

Konsep dan Teori PSIKOLOGI ABNORMAL & PSIKOPATOLOGI

JILID 2

Buku Psikologi Abnormal dan Psikopatologi (jilid 2) merupakan lanjutan pembahasan dari Buku Psikologi Abnormal dan Psikopatologi jilid 1, dengan menjelaskan enam (6) gangguan psikologis yang tidak dijelaskan pada jilid 1, yaitu Gangguan Makan, Gangguan Kepribadian, Gangguan Suasana Perasaan, Gangguan Psikofisiologi, Gangguan Somatoform, Gangguan Disosiatif, Gangguan Kepribadian dan Skizofrenia. Buku ini dapat berguna bagi mahasiswa, pekerja sosial dan praktisi kesehatan untuk memperluas kajian dan mengasah kemampuan serta kepekaan dalam melakukan identifikasi masalah dan klasifikasi macam-macam perilaku abnormal dan psikopatologi. Buku ini akan memberikan penjelasan secara detail dan mendalam tentang bagaimana memahami pengertian, faktor penyebab gangguan-gangguan psikologis, baik dari sudut pandang medis biologis, psikologis, maupun Islam dan intervensi klinis dan/atau upaya penanggulangan dari berbagai gangguan menggunakan pendekatan psikologis dan Islam. Penjelasan Gangguan ini berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition (Text Revision)/DSM-IV TR*. Walaupun tahun 2014 *American Psychiatric Association* telah menerbitkan DSM V-TR, namun penulis merasa DSM IV-TR lebih mampu menjelaskan bentuk-bentuk gangguan kejiwaan dan lebih memungkinkan untuk menerapkan penegakan diagnosa pada gangguan jiwa tertentu.

Penerbit: Al-Mujtahadah Press
Jl. Handayani Gg. Ros No. 52 Kel. Maharatu
Kec. Marpoyan Damai Pekanbaru-Riau
Website: al-mujtahadahpress.blogspot.com
E-mail: almujtahadahprss@gmail.com
Hp: 081365662636, 081378712088

ISBN 978-602-9392-91-3

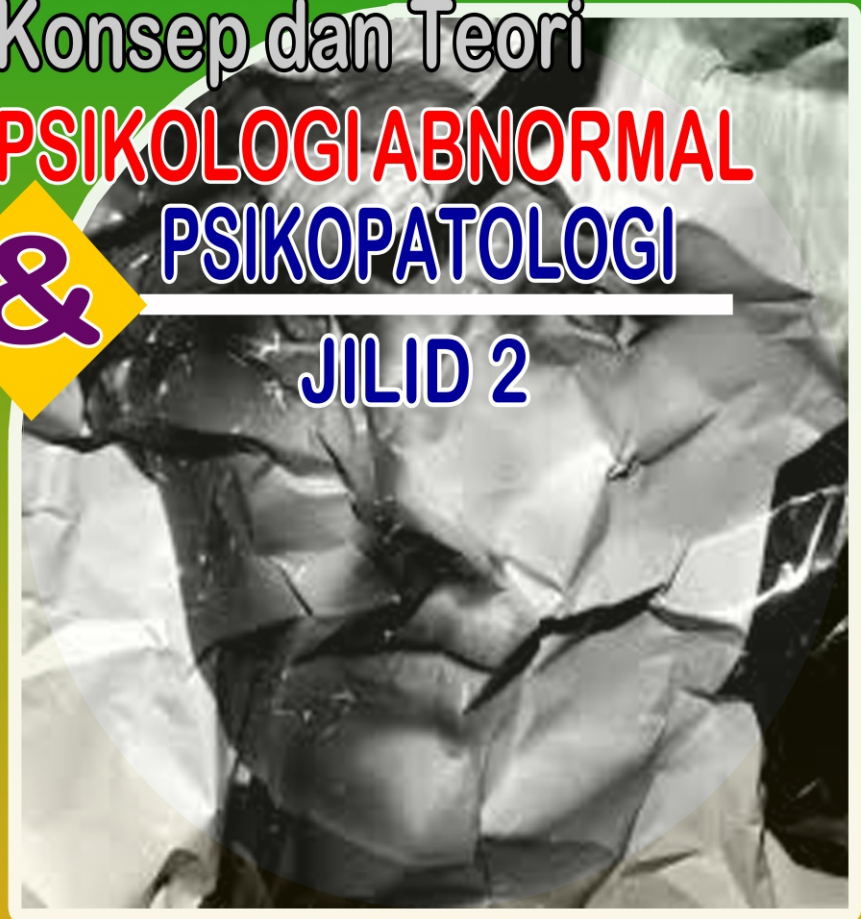


Anggia Kargenti Evanurul Marettih
Diana Elfida
Yuli Widiningsih

Konsep dan Teori Psikologi Abnormal Psikopatologi Jilid 2

Konsep dan Teori PSIKOLOGI ABNORMAL & PSIKOPATOLOGI

JILID 2



Anggia Kargenti Evanurul Marettih
Diana Elfida
Yuli Widiningsih



AL MUJTAHADAH PRESS

*International Journal of Psychology and Psychological
Therapy. 10, 2, pp. 191-204*

**KONSEP DAN TEORI
PSIKOLOGI ABNORMAL DAN
PSIKOPATOLOGI
(JILID 2)**

- <https://psikiatrijayapura.wordpress.com/2014/10/11/world-mental-health-day-10-oct-2014-living-with-schizophrenia-2>. Diunduh Juni 2017.
- Isaac, A. 2006. Panduan Belajar: Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik, E/3. (Diterjemahkan oleh Dean Praty Rahayuningsih). Jakarta: EGC.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., and Greb, Jack A. 1996. *Sinopsis Psikiatri Jilid 1*. (Diterjemahkan oleh Widjaja Kusuma). Jakarta: Penerbit Binarupa Aksara.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., and Greb, Jack A. 1996. *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. (Diterjemahkan oleh Widjaja Kusuma). Jakarta: Penerbit Binarupa Aksara.
- Najati, Utsman M. 1997. *Alqur'an dan Ilmu Jiwa*. Bandung: Penerbit Pustaka.
- Nevid, Jeffrey S., Rathus Spencer A., Greