnesia tergantung pada penyebabnya , namun umumnya meliputi :

- × Kehilangan memori
- × Kebingungan
- × Ketidakmampuan untuk mengenali wajah-wajah atau tempat
- × Setelah orang itu pulih, mereka biasanya tidak bisa mengingat episode amnesia mereka
- × Kebanyakan orang dengan amnesia dissociative setidaknya depresi atau sangat menderita dengan amnesia mereka

Kriteria Diagnosis berdasarkan DSM-IV

- A. Gangguan yang predominan adalah satu atau lebih episode ketidakmampuan mengingat informasi pribadi yang penting, biasanya bersifat traumatic atau stres, yang terlalu luas untuk dijelaskan oleh kelupaan yang biasa.
- B. Gangguan tidak terjadi secara eksklusif selama perjalanan suatu Gangguan Identitas Disosiatif, Fugue Disosiatif, Gangguan Stres Pasca Trauma, Gangguan Stres Akut, atau Gangguan Somatisasi dan bukan karena efek fisiologis langsung dari zat (misalnya penyalahgunaan zat, pengobatan) atau suatu kondisi medis umum lainnya (misalnya, Gangguan Amnestik karena Trauma Kepala)
- C. Gejala menyebabkan penderitaan secara klinis yang bermakna atau gangguan pada fungsi social, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.

Contoh kasus

Dalam kondisi bingung, Dory mendatangi pusat krisis kesehatan mental, air mata mengalir diwajahnya. “saya tidak tahu dimana saya tinggal atau siapakah saya! Dapatkah seseorang membantu saya?” Tim krisis membantu mencari tasnya, namun tidak menemukan apapun, hanya sebuah foto gadis kecil berambut pirang. Dory tertidur dan menjadi kehabisan tenaga, ia tidur disebuah tempat tidur yang dapat membuatnya tenang. Tim krisis memanggil polisi local untuk mencari apakah terdapat laporan orang hilang. Gadis kecil difoto tersebut adalah putri Dory. Ia ditabrak sebuah mobil ditempat parkir yang penuh pada sebuah pusat belanja. Walaupun mendapat luka dengan kaki yang patah, gadis tersebut dapat beristirahat dengan nyaman disebuah ruang perawata di rumah sakit.. Dory muncul dan berkeliling selama beberapa jam. Ia meninggalkan dompet dan kartu identitas lainnya pada pekerja social rumah sakit di kamar darurat. Saat Dory bangun, ia dapat mengingat siapa dirinya dan lingkungan kecelakaan, tapi ia tidak dapat mengingat apa yang telah terjadi.

B. FUGUE DISOSIATIF

Fugue disosiatif sebelumnya disebut fugue psikogenik. Fugue berasal dari bahasa latin yaitu *fugere*, yang berarti melarikan diri. Fugue disosiatif adalah hilangnya memori yang disertai

dengan meninggalkan rumah dan menciptakan identitas baru. Hilangnya memori lebih besar daripada amnesia disosiatif. Orang yang bersangkutan tidak hanya mengalami amnesia total, namun tiba-tiba meninggalkan rumah dan bekerja menggunakan identitas baru. Kadangkala orang tersebut mempunyai nama baru, rumah baru, pekerjaan baru, dan bahkan serangkaian karakteristik kepribadian baru. Penyebab fugue disosiatif serupa dengan amnesia disosiatif. Gangguan ini muncul sesudah individu mengalami stress atau konflik yang berat.

Kriteria Diagnosis berdasarkan DSM-IV

- A. Gangguan yang predominan adalah bepergian jauh dari rumah atau tempat kerja yang biasanya terjadisecara tiba-tiba, tidak diduga, dengan ketidakmampuan untuk mengingat masa lalunya.
- B. Kebingungan tentang identitas pribadi atau memakai identitas baru (sebagian atau seluruhnya)
- C. Gangguan tidak terjadi secara eksklusif selama perjalanan suatu Gangguan Identitas Disosiatif, dan bukan karena efek fisiologis langsung dari zat (penyalahgunaan zat, pengobatan) atau suatu kondisi medis umum (misalnya, epilepsy lobus temporalis)
- D. Gejala meyebabkan penderitaan secara klinis yang bermakna atau gangguan pada fungsi social, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.

Contoh Kasus

Laki-laki itu memberi tahu polisi bahwa namanya Burt Tate . Lelaki berkulit putih berusia 42 tahun ini terlibat perkelahian di restoran tempat kerjanya. Saat polisi tiba, mereka menemukannya tidak membawa kartu identitas. Ia mengatakan pada mereka bahwa ia telah datang ke kota tersebut beberapa minggu yang lalu, namun tidak dapat mengingat dimana ia tinggal atau bekerja sebelum datang ke kota itu. Mesti tidak ada tuduhan yang diberikan kepadanya, polisi memintanya datang ke ruang gawat darurat untuk dievaluasi. “Burt” tahu kota apa itu dan tahu tanggal berapa sekarang dan menyadari bahwa terasa aneh kalau ia tidak mengingat masa lalunya, tetapi terlihat tidak peduli dengan hal itu.

Tidak ada bukti adanya luka fisik atau trauma otak atau penyalahgunaan obat maupun alkohol.

Polisi membuat beberapa pertanyaan dan menemukan bahwa Burt sesuai dengan profil seseorang yang hilang, Gene Saunders, yang telah menghilang sebulan sebelumnya dari sebuah kota yang berjarak 2000 mil. Mrs Saunders ditelepon dan meyakinkan bahwa Burt benar suaminya. Ia melaporkan bahwa suaminya yang telah bekerja di tingkat manajemen madya di sebuah perusahaan manufaktur, tengah mengalami kesulitan di tempat kerja sebelum menghilang. Ia tidak dipromosikan dan penyalahgunaannya sangat kritis terhadap pekerjaannya.

Tekanan kerja tampak mempengaruhi perilakunya di rumah. Sebelumnya ia mudah bergaul dan bersosialisasi, lalu ia menarik diri dan mulai mengkritik istri dan anak-anaknya. Kemudian sesaat sebelum menghilang, ia berdebat keras dengan anak laki-laknya yang berusia 18 tahun. Anakanya

memanggilnya pecundang dan keluar dari rumah. Dua hari kemudian, laki-laki itu menghilang. Saat dihadapkan dengan istrinya lagi, ia mengaku tidak mengenalinya namun jelas ia tampak gugup.

C. GANGGUAN DEPERSONALISASI

- Gangguan depersonalisasi, merupakan gangguan dimana persepsi atau pengalaman seseorang terhadap diri sendiri berubah secara menyedihkan dan mengganggu, di dalam DSM-IV-TR tercantum sebagai gangguan disosiatif. Namun dalam pencamtumannya masih terdapat kontroversi karena gangguan depersonalisasi tidak mencakup gangguan memori, yang merupakan ciri khusus gangguan disosiatif lainnya.
- Gangguan depersonalisasi ini umumnya dipicu oleh stres, individu secara mendadak kehilangan rasa diri mereka. Mereka mengalami pengalaman sensori yang tidak biasa contohnya ukuran tangan dan kaki mereka tampak berubah secara drastis atau suara mereka terdengar asing bagi mereka sendiri. Mereka juga merasa berada di luar tubuh mereka, menatap diri mereka sendiri dari kejauhan. Kadangkala mereka merasa seperti mesin, seolah-olah mereka dan orang-orang lain adalah robot atau mereka seolah bergerak di dunia yang tidak nyata. Episode-episode yang sama kadangkala terjadi dalam beberapa gangguan lain seperti skizofrenia, serangan panik, gangguan stres pascatrauma dan gangguan kepribadian ambang.
- Gangguan depersonalisasi biasanya berawal pada masa remaja dan perjalanannya bersifat kronis, yaitu dialami dalam waktu yang lama dan sering kali terdapat trauma masa kecil. Komorbiditas dengan gangguan kepribadian sering terjadi, juga gangguan ansietas dan depresi. Gangguan depersonalisasi seringkali hilang tanpa pengobatan. Pengobatan dijamin hanya jika gangguan tersebut lama, berulang, atau menyebabkan gangguan. Psikoterapi psikodinamis, terapi perilaku, dan hipnotis telah efektif untuk beberapa orang.

1. 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.

2. Obat-obatan

Meskipun tidak ada obat khusus, 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:

1. Fluoxetine (Prozac)
2. Clomipramine (Anafranil)
3. Clonazepam (Klonopin)

3. GANGGUAN IDENTITAS DISOSIATIF

Kriteria DSM-IV-TR untuk Gangguan Identitas Disosiatif

- Keberadaan dua atau lebih kepribadian atau identitas
- Sekurang-kurangnya dua kepribadian mengendalikan perilaku secara berulang
- Ketidakmampuan untuk mengingat informasi pribadi yang penting
- Menurut DSM-IV-TR, diagnosis Gangguan Identitas Disosiatif (GID) dapat ditegakkan bila seseorang memiliki sekurang-kurangnya dua kondisi ego yang terpisah atau berubah (moda yang berbeda dalam keberadaan, perasaan dan tindakan yang satu sama lain tidak saling memengaruhi dan memegang kendali pada waktu yang berbeda. Kadangkala terdapat satu kepribadian dan penanganannya biasanya diperuntukkan bagi kepribadian primer.
- Umumnya terdapat dua hingga empat kepribadian pada saat diagnosis ditegakkan, namun selama berlangsungnya terapi sering kali muncul beberapa kepribadian baru. Kesenjangan memori juga umum terjadi dan biasanya karena sekurang-kurangnya satu kepribadian tidak memiliki kontak dengan yang kepribadian lain. Eksistensi berbagai kepribadian yang berbeda juga harus bersifat kronis (terjadi dalam waktu yang lama) dan parah (menyebabkan kehidupan penderita sangat terganggu). Perubahan tersebut bukan merupakan perubahan sementara, misalnya karena minum obat tertentu.
- Setiap kepribadian dapat bersifat cukup kompleks, memiliki pola perilaku, memori dan hubungan tersendiri (masing-masing menentukan karakter dan tindakan individu bila sedang memegang kendali). Biasanya masing-masing kepribadian tersebut cukup berbeda, bahkan saling bertentangan.
- Gangguan identitas disosiatif biasanya berawal pada masa kanak-kanak, namun jarang didiagnosis hingga usia dewasa. Gangguan ini lebih luas daripada gangguan disosiatif lain dan penyembuhannya kurang menyeluruh. Gangguan ini jauh lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Penegakan diagnosis lain khususnya depresi, gangguan kepribadian ambang dan gangguan somatisasi sering terjadi. GID umumnya disertai dengan sakit kepala, penyalahgunaan zat, fobia, halusinasi, upaya bunuh diri, disfungsi seksual, perilaku melukai diri sendiri dan juga simptom-simtom disosiatif lain seperti amnesia dan gangguan depersonalisasi.
- Pencegahan atau penanganan pada gangguan ini bisa dilakukan dengan menggunakan beberapa pendekatan, yaitu:

1. Pendekatan psikodinamik

Tradisional psikoanalisis bertujuan membantu orang dengan gangguan identitas disosiatif mengungkap dan belajar untuk mengatasi trauma anak usia dini. Wilbur (1986) menawarkan beberapa variasi pada tema dalam diskusinya pengobatan psikoanalitik orang dengan kepribadian ganda. Pertama, Wilbur menunjukkan bahwa analisis dapat bekerja dengan apa pun kepribadian adalah naiknya selama sesi terapi. Setiap dan semua kepribadian dapat diminta untuk berbicara tentang kenangan dan impian mereka sebaik yang mereka bisa. Setiap dan semua kepribadian dapat yakin terapis akan membantu mereka memahami kecemasan mereka dan aman pengalaman "menghidupkan kembali" traumatik sehingga

mereka dapat dibuat sadar dan mereka dapat membebaskan energi psikis terakumulasi oleh mereka. Wilbur memerintahkan terapis untuk diingat bahwa kecemasan yang dialami selama sesi terapi dapat menyebabkan saklar dalam kepribadian karena kepribadian alternatif yang mungkin dikembangkan sebagai sarana untuk mengatasi kecemasan intens. Namun akhirnya, pengalaman awal yang cukup dapat dibawa ke cahaya sehingga reintegrasi kepribadian menjadi mungkin.

2. Pendekatan biologi

Tidak ada obat telah dikembangkan untuk mengintegrasikan kepribadian mengubah. Namun, orang dengan kepribadian ganda sering menderita kecemasan depresi, dan masalah lain yang dapat diobati dengan obat seperti antidepresan dan agen anti ansietas. Beberapa bukti menunjukkan ada selective serotonin-reuptake inhibitor seperti Prozac untuk memiliki beberapa manfaat sederhana dalam mengobati gangguan depersonalisasi. Namun, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menyelidiki pendekatan biologis yang dapat membantu dokter mendorong integrasi dari berbagai kepribadian.

3. Pendekatan perilaku

Teknik perilaku telah diterapkan untuk pengobatan orang dengan kepribadian ganda. Kohlenberg menyimpulkan bahwa kepribadian ganda adalah pola respons yang dipelajari yang kinerjanya terhubung dengan kontingensi penguatan. Dalam kasus kepribadian ganda, seperti dicatat oleh Spanos dan rekan-rekannya (1985), penguatan dapat mengambil bentuk perhatian ekstra dari terapis yang menganggap kasus kepribadian ganda menjadi glamor dan eksotis. Ada bukti terlalu sedikit untuk menyimpulkan bahwa orang dengan kepribadian ganda pada umumnya akan merespon penguatan selektif dari kepribadian yang paling adaptif. Bentuk terapi juga menimbulkan masalah etis tentang apakah atau tidak terapis memiliki hak untuk menentukan kepribadian harus selektif diperkuat.

ETIOLOGI GANGGUAN DISOSIATIF

- Istilah gangguan disosiatif merujuk pada mekanisme, disosiasi, yang diduga menjadi penyebabnya. Konsep ini berasal dari tulisan karya Pierre Janet, seorang neurolog berkebangsaan Prancis. Pemikiran dasar dari konsep ini adalah kesadaran biasanya merupakan kesatuan pengalaman, termasuk kognisi, emosi, dan motivasi. Namun dalam kondisi stres, memori trauma dapat disimpan dengan suatu cara sehingga di kemudian hari tidak dapat diakses oleh kesadaran seiring dengan kembali normalnya kondisi orang yang bersangkutan. Kemungkinan akibatnya adalah amnesia atau fugue.
- Para teoritis behaviorial menganggap disosiasi sebagai respon menghindar yang melindungi seseorang dari berbagai kejadian yang penuh stress dan ingatan akan kejadian tersebut.

- Shobe dan Kihlstrom (1997) berpendapat bahwa respons umum terhadap trauma adalah menguatnya memori, namun kita berbicara mengenai cara merespons yang umum bila menyangkut gangguan disosiatif.
- Terdapat dua teori besar mengenai GID :
 1. GID berawal pada masa kanak-kanak yang diakibatkan oleh penyiksaan berat secara fisik atau seksual. Penyiksaan tersebut mengakibatkan disosiasi dan terbentuknya berbagai kepribadian lain sebagai suatu cara untuk mengatasi trauma. Penyiksaan ini terbukti berkaitan dengan simpton-simpton disosiatif. Ada dua diathesis dalam teori ini yaitu, kondisi sangat mudah dihipnotis memfasilitasi terbentuknya berbagai kepribadian melalui hipnotis diri sendiri. Lalu diathesis yang kedua adalah orang-orang yang menderita GID memiliki kecenderungan tinggi untuk berfantasi.
 2. GID merupakan pelaksanaan peran social yang dipelajari. Kepribadian-kepribadian yang muncul pada masa dewasa kebanyakan disebabkan oleh berbagai sugesti yang diberikan oleh terapis. GID tidak dianggap sebagai penyimpangan kesadaran (atau malingering); masalahnya tidak terletak pada apakah GID benar-benar dialami atau tidak, namun bagaimana GID terjadi dan menetap.

TERAPI UNTUK GANGGUAN DISOSIATIF

Terapi untuk amnesia disosiatif dan fugue disosiatif

1. Terapi kognitif

Terapi kognitif mungkin memberi manfaat spesifik untuk individu dengan gangguan trauma. Identifikasi spesifik dari penyimpangan kognitif berdasar pada trauma mungkin memberikan jalan untuk mengingat riwayat hidupnya pada pasien dengan riwayat amnesia. Pasien menjadi mampu untuk memperbaiki penyimpangan kognitif, khususnya arti trauma sebelumnya, mengingat kembali dengan lebih detail kejadian traumatik yang mungkin terjadi.

2. Hipnosis

Hipnosis dapat digunakan sebagai salah satu jalan terapi amnesia disosiatif. Intervensi hipnosis dapat digunakan untuk membatasi, mengatur intensitas gejala; memfasilitasi pengendalian recall; menyediakan dukungan pada pasien.

3. Terapi somatik

Tidak diketahui farmakoterapi yang ada untuk amnesia disosiatif selain wawancara yang difasilitasi farmakologi. Beberapa agen digunakan untuk tujuan ini, termasuk sodium amobarbital, thiopental, benzodiazepine, amphetamine.

Wawancara yang difasilitasi farmakologi digunakan terutama dalam menangani amnesia akut dan reaksi konversi, atau indikasi lainnya. Prosedur ini juga terkadang digunakan pada kasus amnesia disosiatif kronik dimana pasien tidak memberi respon pada intervensi lain.

Terapi untuk gangguan identitas disosiatif

1. Terapi psikoanalisis lebih banyak dipilih untuk mengangkat represi menjadi hukum sehari-hari, dan dicapai melalui penggunaan berbagai teknik psikoanalitik dasar.
2. Terapi Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
3. Terapi pemulihan kenangan, umumnya seseorang dihipnotis dengan bantuan obat-obatan dan didorong agar mengembalikan pikiran mereka kembali ke peristiwa pada masa kecilnya (teknik represi umur) sehingga ia menyadari bahwa bahaya dari masa kecilnya saat ini sudah tidak ada dan kehidupannya yang sekarang tidak perlu dikendalikan oleh hantu masa lalu tersebut.
4. Pemberian obat-obatan psikoaktif seperti tranquilizer dan antidepresan.

Terdapat beberapa prinsip yang disepakati secara luas dalam penanganan gangguan identitas disosiatif, terlepas dari orientasi ahli klinis :

Tujuannya adalah integrasi beberapa kepribadian

1. Setiap kepribadian harus dibantu untuk memahami bahwa dia adalah bagian dari satu orang dan kepribadian-kepribadian tersebut dimunculkan oleh diri sendiri.
2. Terapis harus menggunakan nama setiap kepribadian hanya untuk kenyamanan, bukan sebagai cara untuk menegaskan eksistensi kepribadian yang terpisah dan otonom yang tidak memiliki tanggung jawab secara keseluruhan atas berbagai tindakan orang yang bersangkutan secara keseluruhan.
3. Seluruh kepribadian harus diperlakukan dengan adil dan empati
4. Terapis harus mendorong mengambil empati dan kerja sama diantara berbagai kepribadian
5. Diperlukan kelembutan dan dukungan berkaitan dengan trauma masa kanak-kanak yang mungkin telah memicu munculnya berbagai kepribadian.

Tujuan dari setiap pendekatan terhadap GID ini haruslah untuk meyakinkan penderita bahwa memecah diri menjadi beberapa kepribadian yang berbeda tidak diperlukan lagi untuk menghadapi berbagai trauma, baik trauma di masa lalu yang memicu disosiasi awal atau trauma di masa kini atau yang akan dihadapi di masa mendatang. Selain itu harus diajarkan pada pasien untuk menghadapi berbagai tantangan masa kini dengan lebih baik. Semakin banyak jumlah kepribadian, semakin lama penanganan yang diperlukan. Terapi memerlukan waktu selama hampir dua tahun dan lebih dari 500 jam per pasien.

GANGGUAN OBSESIF-KOMPULSIF

OCD adalah suatu gangguan kecemasan di mana pikiran dipenuhi dengan pemikiran yang menetap dan tidak dapat dikendalikan serta individu terus-menerus mengulang tindakan tertentu, menyebabkan distress yang signifikan dan mengganggu keberfungsian sehari-hari.

untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan.

- **Obsesi** : Pikiran, impuls, dan citra yang mengganggu dan berulang yang muncul dengan sendirinya serta tidak dapat dikendalikan.
- **Kompulsif** : Perilaku atau tindakan mental repetitif yang mana seseorang merasa didorong untuk melakukannya dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh pikiran-pikiran obsesif atau untuk mencegah terjadinya suatu bencana.

Prevalensi

- Lebih banyak terjadi pada perempuan daripada laki-laki
- Usia onset gangguan obsesif-kompulsif tampaknya bimodal: terjadi sebelum usia sepuluh tahun atau pada akhir masa remaja atau awal masa dewasa.

Gangguan obsesif-kompulsif juga menunjukkan komorbiditas dengan gangguan kecemasan lain, terutama dengan gangguan panik dan fobia, dan dengan berbagai gangguan kepribadian. Dalam beberapa hal pikiran obsesif sama dengan kekhawatiran yang menjadi ciri gangguan kecemasan menyeluruh (GAD). Gangguan ini penuh memikirkan **“bagaimana jika”** mengenai kekhawatiran berulang yang berlebihan tentang kemungkinan terjadinya peristiwa negatif yang tidak mungkin.

Perbedaannya:

OCD: mengalami kekhawatiran mereka sebagai “ego alien” atau “ego distonik” yaitu mereka menganggap pikiran tersebut sebagai sesuatu yang dimasukkan dari luar diri dan sangat tidak masuk akal.

GAD: mampu menyusun argumen logis yang masuk akal tentang kekhawatiran yang mereka rasakan.

Kriteria Diagnostik OCD menurut DSM IV-TR:

A. Salah satu obsesi atau kompulsi:

Obsesi yang seperti didefinisikan oleh (1),(2),(3), dan (4) :

1. Pikiran, impuls, atau bayangan yang berulang dan menetap yang dialami, pada suatu saat selama gangguan, dirasakan mengganggu dan tidak sesuai, dan menyebabkan kecemasan dan penderitaan yang jelas.
2. Pikiran, impuls, atau bayangan tidak hanya kekhawatiran berlebihan tentang kehidupan yang nyata
3. Orang berusaha untuk mengabaikan atau menekan pikiran, impuls, atau bayangan tersebut untuk menetralkannya dengan pikiran atau tindakan lain.
4. Orang menyadari bahwa pikiran, impuls, atau bayangan obsesional adalah hasil dari pikirannya sendiri (tidak disebabkan dari luar seperti penyisipan pikiran)

Kompulsi seperti yang didefinisikan oleh (1) dan (2):

1. Perilaku berulang (misalnya, mencuci tangan, mengurutkan, memeriksa) atau tindakan mental (misalnya, berdoa, menghitung, mengulang kata -kata dalam hati) yang dirasakannya mendorong untuk melakukan sebagai respon terhadap suatu obsesi, atau menurut dengan aturan yang harus dipatuhi secara kaku
2. Perilaku atau tindakan mental ditujukan untuk mencegah atau mengurangi penderitaan atau mencegah suatu kejadian atau situasi yang menakutkan, akan tetapi perilaku atau tindakan mental tersebut tidak dihubungkan dengan cara yang realistic dengan apa yang mereka maksudkan untuk menetralkan atau mencegah, atau secara jelas berlebihan.

B. Pada suatu waktu selama perjalanan gangguan, orang menyadari bahwa obsesi atau kompulsi adalah berlebihan atau tidak beralasan.

Catatan: hal ini tidak berlaku untuk anak – anak.

- C. Obsesi atau kompulsi menyebabkan penderitaan yang jelas menghabiskan waktu (lebih dari 1 jam sehari), atau secara bermakna mengganggu rutinitas normal, fungsi pekerjaan (atau akademik), atau kegiatan atau hubungan sosial yang biasanya.
- D. Jika terdapat gangguan Aksis I lainnya, isi obsesi atau kompulsi tidak terbatas padanya (misalnya, preokupasi dengan makanan yang terdapat pada Gangguan Makan; mencabut rambut yang terdapat pada Trikotilomania; perhatian pada penampilan yang terdapat pada Gangguan Disformik Tubuh; preokupasi dengan zat yang terdapat pada suatu Gangguan Penggunaan Zat; preokupasi dengan menderita suatu penyakit serius yang terdapat pada

Hipokondriasis; preokupasi dengan dorongan atau fantasi seksual yang terdapat pada Parafilia; atau perenungan bersalah yang terdapat pada Gangguan Depresi Mayor).

E. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologi langsung dari zat (misalnya, penyalahgunaan zat pengobatan) atau suatu kondisi medis umum.

Etiologi Gangguan Obsesif-Kompulsif

1. Teori Psikoanalisis

Obsesi dan kompulsif dalam pandangan ini disebabkan oleh dorongan instingtual, seksual atau agresif yang tidak dapat dikendalikan karena *toilet training* yang terlalu keras. Individu mulai berpusat pada sesuatu secara berlebihan pada tahap anal (akibat dari *toilet training* yang keras). Simtom-simtom yang muncul dianggap mencerminkan hasil perjuangan antara *Id* atau mekanisme pertahanan dimana kadangkala salah satu ada yang mendominasi. Alfred Adler (1931) memandang gangguan obsesif kompulsif sebagai akibat dari rasa tidak kompeten dari orangtua yang terlalu memanjakan, sehingga individu tersebut mengalami kompleks inferioritas dan secara tidak sadar melakukan ritual kompulsif untuk menciptakan wilayah di mana mereka dapat menggunakan kendali dan merasa terampil.

2. Teori Behavioral dan Kognitif

Teori ini menganggap kompulsif sebagai perilaku yang dipelajari dan dikuatkan oleh reduksi rasa takut. Pandangan lainnya menganggap perilaku kompulsif disebabkan oleh defisit memori.

Individu normal dapat menoleransi atau menghapus kognisi tertentu. Namun, bagi individu yang menderita gangguan obsesif-kompulsif, pikiran-OCD juga dapat dipicu oleh keyakinan bahwa memikirkan tentang kejadian yang berpotensi tidak menyenangkan membuat kejadian tersebut lebih besar kemungkinannya untuk benar-benar terjadi.

3. Faktor Biologis

Encefalitis, cedera kepala, tumor otak dihubungkan dengan terjadinya gangguan obsesif-kompulsif. Hal tersebut difokuskan pada dua area otak yang terpengaruh oleh trauma semacam itu di antaranya

- Lobus frontalis : Bagian otak pada pasien OCD, mencerminkan kekhawatiran yang berlebihan terhadap pikiran mereka sendiri.
- Ganglia basalis : Suatu sistem yang berhubungan dengan pengendalian perilaku motorik yang disebabkan oleh kaitannya dengan kompulsif dan juga hubungan antara OCD.

Terbukti jika menstimulasi simtom-simtom OCD dengan memberikan stimuli yang dipilih secara khusus pada para pasien, seperti sarung tangan yang kotor oleh sampah atau pintu yang tidak dikunci, maka aliran darah di otak meningkat pada daerah frontalis dan ke beberapa ganglia basalis.

Gejala Gangguan Obsesif-Kompulsif

Obsesi	Ketakutan akan kontaminasi
	Ketakutan mengekspresikan impuls seksual atau agresif
	Ketakutan hipokondrial akan disfungsi tubuh
	Obsesi bisa berupa keraguan yang ekstrem, prokastinasi, dan ketidaktegasan
Kompulsi	Mengupayakan kebersihan dan keteraturan. (seperti : menghabiskan waktu berjam-jam bahkan sepanjang hari untuk melakukan kegiatan tertentu)
	Menghindari objek tertentu. (seperti : menghindari segala sesuatu yang berwarna coklat)
	Melakukan praktik-praktik repetitif, magis, dan protektif. (seperti : menghitung, mengucapkan angka tertentu, menyentuh semacam jimat)
	Mengecek sebanyak tujuh atau delapan kali untuk memastikan bahwa tindakan yang sudah dilakukan benar benar sudah dilakukan. (seperti : jendela yang sudah ditutup, kemudian dicek kembali)
	Melakukan suatu tindakan tertentu. (seperti : makan dengan sangat lambat)

Terapi Gangguan Obsesif-Kompulsif

❖ **Terapi Psikoanalisis**

Mirip dengan untuk fobia dan kecemasan, yaitu mengangkat represi dan memberi jalan pada pasien untuk menghadapi hal yang benar-benar ditakutkannya. Karena pikiran yang mengganggu dan perilaku kompulsif melindungi ego dari konflik yang ditekan serta keduanya merupakan target yang sulit untuk intervensi terapeutik dan prosedur psikoanalisis serta psikodinamika terkait tidak efektif untuk menangani ini.

❖ **Pendekatan Behavioral (Pemaparan dan Pencegahan Ritual)**

Dipelopori di Inggris oleh Victor meyer (1966), mengkombinasikan pemaparan dengan pencegahan respons (ERP) (Rachman & Hodgson, 1980). Pendekatan tersebut baru-baru ini berganti nama yaitu pemaparan dan pencegahan ritual untuk menggarisbawahi keyakinan magis yang dimiliki para penderita OCD bahwa perilaku kompulsif mereka akan mencegah terjadinya hal-hal yang menakutkan. Dalam

metode ini (flooding) seseorang memaparkan dirinya pada situasi yang menimbulkan tindakan kompulsif seperti memegang piring kotor kemudian menghindari untuk tidak melakukan ritual yang biasanya dilakukannya yaitu mencuci tangan. Asumsinya adalah bahwa ritual tersebut merupakan penguatan negative karena mengurangi kecemasan yang ditimbulkan oleh suatu stimulus

❖ **Terapi Perilaku Rasional Emotif**

Membantu pasien menghapuskan keyakinan bahwa segala sesuatu mutlak harus berjalan seperti yang mereka inginkan atau bahwa segala tindakan yang mereka lakukan harus mutlak memberikan hasil sempurna. Teori kognitif beck juga dapat bermanfaat (van open dkk., 1955). Dalam pendekatan ini pasien didorong untuk menguji kekuatan mereka bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi jika mereka tidak melakukan ritual kompulsif. Bagian yang tak terpisahkan dalam terapi kognitif semacam itu adalah pemaparan dan pencegahan respons (atau ritual) karena untuk mengevaluasi apakah tidak melakukan ritual kompulsif akan memberikan konsekuensi yang mengerikan, pasien harus menahan diri untuk tidak melakukan ritual tersebut .

❖ **Penanganan Biologis**

Obat-obatan yang meningkatkan level serotonin seperti SSRI dan beberapa tricyclic merupakan penanganan biologis yang paling sering diberikan kepada pasien dengan gangguan obsesif- kompulsif. Kedua kelompok obat-obatan tersebut telah memberikan hasil yang menguntungkan walaupun perlu dicatat bahwa suatu kajian terhadap penanganan farmakologis oleh dua psikiater merendahkan pentingnya ERP sebagai pendekatan baris pertama (rauch & jenike, 1998). Beberapa studi menemukan antidepresan tricyclic kurang efektif dibandingkan ERP (balkom dkk., 1994). Suatu studi terhadap depresi menunjukkan perbaikan dalam ritual kompulsif hanya pada pasien OCD yang juga menderita depresi (marks dkk., 1980). Dalam studi lain anti depresi tricyclic bagi OCD ternyata hanya berjangka pendek. Diatas segalanya gambaran mengenai efektivitas antidepresan tricyclic tidak pasti. Semua obat anti depresi memiliki efek samping yang tidak mendorong sebagian orang untuk tetap menggunakannya, beberapa contoh termasuk rasa mual, insomnia, agitasi, mengganggu keberfungsian seksual dan bahkan beberapa efek negative bagi jantung dan sistem peredaran darah (rauch & jenike., 1998).

Contoh Kasus Gangguan Obsesif Kompulsif

VIVAnews – Lauren Walsh, wanita berusia 21 tahun selalu menghabiskan banyak waktu untuk mencuci tangan berjam-jam. Jika dihitung-hitung, ia bisa menghabiskan 10 jam sehari di kamar mandi, seperti dikutip dari DailyMirror. Lauren juga selalu merasa takut karena dia berpikir setiap inchi tubuhnya dihindangi bakteri, sehingga dia harus mandi lagi dalam waktu lama untuk membersihkannya.

“Ini sampai ke titik saat saya harus mandi lima kali sehari, masing-masing berlangsung dua jam,” ujar Lauren. “Rasanya, ada begitu banyak hal, yang harus saya lakukan. Setiap menit dari bagian tubuh saya harus dikontrol.” Lauren seperti mendengar suara di kepalanya, yang dia sebut ‘iblis di bahu’. Kondisi ini seolah meyakinkan dia bahwa dia selalu dalam keadaan kotor.

Lauren terus menerus mencuci tangan. Tidak hanya di rumah, bahkan juga di sekolah. Penderitaan Lauren membuat dia sulit bersosialisasi dengan teman-teman sekolah. “Saya selalu merasa tidak normal.” Banyak teman-teman sekolah yang kemudian menjuluki Lauren sebagai orang aneh dan stres.

Kamar tidurnya penuh dengan catatan karena Lauren merasa terdorong untuk terus menulis. “Aku punya catatan untuk diingat kembali ketika saya berumur 12 tahun. “Keluar dari tempat tidur memakan waktu 20 menit setiap pagi karena saya harus berbalik sampai saya berada di sudut kanan. Jika tidak merasa benar, saya ulangi sampai hal itu benar.” Setelah itu, dia akan memastikan tempat tidur selalu dalam keadaan sempurna tanpa ada kain yang kusut. Dia harus mencuci sarung bantal setiap hari dan seprai setidaknya tiga kali seminggu.

“Di kamar mandi aku menggunakan sabun yang berbeda dan lotion untuk bagian tubuh yang berbeda, dimulai di bagian atas dan bekerja dengan cara ke bawah. Dibutuhkan waktu dua jam setiap kali mandi,” kata Lauren. Untuk menggunakan toilet, dia harus menyekanya dulu kemudian duduk dengan cara yang benar. Lalu, dia akan selalu merobek lembar pertama kertas toilet karena takut telah tersentuh orang lain. Kemudian dia akan merobek tisu sebanyak 12 lembar untuk selanjutnya dilipat dengan cara tertentu sebelum dipakai. Untuk sekadar bangun dari toilet pun, dia masih harus memutar sampai benar-benar merasa nyaman.

“Saya harus berjalan lurus sempurna dan setiap langkah harus merasa benar di kaki. Jika tidak, saya harus mulai dari awal lagi. Jadi, saya akan berada di sana selama berjam-jam.”

Analisis Kasus:

Axis I : OCD (Obsessive Compulsive Disorder)
Axis II : -
Axis III : -

Axis IV : Problem yang berkaitan dengan lingkungan sosial:
Dia sulit bersosialisasi dengan teman – teman sekolah. “Saya selalu merasa tidak normal.” Banyak teman-teman sekolah yang kemudian menjuluki Lauren sebagai orang aneh dan stres.

Axis V : 51-60 (Gejala sedang atau kesulitan sedang dalam fungsi sosial, pekerjaan)

- Dia sulit bersosialisasi dengan teman-teman sekolah. (Terkait perilaku mencuci tangan berulang yang juga dilakukan ketika berada di sekolah.
- Menghabiskan waktunya selama 10 jam sehari untuk Mandi, sehingga mengganggu kegiatannya yang lain.

GANGGUAN STRES PASCATRAUMA

PTSD adalah suatu kejadian atau beberapa kejadian traumatis yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang berupa keatian atau ancaman kematian, atau cedera serius, atau ancaman terhadap integritas fisik atau diri seseorang yang menciptakan ketakutan ekstrem, horor, atau rasa tidak berdaya.

Terdapat perbedaan antara gangguan stress pascatrauma dan gangguan stress akut. Sederhananya hampir semua orang yang mengalami trauma mengalami stres kadangkala ke tingkat yang sangat berat. Hal itu normal. Namun jika stresor menyebabkan kerusakan yang signifikan dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan selama kurang dari satu bulan, diagnosis yang ditegakkan adalah gangguan stres akut. Walaupun beberapa orang dapat mengatasi gangguan stres akut yang mereka alami, jumlah yang signifikan kemudian menderita PTSD.

Simtom-simtom PTSD dapat dikelompokkan dalam 3 kategori utama. Simtom dapat ditegakkan apabila simtom-simtom dalam tiap kategori berlangsung selama lebih dari satu bulan :

1. ***Mengalami kembali kejadian traumatis.*** Individu kerap teringat pada kejadian tersebut dan mengalami mimpi buruk tentang hal itu. Penderitaan emosional yang mendalam ditimbulkan oleh stimuli yang menyimbolkan kejadian tersebut. Sebagai contoh petir mengingatkan seorang veteran pada medan pertempuran.
2. ***Penghindaran stimuli yang diasosiasikan dengan kejadian terkait atau mati rasa dalam responsivitas.*** Individu berusaha menghindari berpikir tentang trauma yang mereka hadapai atau stimuli yang akan mengingatkan pada kejadian tersebut. Mati rasa adalah menurunnya ketertarikan pada orang lain, suatu rasa keterpisahan, dan ketidakmampuan untuk merasakan berbagai emosi positif. Pada PTSD kenyataannya terdapat suatu fluktuasi dimana penderita begantian mengalami kembali dan mati rasa.
3. ***Simtom-simtom peningkatan ketegangan.*** Mencakup sulit tidur atau mempertahankannya, sulit berkonsentrasi, waspada berlebihan, dan respon terkejut berlebihan.

Masalah lain yang berhubungan dengan PTSD adalah gangguan anxietas lain, depresi, kemarahan, rasa bersalah, penyalahgunaan zat (mengobati diri sendiri untuk meringankan distress), masalah perkawinan, kesehatan fisik yang rendah, disfungsi seksual, dan hendaya dalam pekerjaan. Pikiran dan rencana bunuh diri umum terjadi, seperti juga insiden ledakan kekerasan dan masalah psikofisiologis yang berhubungan dengan stres, seperti sakit punggung bawah, sakit kepala, dan gangguan system pencernaan. Menurut DSM, anak-anak juga dapat mengalami PTSD, seringkali merupakan respon ketika menyaksikan kekerasan dalam rumah tangga, mengalami penyiksaan fisik. Seorang anak yang semula periang menjadi pendiam dan menarik diri atau anak yang semula pendiam menjadi agresif.

Kriteria Diagnostik PTSD dalam DSM IV-TR

- a. Orang telah terpapar dengan suatu peristiwa traumatik di mana terdapat kedua dari berikut ini:
 1. Orang mengalami, menyaksikan, atau dihadapkan dengan suatu peristiwa atau kejadian-kejadian yang berupa ancaman kematian atau kematian yang sesungguhnya atau cedera serius, atau ancaman terhadap integritas fisik diri sendiri atau orang lain.
 2. Respon orang tersebut berupa ketakutan yang hebat, rasa tidak berdaya, atau horor.Catatan: pada anak-anak, hal ini dapat diekspresikan dengan perilaku yang kacau atau pembrontakan.
- b. Peristiwa traumatik secara menetap dialami kembali dalam satu atau lebih cara berikut:
 1. Ingatan tentang peristiwa yang menyebabkan penderitaan, bersifat berulang dan mengganggu, meliputi bayangan, pikiran dan persepsi. Catatan: pada anak kecil, dapat mengekspresikan dalam permainan berulang dengan tema atau aspek trauma.
 2. Mimpi menakutkan yang berulang tentang peristiwa. Catatan: pada anak-anak dapat berupa mimpi yang menakutkan tanpa isi yang dapat dikenali.
 3. Bertindak atau merasa seolah-olah peristiwa traumatik kembali terjadi (meliputi perasaan mengalami kembali, ilusi, halusinasi, dan episode kilas balik disosiatif). Catatan: pada anak kecil, dapat terjadi penghidupan kembali trauma spesifik.
 4. Penderitaan psikologis yang kuat pada pemaparan terhadap tanda internal atau eksternal yang disimbulkan atau menyerupai aspek kejadian traumatik.
 5. Reaktivitas psikologis pada pemaparan terhadap stimulus internal atau eksternal yang disimbolkan atau menyerupai aspek kejadian traumatik.
- c. Penghindaran menetap dari stimulus yang berhubungan dengan trauma dan kaku pada responsivitas secara umum (tidak ditemukan sebelum trauma), seperti yang ditunjukkan oleh tiga atau lebih berikut:
 1. Usaha untuk menghindari pikiran, perasaan, atau percakapan yang dihubungkan dengan trauma.
 2. Usaha untuk menghindari aktivitas, tempat atau orang yang membangkitkan ingatan terhadap trauma.
 3. Tidak mampu untuk mengingat kembali aspek penting dari trauma.
 4. Hilangnya minat atau peran serta yang jelas dalam aktivitas penting.
 5. Perasaan terlepas atau asing dari orang lain.
 6. Rentang afek terbatas (misalnya tidak mampu untuk memiliki perasaan cinta).
 7. Perasaan masa depan yang pendek (misalnya tidak berharap memiliki karir, menikah, anak-anak, atau umur harapan hidup normal).
- d. Adanya gejala peningkatan kewaspadaan yang menetap (tidak ditemukan sebelum trauma), seperti yang ditunjukkan oleh dua atau lebih berikut ini:
 1. Kesulitan untuk mulai atau tetap tertidur.

2. Iritabilitas atau ledakan kemarahan.
 3. Kesulitan untuk berkonsentrasi.
 4. Kewaspadaan berlebih.
 5. Respon kejut yang berlebih.
- e. Durasi gangguan (gejala dalam kriteria b, c, dan d) lebih dari satu bulan.
- f. Gangguan menyebabkan penderitaan secara klinis yang bermakna atau gangguan pada fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.

Etiologi Gangguan Stres Pascatrauma

Penelitian dan teori mengenai penyebab PTSD berfokus pada faktor-faktor terhadap gangguan tersebut dan juga pada faktor-faktor psikologis dan biologis. Beberapa diantaranya:

1. **Faktor-faktor Resiko.** Prediktor PTSD mencakup ancaman yang dirasakan terhadap nyawa, berjenis kelamin perempuan, pemisahan dari orangtua di masa kecil, riwayat gangguan dalam keluarga, berbagai pengalaman traumatis sebelumnya, dan gangguan yang dialami sebelumnya (anxietas atau depresi). Simtom-simtom disosiatif (termasuk depersonalisasi, derealisasi, amnesia, dan pengalaman keluar dari tubuh) pada saat trauma juga meningkatkan kemungkinan terjadinya PTSD. Memiliki intelegensi tinggi tampaknya menjadi faktor proyektif karena diasosiasikan dengan keterampilan coping individu. Secara umum, menghadapi trauma dengan mencoba menghindari untuk berpikir tentang hal itu dikaitkan dengan terjadinya PTSD.
2. **Teori-teori Psikologis.** Para teoritis belajar berasumsi bahwa PTSD terjadi karena pengkondisian klasik terhadap rasa takut. Seorang wanita yang pernah diperkosa contohnya, dapat merasa takut berjalan di lingkungan tertentu (CS) karena diperkosa disana (UCS). Berdasarkan rasa takut yang dikondisikan secara klasik tersebut, terjadi penghindaran, yang secara negatif dikuatkan oleh berkurangnya rasa takut yang dihasilkan oleh ketidakberadaan CS. PTSD merupakan contoh utama dari teori dua faktor mengenai avoidance learning yang diajukan oleh Mower. PTSD juga berkaitan dengan teori-teori kognitif behavioral yang menekankan hilangnya kendali dan prediktabilitas yang dirasakan orang-orang yang menderita PTSD. Suatu teori psikodinamika oleh Howirtz menyatakan bahwa ingatan tentang kejadian traumatik muncul secara konstan dalam pikiran seseorang dan sangat menyakitkan sehingga secara sadar mereka mensupresinya atau merepresinya.
3. **Teori-teori Biologis.** Penelitian pada orang kembar dan keluarga menunjukkan kemungkinan diathesis genetic dalam PTSD. Trauma yang dialami oleh seseorang dapat mengaktivasi sistem noradrenergic, meningkatkan level norepinephrine sehingga membuat orang yang bersangkutan lebih mudah terkejut dan lebih cepat mengekspresikan emosinya apabila dibandingkan dengan orang dengan keadaan normal. Adanya penemuan yang menyatakan bahwa level norepinephrine lebih tinggi pada pasien penderita PTSD dibandingkan dengan kelompok control. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat bukti mengenai meningkatnya sensitivitas reseptor – reseptor noradrenergic pada penderita PTSD.

Terapi Gangguan Stres Pascatrauma

1. Critical Incident Stress Debriefing

Merupakan pemberian intervensi ketika orang – orang berada dalam fase akut periode pascatrauma. Hal yang terbaik adalah mengintervensi sebanyak mungkin korban selamat dalam 24 hingga 72 jam setelah terjadinya peristiwa traumatic, tepat sebelum PTSD memiliki kesempatan untuk berkembang, dan mendorong mereka untuk mengkaji secara detail apa yang telah terjadi dan mengekspresikan sekuat mungkin perasaan mereka tentang kejadian mengerikan tersebut.

Kritik terhadap Critical Incident Stress Debriefing

Segera setelah terjadinya suatu bencana, hal terbaik adalah para korban mendapatkan dukungan sosial yang biasanya diperoleh dalam keluarga serta komunitas mereka. Adanya pemaksaan walaupun dilakukan dengan halus dan dengan maksud baik dapat mengganggu serta memberi dampak yang buruk. Kritik lain terhadap CISD, bahwa penderitaan merupakan bagian normal dari suatu kehidupan dan bahwa setelah mengalami bencana seseorang tidak perlu menghindari rasa sakit dan duka cita, namun lebih memanfaatkan kejadian traumatic tersebut sebagai kesempatan untuk menghadapi berbagai krisis kehidupan yang tidak dapat dihindari dan diharapkan seseorang dapat menemukan hikmah dibalik kejadian yang dialaminya.

2. Pendekatan Di Masa Perang

a. Penanganan Narkosintesis

Suatu prosedur kartasi dengan bantuan obat a La Beurer, dimana tentara diinjeksi dengan sodium Pentothal yang cukup untuk menimbulkan rasa kantuk. Kemudian terapis memaparkan kejadian (situasi) peperangan tertentu yang terasa nyata dimana pasien dibawah keadaan sadar. Setelah kembali ke keadaan sadar, terapi tetap mendorong pembahasan kejadian mengerikan dengan harapan pasien akan menyadari bahwa semua kejadian tersebut adalah masa lalu dan bukan harapan.

b. Pembentukan Kelompok – Kelompok Diskusi

Kelompok diskusi ini dipelopori oleh para veteran sendiri yang memberikan layanan konseling bagi para veteran yang mengalami masalah psikologis.

Kelompok diskusi memfokuskan pada rasa bersalah dan kemarahan yang tersisa yang dirasakan oleh para veteran dan juga meluas ke masalah – masalah kehidupan.

Kemungkinan yang dapat membantu para veteran:

- ❖ Dapat membantu mereka berperan serta dalam kelompok dan Merasakan hubungan timbal balik dari orang lain yang telah berbagi pengalaman selama masa peperangan.
- ❖ Agar individu dapat menerima kejadian dan membebaskan diri dari peristiwa yang menakutkan, mereka harus berani menghadapi peristiwa yang

menakutkan tersebut agar dapat menguasai diri dan menghilangkan kecemasan berat yang berkaitan dengan kejadian tersebut.

3. Pendekatan Kognitif Dan Behavioral

Prinsip dari terapi ini bahwa cara terbaik untuk mengurangi atau menghapus rasa takut adalah dengan menghadapi pasien dengan rasa takut itu sendiri. Pendekatan ini mengajak pasien untuk menghadapi hal yang dihindari. Biasanya, terapis akan meminta pasien memejamkan mata dan membayangkan kejadian traumatis sembari menceritakannya. Kemudian terapis akan mengajak pasien berdiskusi dengan tujuan mengubah cara pandang pasien bahwa apa menjadi ketakutannya merupakan masa lalu yang tidak menjadi ancaman di masa depan. Bolton, E. et al (2004) menyatakan bahwa metode manajemen stress dan manajemen kemarahan sebagai salah satu contoh terapi CBD efektif secara signifikan dalam mengurangi keluhan dan gejala PTSD pada veteran di Amerika.

4. Pendekatan Psikoanalisa

Prinsip pendekatan psikoanalisa tidak jauh berbeda dengan pendekatan kognitif dan behavioral. Pendekatan ini mendorong pasien untuk membahas trauma dan memaparkan diri mereka pada kejadian yang memicu PTSD. Dalam perspektif ini memandang bahwa PTSD disebabkan pengalaman masa lalu yang tanpa disadari individu telah membuat individu menjadi trauma dan cemas berlebihan. Dengan kata lain, ada konflik – konflik tak sadar yang tetap tinggal tersembunyi dan merembes ke alam bawah sadar.

5. Pendekatan Biologis

Pendekatan ini menggunakan obat-obatan seperti antidepresan dan transquilizer untuk memperbaiki kondisi yang dialami bersamaan dengan PTSD seperti depresi. selain itu, dukungan sosial seperti bergabung dalam suatu komunitas juga dapat menunjang pasien PTSD menuju kondisi yang lebih baik.

Contoh Kasus Gangguan Stres Pascatrauma

Seorang penyanyi berusia 27 tahun dirujuk oleh seorang teman untuk menjalani evaluasi. Delapan bulan sebelumnya, kekasihnya telah menjadi korban penusukan hingga meninggal dalam suatu peristiwa penodongan, sedangkan dia dapat menyelamatkan diri tanpa terluka sedikit pun. Setelah lewat masa berkabung, tampaknya dia telah kembali normal. Dia membantu penyelidikan polisi dan secara umum dinilai sebagai saksi ideal.

Namun demikian, tidak lama setelah penangkapan tersangka pembunuhan kekasihnya, penyanyi tersebut mulai berulang kali mengalami mimpi buruk dan ingatan yang jelas tentang malam terjadinya kejahatan tersebut. Dalam mimpi-mimpinya dia sering melihat darah dan melihat dirinya dikejar oleh orang yang mengancam dan tertutup wajahnya. Siang hari, terutama ketika berjalan sendirian, dia sering kali terhanyut dalam lamunan sehingga lupa ke mana akan pergi. Teman-temannya mengamati bahwa dia mulai mudah terkejut dan tampaknya selalu khawatir akan sesuatu. Dia meninggalkan uang kembalian atau barang belanjanya di toko atau ketika menunggu tidak dapat mengingat apa yang akan dibelinya. Tidurnya mulai gelisah dan pekerjaannya terganggu karena tidak dapat berkonsentrasi. Pelan-pelan dia menarik diri dari teman-temannya dan mulai menghindari pekerjaannya. Dia merasa sangat bersalah atas pembunuhan kekasihnya, walaupun tidak tahu dengan pasti mengapa demikian.

Analisa Kasus:

- Axis I : PTSD
- Axis II : -
- Axis III : -
- Axis IV : Problem yang berkaitan dengan lingkungan sosial:
Dia menarik diri dari teman-temannya dan mulai menghindari pekerjaannya.
- Axis V : 51-60 (Gejala sedang atau kesulitan sedang dalam fungsi sosial, pekerjaan)
- Selalu khawatir akan sesuatu
 - Sering mengalami mimpi buruk dan ingatan yang sangat jelas tentang malam terjadinya kejahatan tersebut. (Re-experiencing)
 - Sering terhanyut dalam lamunan
 - Sulit dalam mengingat sesuatu
 - Menarik diri dari teman-temannya dan menghindari pekerjaannya
 - Perasaan bersalah yang menghantui
 - Pekerjaannya terganggu karena tidak dapat berkonsentrasi.

Gangguan kepribadian

Gangguan kepribadian adalah kelompok gangguan yang sangat heterogen, diberi kode pada Aksis II dalam DSM dan dianggap sebagai pola perilaku dan pengalaman internal yang bertahan lama, pervasif, dan tidak fleksibel yang menyimpang dari eskpektasi budaya orang yang bersangkutan dan menyebabkan hendaya dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan. (Gangguan kepribadian merupakan gangguan yang sering kali *komorbid* dengan gangguan Aksis I, dapat berfungsi sebagai konteks bagi gangguan Aksis I).

Contoh : seseorang yang didiagnosis mengalami gangguan **anxietas** pada Aksis I dan gangguan kepribadian **obsesif kompulsif** pada Aksis II akan mengekspresikan kecemasan dalam bentuk seperti **perfeksionis** dan sulit mengambil keputusan.

KLASIFIKASI :

Gangguan kepribadian digolongkan menjadi 3 kelompok dalam DSM-IV TR yaitu :

- Individu dalam kelompok A (paranoid, skizoid, dan skizotipal) adalah individu yang aneh atau eksentrik
- individu dalam kelompok B (antisosial, ambang, histrionik, dan narsistik) adalah individu yang dramatic atau eratik
- individu dalam kelompok C (menghindar, dependen, dan obsesif-kompulsif) adalah individu yang pencemas atau ketakutan.

A. ANEH/EKSENTRIK :

1. Gangguan Kepribadian Paranoid

Individu yang mengalami gangguan kepribadian paranoid selalu mencurigai orang lain, merasa dirinya diperlakukan secara salah dan diesksploitasi oleh orang lain sehingga berperilaku misterius dan selalu waspada, sering kali kasar dan bereaksi dengan kemarahan terhadap apa yang mereka anggap sebagai penghinaan, enggan mempercayai orang lain, dipenuhi keraguan yang tidak beralasan terhadap kesetiaan orang lain atau bahwa orang lain tersebut tidak dapat dipercaya.

Dapat melihat makna negatif atau ancaman pada berbagai kejadian, contoh yaitu individu dapat merasa yakin bahwa anjing milik tetangganya sengaja menggonggong di awal pagi untuk mengganggunya.

Prevalensi :

- Berkisar 2 persen
- Paling banyak terjadi pada kaum laki-laki dan paling banyak dialami bersamaan dengan gangguan kepribadian skizotipal, ambang, dan menghindar.

Kriteria Gangguan Kepribadian Paranoid dalam DSM-IV TR

Ditunjukkan oleh empat (lebih) berikut ini :

- Kecurigaan yang bersifat pervasif bahwa dirinya sedang dicelakai, dikhianati, atau dieksploitasi
- Keraguan yang tidak berdasar terhadap kesetiann teman-teman atau para rekanan dan bahwa mereka dapat dipercaya
- Enggan mempercayai orang lain karena kriteria di atas
- Memberikan makna tersendiri terhadap berbagai tindakan orang lain yang dianggapnya sebagai kesalahan
- Reaksi berupa kemarahan terhadap apa yang dianggapnya sebagai serangan terhadap karakter atau reputasi

2. Gangguan Kepribadian Skizoid

Merupakan suatu gangguan dimana individu yang mengalaminya tidak menginginkan atau menikmati hubungan sosial, biasanya tidak memiliki teman akrab, tampak tumpul, datar, dan menyendiri serta tidak memiliki perasaan hangat dan tulus kepada orang lain.

Individu dengan gangguan kepribadian ini jarang memiliki emosi kuat, tidak tertarik pada hubungan seks, dan hanya mengalami sedikit aktivitas yang menyenangkan. Merupakan seorang penyendiri dan menyukai berbagai aktivitas yang dilakukan dalam

Kriteria Gangguan Kepribadian Skizoid dalam DSM IV-TR

Ditunjukkan oleh empat (lebih) berikut ini :

- Kurang berminat atau kurang menyukai hubungan dekat
- Hampir secara eksklusif lebih menyukai kesendirian
- Kurangnya minat untuk berhubungan seks
- Hanya sedikit, jika ada, mengalami kesenangan
- Kurang memiliki teman
- Bersikap masa bodoh terhadap pujian atau kritik dari orang lain
- Afek datar, ketidaklekatan emosional

Prevalensi :

- Kurang dari 2 persen

- Sedikit lebih kecil terjadi pada kaum perempuan dibanding pada kaum laki-laki

Komorbiditas :

- Memiliki angka komorbiditas tertinggi pada gangguan kepribadian skizotipal, paranoid, dan menghindar.
- Kriteria diagnostik bagi gangguan kepribadian skizoid juga sama dengan beberapa simptom fase *prodormal* (**sebelum terjadinya penyakit**) dan *residual*(**sesudah terjadinya penyakit**) skizofrenia.

3. Gangguan Kepribadian Skizotipal

Berkembang dari berbagai studi di Denmark terhadap anak-anak yang diadopsi memiliki orang tua kandung skizofrenik (Kety dkk,1968).Individu yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal biasanya memiliki kesulitan dalam hubungan interpersonal yang terjadi dalam kepribadian skizoid dan kecemasan sosial yang berlebihan yang tidak berkurang setelah mengenal orang-orang di sekitarnya.

Mereka yang mengalami gangguan ini dapat memiliki kepercayaan yang aneh atau pemikiran magis-takhayul, keyakinan bahwa mereka memiliki kemampuan paranormal-telepati, ilusi yang berulang, dan dapat merasakan kehadiran suatu kekuatan atau seseorang yang secara aktual tidak ada disana. Menggunakan kata-kata dengan cara yang tidak umum dan tidak jelas saat berbicara serta perilaku dan penampilan mereka juga dapat eksentrik.

Ciri umum dari gangguan ini yaitu ***ideas references***(**keyakinan bahwa berbagai kejadian memiliki makna khusus dan tidak biasa bagi orang yang bersangkutan**), kecurigaan dan pikiran paranoid.

Kriteria Gangguan Kepribadian Skizotipal dalam DSM-IV TR

Ditunjukkan oleh lima (lebih) berikut ini :

- *Ideas of reference*
- Keyakinan yang aneh atau pemikiran magis, a.l., percaya terhadap persesi ekstra indrawi
- Persepsi yang tidak biasa, a.l., keyakinan yang menyimpang tentang tubuhnya
- Pola bicara yang aneh
- Kecurigaan yang ekstrem, paranoia
- Afek yang tidak sesuai
- Perilaku atau penampilan yang aneh
- Kurang memiliki teman akrab
- Rasa tidak nyaman yang ekstrem atau kadang kecemasan yang ekstrem bila berada di antara orang lain

Prevalensi : diperkirakan kurang dari 1 persen

Komorbiditas :

Menurut Moray (1988) berdasarkan kriteria DSM III-R, orang yang didiagnosis berkepribadian skizotipal juga memenuhi kriteria diagnostik gangguan kepribadian :

- ambang : 33%,
- narsistik : 33%,
- menghindar : 59%,
- paranoid : 59%, dan
- skizoid : 44%.

Etiologi Kelompok Aneh/Eksentrik :

- Berbagai studi keluarga secara konsisten menunjukkan bahwa kerabat para pasien skizofrenia memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan kepribadian skizotipal (**Nigg & Goldsmith, 1994**). Namun, meningkatnya angka kejadian gangguan kepribadian skizotipal juga terdapat pada kerabat tingkat pertama para pasien yang menderita depresi unipolar, menunjukkan bahwa gangguan kepribadian skizotipal tidak hanya berhubungan dengan skizofrenia (**Squires-Wheeler dkk, 1993**).
- Berbagai studi keluarga mengenai gangguan kepribadian paranoid sebagian besar menemukan tingkat kejadian yang lebih tinggi dari rata-rata pada kerabat para pasien yang menderita skizofrenia atau gangguan waham (**Bernstein, Useda, & Siever, 1993**).
- Tidak ditemukan pola yang jelas dalam penelitian perilaku-genetik mengenai gangguan kepribadian skizoid meskipun sebuah studi keluarga menemukan bahwa prevalensi gangguan kepribadian skizoid meningkat di kalangan kerabat orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal (**Battaglia dkk., 1995**).

B. KELOMPOK DRAMATIK/ERATIK :

1. Gangguan Kepribadian Ambang (Borderline Personality Disorder – BPD)

Pada awalnya, istilah ini mengacu pada kondisi pasien yang berada di ambang batas antara neurosis dan skizofrenia. Namun konseptualisasi kepribadian ambang yang digunakan saat ini berasal dari dua sumber utama.

- Kajian literatur penelitian yang ada dan berbagai studi wawancara terhadap pasien yang dianggap mengalami gangguan kepribadian ambang yang disusun oleh Gunderson, Klob, dan Austin (1981).
- Sebuah studi terhadap kerabat para pasien skizofrenia yang dilakukan oleh Spitzer dkk (1979).

Ciri-ciri utama gangguan ini:

- Impulsivitas
- Ketidakstabilan hubungan dengan orang lain
- Ketidakstabilan mood
- Emosinya eratik dan dapat mendadak berubah total (terutama dari idealisasi yang penuh gelora menjadi kemarahan yang merendahkan)

Karakteristik pasien dengan Gangguan Kepribadian Ambang:

- Argumentatif
- Mudah tersinggung
- Sarkastik
- Cepat menyerang
- Secara keseluruhan sangat sulit untuk hidup bersama mereka
- Perilaku tidak dapat diprediksi dan impulsif
- Tidak memiliki rasa diri yang jelas dan konsisten
- Tidak pernah memiliki kepastian dalam nilai-nilai, loyalitas, dan pilihan karier mereka
- Tidak tahan berada dalam kesendirian
- Takut diabaikan
- Menuntut perhatian
- Mudah depresi dan perasaan kosong yang kronis
- Sering mencoba bunuh diri dan melakukan tindakan memutilasi diri sendiri

Gangguan kepribadian ambang umumnya bermula pada masa remaja atau dewasa awal, dengan prevalensi sekitar 1%, dan banyak terjadi pada perempuan. Prognosisnya buruk, dan para pasien gangguan kepribadian ambang memiliki kemungkinan mengalami aksis I yaitu gangguan mood, dan orang tua mereka memiliki kemungkinan lebih besar

dari rata-rata untuk mengalami gangguan mood. Juga ditemukan kormobitas dengan penyalahgunaan zat, PTSD, gangguan makan, dan gangguan kepribadian dalam kelompok aneh/eksentrik.

Kriteria Gangguan Kepribadian Ambang dalam DSM-IV-TR

Terdapat 5 atau lebih dari kriteria dibawah ini:

- Berupaya keras untuk mencegah agar tidak diabaikan, terlepas dari benar-benar diabaikan atau hanya dalam bayangannya.
- Ketidakstabilan dan intensitas ekstrem dalam hubungan interpersonal, ditandai dengan perpecahan, yaitu mengidealkan orang lain dalam satu waktu dan beberapa waktu kemudian menistakannya.
- Rasa diri (sense of self) yang tidak stabil.
- Perilaku impulsive, termasuk sangat boros dan perilaku seksual yang tidak pantas.
- Perilaku bunuh diri (baik hanya berupa sinyal maupun sungguh-sungguh mencoba) dan mutilasi diri yang berulang.
- Kelabilan emosional yang ekstrem.
- Perasaan kosong yang kronis.
- Sangat sulit mengendalikan kemarahan.
- Pikiran paranoid dan simptom-simtom disosiatif yang dinicu stres.

Etiologi Gangguan Kepribadian Ambang

Faktor-faktor biologis

Gangguan ini dapat memiliki komponen genetik, pasien juga dapat memiliki neurotisisme yang tinggi suatu trait yang diketahui diturunkan secara genetik. Beberapa data menunjukkan pada pasien gangguan kepribadian ambang adanya kelemahan lobus frontalis (berperan dalam perilaku impulsif) dan kadar metabolisme glukosa yang rendah pada lobus frontalis. Mereka juga mengalami peningkatan aktivasi amigdala (berperan dalam emosi yang intens pada pasien gangguan kepribadian ambang). Ditemukan juga bahwa system serotonin pada pasien gangguan kepribadian ambang sulit diaktivasi.

Object Relations Theory

Fokusnya adalah pada cara anak-anak mengidentifikasi diri dengan orang-orang yang memiliki kelekatan emosional kuat dengan mereka. Orang yang diintroyeksi tersebut menjadi bagian dari ego seseorang, namun mereka dapat menimbulkan konflik dengan harapan, tujuan dan idealisme ketika ia tumbuh dewasa. Para teoritis *Object relations* mengemukakan hipotesis bahwa orang bereaksi terhadap dunia melalui perspektif orang-orang penting di masa lalu mereka, terutama orang tua atau pengasuh utama.

Kenberg (1985) berpendapat bahwa pengalaman masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan menyebabkan anak-anak mengembangkan ego yang tidak merasa aman, sebuah ciri utama gangguan kepribadian ambang. Meskipun demikian, mereka tetap memiliki kemampuan untuk menguji realitas. Mereka seringkali melakukan mekanisme pertahanan yang disebut pembelahan, yaitu mendikotomikan objek menjadi sepenuhnya baik atau buruk, memandang dunia termasuk dirinya sendiri sebagai hitam atau putih.

Teori Diathesis Stress Linehan

Linehan berpendapat bahwa gangguan kepribadian ambang terjadi bila orang yang memiliki diathesis biologis (kemungkinan genetik) berupa kesulitan mengendalikan emosi dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang menginvalidasi.

Lingkungan yang menginvalidasi adalah lingkungan dimana keinginan dan perasaan seseorang tidak dipertimbangkan dan tidak dihargai; berbagai upaya untuk mengkomunikasikan perasaan tidak diterima atau bahkan dihukum. Bentuk invalidasi ekstrem adalah penyiksaan anak, seksual maupun non seksual.

2. Gangguan Kepribadian Histrionik

Diagnosis kepribadian histrionik sebelumnya disebut dengan kepribadian histerikal, ditegakkan bagi orang-orang yang terlalu dramatis dan mencari perhatian. Mereka seringkali menggunakan ciri-ciri penampilan fisik, seperti pakaian yang tidak umum, rias wajah, atau warna rambut untuk menarik perhatian orang kepada mereka. Pada individu tersebut, meskipun menunjukkan emosi yang berlebihan, diperkirakan memiliki kedangkalan emosi.

Mereka berpusat pada diri sendiri, terlalu memedulikan daya tarik fisik mereka, dan merasa tidak nyaman bila tidak menjadi pusat perhatian. Mereka dapat sangat provokatif dan tidak senonoh secara seksual tanpa memedulikan kepantasan dan mudah dipengaruhi orang lain. Bicaranya seringkali tidak tepat dan kurang memiliki detail.

Prevalensi untuk gangguan ini sebesar 2% dan lebih banyak terjadi pada perempuan. Gangguan ini lebih banyak terjadi pada orang-orang yang mengalami perpisahan dengan pasangannya, dan dihubungkan dengan depresi serta kesehatan fisik yang buruk. Memiliki kormobitas dengan gangguan kepribadian ambang.

Kriteria Gangguan Kepribadian Histrionik dalam DSM-IV-TR

Terdapat 5 atau lebih ciri-ciri dibawah ini:

- Kebutuhan besar untuk menjadi pusat perhatian.
- Perilaku tidak senonoh secara seksual yang tidak pantas.
- Perubahan ekspresi emosi yang secara cepat.
- Memanfaatkan penampilan fisik untuk menarik perhatian orang lain.
- Bicaranya sangat tidak tepat, penuh semangat mempertahankan pendapat yang kurang detail.
- Berlebihan ekspresi emosional yang teatrikal.

Etiologi Gangguan Kepribadian Histrionik

Teori psikoanalisis mendominasi pada etiologi gangguan kepribadian histrionik, mengemukakan bahwa emosionalitas dan ketidaksenonohan perilaku secara seksual didorong oleh ketidaksenonohan orang tua, terutama ayah pada anak perempuannya. Pasien dengan gangguan kepribadian histrionik dibesarkan dalam keluarga dimana orang tua berbicara tentang seks sebagai sesuatu yang kotor, namun berperilaku seolah seks adalah sesuatu yang menyenangkan atau diinginkan.

Ekspresi emosi yang berlebihan pada orang-orang kepribadian histrionik dipandang sebagai simptom-simtom konflik tersembunyi tersebut, dan kebutuhan sebagai pusat perhatian dipandang sebagai cara untuk mempertahankan diri dan perasaan yang sebenarnya yaitu harga diri rendah.

3. Gangguan Kepribadian Narsistik

Orang-orang dengan gangguan kepribadian narsistik memandang keunikan dan kemampuan mereka secara berlebihan; mereka berfokus pada berbagai fantasi keberhasilan besar. Mereka menghendaki perhatian dan pemujaan berlebihan yang hampir tanpa henti dan yakin bahwa mereka hanya dapat dimengerti oleh orang-orang yang istimewa atau memiliki status tinggi. Hubungan interpersonal mereka terhambat karena kurangnya empati, perasaan iri dan arogansi, dan memanfaatkan orang lain, serta perasaan bahwa mereka dapat mendapatkan segala sesuatu.

Kepribadian narsistik sangat sensitif terhadap kritik dan sangat takut pada kegagalan. Hubungan pribadi mereka sangat sedikit dan dangkal, jika orang lain tidak mampu memenuhi harapan mereka, mereka akan marah dan menyingkirkan orang tersebut. Prevalensi untuk gangguan ini kurang dari 1% dan paling sering dialami bersamaan dengan gangguan kepribadian ambang.

Kriteria Gangguan Kepribadian Narsistik dalam DSM-IV-TR

Terdapat 5 atau lebih karakteristik di bawah ini:

- Pandangan yang dibesar-besarkan mengenai pentingnya diri sendiri, arogansi.
- Terfokus pada keberhasilan, kecerdasan, kecantikan diri.
- Kebutuhan ekstrim untuk dipuja.
- Perasaan kuat bahwa mereka berhak mendapatkan segala sesuatu.
- Kecenderungan memanfaatkan orang lain.
- Iri pada orang lain

Etiologi Gangguan Kepribadian Narsistik

Heinz Kohut, orang yang menjadi sentral dalam minat terhadap narsisme di era kontemporer telah menciptakan suatu varian psikoanalisis yang dikenal sebagai self-psychology. Menurut Kohut, kegagalan untuk mengembangkan harga diri yang sehat terjadi bila orang tua tidak merespon dengan baik kompetensi yang ditunjukkan anak-anak mereka, yaitu si anak tidak dihargai berdasarkan makna dirinya sendiri, namun dihargai sebagai alat untuk membangun harga diri orang tua.

Bila orang tua merespon anaknya dengan penghargaan, kehangatan, dan empati, mereka menumnuhkan rasa makna diri yang normal dan harga diri yang sehat pada si anak. Namun, bila orang tua memenuhi kebutuhan mereka sendiri dan bukannya secara langsung menghargai anak mereka, akibatnya dapat berupa terbentuknya kepribadian narsistik. Anak-anak yang diabaikan dengan cara inisidial mengembangkan harga diri yang terintenisasi dan sehat serta sulit menerima berbagai kekurangan mereka sehingga mereka berjuang untuk melambungkan rasa diri mereka dengan menhejar cinta dan penghargaan dari orang lain tanpa henti.

4. Gangguan Kepribadian Antisosial dan Psikopati

• *Karakteristik Gangguan Kepribadian Antisosial*

Konsep gangguan kepribadian antisosial dalam DSM IV – TR mencakup dua komponen yaitu :

- Terdapat gangguan tingkah laku sebelum usia 15 tahun, membolos, sering berbohong, melakukan pembakaran, dan dengan sengaja merusak kepemilikan merupakan simtom – simtom utama gangguan tingkah laku.
- Terus berlanjutnya pola perilaku antisosial tersebut pada masa dewasa..

Penelitian menunjukan sedikit perbedaan antara mereka yang memenuhi kriteria GKA pada orang dewasa yang di masa kanak – kanaknya mengalami gangguan tingkah laku dan mereka yang memenuhi kriteria bagi orang dewasa, namun tanpa gangguan tingkah laku. Orang dewasa yang mengalami GKA menunjukan perilaku tidak bertanggung jawab dan antisosial dengan bekerja secara tidak konsisten, melanggar

hukum, mudah tersinggung dan agresif secara fisik, tidak mau membayar utang, dan sembrono ceroboh.

Diperkirakan sekitar 3% laki – laki dewasa dan 1% perempuan di Amerika Serikat memiliki kepribadian antisosial. Angka kejadiannya jauh lebih tinggi di kalangan anak – anak muda daripada di kalangan orang dewasa yang lebih tua, dan gangguan ini lebih umum terjadi di kalangan orang – orang dengan status sosioekonomi rendah. Gangguan kepribadian antisosial komorbid dengan sejumlah diagnosis lain, terutama penyalahgunaan zat.

- *Karakteristik Psikopati*

Konsep psikopati berkaitan erat dengan berbagai artikel Hervey Cleckley dan buku klasiknya *The Mask of Sanity* (1976). Salah satu karakteristi utama psikopatik adalah kemiskinan emosi, baik positif maupun negatif. Orang – orang psikopati tidak memiliki rasa malu, bahkan perasaan mereka yang tampak positif pada orang lain hanyalah sebuah kepura – puraan. Kadar kecemasan yang rendah membuat psikopat tidak mungkin belajar dari kesalahannya, dan kurangnya emosi positif mendorong mereka berperilaku secara tidak bertanggung jawab dan sering kali secara kejam kepada orang lain. Poin utama dalam deskripsi Cleckly adalah perilaku antisosial pada psikopat dilakukan secara impulsif, yang memberikan kesenangan baginya seperti suatu keuntungan finansial.

Sebagian besar peneliti mendiagnosis psikopati menggunakan daftar uji yang dikembangkan oleh Hare dan para rekannya, yang mengidentifikasi dua kelompok utama perilaku psikopati, yaitu:

- Ketidaklekatan emosional dan sama dengan gangguan kepribadian narsistik, digambarkan sebagai individu yang egois dan tidak memiliki penyesalan, dengan harga diri yang melambung yang mengeksploitasi orang lain.
- Gaya hidup antisosial yang ditandai dengan impulsivitas dan ketidakbertanggung jawaban.

Psikopati lebih banyak terjadi pada laki – laki dibanding perempuan. Psikopati sering kali komorbid dengan penyalahgunaan alkohol dan obat – obatan lain.

Penelitian dan Teori mengenai Etiologi Gangguan Kepribadian Antisosial dan Psikopati

- Peran Keluarga

Kurangnya afeksi dan penolakan berat oleh orang tua merupakan penyebab utama perilaku psikopatik. Beberapa studi lain menghubungkan perilaku

psikopatik dengan tidak konsistennya orang tua dalam mendisiplinkan anak – anak mereka dan dalam mengajarkan tanggung jawab terhadap orang lain, penyiksaan fisik, dan kehilangan orang tua. Diketahui beberapa aspek lain yang berpengaruh, seperti juga perilaku antisosial sang ayah.

- Korelasi Genetik Gangguan Kepribadian Antisosial

Adopsi dan orang kembar, termasuk kembar yang dibesarkan secara terpisah, mengindikasikan bahwa faktor – faktor genetik memainkan peran penting berkaitan dengan kemungkinan seseorang akan melakukan tindakan kriminal. Studi adopsi mengungkap prevalensi perilaku antisosial yang lebih tinggi dari normal pada anak – anak adopsi yang memiliki orang tua kandung yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dan penyalahgunaan zat. Lingkungan memainkan peran penting dalam gangguan kepribadian antisosial.

- Emosi dan Psikopati

Definisi sindrom psikopatik, yaitu ketidakmampuan orang seperti itu untuk mengambil hikmah dari pengalaman atau bahkan dari hukuman; mereka tampaknya tidak mampu menghindari konsekuensi negatif perilaku sosial yang salah. Mereka tampaknya kebal terhadap kecemasan atau kepedihan hati nurani yang membantu mencegah sebagian besar diantara manusia untuk melanggar hukum atau berbohong atau mencederai orang lain, dan mereka sulit mengendalikan impuls. Psikopat memiliki sedikit hambatan untuk melakukan tindakan antisosial karena mereka sangat sedikit mengalami kecemasan atau dengan kata lain memiliki kadar kecemasan yang rendah. Psikopat sangat ahli mengabaikan stimuli tertentu, bahkan memfokuskan perhatian pada hal – hal yang menarik bagi mereka. Hukuman tidak menimbulkan emosi kuat pada psikopat sehingga tidak dapat menghalangi perilaku antisosial. Dengan demikian, psikopat tampak memiliki empati yang rendah terhadap penderitaan orang lain.

- Modulasi Respon, Impulsivitas, dan Psikopati

Sebuah tambahan penting bagi pemikiran yang ada saat ini mengenai penyebab psikopati adalah dimasukkannya suatu faktor yang akan menstimulasi atau mendorong perilaku antisosial. Impulsivitas muncul bila psikopat dihadapkan pada tugas yang dirancang untuk menguji kemampuan mereka untuk memodifikasi respon – respon mereka berdasarkan keberhasilan atau kegagalan. Selain berhubungan dengan impulsivitas, karena interaksi sosial sangat bergantung pada konteks, kurangnya sensitivitas terhadap sinyal kontekstual dapat

berhubungan erat dengan insensitivitas psikopat terhadap orang lain. Berbagai studi menunjukkan bahwa psikopat memiliki reaksi yang berbeda dengan sebagian besar diantara manusia. Secara khusus, mereka hanya memiliki sedikit kecemasan, sehingga kecemasan hanya memberikan sedikit efek penghambat dalam perilaku antisosial. Perlakuan mereka terhadap orang lain semata – mata karna kurangnya empati. Psikopat kurang mampu menggunakan informasi kontekstual dan membuat perencanaan, karena itu perilaku mereka menjadi impulsif. Hal itu kemungkinan merupakan penyebab psikopat bertindak laku salah tanpa menyesal dan mencari kesenangan tanpa menghargai berbagai aturan masyarakat.

Kriteria Gangguan Kepribadian Antisosial dalam DSM – IV – TR

Pola pervasif dalam hal tidak menghargai hak orang lain sejak berusia 15 tahun dan seurang – kurangnya 3 karakteristik antara 1 hingga 7 ditambah 8 hingga 10 :

- Berulang kali melanggar hukum
- Menipu, berbohong
- Impulsivitas
- Mudah tersinggung dan agresif
- Tidak memedulikan keselamatan diri sendiri dan orang lain
- Tidak bertanggung jawab seperti terlihat dalam riwayat pekerjaan yang tidak reliabel atau tidak memenuhi tanggung jawab keuangan
- Kurang memiliki rasa penyesalan
- Berusia minimal 18 tahun
- Terdapat bukti mengenai gangguan tingkah laku sebelum berusia 15 tahun
- Perilaku antisosial yang tidak terjadi secara eksklusif dalam episode skizofrenia atau mania

C. KELOMPOK PENCEMAS/KETAKUTAN

1. Gangguan Kepribadian Menghindar (*Avoidant Personality Disorder*)

Diagnosis gangguan kepribadian menghindar ditegakkan bagi orang-orang yang sangat takut terhadap kemungkinan munculnya kritikan, penolakan, atau ketidaksetujuan dari orang lain, sehingga enggan menjalin hubungan. Mereka bahkan menghindari pekerjaan yang mengharuskan mereka melakukan kontak interpersonal, yakin bahwa diri mereka tidak kompeten, dan lebih rendah daripada orang lain. Prevalensi gangguan kepribadian menghindar adalah sekitar 5 persen (Torgersen, Kronglen, & Cramer, 2001) dan komorbid dengan gangguan kepribadian dependen (Trull, Widiger, & Frances, 1987),

gangguan kepribadian ambang (Morey, 1988), serta komorbid dengan Aksis I yaitu depresi dan fobia sosial menyeluruh (Alpert dkk., 1997).

Gangguan kepribadian menghindar dan fobia sosial berhubungan dengan sindrom yang terjadi di Jepang, yang disebut *taijin kyofu* (*taijin* berarti interpersonal dan *kyofu*

Kriteria Gangguan Kepribadian Menghindar dalam DSM-IV-TR

Terdapat minimal empat dari ciri berikut:

- Menghindari kontak interpersonal karena takut terhadap kritikan atau penolakan
- Keengganan untuk menjalin hubungan dengan orang lain kecuali dirinya pasti disukai
- Membatasi diri dalam hubungan intim karena takut dipermalukan atau diperolok
- Penuh kekhawatiran akan dikritik atau ditolak
- Merasa tidak adekuat
- Merasa rendah diri
- Keengganan ekstrem untuk mencoba hal-hal baru karena takut dipermalukan

berarti takut). Individu yang mengalami *taijin kyofu* terlalu sensitif dan menghindari kontak interpersonal, cenderung merasa gugup atau malu mengenai dampak yang mereka timbulkan pada orang lain, contohnya, wajah buruk atau baubadan (Ono dkk., 1996).

2. Gangguan Kepribadian Dependen (*Dependent Personality Disorder*)

Ciri utama gangguan kepribadian dependen adalah kurangnya kepercayaan diri dan perasaan otonom. Pasien dengan gangguan kepribadian dependen memandang diri mereka sebagai orang yang lemah dan orang lain penuh kekuatan, kebutuhan yang sangat kuat untuk diurus orang lain, tidak nyaman bila sendiri, dan bila hubungan dekat berakhir, mereka sesegera mungkin berupaya menjalin hubungan baru untuk menggantikan hubungan yang telah berakhir. Kriteria dalam DSM menggambarkan orang-orang dengan gangguan kepribadian dependen sebagai orang yang sangat pasif (sulit memulai suatu proyek atau segala sesuatu sendiri, tidak mampu tidak setuju dengan orang lain, serta membiarkan orang lain membuat keputusan bagi mereka). Gangguan kepribadian dependen sering dialami bersamaan dengan gangguan kepribadian ambang, schizoid, histrionic, skizopital, dan menghindar, serta diagnosis Aksis I yaitu gangguan bipolar, depresi, gangguan anxietas, dan bulimia. Prevalensi gangguan kepribadian dependen sekitar 1,5 persen (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Gangguan ini lebih banyak terjadi pada perempuan.

Kriteria Gangguan Kepribadian Dependen dalam DSM-IV-TR

Terdapat minimal lima dari ciri berikut:

- Sulit mengambil keputusan tanpa saran dan dukungan berlebihan dari orang lain
- Membutuhkan orang lain untuk mengambil tanggung jawab atas sebagian besar aspek kehidupannya yang utama
- Sulit tidak menyetujui orang lain karena takut kehilangan dukungan mereka
- Melakukan hal-hal yang tidak menyenangkan sebagai suatu cara untuk mendapatkan persetujuan dan dukungan orang lain
- Merasa tidak berdaya bila sendirian karena kurangnya rasa percaya terhadap kemampuannya untuk menangani segala sesuatu tanpa intervensi orang lain
- Berupaya untuk sesegera mungkin menjalin hubungan baru bila hubungan yang dimilikinya saat ini berakhir
- Dipenuhi ketakutan bila harus mengurus sendiri

3. Gangguan Kepribadian Obsesif-Kompulsif(*Obsesive-Compulsive Personality Disorder*)

Kepribadian obsesif-kompulsif adalah seorang perfeksionis, terfokus berlebihan pada detail, aturan, jadwal, dan sejenisnya. Orang-orang tersebut tidak pernah menyelesaikan proyek. Mereka berorientasi pada pekerjaan dan bukan pada kesenangan, serta sulit mengambil keputusan (karena takut salah) dan mengalokasikan waktu (takut terfokus pada hal yang salah). “Gila kendali” adalah istilah populer bagi orang-orang tersebut. Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif cukup berbeda dari gangguan obsesif-kompulsif dalam hal gangguan ini tidak mencakup obsesif dan kompulsi yang menandai gangguan obsesif-kompulsif. Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif lebih banyak ditemukan di kalangan pasien yang menderita GOK dibanding di kalangan pasien yang menderita gangguan panik atau depresi (Diaferia dkk., 1997), namun hanya ditemukan pada minoritas kasus GOK (Baer & Jenike, 1992). Prevalensi gangguan ini sekitar 2 persen dan paling tinggi komorbiditasnya dengan gangguan kepribadian menghindar (Lassano, del Buono, & Latapano, 1993; Torgersen, Kringlen, & Craner, 2001).

Kriteria Gangguan Kepribadian Obsesif-Kompulsif dalam DSM-IV-TR

Terdapat minimal empat dari ciri berikut:

- Terfokus secara berlebihan pada aturan dan detail hingga poin utama suatu aktivitas terabaikan
- Perfeksionisme ekstrem hingga ke tingkat yang membuat berbagai proyek jarang terselesaikan
- Pengabdian yang berlebihan pada pekerjaan hingga mengabaikan kesenangan dan persahabatan
- Tidak fleksibel tentang moral
- Sulit membuang benda-benda yang tidak berarti
- Enggan mendelegasikan kecuali jika orang lain dapat memenuhi standarnya
- Kikir
- Rigid dan keras kepala

Etiologi Kelompok Pencemas/Ketakutan

Hanya terdapat sedikit data mengenai gangguan kepribadian dalam kelompok ini. Spekulasi terfokus pada hubungan orang tua-anak. Ada pendapat bahwa gangguan kepribadian dependen dilakukan oleh pola asuh yang terlalu melindungi dan otoriter yang menghambat perkembangan perasaan *self-efficacy* (Borstein, 1997). Gangguan kepribadian dependen juga merupakan refleksi dari masalah kelekatan (Livesly, Schroeder, & Jackson, 1990). Perilaku lekat abnormal yang terdapat dalam kelompok kepribadian dependen mencerminkan suatu kegagalan dalam proses perkembangan umum karena terganggunya hubungan orang tua-anak yang disebabkan oleh kematian, pengabaian, penolakan, atau terlalu melindungi. Sehingga, orang dengan gangguan kepribadian dependen melakukan sejumlah taktik untuk mempertahankan hubungan dengan orang tua mereka maupun orang lain dengan cara apapun (Stone, 1993).

Gangguan kepribadian menghindar dapat mencerminkan pengaruh lingkungan di mana anak diajari untuk takut pada orang lain dan situasi yang sebagian besar di antara kita menganggapnya tidak berbahaya. Karakteristik gangguan kepribadian obsesif-kompulsif menurut Freud disebabkan oleh fiksasi pada tahap anal dalam perkembangan psikoseksualnya. Teori psikodinamika yang lebih kontemporer menekankan pada ketakutan kehilangan kendali, yang diatasi dengan kompensasi berlebihan.

D. Terapi Gangguan Kepribadian

Seorang terapis yang menangani pasien gangguan kepribadian umumnya juga mempertimbangkan gangguan Aksis I. Hal ini disebabkan oleh sebagian besar pasien dengan gangguan kepribadian menjalani penanganan karena gangguan Aksis I, bukan karena gangguan kepribadian. Contohnya; seseorang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial kemungkinan memiliki masalah penyalahgunaan zat.

Para pasien yang mengalami gangguan Aksis I dan gangguan kepribadian biasanya tidak mengalami gangguan Aksis I setelah ditangani dengan berbagai macam psikoterapi (Reich & Vasile, 1993; Crist-Christoph & Barber, 2002). Penyebabnya jelas; orang-orang yang mengalami gangguan pada kedua aksis kondisinya lebih parah dibanding mereka yang hanya mengalami gangguan Aksis I sehingga membutuhkan terapi yang lebih intensif (karena gangguan kepribadian terjadi dalam waktu lama) dan lebih ekstensif (difokuskan pada banyak masalah psikologis).

Obat-obatan psikoaktif sering kali digunakan untuk menangani berbagai jenis gangguan kepribadian (Koenigsberg, Woo-Ming, & Siever, 2002). Obat yang digunakan ditentukan berdasarkan masalah Aksis I yang mirip dengan gangguan kepribadian yang dialami. Para terapis psikodinamika menetapkan tujuan untuk mengubah pandangan pasien terhadap berbagai masalah pasien masa kanak-kanak yang diasumsikan mendasari gangguan perilaku. Para terapis behavioral dan kognitif, sesuai dengan fokus mereka pada situasi dan bukan pada karakteristik, tidak banyak mengemukakan pendapat hingga dewasa ini tentang penanganan spesifik untuk gangguan kepribadian yang tercantum dalam DSM (Howes & Vallis, 1996). Para terapis tersebut cenderung menganalisis berbagai masalah individual yang secara bersama-sama membentuk gangguan kepribadian.

1. Terapi Kepribadian Ambang

Berbagai masalah yang dialami orang-orang yang berkepribadian ambang dengan orang lain juga terjadi di dalam ruang konsultasi. Bagi pasien ambang, luar biasa sulit untuk membangun dan mempertahankan kepercayaan sehingga menghambat hubungan terapeutik. Pasien berubah dari mengidealkan menjadi merendahkan terapis, pada satu saat menuntut perhatian dan pertimbangan istimewa. Misalnya sesi-sesi terapi pada jam-jam yang tidak bisaa dan sangat sering menelpon ketika mengalami krisis tertentu, dan pada saat berikutnya menolak untuk memenuhi jadwal pertemuan, meminta pengertian dan dukungan, namun memaksa bahwa beberapa topik tertentu dilarang untuk dibicarakan. Dalam sebuah kasus, bunuh diri selalu menjadi resiko serius, rawat inap di

rumah sakit sering kali diperlukan bila perilaku pasien tidak dapat lagi dikendalikan dengan rawat jalan atau bila kemungkinan bunuh diri tidak dapat ditangani tanpa pengawasan lebih ketat yang hanya mungkin dilakukan dalam lingkungan rumah sakit jiwa yang terkendali. Dalam pendekatan kognitif behavioral terhadap terapi untuk ambang, Linehan memasukkan jenis konsultasi berkelanjutan ini sebagai bagian integral penanganan. Sejumlah obat-obatan telah diujicobakan dalam farmakoterapi untuk gangguan kepribadian ambang, terutama antidepresan dan antipsikotik.

– Psikoterapi Objek-Hubungan

Teori objek-hubungan memfokuskan pada cara anak-anak mengidentifikasi diri dengan orang lain yang memiliki kelekatan emosi kuat dengan mereka. Kernberg (1985) bekerja berdasarkan asumsi dasar bahwa orang-orang yang berkepribadian ambang memiliki ego yang lemah sehingga sangat sulit menoleransi pertanyaan mendalam yang diajukan dalam penanganan psikoanalisis. Penanganan analitis yang dimodifikasikan Kernberg bertujuan untuk menguatkan ego pasien yang lemah sehingga ia tidak menjadi korban pertahanan dirinya dalam bentuk pembelahan (*splitting*), atau pendikotomian (Kernberg dkk., 1989). Pembelahan dianggap sebagai akibat ketidakmampuan untuk membentuk berbagai pemikiran kompleks (*representasi objek*) yang tidak cocok dengan dikotomibaik-buruk yang sederhana.

Namun, pendekatan Kernberg lebih keras dibanding pendekatan sebagian besar analisis. Selain menginterpretasi perilaku *defensive*, ia memberikan saran konkret kepada pasien untuk berperilaku secara lebih adaptif dan ia akan merumahsakitkan pasien yang perilakunya berbahaya bagi dirinya maupun orang lain. Pendapat Kernberg bahwa pasien semacam itu tidak sesuai untuk psikoanalisis klasik karena ego mereka yang lemah konsisten dengan sebuah studi jangka panjang yang dilakukan di institusi mental berorientasi analitis yang terkenal di seluruh dunia yaitu Menninger Clinic (Stone, 1987).

– Terapi Perilaku Dialektikal (*Dialectical Behavior Therapy-DBT*)

Sebuah pendekatan yang mengombinasikan empati dan penerimaan yang terpusat pada klien dengan penyelesaian masalah kognitif behavioral dan pelatihan keterampilan sosial diperkenalkan oleh Marsha Linehan (1987). Pendekatan yang disebutkan terapi perilaku dialektikal memiliki tiga tujuan menyeluruh bagi para individu ambang:

1. mengajari mereka untuk mengubah dan mengendalikan emosionalitas dan perilaku ekstrem mereka;
2. mengajari mereka untuk menoleransi perasaan tertekan;
3. membantu mereka memercayai pikiran dan emosi mereka sendiri.

Konsep dialektik berasal dari filsuf Jerman Hegel (1770-1831). Dialektik merupakan suatu pandangan terhadap dunia yang menyatakan realitas adalah hasil ketegangan konstan antara dua hal yang bertentangan. Setiap peristiwa disebut tesis cenderung menciptakan suatu kekuatan yang bertentangan dengannya disebut antitesis.

Tujuan DBT adalah mengajari pasien untuk mengadopsi pandangan dialektikal terhadap dunia, suatu pemahaman bahwa hidup selalu berubah dan segala sesuatu tidak sepenuhnya buruk atau sepenuhnya baik. DBT berpusat pada penerimaan sepenuhnya terhadap orang-orang berkepribadian ambang oleh terapis dengan segala kontradiksi dan kepura-puraan mereka, secara empatik memvalidasi keyakinan mereka (yang menyimpang) dengan sikap “sebagai suatu fakta” terhadap perilaku untuk bunuh diri dan perilaku disfungsi mereka yang lain. Aspek kognitif behavioral dalam penanganan tersebut, yang dilakukan secara individual maupun kelompok, meliputi membantu pasien belajar menyelesaikan masalah, menguasai cara yang lebih efektif dan lebih diterima secara sosial untuk mengatasi berbagai masalah kehidupannya sehari-hari dan mengendalikan emosi. Juga diberikan terapi untuk meningkatkan keterampilan interpersonal dari mengendalikan kemarahan serta kecemasan mereka. Linehan dan rekan-rekannya memublikasikan hasil-hasil studi yang pertama kali menggunakan metode random dan terkendali mengenai suatu intervensi psikologis untuk gangguan kepribadian ambang (Linehan dkk., 1991). Para pasien secara random ditempatkan dalam kelompok terapi perilaku dialektikal atau kelompok penanganan biasa. Di akhir terapi yang berlangsung selama satu tahun para pasien pada kedua kelompok dibandingkan kemudian (Linehan, Heard, & Armstrong, 1993). Berbagai hasil temuan setelah penanganan mengungkapkan bahwa DBT jauh lebih baik pada berbagai pengukuran terhadap perilaku mencederai diri sendiri secara sengaja termasuk upaya bunuh diri, berhenti dari penanganan, dan lama rawat inap di rumah sakit.

2. Terapi untuk Psikopati

Sebagian besar para ahli dari berbagai orientasi teoritis selama bertahun-tahun menyatakan bahwa tidak ada gunanya mengubah karakteristik psikopat yang semena-mena dan tanpa penyesalan (Cleckley, 1976; Gacono dkk., 2001; McCord & McCord, 1964; Palmer, 1984). Pada kenyataannya, memang tidak mungkin para psikopat itu sendiri ingin menjalani terapi. Alasan utama ketidakcocokan untuk menjalani psikoterapi adalah mereka tidak mampu dan tidak termotivasi untuk membangun segala bentuk hubungan saling percaya dan jujur dengan terapis. Seorang ahli klinis yang berpengalaman menangani psikopat mengusulkan tiga prinsip utama bagi para terapis yang menangani pasien ini.

Pertama, terapis harus selalu waspada berkaitan dengan manipulasi yang mungkin dilakukan pasien. Kedua, ia harus berasumsi, hingga terbukti tidak benar, bahwa informasi yang di berikan padanya oleh pasien mengandung distorsi dan direayasa. Ketiga, ia harus memahami bahwa kerja sama terjalin, jika ada, dengan amat sangat lambat dalam setiap hubungan terapeutik dengan seseorang psikopat (Lion, 1978).

KASUS

1. Kasus paranoid

Contoh Kasus :

Tuan X seorang pensiunan pengusaha berusia 85 tahun diwawancarai oleh pekerja sosial untuk menentukan kebutuhan perawatan kesehatan bagi dirinya serta istrinya yang sakit dan lemah. Tuan X tidak memiliki sejarah penanganan gangguan mental sebelumnya. Ia terlihat sehat dan waspada secara mental. Ia dan istrinya telah menikah selama 60 tahun dan tampak bahwa istrinya adalah satu-satunya orang yang ia percaya. Dia selalu curiga pada orang lain. Ia tidak akan mengungkapkan informasi pribadi pada siapapun kecuali pada istrinya. Ia yakin bahwa orang lain akan mengambil keuntungan darinya. Ia menolak tawaran bantuan dari kenalannya karena ia curiga dengan motif mereka. Saat menerima telepon ia akan menolak untuk menyebut namanya sampai ia tahu maksud si penelepon. Ia meluangkan waktu yang cukup banyak untuk memonitor investasinya dan pernah bertengkar dengan agen tempat dia menyimpan investasinya saat terjadi kesalahan dalam rekening bulanannya yang membuatnya curiga bahwa agen tersebut berusaha menutupi transaksi yang curang.

ANALISA MULTIAKSIAL

Axis I : -

Axis II : Gangguan Kepribadian Paranoid

Axis III : -

Axis IV : Telah pensiun, dia pernah bertengkar dengan agen tempat dia menyimpan investasinya saat terjadi kesalahan dalam rekening bulanannya.

Axis V : 71 - 80

2. Kasus Avoidant

Lala, seorang pustakawan 35 tahun, relatif hidup terisolasi dan tidak punya sahabat. Sejak kecil, ia sangat pemalu dan telah menarik diri dari hubungan dekat dengan orang lain untuk menjaga dari perasaan terluka atau dikritik. Dua tahun sebelum dia masuk terapi, ia punya waktu tertentu untuk pergi ke pesta dengan kenalan yang ia temui di perpustakaan. Saat mereka tiba di pesta, Lala merasa sangat tidak nyaman karena dia tidak pernah memakai pakaian pesta. Dia terburu-buru pergi dan menolak untuk melihatnya kenalan lagi.

Pada sesi pengobatan awal, dia duduk diam cukup lama, ia terlalu sulit untuk berbicara tentang dirinya sendiri. Setelah beberapa sesi, dia tumbuh untuk mempercayai terapisnya. Dia terkait insiden ditahun awal dimana ia telah "hancur" oleh perilaku alkoholis ayahnya yang menjengkelkan di depan umum. Meskipun ia telah mencoba untuk menjaga tentang masalah keluarganya dari teman-teman sekolahnya, namun sudah tidak mungkin maka dia membatasi persahabatannya, untuk melindungi diri dari kemungkinan malu atau kritikan. Ketika Lala pertama kali memulai terapi, ia menghindari diri untuk bertemu orang yang bisa dipastikan bahwa mereka "seperti dia."

ANALISA MULTIAKSIAL

Axis I : -

Axis II : Gangguan Kepribadian Menghindar

Axis III : -

Axis IV : Hidup terisolasi dan tidak punya sahabat, menjaga dari perasaan terluka atau dikritik, menarik diri dari hubungan dekat dengan orang lain, pergi dan menolak untuk melihatnya kenalan

Axis V : 51-60

3. Kasus Narsistik

Susi adalah seorang anak perempuan berusia 12 tahun yang agak pendiam di sekolahnya. Ketika pulang ke rumah dari sekolahnya, ingin segera tiba dan mengatakan kepada ibunya mengenai kesuksesan yang hebat yang ia lakukan di sekolah. Seperti mendapat nilai tinggi ketika ujian matematika maupun kemenangannya ketika ia bermain lompat tali bersama temannya. Akan tetapi ibu Susi ini, bukannya mendengarkan anaknya dan memberikan perhatian dengan bangga, ia malah membelokkan obrolan dari anaknya pada dirinya sendiri. Si ibu justru mengabaikan cerita-cerita puterinya dan mulai membicarakan tentang kesuksesan dirinya sendiri mengenai pekerjaannya di kantor dan di tempat perkumpulannya. Dan secara tidak sadar ibu mengalihkan pembicaraan gadis kecilnya itu. Karena kejadian seperti itu terus berlangsung, Susi merasa harus menceritakan berbagai kehebatannya kepada orang lain. Dan ia lakukan kepada teman-temannya di sekolah, Susi selalu menceritakan berbagai kegiatan maupun hal-hal yang selama ini telah ia raih. Ia selalu menceritakan hal-hal mengenai keberhasilannya dalam kegiatan akademik maupun dalam pertemanan. Susi juga senang memamerkan barang-barang yang ia miliki, tetapi ia menjadi iri hati ketika melihat temannya yang lain memiliki barang lain yang lebih bagus darinya.

Susi merasa sangat senang apabila teman-temannya mengagumi dirinya ketika Susi menceritakan berbagai cita-cita dan khayalan tentang dirinya, “Aku akan menjadi orang hebat jika telah besar nanti, seperti presiden dan aku akan pergi kemana pun yang aku sukai, kalian akan jauh berbeda dariku karena aku yang akan lebih besar dan hebat dari kalian.” ungkap Susi. Tak jarang ia menyuruh temannya untuk melakukan hal-hal yang ia inginkan, tak peduli apa yang sedang temannya kerjakan ia harus mengerjakan apa yang di inginkan, apabila tidak dipenuhi Susi akan marah dan sering mencaci maki temannya itu. Teman – teman Susi kerap menjauhinya karna sikap kasarnya yang sering marah dan mencaci maki. Terakhir ia meminta temannya Ana untuk membelikannya minuman ketika sedang ujian Bahasa Inggris.

ANALISA MULTIAKSIAL

Axis I : -

Axis II : Gangguan Kepribadian Narsistik

Axis III : -

Axis IV : Tak jarang Susi menyuruh temannya untuk melakukan hal-hal yang ia inginkan, tak peduli apa yang sedang temannya kerjakan ia harus mengerjakan apa yang di inginkan, apabila tidak dipenuhi Susi akan marah dan sering mencaci maki temannya itu. Teman – teman Susi kerap menjauhinya karna sikap kasarnya yang sering marah dan mencaci maki.

Axis V : 71 – 80

SIMTOM KLINIS SKIZOFRENIA

A. Simtom Positif

Mencakup hal-hal yang berlebihan dan distorsi, seperti halusinasi dan delusi. Simtom-simtom ini sebagian besar menjadi ciri suatu episode akut skizofrenia.

Delusi (atau dikenal dengan istilah waham). Yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan. Gambaran delusi berikut ini dikutip dari Mellor (1970) ,

- Pasien yakin bahwa pikiran yang bukan berasal dari dirinya dimasukkan ke dalam pikirannya oleh suatu sumber eksternal.
- Pasien yakin bahwa pikiran mereka disiarkan dan ditransmisikan sehingga orang lain mengetahui apa yang mereka pikirkan.
- Pasien berpikir bahwa pikiran mereka telah dicuri secara tiba-tiba dan tak terduga oleh suatu kekuatan eksternal.
- Beberapa pasien yakin bahwa perasaan atau perilaku mereka dikendalikan oleh suatu kekuatan eksternal.

Halusinasi dan Gangguan Persepsi Lain. Halusinasi adalah suatu pengalaman indrawi tanpa adanya stimulus dari lingkungan. Tipe-tipe halusinasi tersebut antara lain seperti dibawah ini (dikutip dari Mellor, 1970).

- Beberapa pasien skizofrenia menuturkan bahwa mereka mendengar pikiran mereka diucapkan oleh suara lain.
- Beberapa pasien mengklaim bahwa mereka mendengar suara-suara yang saling berdebat.
- Beberapa pasien mendengar suara-suara yang mengomentari perilaku mereka.

B. Simtom Negatif

Simtom-simtom negatif skizofrenia mencakup berbagai defisit behavioral, seperti avolition, alogia, anhedonia, afek datar dan asosialitas. Banyaknya simtom negatif merupakan prediktor kuat terhadap kualitas hidup yang rendah (a.l., ketidakmampuan

bekerja, hanya memiliki sedikit teman) dua tahun setelah dirawat di rumah sakit. (Hodgkin, 1998).

Avolition. Apati atau avolition merupakan kondisi kurangnya energi dan ketiadaan minat atau ketidakmampuan untuk tekun melakukan apa yang biasanya merupakan aktivitas rutin. Pasien dapat menjadi tidak tertarik untuk berdandan dan menjaga kebersihan diri. Mereka mengalami kesulitan untuk tekun melakukan aktivitas sehari-hari dalam pekerjaan, sekolah dan rumah tangga, serta dapat menghabiskan sebagian besar waktunya dengan duduk-duduk tanpa melakukan apapun.

Alogia. Merupakan suatu gangguan pikiran negatif. Dalam miskin percakapan, jumlah total percakapan sangat jauh berkurang. Dalam miskin isi percakapan, jumlah percakapan memadai, namun hanya mengandung sedikit informasi dan cenderung membingungkan serta diulang-ulang.

Anhedonia. Merupakan ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan. Tercermin dalam kurangnya minat dalam melakukan berbagai aktivitas rekreasional, gagal untuk mengembangkan hubungan dekat dengan orang lain, dan kurangnya minat dalam hubungan seks. Pasien sadar akan simptom-simptom ini dan menuturkan bahwa apa yang biasanya dianggap aktivitas yang menyenangkan tidaklah demikian bagi mereka.

Afek Datar. Pada pasien yang memiliki afek datar, hampir tidak ada stimulus yang dapat memunculkan respon emosional. Pasien menatap dengan pandangan kosong, otot-otot wajah kendur, dan mata mereka tidak hidup. Ketika diajak bicara, pasien menjawab dengan suara datar dan tanpa nada.

Asosialitas. Beberapa pasien skizofrenia mengalami ketidakmampuan yang parah dalam hubungan sosial, yang disebut *asosialitas*. Mereka hanya memiliki sedikit teman, keterampilan sosial yang rendah, dan sangat kurang berminat untuk berkumpul bersama orang lain.

C. Simtom Disorganisasi

Simtom disorganisasi mencakup disorganisasi pembicaraan dan perilaku aneh (*bizarre*).

Disorganisasi Pembicaraan. Juga dikenal sebagai *gangguan berpikir formal*, merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan permasalahan dalam berbicara. Bicara juga dapat terganggu karena suatu hal yang disebut *asosiasi longgar*, atau *keluar jalur (derailment)*, dalam hal ini pasien dapat lebih berhasil dalam berkomunikasi dengan seorang pendengar, namun mengalami kesulitan untuk tetap pada satu topik.

Perilaku Aneh. Perilaku aneh dapat terwujud dalam banyak bentuk. Pasien dapat meledak dalam kemarahan atau konfrontasi singkat yang tidak dapat dimengerti, memakai pakaian yang tidak biasa, bertingkah laku seperti anak-anak atau dengan gaya yang konyol, menyimpan makanan, mengumpulkan sampah, atau melakukan perilaku seksual yang tidak pantas seperti melakukan masturbasi didepan umum. Mereka tampak kehilangan kemampuan untuk mengatur perilaku mereka dan menyesuaikannya dengan berbagai standar masyarakat. Mereka mengalami kesulitan melakukan tugas-tugas sehari-hari dalam hidup.

D. Simtom Lain

Dua simtom penting dalam kelompok ini adalah katatonia dan afek yang tidak sesuai.

Katatonia. Beberapa abnormalitas motorik menjadi ciri katatonia. Para pasien dapat melakukan suatu gerakan berulang kali, menggunakan urutan yang aneh, dan kadang kompleks antara gerakan jari, tangan, dan lengan yang sering kali tampaknya memiliki tujuan tertentu. Beberapa pasien menunjukkan peningkatan yang tidak biasa pada keseluruhan aktivitas, termasuk sangat riang, menggerakkan anggota badan secara liar, dan mengeluarkan energi yang sangat besar seperti yang terjadi pada mania. Di ujung lain spektrum ini adalah *imobilitas katatonik*. : pasien menunjukkan berbagai postur yang tidak biasa dan tetap dalam posisi demikian untuk waktu yang sangat lama. Pasien dapat berdiri pada satu kaki dengan kaki lain ditekuk kearah pantat, dan tetap pada posisi tersebut hampir sepanjang hari.

Afek yang Tidak Sesuai. Respon-respon emosional pasien dapat berada diluar konteks. Pasien dapat tertawa saat mendengar kabar bahwa ibunya baru saja meninggal. Atau marah ketika ditanya dengan pertanyaan sederhana, misalnya apakah baju barunya

cocok untuknya. Para pasien tersebut dapat dengan cepat berubah dari satu kondisi emosional ke kondisi emosional lain tanpa alasan yang jelas.

Sejarah Konsep Skizofrenia

A. Gambaran Awal

Kraepelin pertama kali mengemukakan teorinya mengenai *dementia praecox*, istilah awal untuk skizofrenia, pada tahun 1898. Dia membedakan dua kelompok utama psikosis yang disebutnya endogenik, atau disebabkan secara internal : penyakit manik-depresif dan *dementia praecox*. *Dementia praecox* mencakup beberapa konsep diagnostik-demensia paranoid, katatonia, dan hebefrenia yang dianggap sebagai entitas tersendiri oleh para ahli klinis pada beberapa dekade terdahulu. Meskipun berbagai gangguan tersebut secara simptomatik berbeda, Kraepelin yakin mereka mempunyai satu kesamaan inti dan istilah *dementia praecox* mencerminkan apa yang diyakininya merupakan inti tersebut – yaitu terjadi pada usia awal (*praecox*) dan perjalanan memburuk yang ditandai oleh deteriorasi intelektual progresif (*dementia*). Demensia dalam *dementia praecox* tidak sama dengan demensia pada usia tua yang ditandai oleh kerusakan memori yang parah, sedangkan istilah Kraepelin merujuk pada “kelemahan mental” pada umumnya.

Figur penting berikutnya adalah Bleuler yang memiliki pandangan berbeda dengan Kraepelin menyangkut dua poin utama : Ia yakin bahwa gangguan tersebut tidak selalu terjadi pada usia dini dan ia yakin bahwa gangguan tersebut tidak akan berkembang menjadi demensia tanpa dapat dihindari. Dengan demikian istilah *dementia praecox* tidak sesuai lagi dan pada tahun 1908 Bleuler mengajukan istilahnya sendiri yaitu skizofrenia yang berasal dari bahasa Yunani *schizein* yang artinya “membelah” dan *phren* yang artinya “akal pikiran” untuk mencerminkan karakteristik utama kondisi tersebut.

B. Konsep yang Diperluas di Amerika Serikat

Bleuler memberikan pengaruh besar terhadap konsep skizofrenia dalam perkembangannya di Amerika Serikat. Selama paruh pertama abad ke-20 diagnosis

tersebut semakin meluas. Di New York *State Psychiatric Insitute*, contohnya, sekitar 20 persen pasien didiagnosis sebagai skizofrenik pada tahun 1930-an. Angka tersebut meningkat disepanjang tahun 1940-an dan pada tahun 1952 memuncak hingga mencapai angka 80 persen. Secara kontras, konsep skizofrenia yang umum di Eropa tetap lebih sempit. Persentase pasien yang didiagnosis sebagai skizofrenik di Rumah Sakit Maudsley di London, contohnya, relatif konstan, yaitu 20 persen, dalam kurun waktu 40 tahun (Kuriansky, Deming, & Garland, 1974).

Penyebab meningkatnya frekuensi diagnosis skizofrenia di Amerika Serikat dapat diketahui dengan mudah. Beberapa figur penting di dunia psikiatri AS lebih memperluas konsep skizofrenia Bleuler yang pada dasarnya sudah luas. Contohnya, pada tahun 1933, Kasanin menggambarkan sembilan pasien yang didiagnosis menderita *dementia praecox*. Pada mereka gangguan tersebut timbul secara mendadak dan penyembuhannya relatif cepat. Mengamati bahwa gangguan yang mereka alami dapat dikatakan sebagai kombinasi skizofrenik dan simptom-simtom afektif, Kasanin mengajukan istilah *psikosis skizoafektif* untuk menggambarkan berbagai gangguan yang dialami para pasien tersebut. Diagnosis tersebut kemudian menjadi bagian konsep skizofrenia di AS dan dicantumkan dalam DSM-I (1952) dan DSM-II (1968). Konsep skizofrenia lebih jauh diperluas dengan penambahan tiga praktik-praktik diagnosis.

1. Para ahli klinis AS cenderung mendiagnosis skizofrenia bila terjadi waham dan halusinasi. Karena simptom-simtom ini, terutama delusi, juga terjadi dalam gangguan mood, banyak pasien yang menerima diagnosis skizofrenia berdasarkan DSM-II sebenarnya mengalami gangguan mood-(Cooper dkk., 1972).

2. Para pasien yang dewasa ini akan didiagnosis mengalami gangguan kepribadian (terutama skizotipal, skizoid, *ambang*, dan gangguan kepribadian paranoid, didiagnosis sebagai skizofrenik berdasarkan kriteria DSM-II.

3. Para pasien yang mengalami simptom-simtom skizofrenik yang terjadi secara akut dengan kesembuhan yang cepat didiagnosis menderita skizofrenia.

C. Diagnosis DSM-IV-TR

Berawal dari DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) dan DSM-IV-TR

(American *Psychiatric Association*, 2000), konsep skizofrenia di AS mengalami perubahan besar dari definisi terdahulu yang luas melalui lima hal berikut:

1. Kriteria diagnostik disajikan dalam detail yang eksplisit dan substansial.

2. Para pasien yang mengalami simptom-simtom gangguan mood secara spesifik dipisahkan. Skizofrenia, tipe skizoafektif, sekarang dicantumkan sebagai gangguan skizoafektif di bagian yang berbeda sebagai salah satu gangguan psikotik. Gangguan skizoafektif mencakup gabungan simptom-simtom skizofrenia dan gangguan mood.

3. DSM-IV-TR mensyaratkan bahwa gangguan terjadi sekurang-kurangnya enam bulan untuk diagnosis ini. Periode enam bulan tersebut harus mencakup suatu episode akut atau fase aktif selama sekurang-kurangnya satu bulan, ditandai dengan adanya minimal dua dari hal-hal berikut: waham, halusinasi, disorganisasi percakapan, disorganisasi perilaku yang sangat nyata atau perilaku katatonik, dan simptom-simtom negatif. (Hanya diperlukan satu dari simptom-simtom di atas jika wahamnya aneh atau jika halusinasi mencakup suara-suara yang mengomentari atau mendebat). Sisa waktu yang diperlukan bagi diagnosis dapat terjadi sebelum atau sesudah fase aktif. Berbagai masalah yang terjadi pada fase ini mencakup penarikan diri dari hubungan sosial, hendaya/dalam keberfungsian peran, afek yang tumpul atau tidak sesuai, kurangnya inisiatif, cara bicara yang membingungkan dan tidak dapat dimengerti, gangguan dalam kebersihan dan kerapian diri, keyakinan yang aneh atau pikiran magis, dan pengalaman perseptual yang tidak wajar. Kriteria-kriteria tersebut mengeliminasi pasien yang mengalami episode psikotik singkat, yang sering kali berhubungan dengan stres, dan sembuh dengan cepat. Episode skizofrenik akut dalam sekarang didiagnosis sebagai gangguan skizofreniform atau gangguan psikotik singkat, yang juga dicantumkan di suatu bagian baru dalam DSM-IV-TR. Simptom-simtom gangguan skizofreniform sama dengan skizofrenia, namun hanya berlangsung selama satu hingga enam bulan. Gangguan psikotik singkat berlangsung selama satu hari hingga satu bulan dan sering kali disebabkan oleh stres ekstrem, seperti duka yang sangat dalam.

4. Beberapa gangguan yang pada DSM-II dianggap sebagai bentuk ringan skizofrenia sekarang didiagnosis sebagai gangguan kepribadian, contohnya, gangguan kepribadian skizotipal.

5. DSM-IV-TR membedakan antara skizofrenia paranoid, akan dibahas secara singkat nanti, dan gangguan waham. Orang yang menderita gangguan waham

terganggu oleh waham kejaran yang terus-menerus atau oleh waham cemburu, yaitu tuduhan yang tidak berdasar bahwa pasangan atau kekasih mereka tidak setia. Waham lain mencakup waham merasa dibuntuti, waham *erotomania* (yakini bahwa ia dicintai seseorang, biasanya orang yang sama sekali tidak dikenal dengan status sosial yang lebih tinggi), dan waham somatik (yakini bahwa ada organ tubuh yang tidak berfungsi). Tidak seperti orang yang menderita skizofrenia paranoid, orang yang menderita gangguan waham tidak mengalami disorganisasi bicara atau halusinasi, dan waham yang dialaminya tidak terlalu aneh. Gangguan waham jarang ditemukan dan umumnya terjadi pada usia lebih tua dibanding skizofrenia. Dalam sebagian besar studi keluarga gangguan ini tampaknya memiliki kaitan dengan skizofrenia, mungkin secara genetik (Kendler & Diehl, 1993).

Sesuai dengan data yang diperoleh dari studi World Health Organization di negara-negara industri dan negara berkembang (Jablonsky dkk., 1994), kriteria-kriteria simptomatik tersebut dapat diterapkan untuk semua budaya. Meskipun demikian, para pasien di negara-negara berkembang memiliki kejadian yang lebih akut dan perjalanan penyakit yang lebih baik dibanding para pasien di masyarakat industri. Penyebab temuan yang menarik tersebut masih belum diketahui (Sasser & Wanderling, 1994).

D. Kategori Skizofrenia dalam DSM-IV-TR

Tiga tipe gangguan skizofrenik yang tercantum dalam DSM-IV-TR yaitu disorganisasi, katatonik, dan paranoid pertama kali dikemukakan oleh Kraepelin bertahun-tahun lalu. Deskripsi saat ini mengenai tipe-tipe yang dikemukakan Kraepelin menunjukkan keragaman besar pada perilaku yang berhubungan dengan diagnosis skizofrenia.

1. Skizofrenia Disorganisasi

Bentuk hebefrenik skizofrenia yang dikemukakan Kraepelin disebut skizofrenia disorganisasi dalam DSM-IV-TR. Cara bicara mereka mengalami disorganisasi dan sulit dipahami oleh pendengar. Pasien dapat berbicara secara tidak runut, menggabungkan kata-kata yang terdengar sama dan bahkan menciptakan kata-kata baru, sering kali disertai kekonyolan atau tawa. Ia dapat memiliki afek datar atau terus-menerus mengalami perubahan emosi, yang dapat meledak menjadi tawa atau tangis yang tidak dapat dipahami. Perilaku pasien secara umum tidak terorganisasi atau tidak bertujuan.

2. Skizofrenia Katatonik

Simtom-simtom skizofrenia katatonik yang paling jelas adalah simtom-simtom katatonik yang disebutkan sebelumnya. Pasien umumnya bergantian mengalami imobilitas katatonik dan keriang yang liar, namun salah satunya dapat lebih dominan. Para pasien tersebut menolak perintah dan saran dan sering kali menirukan kata-kata orang lain. Onset reaksi katatonik dapat lebih tiba-tiba dibanding onset bentuk-bentuk lain skizofrenia, meskipun orang yang bersangkutan kemungkinan sebelumnya telah menunjukkan semacam apati dan menarik diri dari kenyataan. Anggota badan orang yang mengalami imobilitas katatonik dapat menjadi kaku dan bengkak.

3. Skizofrenia Paranoid

Kunci diagnosis ini adalah adanya waham. Waham kejaran adalah yang paling umum, namun pasien dapat mengalami waham kebesaran, di mana mereka memiliki rasa yang berlebihan mengenai pentingnya kekuasaan, pengetahuan, atau identitas diri mereka. Beberapa pasien terjangkit waham cemburu, suatu keyakinan yang tidak berdasar bahwa pasangan seksual mereka tidak setia. Waham lain seperti dikejar atau dimata-matai juga dapat terlihat jelas. Halusinasi pendengaran yang jelas dan nyata dapat menyertai waham. Para individu yang mengalami skizofrenia paranoid selalu cemas, argumentatif, marah, dan kadang kasar. Secara emosional mereka responsif, meskipun mereka kaku, formal, dan intens kepada orang lain. Mereka juga lebih sadar dan verbal dibanding para pasien skizofrenia tipe lain. Bahasa yang mereka gunakan, meskipun penuh rujukan pada delusi, tidak mengalami disorganisasi.

Etiologi Skizofrenia

Aspek-aspek penyebab gangguan (Davidson, 2006), antara lain :

A. Data genetik

Sejumlah literatur yang meyakinkan mengindikasikan bahwa suatu predisposisi bagi skizofrenia diturunkan secara genetik. Metode keluarga, kembar dan adopsi digunakan dalam penelitian ini seperti halnya dalam proyek-proyek penelitian

perilaku genetiki lainnya, mengarahkan para peneliti untuk menyimpulkan bahwa suatu predisposisi terhadap skiofrenia diturunkan secara genetik.

- **Studi Keluarga** : Kerabat pasien skizofrenia memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia. Risiko tersebut semakin tinggi bila hubungan kekerabatan semakin dekat
- **Studi Orang Kembar** : Kembar identik cenderung memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia. Kembar identik memiliki gambaran struktur otak yang memiliki kemiripan.
- **Studi Adopsi** : Menemukan bahwa besarnya faktor keturunan/gen dalam timbulnya skizofrenia. Anak dari Ibu Skizofrenik walaupun diadopsi oleh orang tua lain, Ia tetap memiliki kemungkinan untuk didiagnosis lemah mental, psikopatik, dan neurotik, contohnya yaitu lebih sering terlibat dalam tindakan kriminal dan berurusan dengan institusi hukuman.

B. Faktor Biokimia

Peran faktor-faktor genetik dalam skiofrenia menunjukkan bahwa faktor-faktor biokimia perlu diteliti karena melalui kimia tubuh dan proses-proses biologislah faktor keturunan tersebut dapat berpengaruh. Aktivitas dopamin, teori bahwa skizofrenia berhubungan dengan aktivitas berlebihan neurotransmitter dopamin, terutama didasarkan pada pengetahuan bahwa obat-obatan yang efektif untuk menangani skiofrenia menurunkan aktivitas dopamin. Para peneliti mencatat bahwa obat-obatan antipsikotik, selain bermanfaat untuk menangani beberapa simtom skizofrenia, menimbulkan efek samping yang mirip dengan simtom-simtom penyakit parkinson. Penyakit parkinson diketahui sebagian disebabkan oleh kadar dopamin yang rendah dalam bagian saraf otak tersebut. Setelah itu dikonfirmasi bahwa karena strukturnya sama dengan molekul dopamin, molekul-molekul obat-obatan antipsikotik memiliki kecocokan sehingga menghambat berbagai reseptor dopamin pascasinaptik. Reseptor-reseptor dopamin yang dihambat oleh obat-obat antipsikotik disebut reseptor D2. Selain itu trasmitter yang lainnya adalah serotonin dan glutamat yang tersebar luas di dalam otak. Apabila terjadi penurunan masukan glutamat dari korteks prefrontalis atau hipokampus ke korpus striatum maka dapat mengakibatkan peningkatan aktivitas dopamin.

C. Otak dan Skizofrenia

Analisis pasca kematian pada otak pasien skizofrenia merupakan salah satu sumber bukti adanya abnormalitas pada beberapa daerah otak pasien skizofrenia. Temuan yang paling konsisten adalah pelebaran rongga otak yang berimplikasi pada hilangnya beberapa sel otak, temuan lainnya mengindikasikan abnormalitas struktur pada daerah subkortikal temporal-limbik, seperti hipokampus dan basal ganglia, dan pada korteks prefrontalis dan temporal. Berbagai citra yang diperoleh dalam pemindaian CT dan studi MRI pada otak pasien skizofrenia yang masih hidup secara konsisten mengungkapkan bahwa beberapa pasien terutama laki-laki memiliki rongga otak yang melebar, berkurangnya daerah abu-abu kortikal di daerah temporal dan frontalis. Berkurangnya volume basal ganglia dan struktur limbik.

Rongga otak yang lebar pada para pasien skizofrenia berkorelasi dengan kinerja yang lemah dalam berbagai tes neuropsikologis, penyesuaian yang buruk sebelum timbulnya gangguan dan respons yang buruk dalam terapi obat. Berbagai macam data menunjukkan bahwa korteks prefrontalis secara khusus penting dalam skizofrenia, karena diketahui berperan dalam perilaku seperti berbicara, pengambilan keputusan, dan tindakan yang bertujuan, yang semuanya mengalami gangguan dalam skizofrenia. Selain itu dalam suatu jenis pencitraan fungsional dimana metabolisme glukosa di berbagai daerah otak diteliti ketika pasien sedang mengerjakan tes-tes psikologis dan neuropsikologis yang membutuhkan pengaktifan korteks prefrontalis, para pasien skizofrenia menunjukkan tingkat metabolisme glukosa yang rendah, secara normal metabolisme glukosa meningkat sejalan dengan penggunaan energi.

Yang hilang dalam korteks temporalis dan frontalis adalah sesuatu yang disebut spinal dendritic yang merupakan cabang kecil pada batang dendrit dimana impuls-impuls saraf diterima dari berbagai neuron lain. Hilangnya spinal-spinal dendritic tersebut berarti komunikasi diantara neuron-neuron akan terganggu. Sehingga mengakibatkan kondisi yang diistilahkan oleh beberapa orang sebagai “sindrom diskoneksi”, salah satu akibatnya dapat berupa disorganisasi pembicaraan dan behavioral yang terjadi pada skizofrenia. Salah satu kemungkinan beberapa abnormalitas otak tersebut adalah kerusakan semasa kehamilan atau saat kelahiran yang diakibatkan oleh pasokan oksigen yang berkurang ke otak dan mengakibatkan hilangnya daerah abu-abu kortikal. Kemungkinan lain adalah disebabkan karena adanya virus yang masuk ke otak dan merusaknya ketika janin masih dalam tahap perkembangan terutama pada trimester kedua.

Cedera otak berinteraksi dengan perkembangan otak normal dan bahwa korteks prefrontalis merupakan struktur otak yang mengalami kematangan paling akhir, umumnya pada masa remaja, karena aktivitas dopamine memuncak pada masa remaja yang dapat lebih jauh memicu tahap terjadinya simptom-simtom skizofrenik.terjadinya simptom-simtom pada masa remaja dapat mencerminkan hilangnya beberapa sinaps yang disebabkan oleh mekanisme pemotongan yang terlalu aktif atau penghilangan beberapa koneksi sinaptik yang dikurangi sekitar 60 persen dari jumlah maksimum.

D. Stres Psikologis dan Skizofrenia

Stres psikologis berperan penting dengan cara berinteraksi dengan kerentanan biologis untuk menimbulkan penyakit ini, peningkatan stress kehidupan meningkatkan kemungkinan kekambuhan , karena para individu yang menderita skozofrenia tampak sangat reaktif terhadap berbagai stressor yang dihadapi di kehidupan sehari-hari. Stress memicu berkurangnya mood positif secara lebih besar, dan juga memicu peningkatan yang lebih besar dalam mood negative, dengan demikian para pasien skizofrenia sangat rentan terhadap stress sehari-hari. Dua stressor yang telah megambil bagian penting dalam penelitian bidang ini adalah:

a). Kelas Sosial Skizofrenia : hubungan antara kelas social dan skizofrenia tidak menunjukkan tingkat kejaidan skizofrenia yang semakin tinggi seiring semakin rendahnya kelas social. Korelasi antara kelas social dan skizofrenia memiliki konsistensi, namun sulit untuk menginterpretasinya secara kausal. Perlakuan merendahkan yang diterima seseorang dari orang lain, tingkat pendidikan yang rendah, dan kurangnya penghargaan serta kesempatan secara bersamaan dapat menjadikan keberadaan seseorang daalm kelas social terendah sebagai kondisi yang penuh stress yang dapat membuat seseorang setidaknya memiliki predisposisi menderita skizofrenia.Penjelasan lain mengenai korelasi antara skizofrenia dan kelas social rendah adalah teori seleksi-sosial, yang membalikkan arah kausalitas antara kelas sosial dan skizofrenia. Salah satu cara yang mungkin untuk menyelesaikan konflik antara kedua teori yang saling bertantangan tersebut adalah meneliti mobilitas social orang-orang skizofrenik. Hipotesis sosiogenik akan memprediksi bahwa karena stress dalam tingkat yang tinggi dialami oleh mereka yang berasal dari semua kelas social, orang-orang yang berasal dari kelompok yang tidak beruntung semestinya memiliki tingkat kejadian skizofrenia yang secara konsisten lebih tinggi di semua

kelas social. Meskipun demikian pola tersebut tidak terjadi, sehingga mendukung teori seleksi-sosial.

b). Keluarga dan Skizofrenia : Para teorisi terdahulu menganggap hubungan keluarga terutama antara ibu dan anak laki-laki, sebagai hal penting dalam terjadinya skizofrenia. Sehingga muncul istilah ibu- skizofrenogenik bagi ibu yang tampak dingin dan dominan, serta selalu menciptakan konflik, memiliki karakter menolak, terlalu melindungi, mengorbankan diri sendiri, tidak tergerak oleh perasaan orang lain, kaku dan moralistic terhadap seks dan takut terhadap keintiman yang dianggap menyebabkan skizofrenia pada anaknya. Berbagai studi terkendali yang mengevaluasi teori ibu-skizofrenogenik tidak menghasilkan data yang mendukung. Beberapa temuan memang menunjukkan bahwa komunikasi buruk orang tua dapat berperan dalam etiologi skizofrenia. Meskipun demikian penyimpangan komunikasi bukan merupakan factor etiologis spesifik bagi skizofrenia.

Psikopatologi yang lebih serius ditemukan pada anak-anak adopsi yang dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang terganggu. Selain itu lingkungan dimana pasien tinggal setelah keluar dari rumah sakit sangat berpengaruh terhadap seberapa cepat mereka akan kembali dirawat di rumah sakit. Para pasien skizofrenia yang belum lama berselang keluar dari rumah sakit dan keluarga mereka, dengan ekspresi emosi tinggi atau rendah diamati ketika mereka terlibat dalam diskusi mengenai suatu masalah keluarga yaitu ekspresi pikiran-pikiran yang tidak biasa oleh pasien menimbulkan komentar kritik yang lebih tinggi dari para anggota keluarga yang sebelumnya telah diidentifikasi sebagai keluarga dengan ekspresi emosi tinggi. Sedangkan dalam keluarga dengan ekspresi emosi tinggi komentar-komentar berupa kritik dari para anggota keluarga memicu peningkatan ekspresi pikiran-pikiran yang tidak biasa oleh pasien. Dengan demikian studi ini menemukan adanya hubungan dua arah, komentar-komentar kritik dari para anggota keluarga dengan ekspresi emosi tinggi menimbulkan lebih banyak pikiran tidak biasa pada pasien, dan pikiran-pikiran tidak biasa yang diekspresikan pasien memicu meningkatkan komentar-komentar kritik dalam keluarga dengan ekspresi emosi tinggi.

Stress seperti tingkat ekspresi emosi yang tinggi dapat meningkatkan simptom-simptom skizofrenia dan memicu kekambuhan berhubungan dengan efek stress terhadap aksis hipotalamik-pituitari-adrenal (HPA) dengan teori dopamine. Stress diketahui mengaktifkan aksis HPA, menyebabkan sekresi kortisol. Sebaliknya, kortisol diketahui meningkatkan aktivitas dopamine dan karena itu dapat meningkatkan

simtom-simtom skizofrenia. Meningkatnya aktivitas dopamine dapat meningkatkan aktivitas HPA yang dapat membuat seseorang terlalu sensitive terhadap stress. Dengan demikian, teori ini menyatakan adanya hubungan dua arah terhadap aktivitas HPA dengan aktivitas dopamine.

E. Studi Perkembangan Skizofrenia

Suatu metode terdahulu untuk menjawab pertanyaan seperti apakah orang-orang yang menderita skizofrenia sebelum mereka mengalami simtom-simtom tersebut dapat diketahui dengan menyusun riwayat perkembangan, meneliti berbagai catatan masa kanak-kanak orang yang dikemudian hari menderita skizofrenia. Berbagai penelitian mengenai perilaku sosial para pasien praskizofrenik menghasilkan temuan seperti para guru menggambarkan anak-anak laki-laki skizofrenik sebagai anak nakal, sedangkan anak perempuan praskizofrenik sebagai anak yang pasif, keduanya digambarkan sebagai anak nakal dan menarik diri pada masa kanak-kanak. Anak-anak praskizofrenik menunjukkan keterampilan motorik yang lebih rendah dan ekspresi afek negative yang lebih banyak.

Etiologi skizofrenia dapat berbeda pada para pasien dengan simtom positif dan negative, mereka yang memiliki simtom-simtom positif yang dominan didahului oleh riwayat ketidakstabilan keluarga, seperti dipisahkan dari orang tua dan tinggal di panti atau lembaga asuhan selama beberapa kurun waktu, sedangkan mereka yang memiliki simtom-simtom negative didahului dengan riwayat komplikasi kehamilan, kelahiran dan kegagalan memberikan respons-respons elektrodermal terhadap stimuli yang sederhana. Dan dalam suatu studi di Israel, rendahnya keberfungsian neurobehavioral seperti konsentrasi rendah, kemampuan verbal rendah, kurangnya kendali dan koordinasi motorik dapat memprediksi gangguan yang mirip skizofrenia seperti juga masalah-masalah interpersonal pada anak-anak

TERAPI SKIZOFRENIA

Sederetan simtom yang membingungkan dan seringkali menakutkan yang ditunjukkan oleh orang-orang yang menderita skizofrenia membuat penanganan menjadi sulit. Suatu masalah besar dalam jenis penanganan apapun untuk skizofrenia adalah banyak pasien yang

menderita skizofrenia kurang memiliki insight atas hendaya mereka dan menolak semua terapi yang diberikan. Karena mereka tidak percaya menderita suatu penyakit, mereka tidak merasa membutuhkan suatu intervensi provisional, terutama jika mencakup perawatan di rumah sakit atau pemberian obat-obatan. Hal ini terjadi terutama pada orang-orang yang menderita skizofrenia paranoid, yang dapat mengganggu setiap terapi sebagai campur tangan yang mengandung ancaman dari kekuatan luar yang hostile. Penting untuk menyatakan bahwa ketepatan suatu terapi tergantung pada tahap penyakit pasien. Yaitu bila berada dalam fase psikotik akut, pelatihan keterampilan social atau intervensi psikologis lain, tidak mungkin akan berhasil karena pasien sangat terganggu, dan sangat tidak mampu untuk berkonsentrasi pada apa yang dikatakan terapis. Pada fase tersebut diperlukan suatu jenis pengobatan psikoaktif. Setelah orang yang bersangkutan berada dalam kondisi tidak terlalu pikotik, intervensi psikologi dapat mulai berdampak menguntungkan, dan dosis obat dapat dikurangi seiring pasien mempelajari berbagai cara untuk mengurangi stress yang memicu timbulnya episode.

A. Penanganan Biologis

1. Terapi Kejut dan Psychosurgery, pada tahun 1935, Moniz seorang psikiater berkebangsaan Portugis memperkenalkan *lobotomy prefrontalis* yang merupakan suatu prosedur pembedahan yang membuang bagian-bagian yang menghubungkan lobus frontalis dengan pusat otak bagian bawah. Prosedur tersebut dilakukan terutama bagi pasien yang perilakunya agresif, banyak pasien yang memang menjadi tenang dan bahkan dapat keluar dari rumah sakit. Namun intervensi ini mendapat reputasi buruk karena berbagai alasan seperti setelah pembedahan banyak pasien menjadi tumpul dan tidak bertenaga dan sangat kehilangan berbagai kemampuan kognitif mereka seperti tidak mampu melakukan percakapan yang runtut dengan orang lain, dan yang tidak megherankan menilik dibuangnya bagian otak mereka yang diyakinibertanggung jawab terhadap pikiran. Namun alasan utama ditinggalkannya terapi ini adalah karena penemuan obat-obatan yang tampaknya mengurangi berbagai ekseks behaviorial dan emosional pada banyak pasien.

2. Terapi Obat, penemuan obat-obatan pada tahun 1950-an yang secara kolektif disebut obat-obatan antipsikotik, yang juga disebut neuroleptic karena menimbulkan efek samping yang sama dengan simtom-simtom penyakit neurologis.

3. Obat-Obatan Antipsikotik Tradisional, salah satu obat antipsikotik yang paling sering diresepkan yaitu fenothiazin. Selain itu Prancis Laborit memelopori penggunaan

antihistamin untuk mengurangi syok karena pembedahan, ia mengamati bahwa obat ini membuat pasien agak mengantuk dan ketakutannya menghadapi operasi berkurang. Charpentier menyiapkan suatu derivat baru fenothiazin, yang disebutnya khlopromazin, obat ini terbukti sangat efektif untuk menenangkan pasien skizofrenia seperti menghasilkan efek terapeutik dengan menghambat berbagai reseptor dopamin di dalam otak sehingga mengurangi pengaruh dopamin pada pikiran, emosi dan perilaku.

Khlopromazin atau Thorazine pertama kali digunakan secara terapeutik pada tahun 1954 dan segera menjadi terapi pilihan untuk skizofrenia. Berbagai anti-psikotik lain yang telah digunakan selama bertahun-tahun untuk menangani skizofrenia mencakup butirofenon dan tioksantin. Kedua tipe tersebut secara umum tampak sama efektifnya dengan fenothiazin dan memiliki cara kerja yang sama. Berbagai obat tersebut dapat mengurangi simptom-simtom positif skizofrenia, namun hanya sedikit efeknya atau bahkan tidak memberikan efek bagi simptom-simtom negatif. Obat-obatan lain digunakan sebagai tambahan yaitu diberikan bersama dengan psikotik untuk menangani depresi atau kecemasan atau untuk menstabilkan mood. Obat-obatan tambahan ini mencakup lithium, antidepresan, antikonvulsan, dan obat penenang. Antidepresan juga diberikan kepada para pasien skizofrenia yang mengalami depresi setelah suatu episode psikotik.

Suatu prosedur yang menjanjikan untuk mengurangi tingkat perawatan kembali di rumah sakit. Dalam sebuah studi yang dilaporkan oleh Herz, para pasien secara acak ditempatkan dalam terapi perawatan yang biasa dilakukan (pemberian obat dan terapi kelompok suportif) atau suatu terapi baru yang mencakup komponen berikut seperti memberikan edukasi kepada pasien mengenai kekambuhan dan mengenali tanda-tanda awal kekambuhan, pemantauan tanda-tanda awal kekambuhan, terapi kelompok suportif atau individual mingguan, sesi-sesi edukasi keluarga, intervensi segera, mencakup peningkatan dosis pemberian obat dan terapi penyelesaian masalah berorientasi krisis bila dideteksi tanda-tanda awal kekambuhan.

Efek Samping Antipsikotik Tradisional, yang secara umum dilaporkan biasanya adalah pusing, penglihatan kabur, tidak bias tenang, dan disfungsi seksual, selain itu sekumpulan efek yang sangat mengganggu disebut efek ekstrapiramidal, berakar dari berbagai disfungsi bentang saraf yang menjulur dari otak ke neuron motorik pada tulang belakang. , efek sampingnya mirip dengan simptom-simtom penyakit Parkinson. Orang-orang yang mengonsumsi antipsikotik biasanya mengalami tremor pada jari, langkah yang terseret dan berliur, efek samping lain mencakup dystonia atau suatu kondisi kekakuan otot, dan dyskinesia yang merupakan suatu gerakan abnormal otot-otot sadar

dan tidak sadar, mengakibatkan gerakan mengunyah serta gerakan lain pada bibir, jari dan kaki, secara bersamaan mereka menyebabkan punggung melengkung dan posisi leher dan tubuh yang terpilin. Akasthesia adalah ketidakmampuan untuk tetap diam, orang terus-menerus bergerak dan tidak dapat tenang. Simtom-simtom yang mengganggu ini dapat diatasi dengan memberikan obat bagi penyakit Parkinson.

Dalam gangguan otot yang dialami pasien skizofrenia yang berusia lanjut yang disebut dyskinesia tardif, otot-otot mulut tanpa dapat dikendalikan membuat gerakan menghisap, bibir berkecap, dan dagu bergerak ke kanan dan ke kiri, dalam kasus yang lebih parah seluruh tubuh dapat menjadi subjek gerakan motoric yang tidak dapat dikendalikan. Dan suatu efek yang disebut sindrom neuroleptic berbahaya (neuroleptic malignant syndrome) yang kadang dapat menjadi fatal, terjadi kekakuan otot yang parah, disertai demam, denyut jantung meningkat, tekanan darah naik dan pasien dapat menjadi koma. Ahli klinis menghadapi suatu dilemma dalam situasi ini seperti jika pemberian obat dikurangi, kemungkinan untuk kambuh meningkat, namun jika pemberian obat diteruskan, dapat terjadi efek samping yang serius dan tidak dapat diatasi.

4. Terapi Obat Terbaru, dengan diperkenalkannya Klozapin (Clozaril), yang dapat memberikan manfaat terapeutik bagi para pasien skizofrenia yang tidak merespons dengan baik obat-obatan antipsikotik tradisional, klozapin juga menimbulkan efek samping motoric yang lebih sedikit, dan dapat mengurangi angka kekambuhan, namun berdampak pada reseptor serotonin, melemahkan keberfungsian system imun dengan menurunkan jumlah sel darah putih, menjadikan pasien rentan terhadap infeksi dan bahkan kematian, kejang-kejang, pusing, fatik, berliur dan penambahan berat badan. Obat-obat lain yang dapat lebih efektif disbanding antipsikotik tradisional yaitu Olanzapine (Zyprexa) dan Risperidon (Risperdal), yang keduanya memiliki keuntungan menimbulkan efek samping motoric yang lebih sedikit. Selain itu Risperidon dapat memperbaiki memori jangka pendek, sehingga perbaikan memori berkorelasi dengan peningkatan kemampuan dalam mempelajari keterampilan social dan rehabilitasi psikososial.

Evaluasi Terapi Obat, Obat-obatan antipsikotik merupakan bagian yang tidak dapat dihapuskan dalam penanganan skizofrenia dan tanpa diragukan akan terus menjadi suatu komponen penting. Keberhasilan Olanzapin, Klozapin dan Risperidon telah mendorong upaya berkesinambungan untuk menemukan berbagai terapi obat yang baru dan lebih efektif bagi skizofrenia. Banyak obat lain yang saat ini sedang dievaluasi, sehingga kita mungkin berada di awal era baru dalam penanganan skizofrenia.

B. Penanganan psikologis

1. Terapi Psikodinamika

Freud yakin bahwa penderita skizofrenia tidak mampu mengembangkan hubungan interpersonal terbuka yang penting bagi analisis. Sedangkan Sullivan berpendapat bahwa skizofrenia mencerminkan suatu kondisi dimana seseorang kembali ke bentuk komunikasi pada awal masa kanak – kanak, sehingga terapi menghendaki pasien untuk mempelajari bentuk – bentuk komunikasi orang dewasa dan memperoleh *insight* atas peran masa lalu dalam berbagai masalah saat ini. Ia menyarankan pembentukan hubungan kepercayaan yang bertahap. Setelah terbentuk rasa percaya dan dukungan yang lebih besar, analis mulai mendorong pasien untuk mengkaji berbagai hubungan interpersonalnya. Fromm-Reichmann menganggap perilaku menyendiri para pasien skizofrenia merupakan cerminan keinginan untuk menghindari berbagai penolakan yang dialaminya pada masa kanak – kanak, sehingga dalam penanganannya diperlukan kesabaran dan optimisme besar dari terapis. Bentuk terapi yang disarankan oleh Sullivan dan Reichmann dapat dikatakan berhasil dalam menangani pasien yang mengalami gangguan ringan. Namun pasien skizofrenia yang tidak mampu berpikir jernih tentang berbagai hal, dapat membuat terapi ini berbahaya ketika diterapkan pada pasien yang berada pada fase episode psikotik akut.

2. Terapi Psikososial

Terapi ini mengambil langkah yang lebih aktif dalam penanganan dan fokus pada masa sekarang, dengan asumsi sejumlah besar stres yang dialami pasien disebabkan oleh kesulitan dalam menegosiasikan berbagai tantangan sosial sehari – hari. Bentuk terapi psikososial yang dapat diterapkan bagi penderita skizofrenia yakni:

➤ Pelatihan Keterampilan Sosial, dirancang untuk mengajari para penderita skizofrenia bagaimana dapat berhasil dalam berbagai situasi interpersonal yang beragam, seperti bagaimana membahas pengobatan mereka dengan psikiater, bagaimana memesan makanan di restoran, bagaimana menolak tawaran produk pinggir jalan. Bellack, Hersen, dan Turner (1976) melakukan demonstrasi pelatihan keterampilan sosial dengan merekayasa situasi sosial bagi tiga pasien skizofrenik kronis dan mengamati apakah mereka dapat berperilaku secara pantas dalam lingkungan sosialnya. Sesuai perkiraan, ketiga pasien tersebut tidak terlalu baik dalam memberikan respons yang pantas secara sosial (dalam hal ini mengekspresikan rasa terima kasih). Kemudian terapis mendorong pasien untuk memberikan respons, memberi komentar yang membantu upaya pasien, bahkan jika diperlukan terapis dapat memberikan contoh perilaku yang pantas sehingga

pasien dapat meniru perilaku tersebut. Kombinasi permainan peran, modeling, dan penguatan positif menghasilkan perbaikan signifikan pada keterampilan sosial pasien.

➤ Terapi Keluarga dan Mengurangi Ekspresi Emosi dikembangkan untuk meredakan segala sesuatu bagi pasien, dengan cara meredakan segala sesuatu bagi keluarga (baca buku abnormal hal 486). Beberapa strategi yang dapat diterapkan dalam terapi ini yakni:

- Edukasi tentang skizofrenia terutama masalah kerentanan biologis yang mempredisposisi seseorang terhadap penyakit tersebut, berbagai masalah kognitif terkait, simptom – simptomnya, dan berbagai tanda akan terjadinya kekambuhan. Edukasi diberikan agar para anggota keluarga tidak menaruh ekspektasi tinggi dan tidak mengkritik anggota keluarga yang menderita skizofrenia.
- Informasi tentang berbagai pengobatan antipsikotik dan efeknya serta pemantauan pelaksanaan pengobatannya
- Menghindari saling menyalahkan diri sendiri maupun pasien atas penyakit dan semua kesulitan yang dialami keluarga dalam menghadapi penyakit tersebut
- Memperbaiki komunikasi, cara mengekspresikan perasaan positif maupun negatif, dan keterampilan penyelesaian masalah dalam keluarga
- Mendorong pasien dan keluarganya memperluas kontak sosial, terutama jaringan dukungan mereka
- Menanamkan harapan bahwa segala sesuatu dapat menjadi lebih baik

3. Terapi Kognitif Behavioral

➤ Terapi Personal adalah suatu pendekatan kognitif behavioral terhadap berbagai masalah yang dialami para pasien skizofrenia yang telah keluar dari rumah sakit. Terapi individualistik ini dilakukan secara satu persatu maupun dalam kelompok kecil misalnya lokakarya. Fokus terapi ini sebagian besar terletak pada pasien, bukan keluarganya. Elemen utama dalam pendekatan ini adalah mengajari pasien bagaimana mengenali afek yang tidak sesuai dan memperhatikan tanda – tanda kekambuhan (penarikan diri dari kehidupan sosial atau intimidasi terhadap orang lain) serta mengajarkan berbagai keterampilan untuk mengurangi masalah tersebut. Terapi ini juga mencakup terapi perilaku rasional emotif untuk membantu menurunkan kadar stress mereka, dan mengajarkan pasien teknik relaksasi otot dalam mendeteksi kecemasan atau kemarahan yang kemudian dapat diterapkan untuk mengendalikan emosi menjadi lebih baik. Selain

itu dalam terapi ini juga terdapat elemen non behavioral yakni berupa penerimaan yang hangat dan empatik atas gangguan emosional dan kognitif pasien bersama dengan ekspektasi yang realistis, namun optimistik bahwa hidup dapat menjadi lebih baik. Hal penting dalam terapi ini adalah “manajemen kritisisme dan penyelesaian konflik”. Hal ini merujuk pada cara menghadapi umpan balik negatif dari orang lain dan cara menyelesaikan berbagai konflik interpersonal dalam berhubungan dengan orang lain.

➤ Terapi Reatribusi membantu pasien memberikan makna psikotik terhadap berbagai simptom paranoid sehingga mengurangi intensitas dan karakteristiknya yang berbahaya. Dengan peringatan bahwa pendekatan ini hanya tepat bagi minoritas pasien skizofrenia. Pendekatan ini berkonsentrasi pada upaya menormalkan fungsi – fungsi kognitif fundamental seperti perhatian dan memori yang diketahui melemah pada banyak pasien skizofrenik dan berhubungan dengan adaptasi sosial yang buruk. Dalam meningkatkan fungsi – fungsi kognitif dasar _pasien_dapat dilakukan melalui berbagai cara psikologis seperti: kemampuan belajar verbal, dan kemampuan untuk memahami serta mengingat apa yang ditampilkan dalam suatu gambar.

C. Manajemen Kasus

Para manajer kasus dalam penanganan kasus pasien skizofrenia berfungsi sebagai penghubung yang merekatkan dan mengkoordinasi seluruh layanan medis dan psikologis yang penting bagi para pasien agar tetap dapat berfungsi di luar rumah sakit. Indikasinya penanganan yang lebih intensif ini cukup baik dalam mengurangi lamanya masa perawatan di rumah sakit dan mengurangi simptom – simptom, namun tidak menunjukkan efek positif dalam keberfungsian sosial dan lamanya masa hukuman penjara.

D. Kecenderungan Umum dalam penanganan

- Keluarga dan pasien dapat diberi informasi yang realistis dan cukup ilmiah tentang skizofrenia sebagai suatu disabilitas yang dapat dikendalikan, namun mungkin dialami seumur hidup
- Pengobatan hanya merupakan bagian dari gambaran keseluruhan penanganan
- Intervensi dini dengan memberikan pengobatan, dukungan, dan informasi bagi keluarga dan psikoterapi yang tepat bagi pasien dapat mengurangi parahnya kekambuhan dan juga berguna untuk memengaruhi perjalanan skizofrenia

- Faktanya, beberapa penanganan terpadu tersebut tidak tersedia atau tidak dapat diakses secara luas oleh sebagian besar pasien dan keluarga mereka.

E. Berbagai Isu yang Berkembang dalam Perawatan

Seiring bertambahnya usia para pasien skizofrenia, maka semakin tidak mungkin mereka tinggal bersama keluarga mereka. Banyak penderita skizofrenia yang tidak mendapat hak jaminan sosial karena berbagai lembaga birokrasi federal dan negara bagian yang tidak memiliki staf yang memadai. Dan banyak pasien skizofrenia yang kehilangan kontak dengan berbagai program penanganan pasca rumah sakit yang pernah mereka ikuti. Tantangan besar lainnya yang belum teratasi secara maksimal adalah mendapatkan pekerjaan karena bias terhadap mereka yang pernah dirawat di rumah sakit mental dan mencegah penyalahgunaan zat di kalangan penderita skizofrenia. Meskipun demikian, gejala positifnya adalah sekitar separuh pasien skizofrenia mampu merawat diri sendiri dan berpartisipasi secara bermakna di masyarakat luas.

CONTOH KASUS SKIZOFRENIA

Contoh Kasus 1

Joe adalah siswa yang baik di sepanjang masa SMA-nya. Ia anggota tim football, mempertahankan ranking yang bagus dan mendapatkan pujian pada tiap semesternya. Ia ramah dan populer. Menjelang akhir semester pertama di maktab (college)-nya, semuanya mulai berubah. Joe tak lagi makan bersama dengan kawan-kawannya, pada kenyataannya ia mulai berkurung diri di dalam kamarnya. Ia mulai mengebaikan kesehatan pribadinya dan berhenti menghadiri kuliah. Joe mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi dan harus membaca kalimat yang sama secara berulang-ulang. Ia mulai percaya bahwa kata-kata dalam naskah bukunya memiliki makna yang khusus baginya dan dengan sesuatu cara memberitahunya sebuah pesan untuk menjalankan sebuah misi rahasia. Joe mulai menyangka bahwa kawan sekamarnya bersekongkol dengan telepon dan komputernya untuk mengawasi kegiatannya. Joe menjadi takut jika kawan sekamarnya tahu akan pesan dalam naskah bukunya dan kini mencoba untuk menipunya. Joe mulai percaya teman sekamarnya dapat membaca pikirannya, pada kenyataannya siapapun yang ia lewati di aula atau di jalanan dapat mengatakan apapun yang ia pikirkan. Saat Joe sedang sendirian di kamarnya, ia dapat mendengar bisikan mereka yang ia percayai sedang mengawasinya. Ia tak dapat memastikan apa yang mereka katakan tapi ia yakin bahwa mereka sedang membicarakannya.

Contoh Kasus 2

Roger adalah pria berusia 36 tahun yang memiliki riwayat panjang mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk melukai diri sendiri dan orang lain. Ia telah menuruti suara-suara itu di masa yang lalu dan akibatnya ia harus menjalani pemenjaraan karena telah mengancam seseorang dengan sebilah pisau. Ia juga takut dilukai oleh musuh-musuhnya dan hal itu mengakibatkannya tidak tidur dengan tujuan untuk melindungi dirinya sendiri. Roger secara aktif menggunakan alkohol, ganja dan kokain untuk mengatasi gejala-gejalanya. Roger telah lama berhenti minum obat dari dokternya karena pengalamannya akan ketidaknyamanan efek sampingnya. Ia melaporkan bahwa ia merasa letih dan tidak dapat berhenti melangkah. Ia pada mulanya mengalami pemulihan saat pertama kali menggunakan narkoba dan alkohol. Tapi segera setelah itu ia menemukan bahwa semakin banyak ia menggunakan narkoba dan alkohol semakin ia merasa bahwa orang lain ingin membahayakan dirinya dan menjadikannya semakin waspada sehingga gejala-gejalanya kembali menjadi parah. Kekhawatiran Roger akan melukai orang lain dan ketakutan akan dilukai telah mengakibatkan dirinya memiliki rencana untuk bunuh diri. Ia tak mampu untuk mengetahui kaitan antara obat dari dokternya dan narkoba dengan pengendalian gejala dan pemburukan penyakitnya. Roger juga harus berjuang melawan diabetes dan ketidakmampuan gula darah karena kurang gizi dan penggunaan alkohol.

Contoh Kasus 3

Edward menghabiskan waktunya sendirian di tempat tidur, jika ia bisa. Sebelum ia sakit, ia menikmati waktunya bersama keluarganya atau bekerja. Kadangkala ia berpikir masalah pekerjaan, dan kadang-kadang ia membuat rencana, namun ia nampaknya tak pernah mencapai tahap wawancara atau kontrak kerja. Saat ia mengunjungi orang tuanya mereka mencoba membujuknya untuk berbicara tentang masalah keluarga atau politik. Edward tak banyak berkata-kata. Walaupun ia menolak dikatakan depresi, dan ia mengungkapkan harapannya akan masa depan, ia hampir-hampir tak pernah tersenyum dan benci untuk membereskan piring sisa makan atau membereskan tempat tidurnya. Psikiater telah menyainya tentang suara-suara, akan tetapi Edward bersikukuh bahwa ia tak pernah mendengarnya. Saat ia dirawat di rumah sakit untuk pertama kalinya, ia ingat, ia kesulitan untuk mempertahankan jalan pikirannya, dan ia tahu ia bertingkah aneh karena polisi

menangkapnya saat ia keluyuran di jalanan ketika mengenakan pakaian menyelam. Tapi Edward tak dapat mengingat kenapa dan nampaknya hal itu bukan lagi merupakan masalah baginya.

Contoh kasus 4

Luna, Perempuan berusia 41 tahun, merupakan anak kelima dari lima bersaudara dan sudah menikah. Selama 1 bulan terakhir, ia mengeluh mudah marah dan sulit tidur. Luna membakar bajunya sendiri dan sering memukul keluarganya karena menurut Luna ada suara-suara yang menyuruhnya untuk melakukan hal tersebut. Suara-suara itu sering muncul dan mirip dengan suara-suara keluarganya, kadang kakak, atau ayahnya. Luna juga sering pergi keluar rumah dan lama kembali. Setiap keluar rumah Luna merasa sering dilihat oleh orang-orang seperti pandangan jijik melihat dirinya. Tidur Luna juga tidak nyenyak dan sering terbangun pada malam hari karena diganggu oleh bisikan-bisikan. Bisikan itu kadang menyuruh Luna untuk melakukan sesuatu, seperti menyuruhnya melempari rumah tetangga karena tetangga tersebut sedang membicarakan dirinya, kadang Luna disuruh untuk telanjang dan keluar rumah. Kadang bisikan tersebut mengejek dirinya, dan mengancam dirinya bahwa ia akan masuk neraka jika tidak menuruti apa yang diperintahkan oleh bisikan tersebut. Kadang bisikan itu mengajak Luna untuk mengobrol. Selain mengganggu tidur bisikan tersebut sering mengganggu saat Luna ingin melakukan pekerjaan rumah, sehingga kadang Luna malas untuk membersihkan rumah dan hanya duduk saja di dalam rumah.

Gangguan yang Berkaitan dengan Penggunaan Zat

I. Penyalahgunaan dan Ketergantungan Alkohol

Penggunaan zat secara patologis dikelompokkan dalam dua kategori :

1. Ketergantungan zat

Dalam DSM-IV TR ditandai oleh tiga atau lebih dari hal-hal berikut ini :

- Toleransi, yang didefinisikan oleh salah satu dari pengertian berikut :
 - a. peningkatan diisi zat yang dibutuhkan untuk menghasilkan efek yang diinginkan
 - b. efek obat menjadi sangat berkurang jika dikonsumsi dalam dosis biasa
- Putus zat, yang dimanifestasikan dalam salah satu dari berikut :
 - a. efek negative fisik dan psikologis, terjadi ketika orang yang bersangkutan menghentikan atau mengurangi jumlah konsumsi zat
 - b. menggunakan zat untuk mengurangi atau menghindari gejala putus zat
- Zat digunakan dalam jumlah besar atau periode yang lebih lama dari yang diharapkan
- Terdapat keinginan yang menetap atau usaha yang gagal untuk menghentikan atau mengendalikan penggunaan zat
- Banyak waktu yang dipakai dalam aktivitas untuk memperoleh zat, menggunakan zat atau pulih dari efeknya
- Aktivitas sosial, pekerjaan, rekreasional penting ditinggalkan atau dikurangi karena penggunaan zat
- Penggunaan zat tetap dilanjutkan walaupun mengetahui memiliki masalah fisik atau psikologis yang menetap atau berulang yang kemungkinannya besar telah disebabkan atau dieksaserbasi oleh zat

2. Penyalahgunaan zat

- a. Suatu pola penggunaan zat yang maladaptive yang menyebabkan gangguan atau penderitaan secara klinis yang bermakna, ditunjukkan oleh satu atau lebih dari kriteria berikut dan berlangsung dalam periode 12 bulan :
 - Penggunaan zat berulang yang menyebabkan kegagalan dalam memenuhi kewajiban peran utama dalam pekerjaan, sekolah, atau rumah (misalnya tidak hadir secara berulang atau kinerja buruk yang dihubungkan dengan penggunaan zat : membolos, skors, dikeluarkan dari sekolah, mengabaikan anak dan rumah tangga yang dihubungkan dengan penggunaan zat)

- Penggunaan zat berulang pada situasi yang berbahaya secara fisik
 - Masalah hukum berhubungan dengan penggunaan zat yang berulang
 - Penggunaan zat yang berkelanjutan walaupun memiliki masalah sosial atau interpersonal menetap atau berulang yang disebabkan oleh efek zat
- b. Gejala tidak memenuhi kriteria ketergantungan zat untuk kelas ini.

Penyalahgunaan dan Ketergantungan Alkohol

Pada kasus yang relatif jarang seseorang yang telah menjadi peminum berat selama beberapa tahun dapat mengalami Delirium Tremens (DTs) bila kadar alkohol di dalam darah mendadak turun. Orang yang bersangkutan akan :

- Mengalami delirium dan tremor serta halusinasi yang utamanya visual namun dapat juga taktil.
- Melihat binatang-binatang yang menjijikkan dan sangat aktif (seperti ular, kecoa, labba-laba, dll) merambat di dinding atau di tubuh orang yang bersangkutan.
- Mengalami disorientasi dan ketakutan dalam keadaan demam

Delirium dan penyakit fisiologis dadakan disebabkan oleh putus alkohol mengindikasikan orang tersebut mengalami kecanduan.

Pada orang-orang yang mengalami ketergantungan alkohol terdapat periode intoksikasi alkohol yaitu keinginan untuk minum dapat sangat menguasai sehingga terdorong untuk minum alkohol yang tidak berbentuk minuman seperti tonik rambut. Dalam DSM-IV TR intoksikasi alkohol kriterinya sebagai berikut:

- a. Baru saja mengingesti alkohol
- b. Perilaku maladaptive atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna yang berkembang selama atau sesaat setelah ingesti alkohol
- c. Satu atau lebih tanda berikut yang berkembang selama atau sesaat setelah penggunaan alkohol :
 1. bicara cadel
 2. inkoordinasi
 3. gaya melangkah tidak menetap
 4. nistagmus
 5. gangguan perhatian atau memori
 6. slupor atau koma

- d. Gejala tidak disebabkan oleh suatu kondisi medis umum dan tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lainnya.

Kriteria diagnostik putus alkohol menurut DSM-IV TR :

- a. Penghentian atau pengurangan penggunaan alkohol yang telah digunakan lama dan berat
- b. Dua atau lebih hal berikut yang berkembang dalam beberapa jam hingga beberapa hari setelah kriteria a :
 - 1. hiperaktivitas otonomik
 - 2. peningkatan tremor tangan
 - 3. insomnia
 - 4. mual atau muntah
 - 5. halusinasi visual, taktil, atau dengar atau ilusi yang sementara
 - 6. agitasi psikomotor
 - 7. kecemasan
 - 8. kejang grand mal
- c. Gejala pada kriteria b menyebabkan penderitaan secara klinis bermakna atau gangguan pada fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi bidang penting lainnya
- d. Gejala tidak disebabkan oleh suatu kondisi medis umum dan tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lainnya.

Kerugian Penyalahgunaan dan Ketergantungan Alkohol

Bunuh diri, kecelakaan lalu lintas fatal, pembunuhan, penyerangan, kekerasan dalam rumah tangga, dll

Efek Jangka Pendek Penyalahgunaan Alkohol

Setelah diminum dan masuk ke lambung, alkohol kemudian dimetabolisme oleh beberapa enzim. Sebagian akan masuk ke usus kecil dan diserap ke dalam darah. Zat kemudian diurai (terutama di hati, yang dapat memetabolisme sekitar satu ons wiski kadar-100 (50% alkohol) per jam). Kelebihan dari jumlah itu akan tetap tersimpan di dalam darah.

Alkohol mempunyai efek bifase dimana efek awal alkohol bersifat **merangsang** (peminum merasakan suatu perasaan sosiabilitas dan nyaman seiring dengan naiknya kadar alkohol dalam darah. Setelah kadar alkohol dalam darah mencapai puncak dan menurun, alkohol berfungsi sebagai depresan dan peminum dapat mengalami peningkatan dalam berbagai emosi negative.

Terdapat berbagai pengaruh dari alkohol terhadap tubuh seperti:

- mengganggu proses berpikir kompleks: koordinasi motoric, keseimbangan, kemampuan bicara, dan melemahnya penglihatan
- menghilangkan rasa sakit, dalam dosis yang lebih besar dapat bersifat sedative, menyebabkan orang tertidur bahkan kematian.
- merangsang berbagai reseptor GABA, yang berperan dalam kemampuan mengurangi ketegangan
- meningkatkan kadar serotonin dan dopamine, yang menimbulkan efek yang menyenangkan
- menghambat reseptor glutamat, yang dapat menimbulkan efek kognitif intoksikasi alkohol, seperti berbicara tidak jelas dan hilangnya memori.

Efek Jangka Panjang Penyalahgunaan Alkohol

Penyalahgunaan alkohol berkepanjangan dapat menyebabkan berbagai masalah seperti:

- kerusakan biologis parah dan kemunduran psikologis
- menghambat pencernaan makanan dan penyerapan vitamin
- berkurangnya asupan protein yang berkontribusi pada timbulnya sirosis hati
- kerusakan kelenjar endokrin pankreas, gagal jantung, disfungsi ereksi, hipertensi, stroke, perdarahan pembuluh kapiler dan merusak sel-sel otak
- mempengaruhi performa kognitif
- mengurangi efektivitas sistem imun
- penyebab utama retardasi mental dimana pertumbuhan janin melambat dan terjadi kelainan tempurung kepala, wajah serta anggota tubuh. Kondisi ini dikenal sebagai sindrom alkohol fetal

II. Nikotin dan Merokok

✓ Kriteria putus nikotin dalam DSM-IV TR yaitu:

- a. Menggunakan nikotin setiap hari selama paling kurang beberapa minggu
- b. Penghentian penggunaan nikotin secara tiba-tiba atau pengurangan jumlah nikotin yang digunakan, diikuti oleh empat atau lebih tanda berikut dalam kurun waktu 24 jam:
 1. mood distorik atau terdepresi
 2. insomnia
 3. iritabilitas, frustrasi atau kemarahan
 4. kecemasan
 5. gelisah

6. penurunan denyut jantung
 7. peningkatan nafsu makan atau berat badan
- c. Gejala pada kriteria b menyebabkan penderitaan secara klinis bermakna atau gangguan pada fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi bidang penting lainnya
 - d. Gejala tidak disebabkan oleh suatu kondisi medis umum dan tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lainnya.

✓ Prevalensi dan Konsekuensi Kesehatan

Diantara berbagai masalah kesehatan yang diperparah oleh kebiasaan merokok berkepanjangan adalah emfisema, yaitu kanker laring dan esophagus, dan sejumlah penyakit kardiovaskular.

✓ Konsekuensi Perokok Pasif

Asap yang berasal dari ujung rokok yang menyala, yang disebut *secondhand smoke* atau Asap Tembakau Lingkungan (ATL), mengandung konsentrasi ammonia, karbon monoksida, nikotin dan tar yang lebih tinggi dibanding asap yang dihirup oleh perokok. Efek dari ATL tersebut adalah:

- Menyebabkan kelainan dan kerusakan paru-paru serta beberapa diantaranya mengalami reaksi alergi terhadap asap rokok
- Para nonperokok beresiko lebih tinggi mengalami penyakit kardiovaskular
- Infeksi saluran pernafasan atas, bronkitis dan infeksi telinga bagian dalam

III. Mariyuana

Definisi Mariyuana

Mariyuana terdiri dari daun dan bagian atas yang berbunga dari sejenis tanaman rami yang dikeringkan dan dihancurkan, yaitu *Cannabis Sativa*. Mariyuana sering di hisap namun dapat dikunyah, digunakan sebagai teh atau dimakan dalam makanan yang di panggang.

Kriteria diagnostik dalam DSM IV – TR:

- Perilaku maladaptive atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna (misalnya : gangguan koordinasi motoric, euphoria, kecemasan, sensasi waktu menjadi lambat, gangguan pertimbangan, penarikan diri dari social) yang berkembang selama atau sesaat setelah menggunakan kanabis.
- Beberapa gejala intoksisasi kanabis, antara lain:

- Infeksi konjungtiva
- Peningkatan nafsu makan
- Mulut kering
- Takikardi

Prevalensi Penggunaan Mariyuana

Penggunaan mariyuana memuncak pada tahun 1979, kemudian menurun selama dekade berikutnya, meningkat antara tahun 1991 dan 1997, sejak saat itu hanya menunjukkan sedikit perubahan. Sekitar 6% siswa SMU tahun akhir menuturkan merokok menggunakan mariyuana setiap hari pada tahun 2000. Meskipun angka prevalensi lebih tinggi pada laki – laki daripada perempuan namun data menunjukkan bahwa pengguna pada kaum perempuan meningkat cepat pada tahun 1990-an.

Efek Mariyuana

1. Efek Psikologis

Para perokok mariyuana menemukan bahwa mariyuana membuat mereka rileks dan mudah bersosialisasi. Jika penggunaannya dalam dosis besar menimbulkan berbagai perubahan cepat dalam emosi, fokus perhatian menurun, pikiran yang terpecah dan melemahnya memori dan waktu seolah berjalan lebih lambat. Dosis yang sangat besar kadang menimbulkan halusinasi dan berbagai efek lain yang sama dengan efek LSD, termasuk kepanikan ekstrem yang terkadang muncul dari keyakinan bahwa pengalaman yang menakutkan tersebut tidak pernah berakhir. Diperlukan waktu hingga setengah jam setelah mengisap mariyuana hingga berbagai efeknya timbul, sehingga banyak pengguna yang menggunakan dosis jauh lebih besar dari yang dimaksudkan, bahan kimia aktif utama dalam mariyuana telah diketahui dan dinamai Δ^9 -tetrahidrokanabinol (THC) dan jumlahnya pun bervariasi. Mariyuana banyak menghambat fungsi kognitif, pada akhir tahun 1960-an menemukan sejumlah tes (yang mengganti angka dengan simbol, tes waktu reaksi, menghafal serangkaian deretan angka dari depan dan belakang, penghitungan aritmatik, tes pemahaman bacaan dan berbicara) mengungkap

kelemahan intelektual dan hilangnya memori jangka pendek pada mereka yang berada di dalam pengaruh mariyuana.

Beberapa studi menunjukkan bahwa mabuk mariyuana melemahkan keterampilan psikomotorik kompleks yang diperlukan untuk mengendarai kendaraan bermotor, beberapa penurunan kinerja yang dapat diukur setelah menghisap satu atau dua batang rokok mariyuana yang mengandung 2% THC dapat bertahan hingga 8 jam setelah orang yang bersangkutan yakin bahwa ia sudah tidak mabuk. Suatu studi di AS menemukan terjadinya kelemahan memori namun bukan ketidakefektifan intelektual secara umum.

2. Efek Somatik

Efek jangka pendek mariyuana seperti mata yang memerah dan gatal, mulut dan kerongkongan kering, nafsu makan meningkat, berkurangnya tekanan pada mata, dan agak meningkatkan tekanan darah. Mariyuana berbahaya bagi orang – orang yang mengalami kelainan fungsi jantung karena mariyuana ini meningkatkan denyut jantung yang terkadang secara dramatis, selain itu penggunaan mariyuana dalam waktu lama secara serius dapat merusak struktur dan fungsi paru – paru.

Para peneliti menyimpulkan berbagai bahwa berbagai masalah memori jangka pendek yang berhubungan dengan penggunaan mariyuana dikaitkan dengan berbagai efek mariyuana pada berbagai reseptor di dalam hipokampus. Merokok menggunakan mariyuana dikaitkan dengan meningkatnya aliran darah ke berbagai daerah otak yang sering dikaitkan dengan emosi, termasuk struktur limbik dan bagian depan *cingulate gyrus*. Berkurangnya aliran darah terlihat di berbagai daerah lobus temporalis yang dikaitkan dengan antensi pendengaran dan pengguna yang mabuk mariyuana tidak dapat melakukan tugas pendengaran dikotik dengan baik.

3. Efek Terapeutik

Mariyuana sering kali dapat mengurangi rasa mual ketika berbagai obat antimual lain tidak dapat mengatasinya, mariyuana juga merupakan obat bagi rasa tidak nyaman karena AIDS. Dalam berbagai penelitian laboratorium dengan menggunakan hewan, bahan aktif mariyuana yaitu THC ternyata dapat menghilangkan rasa sakit dengan menghambat sinyal – sinyal rasa sakit dari

luka atau peradangan pada bagian tubuh (seperti dalam arthritis) sehingga tidak dapat mencapai otak. Efek analgesik terlihat dengan menyuntikkan THC dengan dipakaikan secara langsung pada bagian yang terluka. Sebuah komite dari *Institute of Medicine* merekomendasikan agar para pasien dengan “simtom – simtom yang melemahkan” atau penyakit keras diperbolehkan menghisap mariyuana di bawah pengawasan medis ketat hingga 6 bulan.

IV. Sedatif dan Stimulan

Sedatif

Sedatif utama sering kali disebut *downer*, melambatkan berbagai aktivitas tubuh dan mengurangi responsivitasnya, kelompok obat – obatan ini mencakup opiat – opium dan berbagai derivatnya yaitu morfin, heroin, serta barbiturat disentis.

1. Opiat

Opiat adalah kelompok sedatif yang menimbulkan kecanduan yang dalam dosis sedang dapat menghilangkan rasa sakit dan menyebabkan tidur, paling terkenal adalah opium. Orang – orang dalam peradaban Sumeria di masa 7000 tahun sebelum masehi memberi nama tanaman *poppy* yang menghasilkan opium dengan nama yang masih dikenal hingga saat ini yang berarti “tanaman kebahagiaan”.

Pada tahun 1806 alkaloid morfin berhasil di pisahkan dari opium kasar, bubuk yang rasanya pahit tersebut terbukti sebagai sedatif dan penghilang rasa sakit yang kuat. Pada tahun 1874 mereka menemukan bahwa morfin dapat diubah menjadi obat lain yang sangat kuat untuk menghilangkan rasa sakit, mereka menamainya *heroin*. Pada awalnya digunakan untuk mengobati kecanduan morfin, heroin digunakan sebagai pengganti morfin dalam sirup obat batuk dan berbagai obat paten lain. Heroin kemudian disebut sebagai *GOM* (God’s Own Medicine) yang terbukti lebih menyebabkan kecanduan dan lebih kuat dibandingkan morfin, lebih berpengaruh, bekerja lebih cepat dengan intensitas yang lebih besar.

- **Efek Psikologis dan Fisiologis**

Opium dan deviratnya berupa morfin dan heroin menimbulkan euforia, rasa kantuk, kerasukan, dan kadang kurangnya koordinasi. Heroin memiliki efek awal

tambahan yaitu suatu rasa hangat yang menjalar, kenikmatan yang menyeluruh segera setelah disuntikkan ke dalam pembuluh darah. Semua kekhawatiran dan ketakutan pengguna hilang dan ia memiliki rasa percaya diri yang besar selama 4 hingga 6 jam ke depan, namun kemudian mengalami penurunan kondisi yang berakhir dengan stupor.

Opiat jelas menimbulkan kecanduan fisiologis, karena pengguna mengalami toleransi yang semakin meningkat terhadap obat – obatan tersebut dan simtom – simtom putus zat bila mereka belum menggunakannya. Reaksi karena belum menggunakan heroin dapat terjadi dalam 8 jam setelah penyuntikan sebelumnya, beberapa jam berikutnya individu umumnya mengalami rasa sakit pada otot, bersin – bersin, berkeringat, berurai air mata dan berulang kali menguap. Simtom – simtom tersebut mirip dengan simtom influenza, dalam 36 jam simtom – simtom putus zat tersebut akan semakin parah, dapat terjadi kejang otot yang tidak terkendali, kram, menggigil atau wajah memerah, berkeringat secara berlebihan, meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah. Orang – orang yang kecanduan tidak dapat tidur, muntah – muntah, dan mengalami diare, umumnya simtom – simtom tersebut berlangsung selama sekitar 72 jam kemudian berkurang secara bertahap dalam kurun waktu 5 hingga 10 hari.

2. Sedatif sintesis

Jenis sedatif utama yaitu barbitut disintesis sebagai obat yang membantu seseorang agar dapat tidur atau merasa rileks. Sedatif melemaskan otot, mengurangi kecemasan, dan dalam dosis rendah menghasilkan kondisi euforik ringan, dosis yang berlebihan menyebabkan bicara menjadi tidak jelas dan langkah tidak stabil, penilaian, konsentrasi, dan kemampuan untuk bekerja dapat sangat melemah. Pengguna kehilangan kendali emosional dan dapat menjadi mudah tersinggung serta agresif sebelum akhirnya tertidur lelap, dosis yang sangat besar dapat menjadi fatal karena otot diafragma melemas hingga ke kondisi yang dapat membuat individu kehabisan nafas. Penggunaan yang berlebihan dalam waktu lama dapat merusak otak dan mengalami kemunduran kepribadian, sedangkan berhenti total menimbulkan reaksi putus zat yang parah dan berlangsung lama serta dapat mengakibatkan kematian mendadak, delirium, kejang – kejang dan simtom – simtom lain yang mirip dengan simtom yang terjadi setelah berhenti minum alkohol secara total.

Kriteria diagnostic DSM IV – TR :

- Perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna (misalnya: perilaku agresif atau seksual yang tidak sesuai, labilitas mood, gangguan pertimbangan, gangguan social atau pekerjaan) yang berkembang selama atau sesaat setelah penggunaan sedatif, hipnotik atau anxiolitik.
- Beberapa gejala intoksisasi sedatif, hipnotik, dan anxiolitik, antara lain :
 - Bicara cadel
 - Inkoordinasi
 - Gaya melangkah tidak mantap
 - Nistagmus
 - Gangguan perhatian atau memori
 - Stupor atau koma

Stimulan

Stimulan atau *upper* seperti kokain bekerja di dalam otak dan sistem saraf simpatetik untuk meningkatkan keterjagaan dan aktivitas motorik. Amtefamin seperti Benzedrin adalah stimulan sistesis, kokain adalah stimulan alamiah yang di ekstrak dari daun koka.

1. Amtefamin

Amtefamin yang pertama yaitu Benzedrin ditemukan tahun 1927 untuk melegakan hidung tersumbat dan juga diketahui masyarakat karena efek rangsangannya. Obat – obatan tersebut dapat ditelan atau disuntikkan yang menyebabkan meningkatnya keterjagaan, fungsi – fungsi pencernaan dihambat dan nafsu makan berkurang, oleh karena itu obat ini digunakan untuk diet. Selain itu menyebabkan denyut jantung semakin cepat, pembuluh darah dikulit serta selaput lendir mengalami penyempitan. Individu yang bersangkutan menjadi terjaga, euforik, bersemangat serta dirasuki oleh energi yang seolah tanpa batas dan rasa percaya diri. Dosis yang lebih besar dapat membuat pengguna menjadi gugup, mudah terpancing, bingung sehingga ia dapat mengalami gemetar, sakit kepala,

pusing dan tidak dapat tidur, kadang para pengguna berat menjadi sangat dipenuhi rasa curiga dan bersikap bermusuhan sehingga ia dapat membahayakan orang lain, sedangkan untuk dosis yang lebih tinggi yang digunakan dalam kurun waktu tertentu dapat menimbulkan kondisi yang cukup mirip dengan skizofrenia paranoid, termasuk delusinya.

Kriteria diagnostik dalam DSM IV – TR

- Perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna (misalnya, euforia atau penumpukan efek perubahan sosiabilitas; kewaspadaan berlebih, sensitivitas interpersonal, kecemasan, ketegangan atau kemarahan, perilaku stereotipik, gangguan pertimbangan atau gangguan fungsi sosial atau pekerjaan) yang berkembang selama atau sesaat setelah menggunakan amfetamin atau zat yang berhubungan.
- Beberapa gejala yang dapat muncul :
 - Takikardi atau bradikardi
 - Dilatasi pupil
 - Peningkatan atau penurunan tekanan darah
 - Berkeringat atau kedinginan
 - Mual atau muntah
 - Menunjukkan penurunan berat badan
 - Agitasi atau retardasi psikomotor
 - Kelemahan otot, depresi pernafasan, nyeri dada, atau aritmia jantung
 - Kebingungan, kejang, diskinesia, distonia, atau koma.

2. Metamfetamin

Metamfetamin dapat ditelan atau disuntikkan juga dapat dihirup, berbentuk kristal jernih obat ini sering dijuluki "*meth crystal*" atau "*es*", keinginan akan metamfetamin sangat kuat dan sering kali berlangsung hingga beberapa tahun setelah penggunaannya di hentikan. Beberapa studi terhadap hewan mengindikasikan bahwa penggunaan metamfetamin yang kronis menyebabkan kerusakan otak, memengaruhi sistem dopamin dan serotonin, studi lain mendokumentasikan terjadinya berbagai kelemahan kognitif yang juga dihubungkan dengan penggunaan metamfetamin yang kronis, apabila pengguna metamfetamin adalah ibu hamil memiliki konsekuensi berat bagi perkembangan janin. Beberapa bahan kimia yang

digunakan dalam pembuatan metamfetamin sangat tidak stabil dan berbahaya bila terhirup karena bisa menyebabkan kerusakan mulai dari iritasi mata, mual – mual, koma, hingga kematian, selain itu juga beresiko menimbulkan kebakaran dan ledakan.

3. Kokain

Kokain berasal dari tanaman koka yang memiliki efek mengurangi rasa sakit, bekerja dengan cepat pada otak, menghambat pengembalian dopamin di berbagai daerah mesolimbik yang dianggap menghasilkan kondisi yang menyenangkan dan berbagai perasaan positif. Kokain meningkatkan hasrat seksual dan menimbulkan rasa percaya diri, rasa sejahtera, dan tidak akan pernah lelah. Overdosis menyebabkan menggigil, mual, mengalami insomnia, serta serangan paranoid dan halusinasi yang mengerikan mengenai serangga yang merambat dibawah kulit. Penggunaan kronis dapat memicu perubahan kepribadian, sangat mudah tersinggung, terganggunya hubungan sosial, pemikiran paranoid, gangguan pola makan serta tidur. Kokain juga meningkatkan resiko seseorang terhadap stroke dan menyebabkan berbagai kelemahan kognitif seperti sulit memusatkan perhatian dan sulit untuk mengingat, karena memiliki kemampuan besar untuk menyempitkan pembuluh darah kokain memberikan bahaya tersendiri dalam kehamilan karena pasokan darah ke janin dapat berkurang.

Kokain dapat dihirup, dihisap dengan menggunakan pipa atau rokok, ditelan, atau di suntikkan ke pembuluh darah, kokain diserap dengan cepat ke dalam paru – paru dan sampai ke otak dalam beberapa detik kemudian menimbulkan kondisi melayang yang intens selama 2 menit, yang diikuti oleh kegelisahan dan ketidaknyamanan.

Kriteria Diagnostik DSM IV – TR :

- Perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna (misalnya: euphoria atau penumpukan efek, perubahan sosiabilitas, kewaspadaan berlebih, sensitifitas interpersonal, kecemasan, ketegangan atau kemarahan, perilaku stereotipik, gangguan pertimbangan, atau gangguan fungsi social atau pekerjaan) yang berkembang selama atau sesaat setelah menggunakan kokain.
- Berikut gejala intoksisasi koakin, antara lain :

- Lakikardi atau bradikardi
- Dilatasi pupil
- Peningkatan atau penurunan tekanan darah
- Berkeringat atau kedinginan
- Mual atau muntah
- Menunjukkan penurunan berat badan
- Agitasi atau retardasi psikomotor
- Kelemahan otot, depresi pernafasan, nyeri di dada, atau aritmia jantung
- Kebingungan, kejang, diskinesia, distonia, atau koma.

V. LSD dan Halusinogen Lain

Efek halusinogen tergantung pada sejumlah variable psikologis, selain besarnya dosis yang digunakan, serangkaian aspek dalam diri seseorang yaitu sikap, ekspektasi, dan motivasi dalam menggunakan obat tersebut secara luas dianggap sebagai penentu penting atas reaksinya terhadap halusinogen. Adapun empat jenis halusinogen lainnya, antara lain :

- Meskalin, suatu alkaloid dan zat aktif dalam peyote, diisolasi dari tonjolan yang berbentuk seperti piringan di bagian atas tanaman kaktus peyote. Sudah lama digunakan berabad – abad dalam ritual keagamaan orang Indian yang tinggal di Meksiko barat daya dan utara.
- Psilosibin, bubuk mirip kristal yang diisolasi oleh Hofmann dari jamur psilosiba meksikana pada tahun 1958, orang Indian di Meksiko masih menggunakannya dalam upacara pemujaan mereka.
- MDMA (methilindioksimetamfetamin), pertama kali disintesis pada awal tahun 1900-an yang awalnya digunakan sebagai penekan nafsu makan bagi para tentara semasa Perang Dunia I. Bahan kimiawi MDMA ditemukan pada beberapa rempah – rempah yang umumnya digunakan, seperti pala, dill, kunyit, dan sassafras.
- MDA (methilindioksiamfetamin), pertama kali disintesis pada tahun 1910 tapi baru pada tahun 1960-an unsur psikedeliknya menjadi perhatian generasi masa itu yang menggunakan obat untuk memperluas kesadarannya.

Suatu zat baru yang mirip halusinogen yaitu *ekstasi* (mengandung MDMA dan MDA) secara kimiawi ektasi sama dengan meskalin dan amfetamin yang merupakan unsur

psikoaktif dalam pala. Ektasi mengandung unsur – unsur dari keluarga halusinogen dan amfetamin, tapi efeknya cukup berbeda dari keduanya sehingga beberapa orang mengusulkan untuk memasukkannya dalam kategori tersendiri yang disebut “*entaktogen*”. Cara kerja ektasi terutama dengan mengaktifkan sistem serotonin melalui transporter serotonin, dan berkontribusi terhadap pelepasan dan pengembalian serotonin. Berbagai studi terhadap hewan menunjukkan bahwa satu dosis ekstasi menyebabkan kadar serotonin turun dan penggunaan dalam waktu lama dapat merusak akson – akson serotonin dan terminal – terminal saraf, penggunaan ekstasi yang lebih banyak dikaitkan dengan beberapa hendaya dalam belajar dan memori dan hendaya tersebut dihubungkan dengan berkurangnya serotonin.

Suatu studi menemukan bahwa para pengguna mariyuana sekaligus ekstasi memiliki hendaya memori, kefasihan kata, dan kecekatan yang sama dengan yang di alami para pengguna mariyuana saja. Obat tersebut dapat meningkatkan keintiman dan insight, meningkatkan hubungan interpersonal, meningkatkan mood dan rasa percaya diri serta meningkatkan kesadaran estetik. Obat tersebut juga dapat menyebabkan ketegangan otot, gerakan mata yang cepat, rahang terkunci, mual, pusing, menggigil atau berkeringat, kecemasan, depresi, depersonalisasi dan kebingungan.

Suatu obat yang sulit untuk digolongkan adalah PCP, yaitu fensiklidin, sering dijuluki debu malaikat. Dikembangkan sebagai obat penenang untuk kuda dan hewan besar lain, secara umum obat ini menimbulkan berbagai reaksi negatif yang serius, termasuk paranoid dan kekerasan, koma dan kematian juga merupakan efek yang dimungkinkan.

Kriteria diagnostik DSM IV – TR :

- Perilaku maladaptif atau perubahan psikologis yang secara klinis bermakna (misalnya: perkelahian, penyerangan, impulsivitas, tidak dapat diperkirakan, agitasi psikomotor, gangguan pertimbangan, gangguan fungsi social atau pekerjaan) yang berkembang selama atau sesaat setelah menggunakan fensiklidin.
- Adapun gejala intoksisasi fensiklidin, antara lain:
 - Nistagmus vertical atau horizontal
 - Hipertensi atau lakikardi
 - Rasa kebas atau penurunan respon terhadap nyeri
 - Ataksia
 - Disartria
 - Kaku otot

- Kejang atau koma
- Hiperakusis

VI. Etiologi Penyalahgunaan dan Ketergantungan Zat

1. Variabel Sosiokultural

Variabel sosiokultural memiliki peran yang sangat beragam dalam penyalahgunaan obat. Mulai dari pengaruh teman sebaya dan orang tua hingga pengaruh media dan jenis perilaku yang dianggap pantas dalam suatu budaya tertentu, lingkungan sosial dapat mempengaruhi ketertarikan dan akses seseorang pada obat-obatan

Variabel keluarga juga merupakan pengaruh sosiokultural penting. Jika kedua orang tua merokok, anak akan memiliki kemungkinan empat kali lebih besar untuk merokok dibanding jika tidak ada anggota keluarga yang merokok. Sama dengan itu, keterpaparan pada alkohol yang dikonsumsi orang tua meningkatkan kemungkinan pada anak-anak untuk juga mengonsumsi alkohol (Hawskin dkk., 1997). Kurangnya pengawasan orang tua mendorong meningkatnya hubungan dengan teman-teman yang menyalahgunakan obat dan diikuti dengan lebih tingginya penggunaan obat-obatan (Chassin dkk., 1996; Thomas dkk., 2000). Memiliki teman-teman yang merokok memprediksi kebiasaan merokok seseorang (Killen dkk., 1997) namun mereka yang memiliki rasa efektivitas diri yang tinggi, kurang terpengaruh oleh teman-teman sebaya mereka.

Berbagai temuan tersebut mendukung pemikiran bahwa jaringan sosial mempengaruhi perilaku individu terkait obat dan alkohol. Meskipun demikian, bukti lain mengindikasikan bahwa para individu yang memiliki kecenderungan menyalahgunakan zat pada kenyataannya memilih jaringan sosial yang sesuai dengan pola minum atau penggunaan obat mereka. Dengan demikian, terdapat dua penjelasan luas mengenai hubungan antara lingkungan sosial dengan penyalahgunaan zat yaitu model pengaruh sosial dan model seleksi sosial.

Variabel lain yang perlu dipertimbangkan adalah media. Kita dibombardir dengan berbagai iklan di televisi dimana bir dikaitkan dengan laki-laki berpenampilan atletis, perempuan berbalut bikini, dan saat-saat yang menyenangkan. Papan-papan reklame mengidentikkan rokok dengan kenikmatan, relaksasi, atau bergaya. Peran iklan mendorong penggunaan alkohol

2. Variabel Psikologis

a. Perubahan Mood

Secara umum diasumsikan bahwa salah satu motif psikologis utama untuk menggunakan obat-obatan adalah untuk mengubah mood. Oleh karena itu penggunaan obat-obatan menjadi suatu penguatan, baik dengan meningkatkan mood positif atau dengan mengurangi mood negative. Meskipun demikian, hal itu lebih rumit dari yang terlihat.

Berbagai temuan mengindikasikan bahwa alkohol dapat menghasilkan efek mengurangi ketegangan dengan mengubah kognisi dan persepsi (Curtin dkk., 1997, 1998; Steele & Josephs, 1988, 1990). Alkohol melemahkan pemrosesan kognitif dan menyempitkan perhatian ke berbagai kejadian yang paling segera terlihat, mengakibatkan penurunan kemampuan kognisi untuk mendistribusikan perhatian antara aktivitas yang sedang berlangsung dan kekhawatiran yang diistilahkan oleh Steel dan Josephs dengan “myopia alkohol”. Meskipun demikian, dalam beberapa situasi alkohol dan nikotin dapat meningkatkan ketegangan, contohnya bila tidak ada pengalih perhatian sehingga orang terintoksikasi memfokuskan seluruh kemampuan pemrosesan kognitifnya yang terbatas pada pikiran-pikiran yang tidak menyenangkan seperti yang terjadi bila seseorang tidak bahagia meminum alkohol sendiri.

b. Keyakinan tentang Risiko dan Prevalensi

Dua variabel psikologis lain yang berhubungan dengan penggunaan obat adalah sejauh mana seseorang meyakini bahwa suatu obat berbahaya dan prevalensi penggunaan yang dilihatnya pada orang lain.

Banyak perokok yang tidak yakin bahwa mereka mengalami peningkatan risiko terhadap kanker atau penyakit kardiovaskular. Alkohol dan tembakau digunakan lebih sering dikalangan orang-orang yang memiliki perkiraan berlebihan atas frekuensi penggunaan zat ini pada orang lain (Jackson, 1997)

c. Kepribadian dan Penggunaan Obat

Teori faktor sosiokultural maupun teori perubahan mood tidak dapat menjelaskan sepenuhnya perbedaan individual dalam penggunaan obat.

Penyalahgunaan obat dapat merupakan bagian dari perilaku mencari kesenangan yang dilakukan oleh psikopat. Lebih jauh lagi, penggunaan alkohol komorbid dengan beberapa gangguan kepribadian, terutama gangguan kepribadian antisosial pada laki-laki dan gangguan kepribadian ambang pada perempuan (Morgenstern dkk., 1997). Pemberontakan dan kadar agresi yang tinggi juga dihubungkan

dengan penyalahgunaan zat (Anderrson, Magnusson & Wennberg, 1997; Masse & Trembley 1997). Selain itu, kita dapat memperkirakan bahwa opiate dan obat-obat penenang digunakan oleh para individu yang mengalami kecemasan untuk mengurangi penderitaan mereka.

3. Variabel Biologis

Sebagian besar penelitian mengenai faktor-faktor biologis dalam penyalahgunaan zat telah meneliti kemungkinan adanya predisposisi genetic dalam minum permasalahan dan penyalahgunaan obat-obatan yang lainnya.

Permasalahan minum pada manusia menurun dalam keluarga menunjukkan adanya komponen genetik (namun juga konsisten dengan faktor-faktor pengaruh sosial). Kerabat dan anak-anak dari para peminum bermasalah memiliki tingkat penyalahgunaan berbagai zat, bukan hanya obat yang menjadi dasar untuk menyeleksi para penyalahguna dalam penelitian (Bierut dkk., 1998; Merilcangas dkk., 1998).

Kemampuan untuk menoleransi alkohol dapat merupakan sesuatu yang diturunkan dalam keluarga sebagai suatu diathesis bagi penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol (Goodwin, 1979). Untuk menjadi peminum yang bermasalah, seseorang harus mampu minum dalam jumlah banyak, dengan kata lain, orang harus mampu menoleransi alkohol dalam jumlah besar. Beberapa kelompok etnis seperti orang-orang Asia, dapat memiliki tingkat penyalahgunaan alkohol yang rendah karena adanya intoleransi fisiologis, yang disebabkan oleh kekurangan enzim yang mencerna alkohol yang bersifat keturunan

VII. Terapi Penyalahgunaan dan Ketergantungan Alkohol

Penanganan bagi penyalahgunaan alcohol merupakan hal yang sulit karena banyak masalah psikologis yang terlibat. Oleh karena itu diperlukan penanganan yang lebih dari sekedar menghilangkan kebiasaan minum berlebihan. Apa pun jenis intervensi yang diberikan, langkah pertama adalah orang bersangkutan harus mengakui dan menyadari adanya masalah terkait kebiasaan minum nya dan secara sukarela memutuskan untuk mengatasi masalah tersebut. Setelah penyalahguna alkohol mengakui adanya masalah terkait kebiasaan nya, adapun beberapa jenis penanganan yang dapat diberikan :

1. Penanganan tradisional di rumah sakit

Penghentian alkohol atau detoksifikasi dapat berjalan sulit dan berlangsung cukup lama. Banyak pecandu harus menjalani detoksifikasi berkali-kali. Obat-obat

penenang terkadang diberikan untuk mengurangi kecemasan dan rasa tidak nyaman akibat putus zat. Namun pasien seringkali menyalahgunakan obat-obatan tersebut. Selain itu biaya yang dikeluarkan untuk rawat inap jauh lebih mahal dibandingkan rawat jalan sehingga efektivitas biaya nya dipertanyakan. Suatu analisis terhadap penanganan ketergantungan alkohol yang dilakukan oleh Finney & Moss menyimpulkan bahwa pendekatan rawat inap di rumah sakit mungkin diperlukan oleh orang-orang yang memiliki sedikit dukungan sosial dan memiliki masalah psikologis lain selain penyalahgunaan alkohol.

2. Penanganan biologis

Akan lebih efektif jika dikombinasikan dengan suatu intervensi psikologis. Contohnya beberapa peminum yang sedang dalam penanganan menggunakan Antabuse, obat yang mencegah minum dengan cara menyebabkan muntah-muntah hebat jika pasien meminum alkohol. Karena menimbulkan efek samping yang tidak mengenakan, maka kepatuhan terhadap pengobatan dengan Antabuse menjadi permasalahan. Maka untuk meningkatkan efektivitas obat tersebut, dapat dilakukan pengkombinasian dengan terapi kognitif perilaku. Selain Antabuse, adapun obat-obatan lain yang digunakan dalam penanganan biologis, diantaranya ; Buspiron, Klonidin, dan Akamprosate, serta beberapa obat psikoaktif seperti antidepresan dan antikecemasan. Namun perlu dicatat penggunaan obat-obat ini dalam jangka panjang juga memiliki resiko, salah satu nya adalah menurunkan fungsi hati.

3. Pendekatan kognitif-perilaku

Secara umum pendekatan ini merupakan pendekatan yang paling efektif. Adapun jenis-jenis terapi yang dapat diberikan :

- Terapi Aversi : peminum dibuat menjadi mual ketika melihat, meraih, dan meminum alkohol. Terdapat suatu prosedur yang disebut sensitisasi tertutup, dimana peminum diinstruksikan untuk membayangkan dirinya mengalami mual yang hebat dan luar biasa ketika meminum alkohol.
- Operant Conditioning : pendekatan ini mengajari pasien dan orang-orang terdekatnya untuk memberi penguatan pada perilaku tidak minum, serta mengajarkan pasien mencari pekerjaan atau keterampilan sosial. Selain itu

pendekatan ini juga melatih asertivitas untuk menolak tawaran minum.terdapat suatu strategi pengendalian diri perilaku yang dikembangkan oleh Tucker :

- Kontrol stimulus : mempersempit atau menghindari situasi yang membuat mereka minum alkohol.
 - Modifikasi topografi minum : hanya minum-minuman yang dicampur (tidak 100% alkohol) atau hanya menghisap sedikit bukan meneguknya.
 - Memperkuat perilaku tidak minum : memberi reward pada diri sendiri seperti menonton film di bioskop jika berhasil menolak tawaran minum.
- Minum Secara Wajar : teknik ini diperkenalkan oleh Sobell & Sobell pada tahun 1993, merujuk pada konsumsi alkohol secara wajar dengan menghindari dua titik ekstrem yaitu tidak minum sama sekali dan minum hingga mabuk. Cara ini terbukti lebih efektif dibandingkan dengan penyalahguna yang berusaha berhenti secara total. Kemudian pendekatan Sobell ini telah berkembang lebih jauh, disebut “perubahan diri terbimbing” dimana tujuan pendekatan ini adalah membuat pasien menyadari potensi/kendali diri nya dan menyadari kerugian yang dialami akibat pola minum nya.

4. Memanfaatkan dukungan sosial

- Alcoholics Anonymous

Kelompok terapi mandiri paling terkenal di dunia yang didirikan pada tahun 1935 oleh dua orang mantan pecandu alkohol. Kelompok ini memberi dukungan sosial agar para pecandu memiliki kehidupan sosial yang lebih baik dan terlepas dari pengisolasian diri. Masing-masing cabang AA melakukan pertemuan secara rutin dimana para anggota baru dan mantan pecandu saling berbagi cerita mengenai masalah kecanduan mereka. Adapun berbagai program yang mencontoh AA yang juga tersedia bagi para penyalahguna zat lain seperti ; Cocaine Anonymous dan Marijuana Anonymous.

- Terapi Pasangan dan Keluarga

Penyalahgunaan alkohol dan konflik keluarga memiliki hubungan sebab akibat yang terjadi secara dua arah. Terapi pasangan yang berorientasi perilaku diketahui berhasil mengurangi permasalahan minum serta masalah antara pasangan yang disebabkan oleh kecanduan alkohol. Salah satu fokus terapi ini adalah melibatkan

pasangan atau keluarga untuk membantu pecandu meminum Antabuse secara teratur.

Pertimbangan Klinis dalam Menangani Penyalahgunaan Alkohol

Permasalahan minum kadangkala berhubungan dengan gangguan mental lain terutama dengan gangguan kecemasan, gangguan mood, dan psikopati. Para terapis juga harus memahami bahwa depresi seringkali komorbid dengan penyalahgunaan alkohol, dan bunuh diri menjadi salah satu resiko. Para peneliti alkohol beberapa waktu ini telah menyadari bahwa pendekatan penanganan yang berbeda lebih tepat dengan mencocokkan antara factor-faktor yang terdapat dalam diri peminum dengan faktor-faktor yang terdapat dalam penanganan. Cara ini dikenal sebagai Aptitude Treatment Interaction (ATI).

VIII. Penanganan Penggunaan Obat Terlarang

1. Penanganan Biologis

Program terapi obat yang banyak digunakan untuk menangani kecanduan heroin mencakup pemberian (substitusi heroin), yaitu dengan obat-obatan yang secara kimia sama dengan heroin yang dapat menggantikan ketagihan tubuh terhadap heroin, atau antaginis heroin, obat-obatan yang mencegah pengguna mengalami mabuk heroin. Kategori pertama mencakup metadon, levometadil asetat, dan bupreofin, narkotika sintetis yang dirancang untuk menggantikan heroin. Obat-obatan itu sendiri menimbulkan kecanduan, maka keberhasilan terapi pada intinya mengubah pecandu heroin menjadi pecandu zat lain. Perubahan ini terjadi karena narkotika sintetis tersebut memiliki ketergantungan silang dengan heroin, yaitu dengan bekerja pada reseptor yang sama pada system saraf pusat, obat tersebut menjadi pengganti atas ketergantungan sebelumnya. Penggunaan metadon tidak dilarang karena penghentian metadon secara total menimbulkan pola reaksi penghentian sendiri. Karena reaksi tersebut lebih ringan dari reaksi penghentian heroin, metadon mengandung potensi terapeutik untuk menghilangkan secara sekaligus kecanduan obat (Strain dkk., 1999). Untuk penanganan dengan menggunakan pengganti heroin, pecandu biasanya datang ke klinik penanganan ketergantungan obat dan minum obat tersebut di depan salah seorang staf klinik, sekali sehari untuk metadon dan tiga kali seminggu untuk

levometadil asetat dan bupreofin. Beberapa pengguna yang sedang menjalani penanganan mampu mempertahankan pekerjaan, tidak melakukan tindak kriminal, dan tidak menggunakan obat-obatan terlarang lain (Eisenberg dkk., 1997; Sees dkk., 2000; Schottenfeld dkk., 2000)

2. Penanganan Psikologis

Dalam perbandingan langsung yang pertama kali dilakukan dalam sebuah studi terkendali, desipramin dan penanganan kognitif perilaku ditemukan cukup efektif untuk mengurangi penggunaan kokain serta memperbaiki fungsi keluarga, sosial dan psikologis pada umumnya. Desipramin lebih baik dari placebo pada para pasien dengan tingkat ketergantungan kokain yang rendah, sedangkan penanganan kognitif lebih baik pada pasien dengan tingkat ketergantungan tinggi.

Dalam studi Carroll, para pasien yang menerima penanganan kognitif belajar cara menghindari berbagai situasi beresiko tinggi (berada diantara orang-orang yang sedang menggunakan kokain), memahami daya Tarik obat bagi mereka, dan mengembangkan berbagai alternative selain menggunakan kokain (bebrabagi aktifitas rekreasional non-pengguna). Para penyalahguna kokain dalam studi ini juga mempelajari berbagai strategi *coping* terhadap ketagihan dan untuk menahan diri dari kecenderungan menganggap situasi dimana mereka terpeleset menggunakan obat sebagai suatu bencana (“pelatihan pencegahan kekambuhan,” oleh Marlatt & Gordon, 1985). Semakin depresi pasien, semakin positif hasil obat antidepresan dan terapi kognitif. Secara keseluruhan, hasil penanganan psikososial lebih baik daripada hasil obat antidepresan dalam mengurangi penggunaan kokain, dan pola ini dapat bertahan dalam pemantauan selama satu tahun (Carroll, Rounsaville, & Nich, 1994)

IX. Penanganan Merokok

1. Penanganan Psikologis

- Merokok secara wajar

Cara ini menunjukkan hasil yang lebih nyata dan menjanjikan dibanding cara penanganan dengan membuat merokok menjadi tidak menyenangkan. Strategi merokok secara wajar adalah mengurangi asupan nikotin secara bertahap dalam waktu beberapa minggu dan membuat perokok setuju memperpanjang interval waktu antar-jadwal merokok nya. Contohnya pada minggu pertama diberi jadwal

yang membuat perokok merokok 10 batang sehari, lalu di minggu kedua 5 batang sehari, kemudian di minggu selanjutnya jumlah rokok yang dijadwalkan untuk satu hari terus berkurang sampai berhenti sama sekali. Rokok tersebut hanya boleh dihisap pada waktu yang dijadwalkan, bukan pada saat perokok menginginkannya. Dengan cara ini merokok dikendalikan oleh waktu, bukan oleh dorongan dalam diri ataupun situasi lingkungan.

2. Penanganan Biologis

Pemberian nikotin dengan cara berbeda merupakan salah satu pendekatan dalam penanganan biologis. Tujuannya adalah untuk mengurangi symptom-symptom putus zat yang menyertai usaha berhenti merokok. Nikotin dapat tersedia dalam bentuk :

- Permen karet : nikotin diserap jauh lebih lambat dan lebih stabil dibanding tembakau. Walaupun menuai banyak kontroversi, para ahli yakin bahwa penggunaan permen karet jauh lebih aman karena tidak terpapar berbagai racun yang terkandung di dalam asap rokok.
- Plester : berfungsi sebagai system pemasok nikotin melalui kulit ke dalam aliran darah dan kemudian dibawa ke otak secara perlahan dan stabil. Pengguna hanya perlu menempelkan plester tersebut sekali sehari dan tidak perlu melepasnya.
- Alat penghirup nikotin : berbentuk tabung plastic menyerupai pegangan rokok.

3. Mencegah Kekambuhan

Pendekatan spesifik dalam mengatasi masalah kekambuhan dalam merokok adalah fokus pada kognisi mantan perokok, dengan cara membuat mereka mempelajari berbagai keterampilan atau cara efektif untuk melawan pikiran-pikiran yang berhubungan dengan merokok, mengalihkan perhatian ke hal-hal lain yang lebih positif dan dapat membuatnya lupa akan sensasi merokok.

X. Pencegahan Penyalahgunaan Zat

Beberapa program pengendalian tembakau komprehensif yang mencakup kampanye edukasi publik, menciptakan lingkungan yang bebas dari asap rokok dan program berbasis sekolah untuk menegah anak-anak muda mulai mengonsumsi rokok. Terdapat program-program lain seperti:

- Pelatihan menolak tekanan dari kelompok sebaya.

- Mempelajari karakteristik tekanan kelompok sebaya dan berbagai cara untuk mengatakan tidak. Pelatihan ini lebih efektif bagi para remaja perempuan dan untuk mengurangi onset merokok serta tingkat penggunaan tembakau, penggunaan obat pada anak-anak muda.
- Koreksi berbagai harapan normatif
 - Menetapkan bahwa merokok bukanlah perilaku standar yang dapat diterima
- Perang melawan pesan-pesan media massa
 - Mengubah citra positif perokok yang ditampilkan di media
- Informasi mengenai pengaruh orang tua dan orang dewasa lain
 - Kebiasaan orang tua berhubungan erat terhadap perilaku merokok anak-anak sehingga program ini menekankan bahwa perilaku merokok orang tua tidak perlu ditiru.
- Kepemimpinan teman sebaya
 - Melibatkan orang-orang sebaya yang memiliki status diakui untuk memperbesar dampak pesan-pesan anti merokok atau antinarkoba yang disampaikan
- Edukasi afektif dan peningkatan citra diri
 - Memfokuskan pemikiran bahwa faktor-faktor intrapsikis, seperti citra diri yang rendah dan ketidakmampuan menghadapi stress, mendasari bermulanya kebiasaan merokok

EATING DISORDER

Eating disorder atau gangguan makan pada DSM IV TR dibagi menjadi 3, yaitu anoreksia nervosa, bulimia nervosa, dan gangguan makan berlebih (*Binge Eating Disorder*).

Gambaran Klinis

1. Anoreksia Nervosa

Kata “anorexia” memiliki arti hilangnya selera makan, dan “nervosa” memiliki arti sebab emosional. Maka anoreksia nervosa bermakna hilangnya selera makan yang disebabkan emosional. Istilah ini sebenarnya kurang tepat karena orang yang mengalami anoreksia tidak selalu kehilangan selera makannya. Anoreksia nervosa adalah sebuah gangguan di mana seseorang melaporkan dirinya atau menolak untuk makan karena memiliki ketakutan bahwa berat badannya akan bertambah. Ketakutan bahwa seseorang akan bertambah gemuk menyebabkan orang yang mengalami anoreksia akan melakukan berbagai cara untuk menguruskan diri, biasanya dengan diet berlebihan atau tidak mau makan. Diet ini akan menyebabkan mereka menjadi sangat kurus. Namun bahkan ketika seseorang sudah sangat kurus, mereka tidak pernah puas dengan bentuk tubuh mereka dan tetap memiliki ketakutan bahwa berat badannya akan bertambah, sehingga tetap melakukan diet atau menolak asupan makan. Tidak jarang kondisi ini menyebabkan penderita anoreksia meninggal.

Perubahan biokimiawi yang disebabkan oleh kelaparan atau rasa bersalah dan rasa malu yang dialami pasien telah membuat beberapa peneliti mempertimbangkan kemungkinan bahwa anoreksia menyebabkan depresi. Perubahan fisik yang terjadi pada penderita anoreksia ditandai dengan tekanan darah menurun, denyut jantung melambat, ginjal dan sistem pencernaan menjadi bermasalah, masa tulang berkurang, kulit mengering, kuku jari menjadi mudah patah, kadar hormon berubah, anemia ringan, kerontokan rambut, perubahan struktur otak seperti rongga yang meluas atau kelebaran sulcal, juga dapat terjadi namun dapat diperbaiki.

Kriteria DSM IV TR untuk anoreksia adalah :

- a. Menolak untuk mempertahankan berat badan normalnya.

- b. Sangat takut bila berat badannya bertambah, dimana rasa takut ini juga tidak berkurang ketika berat badan mereka berkurang (tidak pernah merasa kurus).
- c. Memiliki pandangan yang menyimpang tentang bentuk tubuh mereka.
- d. Pada perempuan, kondisi tubuh yang kurus menyebabkan amenorea, yaitu berhentinya periode menstruasi.

DSM IV-TR membedakan dua tipe dari anoreksia:

- a. Tipe terbatas : menurunkan berat badan dengan membatasi asupan makanan.
- b. Tipe binge-pengurasan : orang yang bersangkutan secara rutin juga makan berlebihan kemudian mengeluarkannya.

Anoreksia nervosa umumnya terjadi pada awal hingga pertengahan remaja, dan bisa terjadi baik pada laki-laki maupun perempuan. Prevalensi anoreksia pada perempuan 10x lebih banyak daripada laki-laki, di mana beberapa ahli berpendapat hal ini dikarenakan adanya *stereotype* bahwa perempuan dinilai dari bentuk tubuh mereka, sementara laki-laki dari keberhasilan mereka.

Pada umumnya anoreksia komorbid dengan gangguan lain, terutama depresi dan *anxiety disorder*. *Anxiety disorder* (cenderung pada bentuk tubuh) dapat menyebabkan *anoreksia* di mana anoreksia ini juga dapat menyebabkan depresi, atau depresi dapat terjadi bersamaan dengannya.

2. Bulimia Nervosa

Istilah “Bulimia” berasal dari bahasa Yunani yang bermakna “lapar seperti sapi jantan”. Bulimia nervosa adalah sebuah gangguan di mana seseorang akan melakukan *binge* (makan berlebih) kemudian melakukan perilaku pengurasan. Perilaku *binge* atau makan secara berlebihan biasanya dilakukan dalam waktu kurang dari 2 jam, dan lebih mungkin dilakukan saat sedang sendirian pada pagi hari. Penderita biasanya menghindari makanan kesukaan pada satu hari kemudian makan berlebihan esok paginya.

Berbagai studi menyatakan bahwa makan berlebihan juga bisa terjadi setelah interaksi sosial yang negatif atau setidaknya persepsi atas hubungan sosial yang negatif. Para pasien menuturkan bahwa mereka hilang kendali ketika *binge* atau merasa bahwa bukan diri mereka yang ada saat *binge* terjadi dan merasa malu serta

jijik dengan kondisi tersebut bahkan mencoba menutupinya. Rasa malu dan jijik inilah, yang ditambah dengan ketakutan bahwa berat badan mereka akan bertambah setelah makan berlebihan, yang menyebabkan munculnya perilaku pengurasan. Perilaku ini dapat berupa muntah (yang paling sering), puasa, atau olahraga berlebihan. Perilaku ini dilakukan sebagai kompensasi dan untuk menghilangkan efek asupan kalori karena makan berlebihan. Dalam DSM IV TR, episode *binge* dan pengurasan harus terjadi sekurang-kurangnya dua kali seminggu selama tiga bulan untuk ditegakkan sebagai bulimia nervosa.

Kriteria DSM-IV TR untuk gangguan Bulimia Nervosa:

1. Makan berlebihan secara berulang.
2. Pengurasan berulang untuk mencegah bertambahnya berat badan.
3. Simtom-simtom terjadi sekurang-kurangnya 2 kali seminggu selama sekurang-kurangnya 3 bulan.
4. Penilaian diri sangat tergantung pada bentuk tubuh dan berat badan.

Pada Bulimia nervosa, terdapat dua tipe *purging* atau mencahar:

- a. *Purging type* (mencahar), yaitu pada saat episode bulimia nervosa berlangsung, penderita bulimia nervosa secara teratur muntah dengan sengaja, memakai obat pencahar atau obat-obatan lain dalam dosis yang salah.
- b. *Unpurging type* (tidak mencahar), yaitu pada saat episode bulimia terjadi, penderita bulimia nervosa melakukan puasa, olah raga, dan diet yang berlebihan.

Bulimia nervosa banyak ditemukan pada wanita di kalangan menengah keatas dan sepersepuluh pria pada rentang usia remaja atau dewasa awal. Kebanyakan diantara mereka memiliki ciri-ciri yang sama, yaitu kurang percaya diri, merasakan cemas yang berlebihan, dan merasa bahwa tubuhnya tidak sesuai keinginannya, maka tidak jarang diantara penderita bulimia nervosa terindikasi terkena *Anxiety disorder* atau pun *Mood disorder*. Perubahan fisik yang terjadi pada penderita bulimia nervosa adalah *amenorea*, kekurangan potassium, diare, denyut jantung tidak teratur, rusaknya jaringan lambung dan tenggorokan, hilangnya enamel gigi.

Anoreksia nervosa dan bulimia nervosa memiliki perbedaan walaupun keduanya memiliki ketakutan akan meningkatnya berat badan dan kecenderungan

yang mirip, seperti binge, *purging*, hingga melakukan diet, latihan, dan puasa yang ketat. Pada berat badan, penderita anoreksia nervosa mengalami penurunan berat badan yang drastis, sedangkan penderita bulimia nervosa tidak. Pada penderita anoreksia nervosa, mereka berusaha keras untuk tidak makan sesuatu, walaupun mereka makan, hanya dalam porsi yang sedikit sekali, sedangkan pada penderita bulimia nervosa, mereka makan yang banyak dan diikuti perilaku memuntahkan atau melakukan kegiatan fisik secara berlebihan.

3. Binge Eating Disorder

Binge eating disorder atau gangguan makan berlebih di cantumkan dalam DSM-IV-TR sebagai suatu diagnosis yang memerlukan studi lebih jauh dan bukan sebagai diagnosis resmi. Gangguan ini terjadi perilaku makan berlebih yang berulang dalam waktu dua kali seminggu selama sekurang-kurangnya enam bulan. Gangguan ini memiliki ciri-ciri kurangnya kontrol diri selama episode makan berlebih dan merasa tertekan karena makan berlebihan dan karakteristik lainnya adalah makan dengan cepat dan makan secara diam-diam.

Gangguan ini berbeda dengan anoreksia nervosa dalam hal ini gangguan makan berlebih tidak mengalami penurunan berat badan secara drastis dan berbeda dengan Bulimia nervosa karena tidak adanya perilaku *kompensatori* (pengurasan, berpuasa dan olahraga yang berlebih). Gangguan ini lebih sering terjadi pada perempuan di bandingkan pada laki-laki yang dihubungkan pada obesitas dan riwayat melakukan diet. Gangguan ini dikaitkan dengan rendahnya fungsi pekerjaan dan sosial, depresi, harga diri rendah, penyalahgunaan zat dan ketidakpuasan dalam bentuk tubuh. Faktor-faktor resiko terbentuknya gangguan makan berlebihan mencakup obesitas pada masa kanak-kanak, komentar dengan nada mengkritik atas berat badan berlebihan, konsep diri yang rendah, depresi dan penyiksaan fisik atau seksual pada masa kanak-kanak

Etiologi

1. Faktor Biologis

Eating disorder dapat terjadi dalam satu keluarga, sehingga disenyalir gen merupakan salah satu penyebabnya. Kerabat tingkat pertama dari perempuan penderita anoreksia memiliki kemungkinan 10x lebih besar dibanding rata-rata untuk menderita gangguan yang sama. Sedangkan kerabat tingkat pertama dari perempuan penderita bulimia memiliki kemungkinana 4x lebih besar. Hal serupa juga terjadi pada laki-laki, dimana kerabat pertama laki-laki penderita eating disorder akan memiliki kerentanan lebih besar dibanding rata-rata untuk menderita gangguan yang sama.

Gen memiliki pengaruh yang lebih besar pada orang-orang kembar yang menderita gangguan makan dibandingkan dengan faktor-faktor lingkungan. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa ketidakpuasan atas bentuk tubuh, keinginan yang kuat untuk menjadi langsing, makan berlebihan, dan preokupasi dengan berat badan dapat diturunkan dalam keluarga.

Penelitian menunjukan bahwa Hipotalamus (bagian pada otak yang mengatur rasa lapar), opioid endogenus (bagian yang menekan selera makan), dan serotonin (meyebabkan rasa kenyang) berperan dalam eating disorder namun terkadang bukan sebagai penyebab tapi lebih kepada akibat yang ditimbulkan. Pasien anoreksia yang melaparkan dirinya menyebabkan akan menyebabkan turunya kadar kortisol (hormon yang diatur oleh hipotalamus) yang menyebabkan seseorang tidak ingin makan. Kelaparan pada anoreksia juga akan meningkatkan kadar opioid sehingga seseorang menjadi semakin tidak mau makan. Penelitian menunjukkan bahwa makan berlebihan pada penderita bulimia bisa disebabkan oleh kurangnya kadar serotonin yang menyebabkan mereka tidak merasa kenyang saat makan. Selain itu, asupan makanan yang terbatas juga akan menghambat sistem serotonin sehingga penderita tidak merasa kenyang dan melakukan binge.

2. Faktor Sosiokultural

Berbagai standar yang ditetapkan oleh masyarakat mengenai tubuh yang ideal (terutama perempuan) memiliki peranan yang besar dalam terjadinya eating disorder. Seperti yang telah dijelaskan diatas, penderita eating disorder biasanya memiliki pikiran yang menyimpang tentang tubuh mereka dan sangat terobsesi untuk menjadi kurus. Pikiran ini bisa berasal dan diperkuat oleh stereotype masyarakat tentang tubuh ideal.

Pada abad ke 17, lukisan-lukisan perempuan akan berupa perempuan yang berisi. Namun, saat ini kebanyakan para model, artis, maupun public figure yang menjadi panutan lainnya bertubuh langsing atau bahkan sangat kurus. Namun sementara standar bergerak kearah tubuh yang lebih kurus, semakin banyak orang yang mengalami kelebihan berat badan. Hal ini menjadi tahap awal konflik anatar bentuk tubuh ideal dan realitas berdasarkan budaya.

Nilai-nilai sosiokultural juga bisa menjadi penyebab mengapa lebih banyak perempuan yang mengalami eating disorder dibanding laki-laki. Salah satu nilai tersebut adalah *stereotype* yang mendorong objektivitas tubuh perempuan sedangkan kaum laki-laki lebih dihargai berdasarkan keberhasilan mereka.

3. Pandangan Psikodinamika

Menyatakan bahwa penyebab utama adalah hubungan orang tua-anak yang terganggu. Anoreksia nervosa merupakan usaha yang dilakukan anak-anak untuk menghilangkan rasa tidak berguna, tidak efektif, dan tidak berdaya yang muncul akibat pola asuh yang memaksakan keinginan orang tua pada anak-anak. Sedangkan menurut Goodsitt, episode pengurasan yang dilakukan penderita bulimia merupakan symbol dari penolakan anak terhadap ibu dikarenakan adanya konflik ibu-anak..

4. Kepribadian

Para penderita eating disorder memiliki beberapa kepribadian yang sama yaitu tingkat neurotisme tinggi, harga diri rendah, cenderung patuh, tertutup, dan perfeksionist. Dimana sifat-sifat ini berpengaruh secara tidak langsung pada munculnya eating disorder.

5. Karakteristik Keluarga

Self report dari pasien sendiri secara konsisten mengungkap tingkat konflik yang tinggi dalam keluarga. Rendahnya dukungan keluarga merupakan salah satu karakteristik yang sering terlihat dalam kondisi pasien gangguan makan. Tipe psikopatologi lain, termasuk depresi dan gangguan kepribadian. Dengan demikian, pola keluarga tersebut tidak spesifik hanya dalam patologi gangguan makan, namun dapat merupakan hal umum dalam keluarga yang salah satu anggotanya menderita psikopatologi secara umum.

6. Penyiksaan Anak & Gangguan Makan

Angka pelecehan seksual yang tinggi ditemukan pada individu yang menderita gangguan makan yang belum pernah mendapatkan penanganan dan pada individu yang pernah mendapatkan penanganan.

7. Pandangan Kognitif-Perilaku

Rasa takut terhadap kegemukan & gangguan citra tubuh diprediksi sebagai faktor-faktor yang memotivasi untuk melakukan kondisi melaporkan diri dan kondisi pengurusan.

Penanganan

Sering sekali sulit untuk membuat pasien dengan gangguan makan untuk menjalani penanganan karena umumnya pasien mengingkari bahwa ia memiliki masalah. Oleh karena itu, mayoritas penderita gangguan makan 90% diantaranya tidak dalam penanganan.

Penanganan untuk Anoreksia Nervosa

1. Biologis

- a. Perawatan di rumah sakit, yang kadang dijalani dengan terpaksa, seringkali diperlukan untuk menangani pasien anoreksia agar asupan makanan pasien dapat ditingkatkan secara bertahap dan dipantau dengan teliti. Berat badan dapat sangat kurang sehingga diperlukan pemberian makan melalui infus untuk menyelamatkan nyawa pasien.
- b. Obat-obatan juga digunakan dalam upaya menangani anoreksia nervosa. Sayangnya, hal itu tidak terlalu berhasil. Hanya terdapat sangat sedikit keberhasilan dengan obat-obatan untuk meningkatkan berat badan secara signifikan, juga tidak mengubah gejala-gejala utama anoreksia, atau memberikan manfaat tambahan yang signifikan dalam program standar penanganan pasien rawat inap.

2. Psikologis

a. *Operant Conditioning*

Program terapi operant-conditioning cukup berhasil untuk menambah berat badan dalam jangka pendek. Namun mempertahankan pertambahan berat badan dalam jangka panjang belum dapat dicapai secara reliable melalui berbagai intervensi medis, perilaku atau psikodinamika tradisional.

b. Terapi keluarga

Minuchin dan para koleganya berpendapat bahwa simptom-simtom gangguan makan paling baik dipahami dengan memahami pasien dan bagaimana simptom-simtom tersebut tertanam dalam struktur keluarga yang disfungsional. Dapat dilakukan dengan cara terapis bertemu dengan keluarga dalam acara makan siang keluarga karena konflik yang berhubungan dengan anoreksia diyakini paling terlihat ketika acara makan berlangsung. Acara makan siang tersebut memiliki 3 tujuan besar :

1. Mengubah peran pasien dari penderita anoreksia
2. Mendefinisikan ulang masalah makan sebagai masalah interpersonal
3. Mencegah orang tua memanfaatkan anoreksia yang dialami anaknya sebagai alat untuk menghindari konflik

Penanganan Bulimia Nervosa

1. Biologis

Karena bulimia sering kali mengalami komorbid dengan depresi, gangguan ini ditangani dengan berbagai antidepresan yaitu fluoksetin yang lebih memberikan hasil dibandingkan plasebo untuk mengurangi makan berlebihan dan muntah, juga mengurangi depresi dan sikap yang menyimpang terhadap makanan dan makan. Namun sebagian besar pasien berhenti ditengah jalan dalam melakukan terapi obat ini sehingga mengakibatkan kekambuhan.

2. Psikologis

CBT (*cognitive behavior therapy*) Merupakan standar penanganan bulimia yang paling baik tervalidasi dengan baik dan paling terkini. Namun, tidak dapat menyembuhkan bulimia bagi sebagian besar pasien. Terapinya adalah :

- a. Pasien didorong untuk mempertanyakan berbagai standar masyarakat terkait dengan daya tarik fisik.
- b. Pasien juga harus mengungkapkan dan mengubah keyakinan yang mendorong mereka melaporkan diri sendiri untuk mencegah bertambahnya berat badan.
- c. Membantu pasien untuk melihat bahwa berat badan normal dapat dipertahankan tanpa harus menjalani diet sangat ketat dan bahwa pembatasan asupan makan yang tidak realistis sering kali dapat memicu makan berlebihan.
- d. Mengajari mereka bahwa semua tidak hilang hanya dengan makan satu gigit makanan berkalori tinggi dan bahwa menguda tidak perlu memicu makan

- berlebihan, yang akan diikuti dengan muntah secara sengaja atau minum obat pencahaya yang akan menyebabkan harga diri semakin rendah dan depresi.
- e. Mengubah pola pikir “ semua atau tidak sama sekali “ tersebut membantu para pasien mulai makan secara lebih wajar.
 - f. Mengajari mereka keterampilan asertivitas untuk membantu mereka menghadapi tuntutan yang tidak masuk akal dari orang lain, dan mereka juga mempelajari cara berhubungan yang lebih memuaskan dengan orang lain.
 - g. Relaksasi dilakukan untuk mengendalikan dorongan muntah dengan sengaja.

CONTOH KASUS

Kasus Anoreksia

Karin adalah mahasiswa di sebuah perguruan tinggi swasta di Medan. Usianya 21 tahun, Ia bingung dengan kebiasaan yang dilakukannya tiga tahun belakangan ini. Sejak usianya 18 tahun Karin selalu merasa badannya terlalu gemuk dan makan terlalu banyak. Karin pernah mengikuti kontes Ratu di kampus, tetapi saat itu Ia tidak masuk nominasi. Teman-temannya mengatakan bahwa Ia terlalu gemuk untuk menang, biarpun wajah dan postur tubuhnya sudah cukup mendukung. Semenjak itu kebiasaan Karin untuk makan pun berubah. Karin mengurangi porsi makan dan makan sedikit sekali untuk mencapai berat badan ideal, bahkan sesekali tidak makan sama sekali sehari. Kebiasaan itu terus berlangsung sampai sekarang. Teman-temannya mengatakan bahwa Karin sudah kurus, tetapi tetap saja Karin tidak yakin dan menganggap teman-temannya berbohong.

Selama ini keadaan Karin terlihat baik-baik saja, tidak seorangpun mengetahui ketakutannya mengalami kegemukan. Orang tua Karin tidak mengetahui, karena selama kuliah Karin tinggal di kost, dan pulang ke rumah seminggu sekali. Kekhawatiran Karin mulai timbul karena 4 bulan ini ia tidak mengalami menstruasi, padahal ia Karin tidak mempunyai pacar. Selain itu badan Karin terlihat sangat lemas dan sudah beberapa hari tidak bisa buang air besar. Padahal sebelumnya bila tidak bisa buang air Karin terbiasa memakan obat

pencabar agar bisa buang air besar. Tetapi untuk saat ini, obat pencabar sudah tidak berfungsi dan Ia tetap kesulitan untuk buang air besar.

Karin selalu berusaha percaya bahwa saya sehat, tetapi Ia merasa ada yang salah dengannya. Karin sering mendapat saran dari teman untuk tidak menurunkan berat badan lagi karena sudah sangat kurus. Tetapi setiap kali Ia makan, Ia berfikir akan menimbulkan kegemukan dan itu sangat menakutkan baginya.

Kasus Bulimia

Susi adalah seorang remaja berusia 18 tahun yang tinggal dengan orang tuanya. Hubungan yang terjalin dengan orang tuanya kurang harmonis. Orang tuanya kerap menuntut Susi agar memiliki tubuh yang “ideal” sehingga tampil menarik seperti remaja pada umumnya tanpa memberikan arahan bagaimana diet yang sehat. Dalam lingkungan pergaulannya, perempuan yang lebih kurus dianggap ideal dan lebih disukai.

Susi merasa tertekan, ia makan berlebih yang kemudian ia muntahkan kembali makanan yang sudah dimakannya. Meskipun begitu, Susi menyangkal makan berlebihan dan menyangkal sengaja memuntahkan makanan tersebut. Susi mengaku sudah berdiet sejak umur 11 tahun, tetapi tetap saja ia merasa terlalu tinggi dan gemuk. Pada saat berusia 13 tahun, Susi mulai makan berlebih dan memuntahkannya kembali. Dia mengikuti kelas zumba setiap waktu dan hal itu penting untuk menurunkan berat badannya. Selama beberapa hari, Susi mencoba menghindari makanan, tetapi hal itu justru menimbulkan keinginannya untuk makan lebih banyak. Hal itu mengakibatkan setiap malam, Susi mencari makanan di lemari es, seperti es krim dan kue. Hal tersebut dilakukan Susi tanpa diketahui kedua orang tuanya. Setiap kali makan, Susi dapat menghabiskan seperempat wadah es krim, satu stoples kue, dan beberapa makanan pencuci mulut lainnya.

Susi akan makan terus menerus sampai perutnya terasa penuh, yang justru mengakibatkan Susi semakin merasa tertekan dan ketakutan jika berat badannya bertambah. Untuk mengatasi hal tersebut, Susi merangsang dirinya sendiri agar memuntahkan makanan yang sudah dimakannya.

Ketika berusia 14 tahun, Susi hanya mengalami satu kali dalam enam minggu periode makan berlebih dan muntah, tanpa mengalami berat badan berlebih. Ketika berusia 16 tahun, episode makan berlebih dan muntah bertambah, yaitu berlangsung empat kali seminggu.

Kasus Makan Berlebih

Wilona, seorang SPG berusia 33 tahun terbiasa memulai harinya dengan sarapan telur dan roti bakar sebelum bekerja. Kemudian ia mulai menyukai makan-makanan manis seperti kue-kue kering, donat, biskuit yang diolesi selai kesukaannya, krim keju dan jelly, permen, serta semangkuk sereal gandum dan susu coklat semuanya dapat ia habiskan dalam waktu yang singkat. Wilona merasa malu bila terlihat makan berlebih dan merasa menyesal sesudahnya. Namun Wilona tidak melakukan apapun untuk mengurangi perasaan bersalahnya karena telah makan secara berlebihan. Pada usia 30 tahun Wilona menunjukkan kondisi makan berlebihan setidaknya 2 hari dalam seminggu dan di usianya yang 33 tahun meningkat menjadi 5 hari dalam seminggu. Hal ini juga menimbulkan hubungan yang kurang harmonis dengan rekan-rekan kerjanya karena ia sering meminta dan mengambil jatah makan teman-temannya.

GANGGUAN PEMUSATAN PERHATIAN/HIPERAKTIVITAS

Menurut DSM IV-TR, Attention Deficit/ Hiperactivity Disorder merupakan gangguan pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas dengan pola menetap yang ditunjukkan dalam bentuk perilaku dan nampak lebih parah jika dibandingkan dengan individu pada tahap perkembangan yang sama. Gangguan ini ditunjukkan sebelum usia 7 tahun dan terjadi minimal dalam dua lingkungan yang berbeda seperti rumah dan sekolah.

Kriteria Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas dalam DSM-IV TR

- A. Enam atau lebih wujud kurangnya konsentrasi selama minimal 6 bulan hingga ke tingkat yang maladaptive dan lebih besar dari yang diharapkan, menilik tingkat perkembangan orang yang bersangkutan

Inattention

- Sering kali tidak teliti dan melakukan kesalahan dalam tugas sekolah, pekerjaan, dan aktivitas lainnya
 - Sulit untuk memberikan perhatian secara terus menerus pada tugas atau aktivitas bermain
 - Terlihat tidak memperhatikan saat diajak berbicara
 - Sering kali tidak mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas sekolah, ataupun pekerjaan
 - Sering mengalami kesulitan saat menyusun tugas dan kegiatan
 - Sering menghindar, tidak menyukai, ataupun enggan mengerjakan tugas yang menggunakan aktivitas mental yang terus menerus seperti pekerjaan rumah
 - Mudah teralihkan oleh stimulus dari luar diri
 - Sering tidak mengingat kegiatan sehari-hari
- Enam atau lebih wujud hiperaktivitas-impulsivitas yang terjadi selama minimal 6 bulan hingga ke titik yang maladaptif dan lebih besar dari yang diharapkan, menilik tingkat perkembangan orang yang bersangkutan

Hiperaktivitas

- Sering kali menggerakkan tangan dan kaki dengan gelisah, dan menggerakkan tubuh saat duduk
- Sering kali meninggalkan tempat duduk di kelas dan situasi lainnya
- Sering kali berlari, memanjat pada waktu yang tidak tepat
- Sulit bermain atau ikut serta dalam sebuah aktivitas dengan tenang

- Banyak bicara

Impulsivitas

- Sering kali menjawab sebelum pertanyaan usai diucapkan
- Sulit untuk menunggu
- Sering kali mengganggu atau memaksa orang lain (seperti dalam berbicara dan bermain)
- Beberapa dari karakteristik diatas terjadi sebelum usia 7 tahun
- Terjadi di dua lingkungan atau lebih, seperti, di rumah, dan di sekolah atau di tempat kerja
- Disabilitas yang parah dalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan
- Tidak terdapat karakteristik gangguan lain seperti skizofrenia, gangguan anxietas gangguan mood.

DSM-IV TR mencantumkan tiga subkategori ADHD

1. Tipe Predominan Inatentif : Anak-anak yang masalah utamanya adalah rendahnya tingkat Konsentrasi, menunjukan sekurang-kurangnya 6 simptom inattentive selama kurang lebih enam bulan.
2. Tipe Predominan Hiperaktif-Impulsif : Anak-anak yang masalah utamanya terutama diakibatkan oleh perilaku hiperaktif-impulsif, symptom hiperaktivitas ditunjukan sekurang-kurangnya 6 simptom selama kurang lebih enam bulan
3. Tipe Kombinasi : Anak-anak yang mengalami kedua rangkaian di atas.

Etiologi dan Faktor Resiko Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas

- Teori Biologis
 - Faktor Genetik
Biederman dkk. (1995) mengungkapkan bahwa bila orang tua mengalami ADHD, sebagian anak mereka memiliki kemungkinan mengalami gangguan tersebut.
 - Struktur Otak
Struktur otak anak ADHD jika dibandingkan dengan otak pada anak-anak normal terdapat perbedaan. Bagian frontal lobe anak dengan ADHD kurang responsive terhadap stimulus (Rubia dkk., 1999; Tannock, 1998), dan aliran darah pada

bagian selebral berkurang. Beberapa bagian otak lainnya seperti frontal lobe, nucleus kaudat, dan globus pallidus pada anak dengan ADHD lebih kecil dari ukuran normal. Berdasarkan dari beberapa tes neuropsikologis terhadap frontal lobe yang dilakukan, anak ADHD menunjukkan performa yang lebih rendah jika dibandingkan dengan anak normal (Barkley, 1997; Klorman dkk., 1999; Nigg, 1999; 2001; Tannock 1998).

- Faktor Perinatal dan Pranatal

Salah satu prediktor yang cukup spesifik bagi perkembangan ADHD adalah berat lahir rendah, dan berbagai komplikasi lain yang berhubungan dengan kelahiran, dan zat yang dikonsumsi ibu seperti tembakau dan nikotin.

- Racun Lingkungan

Zat-zat aditif pada makanan memengaruhi kerja sistem saraf pusat (Feingold, 1973). Studi lainnya menunjukkan bahwa 22 persen ibu dari anak-anak ADHD menuturkan bahwa mereka mengkonsumsi rokok setiap hari semasa hamil jika dibandingkan dengan angka 8 persen pada ibu-ibu yang anak-anaknya tidak mengalami ADHD (Milberger dkk., 1996). Berdasarkan dari studi terhadap hewan menunjukkan bahwa pemaparan kronis pada nikotin meningkatkan aktivitas dopamine dalam otak dan menyebabkan hiperaktivitas (Fung & Lau, 1989; Johns dkk., 1992). Sehingga Milberger menarik hipotesis bahwa merokok semasa hamil dapat mempengaruhi sistem dopamine pada janin yang menyebabkan ADHD.

- Teori Psikologis ADHD

- Teori Psikoanalisa

Hiperaktivitas terjadi bila suatu predisposisi terhadap gangguan tersebut dipasangkan dengan pola asuh orang tua yang otoritarian (Bettelheim, 1973). Seorang anak yang memiliki disposisi aktivitas yang berlebihan dan mudah berubah moodnya mengalami stress karena orang tua yang mudah menjadi tidak sabar dan marah, anak tidak mampu menghadapi tuntutan orang tuanya untuk selalu patuh.

- Teori Belajar

Salah satu teori belajar terkait dengan gangguan ADHD adalah adanya penguatan yang diberikan sehingga meningkatkan frekuensi ataupun intensitas perilaku hiperaktif. Selain itu berdasarkan teori modelling, Ross dan Ross (1982)

mengemukakan bahwa hiperaktivitas dapat merupakan peniruan perilaku orang tua dan saudara kandung.

Penanganan ADHD

Penanganan yang dapat diberikan kepada anak dengan ADHD yakni dengan memberikan obat stimulant dan penanganan psikologis. Berdasarkan dari prinsip-prinsip operant bagi penanganan anak dengan ADHD seperti pelatihan bagi orang tua dan perubahan manajemen kelas. Orang tua dapat menggunakan papan bintang, anak diberikan bintang pada setiap perilaku yang ingin dikuatkan dimunculkan oleh anak, dimana bintang tersebut nantinya dapat ditukarkan dengan hadiah. Tujuan dari penanganan ini adalah meningkatkan kemampuan anak dalam bidang akademik, kemampuan menyelesaikan tugas, serta keterampilan sosial yang spesifik. Selain itu, menciptakan suasana kelas yang positif juga dapat meningkatkan kemampuan anak ADHD seperti tutor sebaya serta guru membuat laporan mengenai perilaku anak di sekolah, yang nantinya akan dilanjutkan dengan hadiah ataupun konsekuensi di rumah.

GANGGUAN TINGKAH LAKU

Definisi gangguan tingkah laku menurut DSM-IV-TR memfokuskan pada perilaku yang melanggar hak-hak dasar orang lain dan norma-norma sosial. Tipe perilaku yang dianggap sebagai simptom gangguan tingkah laku mencakup agresi dan kekejaman terhadap orang lain atau hewan, merusak kepemilikan, berbohong dan mencuri. Gangguan tingkah laku ini merujuk pada tindakan kasar dan sering dilakukan yang melampaui kenakalan dan tipuan praktis yang biasa dilakukan anak-anak atau remaja. Ditandai dengan kesewenang-wenangan, kekejian dan kurangnya penyesalan yang membuat gangguan tingkah laku merupakan salah satu kriteria historis dalam gangguan kepribadian antisosial pada orang dewasa.

Gangguan yang sering kali komorbid dengan gangguan tingkah laku adalah ADHD, gangguan belajar dan gangguan komunikasi. Perbedaan antara ADHD dengan gangguan tingkah laku adalah anak-anak dengan GSM melakukan kegaduhan dengan kesengajaan dibandingkan anak-anak dengan ADHD. GSM lebih sering dialami oleh anak laki-laki daripada perempuan.

Kriteria Gangguan Tingkah Laku dalam DSM-IV-TR

- Pola perilaku yang berulang dan tetap yang melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma-norma sosial konvensional yang terwujud dalam bentuk tiga atau lebih perilaku dibawah ini dalam 12 bulan terakhir dan minimal satu diantaranya dalam enam bulan terakhir:
 - a. Agresi terhadap orang lain dan hewan, contohnya mengintimidasi, memulai perkelahian fisik, melakukan kekejaman fisik kepada orang lain atau hewan, memaksa seseorang melakukan aktivitas seksual.
 - b. Menghancurkan kepemilikan (properti), contohnya membakar, vandalism.
 - c. Berbohong atau mencuri, contohnya masuk dengan paksa ke rumah orang lain, menipu, mengutil.
 - d. Pelanggaran aturan yang serius, contohnya, tidak pulang ke rumah hingga larut malam sebelum berusia 13 tahun karena sengaja melanggar peraturan orang tua, sering membolos sekolah sebelum berusia 13 tahun.
- Disabilitas signifikan dalam fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan.
- Jika orang yang bersangkutan berusia lebih dari 18 tahun, kriteria yang ada tidak memenuhi gangguan kepribadian antisosial.

Etiologi dan Faktor Resiko Gangguan Tingkah Laku

- Faktor Biologis :

Sebuah studi menjelaskan bahwa perilaku criminal dan agresif dipengaruhi oleh faktor biologis dan faktor lingkungan, tetapi faktor lingkungan memiliki peran yang lebih besar. Menurut Hinshaw dan Lee (di media), mengatakan bahwa hal yang mungkin diturunkan dalam gangguan tingkah laku adalah karakteristik temperamen yang berinteraksi dengan berbagai masalah biologis lainnya (kelemahan neuropsikologis seperti keterampilan verbal yang rendah, masalah dalam fungsi pelaksanaan, masalah memori, dan IQ yang rendah) serta dengan sekumpulan faktor lingkungan (pola asuh, informasi disekolah, pengaruh teman sebaya).
- Faktor Psikologis :

Salah satu teori pembelajaran yang terlibat adalah modeling dan pengondisian *operant*. Anak-anak dapat meniru tindakan agresif yang dilihatnya baik secara langsung maupun melalui sumber lainnya. Agresi dianggap sebagai cara untuk mencapai tujuan yang efektif, sehingga meskipun tidak menyenangkan, kemungkinan

hal tersebut dikuatkan. Oleh karena itu, setelah ditiru, tindakan agresif akan dipertahankan. Karakteristik pola asuh seperti disiplin keras dan tidak konsisten serta kurangnya pengawasan secara konsisten juga berpengaruh. Anak-anak yang tidak mendapatkan konsekuensi negative atas tanda-tanda awal perilaku yang salah dikemudian hari akan menimbulkan gangguan tingkah laku. Hal lain lagi yang mempengaruhi adalah proses-proses kognitif pada anak-anak agresif mengalami bias dimana mereka menginterpretasikan tindakan ambigu sebagai suatu tindakan yang bersifat buruk yang mendorong anak-anak tersebut untuk membalas dengan agresif tindakan yang sebenarnya tidak bermaksud provokatif.

- Pengaruh dari teman-teman seusia :

Pengaruh teman-teman seusia terhadap perilaku agresif dan antisosial anak-anak disebabkan karena : 1). Penerimaan dan penolakan dari teman-teman seusia, dan 2). Afiliasi dengan teman-teman seusia yang berperilaku menyimpang.

- Faktor-faktor sosiologis :

Kelas sosial dan kehidupan di kota besar berhubungan dengan insiden kenakalan. Tingkat pengangguran yang tinggi, fasilitas pendidikan yang rendah, kehidupan keluarga yang terganggu dan subkultur yang menganggap bahwa perilaku kriminal sebagai suatu hal yang bisa diterima merupakan faktor-faktor yang berkontribusi. Kombinasi dari perilaku antisosial dan status sosiokonomi keluarga juga ikut mempengaruhi munculnya gangguan tingkah laku.

Penanganan Gangguan Tingkah Laku

1. Intervensi Keluarga :

Gerald Patterson dan koleganya mengembangkan program behavioral yaitu, Pelatihan Manajemen Pola asuh (PMP), dimana orang tua diajarkan untuk mengubah berbagai respon terhadap anak-anak mereka sehingga menghasilkan perilaku proposional dan bukannya antisosial. Orang tua juga diajarkan untuk menggunakan teknik seperti penguatan positif apabila anak menunjukkan perilaku positif dan pemberian jeda serta hilangnya perlakuan istimewa apabila ia berperilaku agresif atau antisosial.

2. Penanganan Multisistemik :

PMS mencakup pemberian berbagai layanan terapi intensif dan komprehensif didalam komunitas dengan menargetkan para remaja, keluarga, sekolah dan beberapa

kelompok sebaya. Intervensi ini memandang masalah tingkah laku sebagai suatu hal yang dipengaruhi oleh berbagai konteks dalam keluarga dan antar keluarga dan berbagai system sosial lainnya. Strategi yang digunakan dalam PMS adalah teknik-teknik perilaku kognitif, sistem keluarga, dan manajemen kasus. Keunikannya terletak pada penekanan pada kekuatan individu dan keluarga, mengidentifikasi konteks dari masalah-masalah tingkah laku, dan intervensi yang memfokuskan pada masa kini dan berorientasi pada tindakan, menggunakan intervensi yang membutuhkan upaya harian atau mingguan. Diberikan dalam lingkungan yang valid secara ekologis (dirumah, sekolah, pusat relaksasi, dsb).

3. Pendekatan Kognitif :

Terapi kognitif individual bagi anak-anak dapat memperbaiki tingkah laku mereka meskipun tidak melibatkan keluarga. Contohnya adalah pelatihan pengendalian kemarahan, dimana anak-anak yang agresif diajari cara pengendalian diri dalam berbagai situasi yang memancing kemarahan. Strategi lainnya adalah mengajarkan keterampilan penalaran moral dimana anak-anak yang memiliki masalah perilaku diajak berpartisipasi selama 4-5 bulan dalam kelompok mingguan yang bertujuan untuk mendorong tingkat penalaran moral. Para anggota didorong untuk memperdebatkan berbagai alternative sudut pandang serta tanggung jawab karakter yang berada dalam dilemma serta orang-orang lain dan masyarakat. Namun terapi ini hanya memberikan manfaat jangka pendek karena kemungkinan kembali seperti semula apabila anak-anak tersebut kembali ke lingkungan yang buruk.

RETARDASI MENTAL

• **Kriteria Diagnostik DSM IV-TR**

Kriteria diagnostik :

- A. Fungsi intelektual di bawah rata-rata yang bermakna : IQ kira-kira 70 atau kurang pada test IQ yang dilakukan (untuk bayi, pertimbangan klinis adanya fungsi intelektual di bawah rata-rata yang bermakna).
- B. Defisit atau gangguan yang ada terjadi bersama-sama dengan fungsi adaptif (yaitu, efektivitas orang tersebut memenuhi standar yang diharapkan menurut umumnya berdasarkan kelompok kulturalnya) pada paling kurang dua bidang berikut : komunikasi, perawatan diri,

kehidupan dirumah, keterampilan sosial/interpersonal, menggunakan sumber komunitas, mengatur diri sendiri, keterampilan akademik fungsional, pekerjaan, liburan, kesehatan, dan keselamatan

C. Onset sebelum berumur 18 tahun

Penulisan berdasarkan derajat keparahan tingkat keparahan inteegensi :

1. IQ 50-55 hingga 70 : Retardasi Mental Ringan, 85 % dari jumlah keseluruhan
Individu tersebut tidak selalu dapat dibedakan dengan anak normal sebelum bersekolah, ketika dewasa dapat melakukan pekerjaan yang tidak memerlukan keterampilan, membutuhkan dukungan social dan keuangan, dan dapat menikah serta mempunyai keturunan.
2. IQ 35-40 hingga 50-55 : Retardasi Mental Sedang, 10 % dari jumlah keseluruhan
Dapat memiliki berbagai patologi lain karena kerusakan otak, terhambatnya kemampuan motoric karena kelemahan fisik dan disfungsi neurologis. Individu ini memerlukan banyak bimbingan dan latihan. Biasana berkumpul bersama keluarga atau di institusi penampungan.
3. IQ 20-25 hingga 35-40 : Retardasi Mental Berat, 3-4 % dari jumlah keseluruhan
Memiliki abnormalitas fisik sejak lahir dan keterbatasan pengendalian sensori motor sehingga memerlukan bantuan terus menerus. Individu memiliki komunikasi yang singkat dan terlihat lesu serta pasif dan hanya memberikan sedikit stimulasi. Mereka mampu melakukan pekerjaan yang sangat sederhana dengan bantuan terus menerus.
4. IQ dibawah 20 atau 25 : Retardasi Mental Sangat Berat, 1-2 % dari jumlah keseluruhan
Membutuhkan bantuan secara sepenuhnya dan sering kali di asuh sepanjang hidupnya. Individu memiliki abnormalitas fisik berat dan kerusakan neurologis tinggi.

- **Etiologi**

25 % orang-orang yang mengalami retardasi mental disebabkan faktor biologis. Penyebab biologis tersebut antara lain :

a. Anomali Genetik dan Kromosom

Abnormalitas kromosom terjadi pada kurang dari 5% dari seluruh kehamilan yang bertahan. Sebagian besar bayi-bayi akan meninggal tidak lama setelah dilahirkan, diantara bayi yang bertahan mayoritas mengalami down sindrom atau trisomy 21. Orang-orang yang mengalami down sindrom mengalami retardasi mental sedang hingga parah. Meskipun mengalami retardasi mental, namun anak-anak down sindrom Mampu belajar membaca, menulis dan mengerjakan aritmatika. Jika manusia normal memiliki 46 kromosom , 23 masing-masing diturunkan dari ayah dan ibu. Namun, down sindrom memiliki 47 kromosom, ketika terjadi pematangan telur, dua kromosom pasangan kromosom 21 gagal membelah diri.

Kelainan kromosom lainnya ialah sindrom X rapuh dimana kromosom X pecah menjadi dua. Banyak kasus individu yang memiliki kromosom X dapat mengalami retardasi mental dan masalah perilaku, namun terdapat individu lain yang memiliki IQ norma namun mengalami masalah seperti disabilitas belajar, sulit mengerjakan tugas yang berhubungan dengan lobus frontalis dan belahan otak kiri, dan mood yang labil.

b. Penyakit gen resesif

Disebabkan oleh genetik yang dibawa oleh orangtua. Salah satu penyakit gen resesif ialah fenilketonuria (PKU) dengan ciri-ciri bayi yang saat lahir normal namun tidak lama kemudian mengalami defisiensi enzim hati yaitu fenilalanin hidroksilase yang mengakibatkan kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki karena asam amino yang tidak dapat termetabolisme.

c. Penyakit infeksi

Infeksi terjadi ketika masih di dalam rahim memiliki resiko yang besar retardasi mental seperti HIV, meningitis, rubella (campak jerman), citomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks, dan sifilis. Infeksi ini hanya berdampak sedikit bagi ibu atau bahkan tidak berdampak sama sekali namun efeknya pada janin dapat sangat berbahaya. Penyakit infeksi ini dapat mempengaruhi perkembangan otak anak setelah dilahirkan

d. Kecelakaan

Di AS kecelakaan adalah penyebab utama berbagai disabilitas dan kematian pada anak-anak berusia diatas 1 tahun. Jatuh, nyaris tenggelam, dan kecelakaan mobil

yang paling umum terjadi pada masa kanak-kanak mengakibatkan cedera otak dalam tingkat bervariasi dan retardasi mental.

e. Bahaya lingkungan

Beberapa polutan lingkungan dapat menyebabkan keracunan dan retardasi mental.

Contohnya merkuri yang terdapat di tubuh ikan dan timah yang terdapat di cat, kabut asap kendaraan bermotor. Zat dalam timah tersebut dapat menyebabkan kerusakan ginjal dan otak serta anemia, retardasi mental, kejang-kejang dan kematian

- **Penanganan**

a. Penanganan residensial

Individu yang mengalami retardasi mental berhak mendapatkan penanganan yang sesuai dengan lingkungan dengan batasan yang sangat minimal. Orang dewasa dengan retardasi mental tinggal di tempat berukuran kecil hingga sedang di tengah masyarakat disertai perawatan medis dan supervisor yang terlatih untuk memenuhi kebutuhan 24 jam.

Anak-anak yang mengalami retardasi mental berat dapat tinggal di rumah-rumah perawatan dilengkapi dengan layanan pendidikan dan psikologis. Orang dengan retardasi mental berat atau sangat berat serta memiliki cacat fisik cenderung tetap tinggal di berbagai institusi mental.

b. Intervensi behavioural dengan operant

Anak-anak diajari berbagai keterampilan selangkah demi selangkah secara berurutan dan berulang.

Contohnya anak diberi penguat terus menerus mencoba mengambil sendok sampai ia mampu melakukannya. Serta diajarkan berpakaian sendiri.

Pendekatan operant kadang disebut analisis perilaku terapan yang digunakan untuk mengurangi perilaku yang tidak pada tempatnya dan perilaku mencederai diri sendiri. Anak-anak retardasi mental sering melakukan gerakan maladaptive seperti berputar, mengayunkan kepala dan tindakan agresif pada diri sendiri dan anak lain. operant dapat memberikan penguat pada respon pengganti.

c. Intervensi kognitif

Latihan instruksional diri mengajari anak-anak untuk memandu upaya penyelesaian masalah melalui kata-kata yang diucapkan. Meichenbaum dan Goodman (1971) merinci prosedur sebagai berikut :

1. Guru melakukan tugas, mengucapkan instruksi dengan keras kepada dirinya sendiri sementara anak mengamati dan mendengarkan
2. Anak mendengarkan dan melakukan tugas tersebut sementara guru mengucapkan instruksi pada anak.
3. Anak mengulang tugas sambil mengucapkan instruksi pada diri sendiri dengan keras
4. Anak mengulang kembali tugas tersebut sambil membisikkan instruksi pada diri sendiri
5. Anak mampu melakukan tugas sambil memberikan instruksi tanpa bersuara pada diri sendiri.

d. Instruksi dengan bantuan komputer

Komponen visual dan auditori dalam komputer mempertahankan konsentrasi para siswa yang sulit berkonsentrasi, tingkat materi dapat disesuaikan dengan individu sehingga memastikan keberhasilan pembelajaran, dan komputer dapat memenuhi kebutuhan akan banyaknya pengulangan materi tanpa menjadi bosan atau tidak sabar. Digunakan untuk berbagai pelajaran seperti aritmatika, mengeja, membaca teks, pengenalan data, menulis dan diskriminasi visual

DISABILITAS BELAJAR

Merujuk pada kondisi tidak memadainya perkembangan dalam suatu bidang akademik tertentu, bahasa, berbicara, atau keterampilan motorik yang tidak disebabkan oleh retardasi mental, autism, gangguan fisik yang dapat terlihat, atau kurangnya kesempatan pendidikan. Anak – anak yang mengalami gangguan ini biasanya memiliki intelegensi rata – rata atau di atas rata – rata, namun mengalami kesulitan mempelajari beberapa keterampilan tertentu seperti aritmatika atau matematika, sehingga kemajuan mereka di sekolah menjadi terhambat. Gangguan ini hanya sedikit lebih banyak terjadi pada laki – laki daripada perempuan

1. Gangguan Perkembangan Belajar

Dibagi menjadi tiga kategori:

- **Gangguan membaca**

Atau lebih dikenal dengan disleksia, yakni kkesulitann besar untuk mengenali kata, memahami bacaan, serta umumnya juga menulis ejaan.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR

- pencapaian membaca, seprti yang diukur dengan test standar tentang akurasi dan pemahaman membaca yang diberikan secara individual, adalah secara substansial di bawah dari yang diharapkan menurut umur kronologis. Intelegensi yang diukur dan pendidikan yang sesuai dengan umur orang tersebut.
- gangguan pada kriteria di atas secara bermakna mengganggu pencapaian akademik atau aktivitas keidupan sehari – hari yang membutuhkan keterampilan membaca.
- Apabila terdapat deficit sensoris, kesulitan membaca adalah secara jelas melebihi dari yang biasanya berhubungan dengannya.

• **Gangguan menulis ekspresif**

Hendaya dalam kemampuan untuk menyusun kata tertulis (termasuk kesalahan ejaan, kesalahan tata bahasa atau tanda baca atau tulisan tangan yang sangat buruk) yang cukup parah sehingga dapat sangat menghambat prstasi akademik atau aktivitas sehari – hari seperti memerlukan keterampilan menulis.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR

- keterampilan menulis: seperti yang diukur dengan tes standar yang diberikan secara individual (atau penilaian fungsional keterampilan menulis), adalah secara substansial di bawah dari yang diharapkan menurut kronologis, Intelegensi yang diukur dan pendidikan yang sesuai dengan umur orang tersebut
- gangguan pada kriteria diatas bermakna mengganggu pencapaian akademik atau aktivitas sehari – hari yang membutuhkan komposisi teks tertulis (mis: menulis kalimat dengan tata bahasa yang benar dan menyusun paragraf)
- Apabila terdapat defisit sensoris, kesulitan membaca adalah secara jelas melebihi dari yang biasanya berhubungan dengannya.

• **Gangguan berhitung**

Anak – anak dapat mengalami kesulitan dalam mengingat fakta – fakta seara cepat dan akurat, menghitung objek dengan benar dan cepat, atau mengurutkan angka – angka dalam kolom – kolom.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR:

- keterampilan matematika: seperti yang diukur dengan tes standar yang diberikan secara individual (atau penilaian fungsional keterampilan menulis), adalah secara substansial di bawah dari yang diharapkan menurut kronologis, Intelegensi yang diukur dan pendidikan yang sesuai dengan umur orang tersebut
- gangguan pada kriteria diatas bermakna mengganggu pencapaian akademik atau aktivitas sehari – hari yang membutuhkan kemampuan matematika
- Apabila terdapat defisit sensoris, kesulitan matematika adalah secara jelas melebihi dari yang biasanya berhubungan dengannya.

2. Gangguan Komunikasi

- **Gangguan Berbahasa Ekspresif**

Anak kesulitan mengekspresikan dirinya dalam berbicara. Anak sangat ingin berkomunikasi tapi sulit untuk menemukan kata – kata yang tepat.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR:

- nilai yang diperoleh dari pengukuran perkembangan berbahasa ekspresif dengan tes standar yang diberikan secara individual adalah secara substansial di bawah nilai yang diperoleh dari pengukuran standar baik kemampuan intelektual nonverbal maupun perkembangan berbahasa reseptif. Gg dapat bermanifestasi secara klinis oleh gejala – gejala yang nyata meliputi keterbatasan kosa kata, kesalahan dalam “tense” atau kesulitan mengingat kata – kata atau membuat kalimat – kalimat panjang atau rumit yang sesuai dengan perkembangannya.
 - Kesulitan berbahasa ekspresif mengganggu pencapaian akademik atau pekerjaan atau komunikasi sosial.
- **Gangguan fonetik**

Mampu menggunakan pembendaharaan kata tapi pengucapan tidak jelas. Seperti: biru = biu, kelinci = kinci. Mereka tidak menguasai artikulasi suara dari huruf: r, s, t, f, z, l, dan c.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR:

- kegagalan menggunakan suara berbahasa yang diharapkan menurut perkembangan yang sesuai dengan umur dan dialek.
- Kesulitan dalam memproduksi suara berbahasa mengganggu pencapaian akademik atau pekerjaan komunikasi sosial.

- **Gagap**

Yakni gangguan kefasihan verbal yang ditandai dengan satu atau lebih pola bicara berikut: seringnya pengulangan kata atau pemanjangan pengucapan konsosnal atau vocal, jeda yang lama antara pengucapan satu kata dengan kata berikutnya, mengganti kata – kata yang sulit diucapkan dengan kata yang mudah diucapkan, dan mengulang kata (mis: ke ke ke ke). Terkadang diikuti oleh “tic” pada tubuh dan mata berkedip – kedip.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR:

Gangguan pada kefasihan normal dan pola waktu berbicara (tidak sesuai dengan umur individu), ditandai oleh kejadian yang seringkata satu atau lebih berikut:

- pengulangan bunyi/ suku kata
 - perpanjangan bunyi
 - penyisipan
 - kata – kata terputus/ jeda dalam kata
 - hambatan yang dapat terdengar atau diam
 - pemakaian kata – kata yang terlampau banyak dan tidak perlu
 - kata – kata diproduksi dengan ketegangan fisik yang berlebihan
 - pengulangan seluruh kata dengan satu suku kata (mis: ku ku ku lihat dia)
- gangguan dalam kefasihan mengganggu pencapaian akademik atau pekerjaan atau komunikasi sosial

3. Gangguan Keterampilan Motorik

Yakni gangguan koordinasi perkembangan, seorang anak mengalami hendaya parah dalam perkembangan koordinasi motoric yang tidak disebabkan oleh retardasi mental atau gangguan fisik lain yang telah dikenal seperti serebral palsy.

Kriteria diagnostic DSM IV- TR:

- kinerja aktivitas sehari – hari yang membutuhkan koordinasi motoric adalah secara substansial di bawah dari yang diharapkan menurut umur kronologis dan intelegensi yang diukur dari orang tsb. Hal ini dapat bermanifestasi berupa keterlambatan nyata pada pencapaian perkembangan motoric (mis: berjalan, merangkak, duduk), menjatuhkan barang, kekakuan, prestasi buruk dalam bidang olah raga, atau tulisan tangan buruk
- gangguan pada kriteria di atas secara bermakna mengganggu pencapaian akademik atau aktivitas kehidupan sehari – hari
- gangguan tidak disebabkan oleh st kondisi medis umum
- apabila terdapat RM, kesulitan motoric adalah secara jelas melebihi dan yang biasanya berhubungan dengannya.

Etiologi Disabilitas Belajar

- **Etiologi Disleksia**

Teori psikologi masa lalu terfokus pada kelemahan perseptual berbasis disleksia. Dengan hipotesis populer menyatakan anak mengalami masalah membaca melihat huruf dalam komposisi sebaliknya, mis: melihat huruf b sebagai huruf d. namun dengan berbagai temuan lebih mutakhir tidak mendukung hipotesis ini.

- **Etiologi gangguan berhitung**

Tiga subtype gangguan berhitung (Geary, 1993):

- kelemahan memori verbal sematik : memori mengenai arti kata – kata, memicu timbulnya masalah dalam mengingat fakta – fakta aritmatik, bahkan setelah melalui latihan. Tipe gangguan ini nampak berhubungan

dengan disfungsi bekalan otak kiri, sering kali terjadi bersamaan dengan gangguan membaca.

- Gangguan berhitung menyangkut penggunaan strategi yang tidak sesuai dengan tahap perkembangan dalam menyelesaikan soal – soal aritmatik, dan sering melakukan kesalahan dalam menyelesaikan soal – soal sederhana.
- Menyangkut hendaya keterampilan visuospasial : yang mengakibatkan kesalahan dalam mengurutkan angka – angka dalam kolom atau melakukan kesalahan penempatan angka.

Meski belum ada studi mengenai faktor keturunan dalam gangguan berhitung, terdapat bukti mengenai beberapa komponen genetic dalam variasi individual dalam keterampilan berhitung. Dimana tipe disabilitas berhitung yang menyangkut memori semantik merupakan tipe yang paling mungkin diturunkan. Sebuah studi *Colorado Learning Disabilities Research Center* menunjukan faktor – faktor genetic yang sama dari lebih dari 250 orang kembar mengalami kelemahan membaca dan berhitung pada anak – anak yang mengalami kedua gangguan tsb.

Penanganan Disabilitas Belajar

- Pendekatan edukasional

Mengidentifikasi dan menggunakan kekuatan kognitif anak seraya menghindari kelemahannya, menargetkan keterampilan belajar dan strategi organisasional, dan mengajarkan strategi instruksi diri secara verbal

- Pendekatan linguistic tradisional

Memfokuskan pada instruksi dalam keterampilan mendengarkan, berbicara, membaca, dan menulis dengan cara logis, berurutan, dan multi indrawi, seperti membaca dengan keras, mengubah bunyi menjadi kata.

Sebagian anak disleksia kemungkinan telah mengalami frustrasi dan menipiskan motivasi dan kepercayaan diri mereka. Maka dari itu penting membuat program penanganan yang dapat meningkatkan motivasi anak, dengan menghargai setiap langkah kecil, memfokuskan pada tugas pembelajaran, dan mengurangi masalah perilaku yang diakibatkan oleh rasa frustrasi. Selain itu penting untuk mengatasi masalah penyesuaian sosial, emosional sekunder yang anak alami.

AUTISM

Autisme adalah gangguan perkembangan saraf yang kompleks dan ditandai dengan kesulitan dalam interaksi sosial, komunikasi, dan perilaku terbatas, berulang-ulang dan karakter stereotip. Gejala autis muncul sebelum 3 tahun pertama kelahiran sang anak.

Gejala

Gangguan sosial Anak-anak dengan autisme memiliki masalah dengan hubungan sosial atau bersosialisasi. Mereka jarang menghampiri orang lain, dan biasanya tidak responsif terhadap orang yang menghampiri mereka. Mereka juga kurang dalam melakukan kontak mata. Ketika mereka melakukan kontak mata, kualitasnya tidak bagus atau tidak seperti anak yang tidak autis. Tipikalnya, anak-anak memandang orang lain untuk mendapatkan atau mencari perhatian, tetapi tidak bagi anak dengan autisme.

Gangguan komunikasi Bahkan sebelum mereka memperoleh bahasa, beberapa anak dengan autisme sudah menunjukkan defisit komunikasi. Ucapan-ucapan bayi sebelum mereka mulai menggunakan kata-kata seperti babbling juga kurang dilakukan oleh bayi dengan autisme. Di umur 2 tahun, biasanya anak-anak menggunakan kata-kata untuk mewakili benda-benda di lingkungan mereka dan membangun kalimat satu dan dua-kata untuk mengungkapkan pikiran yang lebih kompleks, seperti "Ibu pergi" atau "Aku susu." Sebaliknya, anak-anak dengan autisme tertinggal jauh di belakang dalam kemampuan ini dan sering menunjukkan gangguan bahasa lainnya. Salah satunya adalah echolalia, di mana anak mengatakan apa yang dia telah dengar dari orang lain. Misalnya ketika guru bertanya kepada anak dengan autisme, "Apakah kamu mau kue?" Tanggapan anak mungkin, "Apakah kamu mau kue?" Ini adalah echolalia langsung atau segera. Dalam echolalia tertunda, anak mungkin berada di sebuah ruangan dengan televisi dan tampaknya benar-benar tertarik.

Beberapa jam kemudian atau bahkan keesokan harinya, anak mungkin menggemakan kata atau frase dari program televisi tersebut.

Tindakan yang berulang-ulang Anak-anak dengan autisme dapat menjadi sangat marah atas perubahan dalam rutinitas dan lingkungan sehari-hari mereka. Sebuah tawaran susu dalam cangkir minum yang berbeda atau penataan ulang furnitur dapat membuat mereka menangis atau mengamuk. Anak-anak dengan autisme juga dapat menampilkan perilaku stereotip, gerakan tangan ritual aneh, dan gerakan berirama lainnya, seperti tubuh bergoyang, mengepakkan tangan, dan berjalan jinjit. Mereka mungkin berputar dan suka memutar barang-barang seperti krayon, tongkat, dan piring, dan gemar menatap hal-hal berputar lainnya. Para peneliti sering menggambarkan ini sebagai kegiatan stimulasi diri. Anak-anak mungkin menjadi sibuk dengan memanipulasi objek dan dapat menjadi sangat marah ketika terganggu.

Kriteria Diagnostik DSM IV TR

A. Interaksi Sosial (minimal 2):

- (1) Tidak mampu menjalin interaksi sosial non verbal: kontak mata, ekspresi muka, posisi tubuh, gerak-gerik kurang tertuju
- (2) Kesulitan bermain dengan teman sebaya
- (3) Tidak ada empati, perilaku berbagi kesenangan/minat
- (4) Kurang mampu mengadakan hubungan sosial dan emosional 2 arah

B. Komunikasi Sosial (minimal 1):

- (1) Tidak/terlambat bicara, tidak berusaha berkomunikasi non verbal
- (2) Bisa bicara tapi tidak untuk komunikasi/inisiasi, egosentris
- (3) Bahasa aneh & diulang-ulang/stereotip
- (4) Cara bermain kurang variatif/imajinatif, kurang imitasi sosial

C. Imaginasi, berpikir fleksibel dan bermain imajinatif (minimal 1):

- (1) Mempertahankan 1 minat atau lebih dengan cara yang sangat khas dan berlebihan, baik intensitas dan fokusnya
- (2) Terpaku pada suatu kegiatan ritualistik/rutinitas yang tidak berguna
- (3) Ada gerakan-gerakan aneh yang khas dan berulang-ulang. Seringkali sangat terpukau pada bagian-bagian tertentu dari suatu benda

Etiologi

Faktor Genetik

Faktor genetik diyakini memiliki peranan yang besar bagi penyandang autisme walaupun tidak diyakini sepenuhnya bahwa autisme hanya dapat disebabkan oleh [gen](#) dari keluarga. [Riset](#) yang dilakukan terhadap anak autistik menunjukkan bahwa kemungkinan dua [anak kembar](#) identik mengalami autisme adalah 60 hingga 95 persen sedangkan kemungkinan untuk dua saudara kandung mengalami autisme hanyalah 2,5 hingga 8,5 persen. Hal ini diinterpretasikan sebagai peranan besar gen sebagai penyebab autisme sebab anak kembar identik memiliki gen yang 100% sama sedangkan saudara kandung hanya memiliki gen yang 50% sama.

Faktor Neurobiologis

Semakin banyak penelitian yang menghubungkan defisit bahasa, sosial, dan emosional pada autisme ke otak. Sejumlah penelitian yang meneliti otak pada autisme telah direplikasi dengan baik, memungkinkan untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang apa yang mungkin salah dalam otak pada orang dengan autisme. Studi menggunakan magnetic resonance imaging (MRI) menemukan bahwa, secara keseluruhan, otak orang dewasa dan anak-anak dengan autisme lebih besar dari otak orang dewasa dan anak-anak tanpa autisme (Courchesne, Carver, & Akshoomoff, 2003). Apa yang membuat

temuan ini lebih menarik dan membingungkan adalah bahwa sebagian besar anak-anak dengan autisme dilahirkan dengan otak ukuran relatif normal; Namun, antara usia 2 dan 4, otak anak-anak dengan autisme menjadi lebih besar secara signifikan (Courchesne, 2004). Para peneliti menemukan bahwa anak-anak dengan autisme memiliki ukuran otak yang lebih besar pada usia 2 tetapi itu tidak terus meningkat pada usia 4 atau 5, sehingga menunjukkan bahwa pertumbuhan otak tidak berlanjut melewati beberapa tahun pertama kehidupan (Hazlett, Poe, Gerig, et al., 2011). Memiliki otak yang lebih besar dari normal tidak selalu hal yang baik, karena akan menunjukkan bahwa neuron tidak sedang dipangkas dengan benar. Kelainan neurologis pada orang dengan autisme menunjukkan bahwa dalam proses perkembangan, sel-sel otak mereka gagal untuk berselaras dengan benar dan tidak membentuk jaringan koneksi yang ditemukan dalam otak yang normal. Dua studi meneliti ukuran amygdalae antara anak-anak dan orang dewasa dengan autisme. Mengingat bahwa autisme dikaitkan dengan kesulitan sosial dan emosional, dan bahwa amygdalae berhubungan dengan perilaku sosial dan emosional, maka bisa dipastikan bahwa amygdalae yang mungkin terlibat dalam autisme. Satu studi menemukan bahwa amygdalae yang lebih besar di antara anak-anak dengan autisme (Munson, Dawson, Abbott, et al., 2006) dan yang amygdalae lebih besar pada usia 3 atau 4 diperkirakan lebih kesulitan dalam perilaku sosial dan komunikasi pada usia 6. Temuan ini konsisten dengan penelitian yang menunjukkan pertumbuhan berlebih dari daerah otak.

Treatment

Terapi Perilaku dan Kemampuan Berkomunikasi

Tujuan dari terapi perilaku dan kemampuan berkomunikasi adalah untuk membangun struktur dan memberikan pengarahan kepada anak autis dengan melibatkan pihak keluarganya. Beberapa contoh terapi perilaku dan kemampuan berkomunikasi adalah:

- **Applied Behavior Analysis**

Jenis terapi ini banyak digunakan oleh para ahli, sekolah-sekolah, dan klinik terapi autisme.

Terapi ini bertujuan untuk mengembangkan kemampuan penderita autisme pada anak dengan cara mendorong perilaku positif dan melarang perilaku negatif. Terapi ini melibatkan pemberian penghargaan untuk perilaku positif, pelatihan kemampuan berbicara, dan

peningkatan motivasi anak untuk belajar dan memulai komunikasi dengan orang lain.

- Developmental, Individual Differences, Relationship-Based Approach (DIR)

Terapi ini dikenal juga sebagai floortime serta terfokus pada perkembangan emosi dan sosial penderita autisme. Selain itu, terapi ini juga bertujuan untuk melatih reaksi anak terhadap cahaya, suara, dan aroma.

- Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children

Terapi ini menggunakan gambar visual sebagai media untuk belajar, sebagai contoh: kartu bergambar digunakan untuk menunjukkan cara berpakaian secara bertahap.

- Occupational Therapy

Terapi ini bertujuan untuk mengajarkan keahlian-keahlian yang diperlukan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, misalnya: Cara berpakaian, makan, mandi, dan berinteraksi dengan orang lain.

- Sensory Integration Therapy

Terapi ini bermanfaat untuk memperkenalkan dan mengajarkan reaksi yang tepat atas informasi sensori seperti cahaya, suara, dan aroma.

- Speech Therapy

Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi, baik komunikasi verbal secara langsung atau dengan menggunakan bantuan media lain seperti tulisan dan gambar.

- The Picture Exchange Communication System (PECS)

Terapi ini mengajarkan penggunaan simbol (biasanya berupa gambar) untuk berkomunikasi.

Terapi Obat

Penggunaan obat bukan bertujuan untuk menyembuhkan autisme ataupun memperbaiki kondisi dan gejala autisme secara langsung. Penggunaan obat untuk pengobatan autisme lebih bermanfaat untuk mengatasi beberapa gejala-gejala sampingan yang biasa dialami oleh anak dengan autisme.

- Obat untuk mengatasi perilaku hiperaktif, ketidakmampuan untuk terfokus, depresi, dan kejang

- Obat untuk mengatasi perilaku agresif, emosional, dan tindakan melukai diri

GANGGUAN SEKSUAL

Seksualitas merupakan salah satu ranah yang paling privat dalam kehidupan individu. Setiap orang adalah makhluk seksual dengan minat dan fantasi yang dapat mengejutkan atau bahkan mengagetkan kita dari waktu ke waktu dimana itu adalah normal. Namun ketika fantasi atau hasrat tersebut mulai membahayakan diri dan orang lain maka dapat dikategorikan abnormal. Dalam hal seksualitas sendiri terdapat 3 bagian besar yang dikategorikan sebagai abnormal diantaranya gangguan identitas gender, paraphilia, dan disfungsi seksual.

1. Gangguan identitas gender

a. Definisi

Gangguan identitas gender adalah bagaimana seseorang merasa bahwa ia adalah seorang pria atau wanita, dimana terjadi konflik antara anatomi gender seseorang dengan identitas gendernya (Nevid, 2002). Identitas jenis kelamin adalah keadaan psikologis yang mencerminkan perasaan dalam diri seseorang sebagai laki-laki atau wanita (Kaplan, 2002). Gangguan identitas gender bermula di masa kanak-kanak hal itu dihubungkan dengan banyaknya perilaku lintas-gender, seperti berpakaian seperti lawan jenisnya, lebih suka bermain dengan teman-teman dari lawan jenis, dan melakukan permainan yang secara umum dianggap sebagai permainan lawan jenisnya. Gangguan identitas gender pada anak-anak biasanya teramati oleh orang tua ketika si anak berusia antara 2-4 tahun (Green & Blanchard, 1995).

Menurut DSM-IV (2000) definisi gangguan identitas gender yaitu adanya perasaan tidak nyaman dengan jenis kelamin yang dimiliki atau adanya perasaan tidak cocok dengan peran gender dari jenis kelamin yang dimiliki. Identitas gender biasanya ditemukan sejak awal masa kanak-kanak (18-24 bulan). Seorang anak bisa saja menyukai aktivitas yang kadang terlihat lebih tepat untuk lawan jenisnya, tetapi anak-anak dengan identitas gender yang normal masih melihat dirinya sebagai bagian dari seks biologis mereka sendiri.

b. Karakteristik

Adapun karakteristik dari orang dengan gangguan identitas gender antara lain:

- 1) Merasa bahwa dirinya adalah orang yang bejenis kelamin berbeda dengan dirinya saat ini.
- 2) Tidak menyukai pakaian dan aktivitas yang sesuai dengan jenis kelamin mereka.
- 3) Bukti anatomi mereka tidak membuat mereka merasa bahwa mereka adalah orang dengan gender yang dilihat orang lain pada mereka.

4) Keinginan kuat mempunyai teman bermain dari gender lawan jenis (dimana biasanya pada usia anak – anak lebih tertarik untuk mempunyai teman bermain dari gender yang sama). Pada remaja dan orang dewasa dapat diidentifikasi bahwa mereka berharap menjadi sosok lawan jenisnya, berharap untuk bisa hidup sebagai anggota dari gender lawan jenisnya.

5) Umumnya bila ada ketertarikan dengan sesama jenisnya dianggap ketertarikan tersebut pada dasarnya heteroseksual.

Adapun kriteria gangguan identitas gender menurut DSM IV TR adalah:

- Identifikasi yang kuat dan menetap terhadap lawan jenis
 - Pada anak-anak, terdapat 4 atau lebih dari ciri, yaitu:
 - 1) Berulang kali menyatakan keinginan untuk menjadi atau memaksakan bahwa ia adalah lawan jenis
 - 2) Lebih suka memakai pakaian lawan jenis
 - 3) Lebih suka berperan sebagai lawan jenis dalam bermain atau terus menerus berfantasi menjadi lawan jenis
 - 4) Lebih suka melakukan permainan yang merupakan stereotip lawan jenis
 - 5) Lebih suka bermain dengan teman-teman lawan jenis
 - Pada remaja dan orang dewasa, simptom-simtom seperti keinginan untuk menjadi lawan jenis, berpindah ke kelompok lawan jenis, ingin diperlakukan sebagai lawan jenis, keyakinan bahwa emosinya adalah tipikal lawan jenis.
 - Rasa tidak nyaman yang terus-menerus dengan jenis kelamin biologisnya atau rasa terasing dari peran gender jenis kelamin tersebut.
 - 1) Pada anak-anak, terwujud dalam salah satu hal di antaranya; pada laki-laki merasa jijik dengan penisnya dan yakin bahwa penisnya akan hilang seiring berjalannya waktu; tidak menyukai permainan stereotip anak laki-laki. Pada anak perempuan, menolak untuk buang air kecil dengan cara duduk; yakin bahwa penis akan tumbuh; merasa tidak suka dengan payudara yang membesar dan menstruasi; merasa benci/tidak suka terhadap pakaian perempuan yang konvensional
 - 2) Pada remaja dan orang dewasa, terwujud dalam salah satu hal di antaranya; keinginan kuat untuk menghilangkan karakteristik jenis kelamin sekunder melalui pemberian hormone dan/atau operasi; yakni bahwa ia dilahirkan dengan jenis kelamin yang salah
- ☐ Tidak sama dengan kondisi fisik antar jenis kelamin
- ☐ Menyebabkan distress atau hendaknya dalam fungsi sosial dan pekerjaan.

c. Penyebab gangguan identitas gender

1) Faktor Biologis

Secara spesifik bukti menunjukkan bahwa identitas gender dipengaruhi oleh hormon. Sebuah studi yang dilakukan di republic Dominika terhadap keluarga para anggota sebuah keluarga batih yang dimana para peserta disini tidak mampu memproduksi hormon yang bertanggung jawab atas pembentukan penis dan skortum pada masa pertumbuhan janin laki-laki. Mereka yang lahir hanya memiliki penis dan skortum yang kecil dn mirip lipatan bibir. Dua pertiganya dibesarkan sebagai perempuan, namun ketika mereka memasuki pubertas kadar testosteronnya meningkat sehingga penis mereka membesar dan testikelmengecil menjadi skortum. Hasilnya 17 dari 18 peserta kemudian memiliki identitas gender laki-laki. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa anak-anak manusia dan primate lain dari ibu yang mengonsumsi hormone seks selama hamil seringkali berperilaku seperti lawan jenis dan mengalami abnormalitas. Meskipun anak-anak tersebut tidak selalu memiliki identitas gender yang tidak normal, hormon seks yang dikonsumsi oleh sang ibu semasa hamil tampaknya memang menimbulkan minat dan prilaku lintas gender dalam tingkat yang lebih tinggi dari normal.

2) Faktor Sosial dan Psikologis

Dalam beberapa keluarga, ketika anaknya menunjukkan perilaku lintas gender banyak mendapat perhatian dan malah mendapat penguatan dari orang tua ataupun kerabatnya. Wawancara dengan orang tua yang anaknya menunjukkan tanda-tanda GIG, berulang kali mengatakan bahwa mereka tidak pernah mencegah. Dan dalam banyak kasus jelas mendorong perilaku memakai pakaian lawan jenis pada anak-anak mereka yang tidak normal terutama pada anak laki-laki yang feminim. Reaksi yang semacam itu yang diberikan anggota keluarga terhadap anak yang tidak normal mungkin berkontribusi besar dalam konflik antar jenis kelamin anatomisnya dan identitas gender yang dikembangkannya (Green, 1947, 1987; Zuckerman & Green, 1993). Satu faktor yang dapat berkontribusi terhadap pola perilaku orang tua semacam itu adalah daya tarik si anak. Anak laki-laki yang mengalami GIG memiliki tingkat daya tarik yang lebih besar daripada yang tidak, sedangkan anak perempuan yang mengalami GIG kurang memiliki daya tarik. Selain itu para pasien laki-laki yang mengalami GIG menuturkan bahwa mereka tidak memiliki hubungan dekat dengan ayah, sedangkan para perempuan menuturkan riwayat penyiksaan fisik atau seksual.

d. Prevensi

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya GIG pada anak antara lain:

- 1) Menyediakan pakaian yang sesuai gender.
- 2) Menyediakan mainan yang sesuai gender.
- 3) Tidak memberikan reinforcement ketika anak melakukan perilaku lintas gender.
- 4) Pada anak laki-laki didekatkan dengan ayahnya sehingga ada modeling.
- 5) Pada anak perempuan didekatkan dengan ibunya sehingga ada modeling.

e. Terapi Gangguan Identitas Gender

1) Perubahan Tubuh

Orang yang mengalami GIG yang mengikuti program yang mencakup perubahan tubuh umumnya diminta untuk menjalani psikoterapi selama 6 hingga 12 bulan dan hidup sesuai gender yang diinginkan (Harry Benjamin Internasional Gender Dysphoria Association, 1998). Terapi umumnya tidak hanya memfokuskan pada kecemasan dan depresi yang mungkin dialami orang yang bersangkutan, namun juga pada berbagai pilihan yang ada untuk mengubah tubuhnya. Banyak transeksual juga mengonsumsi hormone agar tubuh mereka secara fisik lebih mendekati keyakinan mereka tentang gender mereka. Banyak yang mengalami gangguan identitas gender tidak menggunakan metode yang lebih jauh dari itu, namun beberapa orang mengambil langkah tambahan dengan menjalani operasi perubahan kelamin.

2) Operasi perubahan kelamin

Operasi perubahan kelamin adalah operasi yang mengubah alat kelamin yang ada agar lebih sama dengan kelamin lawan jenis. Dalam operasi perubahan kelamin laki-laki ke perempuan, alat kelamin laki-laki hampir seluruhnya di buang dan beberapa jaringan dipertahankan untuk membentuk vagina buatan. Minimal setahun sebelum operasi, berbagai hormone perempuan dikonsumsi untuk memulai proses perubahan tubuh. Sebagian besar transeksual laki-laki ke perempuan harus menjalani elektrolisis yang ekstensif dan mahal untuk menghilangkan bulu-bulu di wajah dan tubuh dan mendapatkan pelatihan untuk menaikkan nada suara mereka, hingga hormone-hormon perempuan yang dikonsumsi membuat bulu-bulu tidak lagi tumbuh dan suaranya menjadi kurang maskulin. Operasi kelamin itu sendiri biasanya tidak dilakukan sebelum berakhirnya masa uji coba selama satu atau dua

tahun. Hubungan seks heteroseksual konvensional dimungkinkan bagi transeksual laki-laki ke perempuan, meskipun kehamilan tidak akan mungkin terjadi karena alat kelamin bagian luar di ubah.

Proses perubahan kelamin perempuan ke laki-laki dalam beberapa hal lebih sulit, namun, dalam beberapa hal lain lebih mudah. Di satu sisi, penis yang di buat melalui operasi berukuran kecil dan tidak mengalami ereksi normal sehingga dibutuhkan alat bantu buatan untuk melakukan hubungan seksual konvensional. Di sisi lain, lebih sedikit penanganan kosmetik lanjutan yang diperlukan di banding pada transeksual laki-laki ke perempuan karena hormon laki-laki yang di konsumsi perempuan yang ingin berubah gender secara drastic mengubah distribusi lemak dan menstimulasi pertumbuhan bulu-bulu di wajah dan tubuh. Operasi perubahan kelamin merupakan pilihan yang sering kali diambil oleh laki-laki daripada perempuan.

3) Perubahan gender identitas

Operasi dan pemberian hormone sebelumnya dianggap sebagai satu-satunya penanganan yang dimungkinkan untuk gangguan identitas gender karena berbagai upaya psikologis untuk mengubah identitas gender secara konsisten mengalami kegagalan. Identitas gender diasumsikan tertanam terlalu dalam untuk diubah. Sejumlah kecil prosedur mengubah identitas gender melalui terapi perilaku yang tampaknya berhasil. Para peneliti mengatakan, para klien mereka kemungkinan berbeda dari orang-orang lain yang mengalami GIG karena mereka bersedia berpartisipasi dalam program terapi yang bertujuan mengubah identitas gender. Sebagian besar transeksual menolak penanganan itu. Bagi mereka mengubah tubuh mereka secara fisik merupakan satu-satunya tujuan yang diinginkan. Namun, jika tidak terdapat pilihan operasi, akan lebih banyaklah tenaga profesional yang dikeluarkan untuk mengembangkan prosedur psikologis yang mengubah identitas gender.

f. Kasus

Dian adalah seorang anak laki-laki berusia 6 tahun. Dian tinggal dirumah bersama orang tua dan seorang pembantu. Orang tua Dian merupakan seorang pengusaha sehingga sangat jarang ada waktu untuk Dian, sehingga Dian lebih banyak menghabiskan waktunya dengan pembantunya dirumah. Dian juga memiliki banyak teman seumuran disekitar rumahnya sehingga Dian tidak pernah merasa sedih ketika ditinggal bekerja oleh orang tuanya. Dian sangat suka melihat ibunya yang sedang menggunakan make up sebelum berangkat bekerja. Dian juga seringkali mengambil make up ibunya dan menggunakannya. Pembantunya sering melihat kelakuan Dian tersebut namun karena terlihat lucu pembantu tersebut juga sering membantu Dian untuk menggunakan make up. Selain itu Dian sangat sering mengambil baju-baju lama ibunya dan menggunakannya ketika berada

dirumah. Di sekolah Dian lebih senang berkumpul dan bermain dengan teman-teman wanita dibandingkan yang pria. Dengan teman-temannya dirumah pun begitu, Dian lebih senang bermain masak-masakan, lompat tali, ataupun bermain boneka bersama teman wanitanya ketimbang bermain sepakbola bersama teman-teman pria. Dian juga sangat senang mengajak teman-temannya bermain permainan peran dirumahnya, dimana Dian selalu menginginkan peran sebagai seorang putri raja ketimbang peran sebagai seorang pangeran. Dengan senangnya Dian

melakukan perilaku yang dilakukan oleh anak wanita, Dian selalu berpikir bahwa dirinya ini adalah seorang wanita. Ketika berusia 12 tahun Dian melihat teman-teman wanitanya yang sudah mulai tumbuh payudaranya, dan disana Dian merasa sedih karena payudaranya tidak mau tumbuh seperti teman-teman wanitanya. Dian pun mulai merasa sangat tidak nyaman dengan perbedaan-perbedaan yang dimilikinya saat ini dengan teman-teman wanitanya.

2. Parafilia

Menurut DSM IV-TR, parafilia adalah sekelompok gangguan yang mencakup ketertarikan seksual terhadap objek yang tidak wajar atau aktivitas seksual yang tidak pada umumnya. Terdapat deviasi (para) dalam ketertarikan seseorang (filia). Fantasi, dorongan, atau perilaku harus berlangsung setidaknya selama 6 bulan dan menyebabkan distress atau hendaya signifikan. Seseorang dapat memiliki perilaku, fantasi, dan dorongan seperti yang dimiliki oleh seorang parafilia, namun yang bersangkutan tidak dapat didiagnosis menderita parafilia jika fantasi atau perilaku yang muncul tidak berulang atau bila tidak mengalami distress karenanya.

a. Fetishisme

Fetishisme adalah ketergantungan pada benda-benda mati untuk menimbulkan gairah seksual . Orang yang mengidap fetishisme (hampir seluruhnya laki-laki) memiliki dorongan sesksual berulang dan intens terhadap berbagai benda mati (fetis), keberadaan fetis dangat diinginkan atau bahkan merupakan keharusan agar dapat tumbuh gairah seksual. Benda-benda yang umumnya digunakan untuk menimbulkan gairah seksual bagi para fetish seperti sepatu, stoking transparan, benda-benda dari karet (jas hujan, sarung tangan, perlengkapan toilet), pakaian dari bulu, dan terutama celana dalam. Fetisis sering kali mengidap jenis parafilia lain seperti pedofilia, sadism, dan masokisme (Mason, 1997).

Kriteria fetishisme dalam DSM IV-TR

- ☐ Berulang, intens, dan terjadi dalam kurun waktu setidaknya 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual berkaitan dengan penggunaan benda-benda mati.
- ☐ Menyebabkan distress atau hendaya yang jelas dalam fungsi sosial atau pekerjaan
- ☐ Benda-benda yang menimbulkan gairah seksual tidak terbatas pada bagian pakaian perempuan yang dikenakannya sebagai lawan jenis atau alat-alat yang dirancang untuk menstimulasi alat kelamin secara fisik, sepeti vibrator.

b. Fetishisme Transvestik

Apabila seorang laki-laki mengalami gairah seksual dengan memakai pakaian perempuan meskipun ia tetap merasa sebagai lelaki maka kondisi ini disebut sebagai fetishisme transversik atau transvestisme. Para transvestit adalah heteroseksual, selalu laki-laki, dan secara umum hanya memakai pakaian lawan jenis secara episodik, bukan secara rutin. Mereka cenderung berpenampilan, berperilaku, dan memiliki minat seksual maskulin. Banyak yang menikah dan menjalani kehidupan yang konvensional. Memakai pakaian lawan jenis biasanya dilakukan sendirian, secara diam-diam dan hanya diketahui oleh sedikit anggota keluarga. Dorongan untuk memakai

pakaian lawan jenis dapat menjadi lebih sering seiring perjalanan waktu dan kadang disertai dengan disforia gender namun tidak parah

yang dialami GIG. Transvestisme komorbid dengan tipe parafilia lain, terutama masokisme (Zucker & Blanchard, 1997).

Kriteria fetishisme tranvestik dalam DSM-IV-TR

☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode setidaknya 6 bulan pada laki-laki heteroseksual, fantasi, dorongan atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan memakai pakaian lawan jenis.

☐ Menyebabkan distress atau hendaya yang jelas dalam fungsi sosial atau pekerjaan.

☐ Dapat berhubungan dengan disforia gender dalam kadar tertentu (merasa tidak nyaman dengan identitas gendernya).

c. Pedofilia dan Incest

Pedofil adalah orang dewasa yang mendapatkan kepuasan seksual melalui kontak fisik dan sering kali seksual dengan anak-anak prapubertas yang tidak memiliki hubungan darah dengan mereka. Pelakunya minimal berusia 16 tahun dan minimal berusia 5 tahun lebih tua dari si anak. Pedofilia lebih banyak diidap oleh laki-laki daripada perempuan. Gangguan ini seringkali komorbid dengan gangguan mood dan anxietas, penyalahgunaan zat, dan tipe parafilia lainnya. Pedofil bisa heteroseksual atau homoseksual. Kekerasan jarang menjadi bagian dalam perilaku pedofilia. Meskipun demikian, sejumlah kecil pedofil juga dapat diklasifikasikan sebagai sadistis seksual atau berkepribadian antisosial, menyakiti objek nafsu mereka secara fisik dan menyebabkan cedera serius.

Incest dicantumkan dalam DSM-IV-TR sebagai sub tipe pedofilia, adalah hubungan seksual antar kerabat dekat yang dilarang untuk menikah. Hal ini paling sering terjadi antara saudara kandung laki-laki dan perempuan. Kemudian bentuk paling umum berikutnya, yang dianggap lebih patologis, antara ayah dan anak perempuannya.

Perbedaan utama antara incest dan pedofilia

☐ Berdasarkan definisinya, incest dilakukan antar anggota keluarga

☐ Korban incest cenderung lebih tua daripada korban pedofil (kasus yang sering terjadi adalah si ayah mulai tertarik kepada anak perempuannya ketika si anak mulai mengalami kematangan fisik, sedangkan pada pedofil biasanya tertarik pada anak-anak jelas karena anak tersebut belum mencapai kematangan seksual)

Kriteria pedofilia dalam DSM-IV-TR

☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan melakukan kontak seksual dengan seorang anak prapubertas.

☐ Orang yang bersangkutan bertindak berdasarkan dorongan tersebut, atau dorongan dan fantasi tersebut menyebabkan orang yang bersangkutan mengalami distress atau masalah interpersonal.

☐ Orang yang bersangkutan minimal berusia 16 tahun dan 5 tahun lebih tua dari anak yang menjadi korbannya.

d. Voyeurisme

Voyeurisme adalah kondisi dimana seseorang memiliki preferensi tinggi untuk mendapatkan kepuasan seksual dengan melihat orang lain yang sedang tanpa busana atau sedang melakukan hubungan seksual. Orgasme seorang voyeur dicapai dengan melakukan masturbasi, baik sambil tetap mengintip atau setelahnya (sambil mengingat apa yang

dilihatnya). Kadang mereka juga berfantasi melakukan hubungan seksual dengan orang yang diintipnya, namun hal itu tetap menjadi fantasi karena dalam voyeurisme jarang terjadi kontak antara orang yang diintip dengan orang yang mengintip. Voyeur sejati (hampir semuanya laki-laki) tidak akan merasa bergairah dengan melihat perempuan yang sengaja membuka pakaiannya untuk kesenangan si voyeur (elemen risiko sangat penting karena voyeur merasa bergairah dengan kemungkinan reaksi si perempuan yang diintipnya jika ia mengetahuinya).

Kriteria voyeurisme dalam DSM-IV-TR

☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual berkaitan dengan tindakan mengintip orang lain yang sedang tanpa busana atau sedang melakukan hubungan seksual tanpa diketahui yang bersangkutan

☐ Orang yang bersangkutan bertindak berdasarkan dorongan tersebut, atau dorongan dan fantasi menyebabkan orang tersebut sangat menderita atau mengalami masalah interpersonal

e. Eksibisionisme

Eksibisionisme adalah preferensi tinggi dan berulang untuk mendapatkan kepuasan seksual dengan memamerkan alat kelamin kepada orang yang tidak dikenal yang tidak menginginkannya. Seperti halnya pada voyeurisme, jarang ada upaya untuk melakukan kontak secara nyata dengan orang yang tidak dikenal tersebut. Gairah seksual terjadi dengan berfantasi memamerkan alat kelaminnya atau benar-benar melakukannya, dan esibisionis melakukan masturbasi ketika berfantasi atau benar-benar memamerkannya

Kriteria esibisionisme menurut DSM-IV-TR

☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan memamerkan alat kelamin kepada orang yang tidak dikenal yang tidak menduganya.

☐ Orang yang bersangkutan bertindak berdasarkan dorongan tersebut, atau dorongan dan fantasi tersebut menyebabkan mengalami distress atau mengalami masalah interpersonal.

f. Froteurisme

Froteurisme adalah gangguan yang berkaitan dengan melakukan sentuhan yang berorientasi seksual pada bagian tubuh seseorang yang tidak menaruh curiga akan terjadinya hal itu. Froteur bisa menggosokkan penisnya ke paha atau pantat seorang perempuan, menyentuh payudara, atau alat kelaminnya. Tindakan ini umumnya dilakukan ditempat umum (contoh: didalam bis yang penuh penumpang atau trotoar yang penuh dengan pejalan kaki) yang memudahkan pelaku untuk mearikan diri.

Kriteria froteurisme dalam DSM-IV-TR

- Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan menyentuh atau menggosokkan bagian tubuhnya pada orang yang tidak menghendaknya.
- Orang yang bersangkutan bertindak berdasarkan dorongan tersebut, atau dorongan dan fantasi tersebut menyebabkan distress atau mengalami masalah interpersonal.

g. Sadisme Seksual dan Masokisme Seksual

Karakteristik utama dari sadisme seksual adalah preferensi kuat untuk mendapatkan atau meningkatkan kepuasan seksual dengan menimbulkan rasa sakit atau penderitaan psikologis (seperti dipermalukan) pada orang lain. Sedangkan masokisme seksual adalah preferensi kuat untuk mendapatkan atau meningkatkan kepuasan seksual dengan menjadikan diri sendiri sebagai subjek rasa sakit atau kondisi dipermalukan. Kedua gangguan ini terjadi dalam hubungan heteroseksual dan homo seksual.

Kriteria masokisme seksual dalam DSM-IV-TR

- ☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan tindakan (bukan fantasi) yang dilakukan oleh orang lain untuk mempermalukan atau memukul dirinya.
- ☐ Menyebabkan distress bagi orang yang bersangkutan atau mengalami hendaya dalam fungsi sosial atau pekerjaan.

Kriteria sadisme seksual dalam DSM-IV-TR

- ☐ Berulang, intens, dan terjadi selama periode minimal 6 bulan, fantasi, dorongan, atau perilaku yang menimbulkan gairah seksual yang berkaitan dengan tindakan (bukan fantasi) yang dilakukan oleh orang lain untuk mempermalukan atau memukul dirinya.
- ☐ Menyebabkan distress bagi orang yang bersangkutan atau mengalami hendaya dalam fungsi sosial atau pekerjaan atau orang tersebut bertindak berdasarkan dorongan tersebut kepada orang lain yang tidak menghendaknya.

h. Etiologi Parafilia

1) Perspektif Psikodinamika

Teori ini memandang parafilia sebagai :

- ☐ Tindakan defensif yaitu dengan melindungi ego agar tidak menghadapi rasa takut
- ☐ Kecenderungan menekan ingatan/memori

☐ Kecenderungan fiksasi (perkembangan emosi yang terhambat sehingga menetap di fase tertentu) di tahap pregenital dalam perkembangan psikoseksual.

☐ Orang yang takut akan hubungan heteroseksual & heterososial yang wajar.

Contohnya pada kasus voyeurisme (orang yang mendapatkan kepuasan seksual dengan melihat orang lain tanpa busana atau sedang melakukan hubungan seks). Pandangan psikodinamika beranggapan bahwa individu yang melakukan voyeurisme dikarenakan individu tersebut menganggap bahwa menjalin hubungan dengan lawan jenis merupakan hal yang menakutkan, maka dari itu ia lebih memilih untuk mengintip perempuan untuk mendapat kepuasan seksual tanpa perlu menjalin hubungan dengannya.

2) Perspektif Behavioral dan Kognitif

Pada pandangan behavioral menganggap bahwa individu yang mengidap parafilia disebabkan karena mereka sendiri dulunya merupakan korban pelecehan seksual atau dibesarkan dari keluarga yang tidak harmonis. Pengalaman masa lalu tersebut berpengaruh terhadap kemampuan sosial, penurunan harga diri, dan keterbatasan hubungan intim yang dimiliki. Contohnya pada beberapa kasus pedofilia, setelah ditelusuri ternyata si pelaku dulunya juga merupakan korban pedofilia. Sedangkan pada pandangan kognitif beranggapan bahwa individu pengidap parafilia memiliki kelainan pola pikir dalam memandang hal-hal berbau seksual. Misalnya pada kasus voyeur, si pelaku bisa jadi beranggapan bahwa seorang perempuan sengaja tidak menutup tirainya saat berganti baju dan mempersilahkan dirinya untuk diintip, padahal kenyataannya tidak begitu.

3) Perspektif Biologis

Pandangan biologis beranggapan bahwa androgen (hormon utama laki-laki) berperan dalam gangguan ini. Janin manusia pada awalnya terbentuk sebagai perempuan dan kelak laki-lakiannya baru timbul akibat pengaruh hormonal, sehingga munculnya hormon androgen dikaitkan sebagai penyebab kesalahan dalam perkembangan janin. Selain faktor hormonal, perbedaan dalam otak juga berpengaruh, disfungsi pada lobus temporalis berkaitan dengan sedikit kasus sadisme & esibisionisme. Namun kemungkinan besar faktor biologis hanya mengambil peran yang minim dalam kasus-kasus parafilia, terdapat penyebab lain yang lebih kompleks seperti pengalaman masa lalu yang lebih berperan (Meyer, 1995).

i. Terapi Parafilia

1) Terapi Psikoanalisis

Pandangan ini menganggap penyebab munculnya gangguan parafilia adalah karakter dari individu itu sendiri sehingga sulit untuk merubahnya, pandangan psikoanalisis hanya memberikan sedikit kontribusi terhadap keefektifan suatu terapi.

2) Terapi Behavioral

Terdapat beberapa teknik terapi yang mencakup terapi behavioral diantaranya adalah terapi aversi, yaitu dengan memberikan kejutan listrik atau hal lain yang kurang menyenangkan setiap kali individu dengan parafilia menerima stimulus seksualnya yang menyimpang, misalnya seorang pedofilia diberikan kejutan listrik saat menatap foto seorang anak yang telanjang, harapannya agar setiap kali si pedofilia menemui stimulus seksualnya ia akan langsung mengingat kejadian yang tak menyenangkan tersebut sehingga mengurangi gairah seksualnya. Kemudian ada teknik reorientasi orgasmik yaitu dengan cara menyandingkan stimulus perangsang yang bersifat normal (foto perempuan seksi) ketika pasien sedang memberikan respon seksualnya pada stimulus yang

disukainya (yang tidak normal), hal ini bertujuan membantu pasien lebih terangsang pada stimuli seksual yang wajar. Contohnya pada kasus individu dengan sadistik diinstruksikan untuk memikirkan hal-hal sadis yang dapat merangsangnya secara seksual (ereksi), kemudian ia melakukan masturbasi sambil menatap foto wanita seksi (stimulus wajar), proses

dilakukan berulang hingga lama kelamaan pasien akan terangsang pada stimulus yang wajar.

3) Terapi Kognitif

Digunakan untuk mengatasi pola pikir yang salah pada pengidap parafilia. Misalnya pada kasus pedofilia, terapis akan meluruskan pikiran pasien bahwa sebenarnya anak kecil tidak suka bila diajak berhubungan seksual, berlawanan dengan pemikiran pasien sebelumnya yang menganggap bahwa anak kecil tertarik pada perilaku seksual. Teknik ini juga dikombinasikan dengan pelatihan empati, yaitu mengajari pasien untuk memikirkan efek perilaku buruknya terhadap korban.

4) Terapi Biologis

Dengan pemberian MPA yang dapat menurunkan kadar testosteron pada laki-laki, penggunaan obat ini diasumsikan dapat menghambat gairah seksual sehingga mengurangi perilaku yang menyimpang. Namun terdapat kelemahan dari terapi ini diantaranya apabila putus obat maka pasien akan kembali pada perilaku seksual menyimpangnya, selain itu penggunaan obat ini juga menimbulkan efek samping yaitu diabetes dan kemandulan.

Ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan motivasi pelaku kejahatan seksual agar tekun menjalani terapi, diantaranya :

☐ Terapis dapat berempati terhadap keengganan pelaku dalam mengakui kejahatannya, harapannya agar si pelaku mengurangi pertahanan dirinya dan mau mengakui kejahatannya.

☐ Terapis menginformasikan kepada pelaku tentang penanganan yang dapat diberikan agar dapat mengendalikan perilakunya juga menekankan pada konsekuensi negatif yang diterima pelaku apabila menolak menjalani penanganan, misalnya ia akan dipindahkan ke penjara yang lebih kejam.

☐ Dengan terapi paradoksial, yaitu dengan meragukan kemampuan pelaku bahwa ia bisa menjalani terapi yang dijalannya, sehingga menjadi tantangan bagi si pelaku untuk membuktikan kepada terapis bahwa sebenarnya ia bisa.

☐ Dengan menjelaskan bahwa akan dilakukan pengukuran psikofisiologis terhadap gairah seksual pelaku yang dapat mengungkap kecenderungan seksualnya tanpa perlu pengakuannya. Sehingga tak ada cara berbohong yang bisa dilakukan pelaku untuk menutupi kecenderungan seksualnya dan satu-satunya jalan untuk mengurangi hal tersebut adalah dengan mengikuti terapi.

3. Perkosaan

Perkosaan dibagi dalam dua kategori yang pertama secara paksa dan yang kedua secara hukum. Perkosaan secara paksa adalah hubungan seksual dengan orang yang tidak bersedia melakukannya. Perkosaan secara hukum adalah perkosaan yang dilakukan dengan seseorang yang berumur di bawah umur dewasa. Umur dewasa ditentukan oleh hukum-hukum tertentu pada umumnya di bawah 18 tahun. karena di bawah umur dewasa tidak dapat dimintai

pertanggung jawaban terhadap aktivitas seksualnya. Perkosaan secara hukum tidak melibatkan pemaksaan hanya hubungan seks dengan seseorang di bawah umur dewasa.

a. Kejahatan Perkosaan

Kasus pemerkosaan sangat bervariasi, beberapa pemerkosaan direncanakan dan beberapa dianggap lebih impulsif, suatu kejahatan yang dilakukan secara spontan. Beberapa pemerkosaan tampaknya di motivasi oleh hasrat tuk mengendalikan orang lain dan di motivasi oleh nafsu seksual, meskipun dalam beberapa kasus pemerkosa mengalami kegagalan dalam mencapai orgasme. Pemerkosaan jauh lebih dianggap sebagai tindakan kekerasan, agresi dan dominasi daripada sebagai tindakan seks, karena tidak hanya dilakukannya penetrasi pada vagina tetapi juga meliputi oral dan anal. Tidak hanya perempuan yang jadi korban pemerkosaan tetapi laki-laki juga tidak luput dari pemerkosaan yang dilakukan oleh sesama laki-laki. Pembahasan ini difokuskan pada perempuan karena pemerkosaan pada umumnya dilakukan oleh laki-laki terhadap perempuan.

Banyak kelompok feminis keberatan dengan klasifikasi perkosaan sebagai kejahatan seksual semata karena dikhawatirkan terminologi tersebut dapat menutupi karakteristik tindakan tersebut yang pada dasarnya merupakan penyerangan dan pada umumnya brutal dan menciptakan suatu atmosfer yang mempertanyakan motif seksual korban.

Perkosaan juga terjadi dalam suasana kencan, yang disebut dengan perkosaan oleh kenalan. Jenis perkosaan ini melebihi jumlah perkosaan oleh orang yang tidak dikenal dengan perbandingan 3:1 (Kilpatrick & Best, 1990). Korban akan lebih cenderung disalahkan atas perkosaan tersebut dan akan cenderung lebih menyalahkan diri sendiri. Pandangan tersebut sangat ditentang karena tidak mengindahkan hak pihak yang lemah. Kesediaan perempuan untuk diajak makan malam, berciuman dan berpelukan merupakan hal yang berbeda dengan kesediaan untuk melakukan sesuatu yang lebih intim.

Perkembangan dari perkosaan oleh teman kencan penggunaan obat penenang Rohypnol. Obat ini tidak berbau tidak berasa dan dapat dengan mudah dicampurkan ke dalam minuman, efek obat ini menyebabkan peminumnya pingsan dan hanya dapat mengingat sedikit, atau bahkan tidak dapat mengingat sama sekali, tentang apa yang terjadi. Sebanyak 25 persen dari jumlah perempuan di Amerika Serikat akan diperkosa suatu saat dalam hidup mereka (Kilpatrick & Best, 1990), paling sering oleh orang yang mereka kenal (Hudson & Ward, 1997) dan kemungkinan lebih dari 80 persen dari seluruh penyerangan seksual tidak dilaporkan. Jika diperhitungkan aktivitas seksual dengan paksaan yang tidak sampai ke tindakan pemerkosaan, temuan menunjukkan bahwa sebanyak 75 persen mahasiswa perempuan pernah menjadi korban semacam bentuk aktivitas seksual yang tidak diinginkan (Koss, 1985).

b. Korban, Serangan dan Pascakejadian

Keyakinan masyarakat luas pada korban perkosaan adalah seseorang berusia muda dan berpenampilan menarik, tetapi itu hanya mitos, walaupun banyak gambaran seperti itu yang terjadi. Usia dan penampilan fisik bukan halangan bagi beberapa pemerkosa.

Korban perkosaan biasanya menjadi trauma oleh serangan tersebut, fisik maupun mental (Calhoun, Atkeson, & Resick, 1982; Resick, 1993; Resick dkk., 1986; Rothbaum dkk., 1992). Dua minggu setelah diperkosa, 94 persen perempuan mengalami gangguan stress

akut dan sembilan bulan kemudian, 42 persen mengalami PTSD penuh (Rothbaum & Foa, 1993)

Sebelum penyerangan terjadi biasanya korban sudah mulai menyadari situasi yang berbahaya namun hampir tidak mempercayai apa yang akan terjadi selanjutnya. Hal utama yang sangat ditakutkan oleh korban adalah keselamatan jiwanya, korban juga biasanya merasakan ketidakmampuan untuk melawan penyerangannya yang umumnya lebih kuat. Terlebih lagi pelaku biasanya melakukan hal yang tidak terduga dan membawa senjata untuk menintimidasi, tidakan perlawanan sangat terhambat karena besarnya rasa takut. DSM-IV-TR menyebutkan perkosaan sebagai jenis trauma yang dapat mengakibatkan terjadinya gangguan stres pascatrauma. Banyak korban yang merasa tegang dan malu setelah diperkosa. Mereka merasa bersalah karena tidak mampu melawan dan ingin melakukan balas dendam, mengalami mimpi buruk dan depresi, hilangnya harga diri umum terjadi pada korban. Beberapa korban mengalami fobia berada di tempat umum atau tempat yang gelap, merasa terancam bila ada orang di belakangnya atau bila sedang berada sendirian.

Banyak kasus pada perempuan yang menjadi korban perkosaan yang bersikap negatif terhadap seks, dan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan suami atau kekasih mereka (Becker, Skinner, dkk., 1986). Tanpa intervensi, simptom-simtom kecemasan dan depresi dalam beberapa kasus, pada beberapa perempuan dapat berlangsung PTSD penuh selama bertahun-tahun setelah penyerangan tersebut (Calhoun & Atkinson, 1991; Resick, 1993) Risiko bunuh diri dan penyalahgunaan zat juga sering terjadi pada korban perkosaan. Dari penelitian tentang efek stress terhadap kesehatan tubuh, didapatkan bahwa korban perkosaan dapat mengalami berbagai masalah somatik dan mereka cenderung menjadi lebih sering berobat (Phelps, Wallace, & Waigant, 1989).

Karakteristik dan durasi gangguan pada korban perkosaan sangat tergantung pada pola kehidupan korban sebelum dan sesudah penyerangan. Faktor-faktor yang dapat mengurangi kondisi negatif pasca perkosaan antara lain adalah pasangan dan teman-teman yang suportif. Pasca kejadian lebih merupakan fungsi penilaian korban terhadap kejadian tersebut dan bukan karena kejadian itu sendiri, cara orang-orang menginterpretasikan berbagai kejadian merupakan hal yang penting.

c. Pemerkosa

Fakta bahwa laki-laki dengan kekuatan yang umumnya lebih besar biasanya dapat menggaghi perempuan memperkuat pandangan tentang fungsi perkosaan di masa lalu dan hingga saat ini masih berfungsi sebagai cara untuk mengendalikan dan mengintimidasi perempuan (Brownmiller, 1975). Komponen seksual itu sendiri tampaknya merupakan komponen penting dalam sebagian besar perkosaan (Seto & Barbaree, 2000)

Perkosaan dalam perang : para penjelajah memperkosa sepanjang perjalannya mereka melintasi Eropa dalam perjalanan ziarah suci pada abad ke-11 hingga abad ke-13. Orang-orang Jerman memperkosa ketika mereka menyerbu Belgia pada perang Dunia I, para tentara Amerika memperkosa para perempuan dewasa dan anak-anak Vietnam ketika mereka melakukan pencarian dan penghancuran. Brownmiller berpendapat bahwa perkosaan sebenarnya diharapkan dalam peperangan. Menurutnya, menjadi anggota militer mendorong timbulnya rasa superioritas maskulin yang keji dan menciptakan suatu iklim dimana perkosaan dapat diterima.

Siapakah si pemerkosa? Pemerkosa pada umumnya adalah salah satu dari semua laki-laki dari berbagai kalangan dan berbagai kondisi baik maupun tidak baik, yang sering kali melakukan perkosaan pada situasi-situasi tertentu dan dengan alasan tertentu.

Para pemerkosa memiliki kesamaan alasan untuk melakukan kekerasan yaitu timbulnya keyakinan bahwa dirinya sudah dikhianati, disakiti, ditipu dan direndahkan oleh perempuan atau memiliki pengalaman masa kecil disiksa oleh kedua orangtuanya. Selain itu dorongan untuk melakukan perkosaan karena pelaku merasa kesepian, kemarahan, dipermalukan, merasa tidak adekuat, dan ditolak.

Dari perspektif sosiologis, semakin masyarakat menerima kekerasan interpersonal sebagai cara mengatasi konflik, dan menyelesaikan masalah, maka semakin tinggi frekuensi perkosaan (Sanday, 1981) dari penelitian menunjukkan bahwa perkosaan dapat didorong oleh pornografi dimana menggambarkan perempuan yang menikmati hubungan seksual dengan paksaan.

d. Terapi Bagi Pemerkosa dan Korban Perkosaan

1) Terapi Untuk Pemerkosa

Program terapi yang dilakukan untuk mengurangi pelaku perkosaan mengalami residivisme setelah keluar dari penjara adalah dengan teknik-teknik kognitif yang bertujuan meluruskan distorsi keyakinan dan mengubah sikap yang tidak benar terhadap perempuan, berbagai upaya untuk meningkatkan empati, mengontrol kemarahan dan mengurangi penyalahgunaan zat. Terapi psikologis juga dilengkapi dengan terapi biologis untuk mengurangi dorongan seks si pemerkosa. Berbagai meta analisis menghasilkan kesimpulan bahwa terapi kognitif dan intervensi biologis cukup dapat menurunkan tingkat residivisme, terutama di kalangan mereka yang menyelesaikan program penanganan (Hall, 1995; Hanson & Bussiere, 1998; Maletsky, 2002)

2) Terapi Untuk Korban Perkosaan

Melakukan berbagai konseling bagi para korban perkosaan. Memfokuskan untuk menormalkan reaksi emosional korban, mendorong korban untuk menyampaikan perasaannya, dan membantunya mengatasi berbagai masalah yang mendesak, seperti mengurus penjagaan anak atau meningkatkan sistem keamanan di rumah korban. Singkatnya adalah membantu korban menyelesaikan masalah dan menghadapi situasi segera setelah kejadian traumatik tersebut. Mencegah untuk menyalahkan diri sendiri juga hal yang penting (Frazier, 1990)

Konselor mendorong korban untuk tidak menarik diri dari pergaulan sosial atau menjadi tidak aktif, pusat krisis memberikan pendamping untuk korban perkosaan dalam menyelesaikan masalahnya dari mulai masalah hukum dan masalah-masalah yang timbul dari kejadian traumatik tersebut.

Sebagian besar terapi korban perkosaan memiliki kesamaan dengan terapi PTSD. Korban diminta untuk menceritakan secara detail peristiwa tersebut kepada terapis, pemaparan ulang pada trauma dirancang untuk menghilangkan rasa takut. Depresi dapat ditangani dengan cara membantu pasien mengevaluasi perannya dalam peristiwa tersebut, karena dalam hal ini korban juga merasa ikut bertanggung jawab atas kejadian tersebut.

Sebuah intervensi kognitif perilaku yang mulai dievaluasi secara empiris adalah terapi proses kognitif yang dikembangkan oleh Patricia Resick. Terapi ini mengkombinasikan pemaparan dengan berbagai memori trauma yang terdapat dalam berbagai intervensi untuk mengurangi kecemasan dengan jenis restrukturisasi kognitif. Contohnya, korban didorong untuk menentang setiap kecenderungan sepenuhnya aspek-aspek kejadian tersebut yang berada diluar kendalinya.

Berikut beberapa alasan mengapa korban perkosaan ketidakmauan untuk melaporkan perkosaan, yaitu :

- ☐ Menganggap perkosaan sebagai masalah pribadi
- ☐ Takut untuk menerima pembalasan dari si pemerkosa atau keluarga dan teman-temannya
- ☐ Menyakini bahwa polisi akan bertindak tidak efisien, tidak efektif dan tidak sensitive

Perjalanan sidang dapat menimbulkan stress pada korban, terlebih lagi bila pelaku merupakan kenalan dari korban, maka keputusan bersalah akan lebih sulit dicapai. Dan yang terakhir, meskipun pelaku sudah melakukan ratusan kali tindakan pemerkosaan tetapi hanya dipenjarakan dalam waktu yang tidak lama atau penyerangannya tersebut.

4. Disfungsi Seksual

Berbagai masalah seksual yang biasanya dianggap mencerminkan hambatan dalam siklus respons seksual normal. Disfungsi seksual dapat menjadi sangat parah sehingga menghilangkan sensitivitas seksual itu sendiri, apalagi kepuasan yang lebih intens dalam hubungan seks.

a. Disfungsi Seksual dan Siklus Respons Seksual Manusia

DSM-IV-TR membagi disfungsi seksual menjadi empat kategori utama: gangguan nafsu seksual, gangguan gairah seksual, gangguan orgasme, dan gangguan nyeri seksual. Diagnosis disfungsi seksual tidak ditegakkan jika gangguan tersebut diyakini disebabkan sepenuhnya oleh penyakit medis (seperti diabetes lanjut, yang dapat menyebabkan masalah ereksi pada laki-laki) atau jika disebabkan oleh gangguan Aksis I lainnya (seperti depresi mayor).

Empat fase dalam siklus respon seksual manusia secara umum dapat diidentifikasi; fase tersebut dianggap tidak jauh berbeda pada laki-laki dan perempuan.

- 1) Keinginan (Appetitive). Dikemukakan oleh Kaplan (1974), tahap ini merujuk minat atau nafsu seksual, yang sering kali berhubungan dengan fantasi yang menimbulkan gairah seksual.
- 2) Kegairahan (Excitement). Merupakan tahap awal dalam konsep Masters dan Jhonson, yaitu suatu pengalaman subjektif tentang kenikmatan seksual yang dihubungkan dengan perubahan fisiologis yang disebabkan meningkatnya aliran darah ke alat kelamin dan pada perempuan juga ke payudara.

Pembengkakan tersebut, yaitu mengalirkan darah ke jaringan-jaringan, terlihat dalam bentuk ereksi penis pada laki-laki dan pada perempuan pembesaran payudara dan perubahan dalam vagina, seperti meningkatnya lubrikasi.

3) Orgasme. Pada fase ini kenikmatan seksual mencapai puncaknya dengan cara yang mempesona para penyair dan orang-orang awam seperti kita selama ribuan tahun.

Pada laki-laki ejakulasi dirasakan tidak terhindarkan dan memang hampir selalu terjadi (dalam beberapa kasus yang jarang terjadi beberapa laki-laki dapat mengalami orgasme tanpa ejakulasi, dan sebaliknya) . Pada perempuan, tepi-tepi bagian luar ketiga pada vagina mengalami kontraksi. Pada kedua jenis kelamin terjadi ketegangan otot pada umumnya dan sentakan pada panggul yang terjadi dengan sendirinya.

4) Resolusi. Tahap akhir dalam konsep Masters dan Johnson merujuk pada relaksasi dan rasa nyaman yang biasanya mengikuti orgasme. Pada laki-laki terjadi periode pengerasan, di mana ereksi dan gairah lebih jauh tidak mungkin terjadi, namung selama kurun waktu yang berbeda-beeda pada setiap individu dan bahkan pada individu yang sama pada saat berbeda-beda. Perempuan sering kali hampir secara langsung mampu kembali merespon kenikmatan seksual, yang memungkinkan terjadinya orgasme ganda.

Versi siklus respons seksual manusia ini adalah suatu kontrak sebagai suatu cara untuk mengonseptualisasikan serangkaian pikiran, perasaan, perilaku, dan reaksi-reaksi biologis yang berkesinambungan ke dalam tahap-tahap yang berbeda.

b. Deskripsi dan Etiologi Disfungsi Seksual

Dalam kriteria diagnostik untuk setiap disfungsi seksual kalimat “ terus menerus atau berulang” digunakan untuk menggarisbawahi fakta bahwa suatu masalah memang harus serius agar dapat ditegaskan suatu diagnosis. Selain itu, terdapat tingkat komorbiditas yang cukup tinggi pada berbagai disfungsi seksual.

1) Gangguan nafsu seksual

DSM IV-TR membedakan dua jenis gangguan nafsu seksual. Gangguan nafsu seksual hipoaktif dan gangguan keengganan seksual. 20 hingga 30 persen dari populasi orang dewasa umum, lebih banyak perempuan dibanding pada laki-laki, kemungkinan mengalami gangguan nafsu seksual hipoaktif.

Kriteria gangguan nafsu seksual hipoaktif dalam DSM IV-TR :

- ☐ Kuangnya atau tidak adanya fantasi dan nafsu seksual yang berlangsung secara terus menerus
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan oleh gangguan Aksis I lain (kecuali disfungsi seksual lain) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Kriteria gangguan keengganan seksual pada DSM IV-TR :

- ☐ Penolakan secara terus menerus terhadap (hampir) semua kontak seksual
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan oleh gangguan Aksis I lain (kecuali disfungsi seksual lain)

Gangguan nafsu seksual hipoaktif merujuk pada kurangnya atau tidak adanya fantasi dan dorongan seksual. Gangguan keengganan seksual mencerminkan bentuk gangguan ini yang lebih ekstrem, dimana seseorang secara aktif menghindari hampir semua kontak genital dengan orang lain.

Di antara orang-orang yang berupaya mendapatkan penanganan untuk disfungsi seksual, lebih dari separuhnya mengeluhkan rendahnya nafsu seksual, di antara mereka gangguan tersebut sering sekali komorbid dengan gangguan orgasme.

Tidak banyak yang diketahui mengenai penyebab gangguan nafsu seksual hipoaktif atau gangguan keengganan seksual. Karena para perempuan yang mengalami gangguan tersebut menunjukkan respon seksual normal terhadap stimuli seksual dalam berbagai studi laboratorium, tidak tampak bahwa mereka tidak mampu untuk merasakan gairah sepenuhnya.

Di antaranya berbagai penyebab dorongan seks rendah pada orang-orang yang ditangani secara klinis adalah ortodoksitas agama, mencoba melakukan hubungan seks dengan orang yang tidak sejenis kelamin sesuai yang diinginkan, takut kehilangan kendali, takut hamil, depresi, efek samping konsumsi obat seperti antihipertensi dan penenang, kurangnya rasa tertarik karena disebabkan factor-faktor kuangnya kebersihan diri pada pasangan, mengalami gangguan disfungsi seksual lain seperti gangguan ereksi.

Faktor lain adalah riwayat trauma seksual, seperti perkosaan atau pelecehan seksual dimasa kanak-kanak, dan takut terkena penyakit menular seksual. Nafsu seksual menjadi lebih rendah bila seseorang mengalami stress sehari-hari dalam kadar yang tinggi.

2) Gangguan Gairah Seksual

Kriteria gangguan gairah seksual pada perempuan dalam DSM IV-TR

- ☐ Ketidakmampuan yang terus-menerus untuk mencapai atau mempertahankan kenikmatan seksual (lubrikasi dan pembengkakan genital) yang diperlukan untuk menyelesaikan aktivitas seksual
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan gangguan aksis I lainnya (kecuali disfungsi seksual lainnya) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Kriteria gangguan ereksi pada Laki-Laki dalam DSM IV-TR

- ☐ Ketidakmampuan yang terus-menerus untuk mencapai atau mempertahankan kenikmatan seksual (lubrikasi dan pembengkakan genital) yang diperlukan untuk menyelesaikan aktivitas seksual
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan gangguan aksis I lainnya (kecuali disfungsi seksual lainnya) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Dua subkategori gangguan gairah adalah gangguan gairah seksual perempuan (frigiditas) dan gangguan ereksi laki-laki (impotensi). Istilah frigiditas dan impotensi diganti menjadi gangguan gairah seksual karena istilah tersebut memiliki arti yang bersifat merendahkan.

Tingkat prevalensi gangguan gairah pada perempuan adalah sekitar 20 persen (Laumann dkk., 1994). Pada laki-laki gangguan ereksi diperkirakan tiga hingga Sembilan persen (a.l.,Ar, 1997; Frank, Anderson, & Rubenstein, 1978) dan meningkat tajam pada orang dewasa yang lebih tua.

Beberapa penyebab spesifik diyakini mendasari masalah gairah perempuan adalah seorang perempuan bias saja kurang mengetahui hal-hal yang dapat membuatnya terangsang dan bahkan kurang mengetahui anatomi tubuhnya sendiri. Konflik perkawinan tampaknya menjadi faktor, seperti juga masalah medis (seperti kurangnya estrogen dan diabetes) dan beberapa obat-obatan (seperti obat-obat hipertensi).

Sebanyak dua pertiga masalah ereksi memiliki penyebab biologis, yang biasanya dikombinasikan dengan faktor-faktor psikologis. Pada umumnya, setiap penyakit, obat, atau ketidak seimbangan hormone yang dapat memengaruhi jalur saraf atau pasokan darah ke penis dapat berkontribusi terhadap masalah ereksi. Faktor-faktor somatic biasanya berinteraksi dengan faktor-faktor psikologis untuk dapat menimbulkan masalah ereksi dan membuatnya terus berlangsung.

3) Gangguan Orgasme

Kriteria gangguan orgasme perempuan dalam DSM IV-TR

- ☐ Tertudanya atau tidak terjadinya orgasme secara terus-menerus setelah periode gairah seksual normal dengan mempertimbangkan umur, pengalaman seksual dan keadekuatan stimulasi seksual yang diterimanya
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan gangguan aksis I lainnya (kecuali disfungsi seksual lainnya) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Kriteria gangguan orgasme laki-laki dalam DSM IV-TR

- ☐ Tertudanya atau tidak terjadinya orgasme secara terus-menerus setelah periode gairah seksual normal dengan mempertimbangkan umur, pengalaman seksual dan keadekuatan stimulasi seksual yang diterimanya
- ☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal
- ☐ Tidak disebabkan gangguan aksis I lainnya (kecuali disfungsi seksual lainnya) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Terdapat perbedaan penting antara masalah yang dapat dialami perempuan dalam mengalami gairah seksual dan masalah yang dapat dialaminya dalam mencapai orgasme. Pada laki-laki, ejakulasi yang hampir selalu disertai dengan orgasme. Perempuan yang atau tidak pernah melakukan masturbasi sebelum mereka melakukan hubungan seks memiliki kemungkinan jauh lebih besar untuk tidak mengalami orgasme dibandingkan dengan perempuan yang melakukan masturbasi. Konsumsi alkohol kronis dapat menjadi faktor somatic dalam disfungsi orgasme pada perempuan. Perempuan memiliki ambang batas orgasme yang berbeda.

Faktor kemungkinan lain adalah rasa takut kehilangan kendali, beberapa perempuan merasa takut bahwa mereka akan berteriak tanpa kendali, membuat dirinya tampak bodoh, atau pingsan. Sumber hambatan yang berkaitan dengan hal ini adalah suatu keyakinan yang mungkin tidak benar bahwa membiarkan dan

mengizinkan tubuh untuk mengambil alih kesadaran dan kendali pikiran merupakan suatu yang tidak pantas.

Kondisi hubungan juga merupakan hal penting, meskipun beberapa perempuan dapat menikmati hubungan seksual dengan seseorang yang sedang menjadi sasaran kemarahannya, atau bahkan kebenciannya, sebagian besar menarik diri dalam situasi semacam itu.

4) Gangguan orgasme pada laki-laki dan ejakulasi prematur (dini)

Kriteria ejakulasi prematur dalam DSM IV-TR

☐ Selalu mengalami ejakulasi setelah stimulasi minimal dan sebelum orang yang bersangkutan menginginkannya. Dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi durasi fase kegairahan seperti umur, masih awam dengan situasi atau pasangan, dan frekuensi hubungan seksual dalam beberapa waktu terakhir

☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal

☐ Tidak semata-mata disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu obat

Gangguan orgasme pada laki-laki atau kesulitan mengalami ejakulasi, relative jarang oleh 4 hingga 10 pasie yang menjalani penanganan. Berbagai penyebab yang dikemukakan antara lain takut bila pasangannya hamil, menyembunyikan rasa cinta, mengekspresikan kekasaran dan seperti halnya gangguan orgasme perempuan yaitu takut untuk melepaskan kendali.

Ejakulasi dini kemungkinan merupakan disfungsi seksual yang paling banyak terjadi pada laki-laki. Penyebab terjadinya adalah penis yang sangat sensitive. Pembelajaran juga dianggap sebagai suatu faktor. Contohnya, seorang anak laki-laki dapat memiliki kecenderungan untuk cepat berejakulasi sebagai akibat hubungan seks yang dilakukan terburu-buru karena dilakukan ditempat yang tidak pribadi dan takut diketahui orang lain.

Kekhawatiran mengalami ejakulasi terlalu dini dapat merupakan akibat alamiah dari penekanan yang berlebihan pada kontak kelamin dalam hubungan seks dikalangan heteroseksual.

5) Gangguan Nyeri Seksual

Dua gangguan rasa nyeri yang berhubungan dengan seks tercantum dalam DSM IV-TR adalah Dispareunia dan Vaginismus

Kriteria Dispareunia dalam DSM IV-TR

☐ Rasa nyeri berulang pada kelamin yang berhubungan dengan kontak kelamin dalam hubungan seksual.

☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal

☐ Tidak disebabkan semata-mata oleh vaginismus atau gangguan Aksis I lain (kecuali disfungsi seksual lain) atau efek fisiologis langsung dari suatu obat atau penyakit medis umum

Kriteria Vaginismus dalam DSM IV-TR

☐ Kejang berulang pada bagian luar ketiga pada vagina hingga ke tingkat yang tidak memungkinkan terjadinya kontak kelamin dalam hubungan seksual konvensional

☐ Menyebabkan distress mendalam atau masalah interpersonal

☐ Tidak disebabkan oleh gangguan Aksis I lain atau efek fisiologis langsung dari suatu penyakit medis umum

Beberapa perempuan menuturkan bahwa rasa nyeri terjadi ketika penis mulai memasuki vagina, sedangkan yang lain menuturkan bahwa rasa sakit hanya terjadi setelah penetrasi..Dispareunia jarang didiagnosis pada laki-laki. Pada perempuan, didiagnosis dispareunia tidak ditegakkan apabila rasa nyeri diyakini disebabkan oleh kurangnya lubrikasi vagina (bila diasumsikan diagnosis gangguan gairah seksual pada perempuan akan ditegakkan), juga tidak ditegakkan jika hal itu merupakan fungsi dari gangguan rasa nyeri lainnya, yaitu vaginismus.

Meskipun tidak mampu melakukan kontak kelamin, perempuan yang mengalami vaginismus merasakan gairah seksual normal dan mengalami orgasme melalui stimulasi manual atau oral tanpa penetrasi.

Rasa sakit genital yang berhubungan dengan kontak kelamin biasanya disebabkan oleh masalah medis, seperti infeksi pada vagina, kandung kemih, rahim atau ukuran penis. Simtom-simtom depresif, kecemasan dan masalah perkawinan juga dihubungkan dengan dipareunia. Takut hamil, kecemasan, masalah hubungan dan sikap negatif terhadap seks pada umumnya dapat berperan dalam vaginismus. Masters dan Jhonson menemukan bahwa pada sejumlah pasangan yang mereka tangan, ketidak mampuan pihak laki-laki untuk mempertahankan ereksi memicu terjadinya vaginismus pada pasangannya. Dengan demikian, pada beberapa perempuan, masalah seksual yang dialami pasangan dapat sangat memicu kecemasan sehingga mengakibatkan gangguan ini.

c. Teori-teori Umum Mengenai Disfungsi Seksual

Pandangan psikoanalisis mengasumsikan bahwa disfungsi seksual merupakan simtom-simtom dari konflik yang di repress yang mendasari masalah tersebut. Seorang laki-laki yang berejakulasi terlalu dini sehingga membuat pasangannya frustrasi kemungkinan mengekspresikan agresivitas yang direpres terhadap perempuan yang secara tidak disadari mengingatkannya pada ibunya. Seseorang yang mengalami vaginismus kemungkinan mengekspresikan agresivitas terhadap laki-laki, mungkin akibat pelecehan seksual dimasa kanak-kanak atau yang lebih langsung karena perilaku suaminya yang dominan.

Model teoretis Masters dan Johnson, menggunakan model yang terdiri dari dua bagian, yaitu penyebab dimasa kini dan historis untuk mengonseptualisasi etiologic ketidakadekuatan seksual manusia.

Penyebab dimasa kini atau proksimal dapat dibagi menjadi dua yaitu takut terhadap performa merujuk kondisi dimana seseorang memiliki kekhawatiran berlebihan mengenai bagaimana ia berperforma selama berhubungan seksual. Peran pengamat dan bukannya sebagai peserta dalam pengalaman seksual.

Penyebab historis, penyebab dimasa kini atau proksimal dari disfungsi seksual dihipotesis memiliki satu anteseden historis atau lebih seperti:

- ☐ Kekolotan dalam beragama
- ☐ Trauma psikoseksual
- ☐ Kecenderungan homoseksual
- ☐ Konseling yang tidak adekuat

☐ Konsumsi alkohol yang berlebihan

☐ Penyebab biologis

☐ Faktor-faktor sosiokultural

Terdapat pandangan kontemporer lain terkait disfungsi seksual seperti, asumsi yang digunakan sebagian besar terapis seks kontemporer adalah pasangan yang mengalami disfungsi seksual memiliki masalah seksual, sekaligus masalah interpersonal (Rosen & Leiblum, 1995).

Orang-orang yang mengalami masalah seksual sering kali memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kurang (LoPiccolo & Hogan, 1979). Kaplan (1974) berpendapat bahwa hambatan kecemasan dapat terjadi bila salah satu pihak terlalu ingin menyenangkan pihak lain sehingga pihak yang lain merasa menjadi pusat perhatian yang menyebabkan timbulnya kecemasan terhadap performa. Kemungkinan penyebab yang lain lagi dari disfungsi seksual adalah kecemasan akan respon – kecemasan bahwa dirinya tidak dapat mengalami gairah (Apfelbaum, 1989).

Komunikasi yang buruk antar kedua pihak dalam pasangan juga memberikan pengaruh pada disfungsi seksual. Karena sejumlah alasan antara lain rasa malu, tidak percaya, tidak suka, kecewa, depresi, salah satu pasangan mungkin tidak menyampaikan apa yang diinginkan, disukai, dan tidak disukai pada pasangannya, kemudian menyalahartikan kegagalan pasangannya sebagai tanda ketidakpedulian.

d. Terapi Disfungsi Seksual

1) Mengurangi Kecemasan

Para terapis perilaku memahami bahwa para klien disfungsi seksual membutuhkan pemaparan bertahap dan sistematis pada aspek-aspek situasi seksual yang memicu kecemasan. Desentisasi sistematis dan desentisasi in vivo (desentisasi dengan kehidupan nyata) dari Wolpe digunakan dengan cukup berhasil. Terutama jika dikombinasikan dengan pelatihan keterampilan. Contohnya: seorang perempuan yang mengalami vaginismus pertama-tama dapat berlatih relaksasi, kemudian berlatih memasukkan jarinya ke dalam vaginanya, dimulai dengan sedikit menusukkan jarinya dan secara bertahap semakin dalam.

2) Masturbasi Terarah

Masturbasi terarah yang diciptakan oleh LoPiccolo dan Lobitz (1972) merupakan suatu terapi multi langkah yang melengkapi program Masters dan Johnson. Langkah-langkahnya:

☐ Pertama, si perempuan mengamati dengan seksama tubuhnya tanpa busana, termasuk alat kelaminnya dan mengidentifikasi berbagai bagian dengan bantuan diagram

☐ Kemudian, ia diinstruksikan untuk menyentuh kelaminnya dan menyentuh bagian yang menghasilkan kenikmatan

☐ Setelah langkah ini selesai, kemudian intensitas masturbasi ditingkatkan dengan fantasi erotis. Jika orgasme belum muncul pada saat itu, maka ia diinstruksikan untuk membeli vibrator dan diajari bagaimana cara menggunakannya.

3) Terapi Pasangan

Disfungsi seksual sering kali menyatu dengan perkawinan yang bermasalah dan pasangan yang bermasalah biasanya membutuhkan pelatihan khusus dalam keterampilan komunikasi nonseksual . Terapis perlu memahami bahwa masalah seksual menyatu dengan berbagai faktor hubungan interpersonal yang kompleks. Kadang suatu terapi memfokuskan pada isu-isu nonseksual, seperti masalah dengan mertua atau pengasuhan anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gladding, S. (2009). *Counseling: A Comprehensive Profession*. New Jersey: Pearson Education International.
2. Kennedy, E.C. (1977). *On Becoming A Counselor*. New York: The Seabury Press.
3. Pederson, P.B., Draguns, J.G., Lonner., W.J., & Trimble, J.E. (1996). *Counseling Across Culture*. USA: Sage Publication.
4. Miller, G. (2012). *Fundamentals of Crisis Counseling*. New Jersey: John Wiley & Sons.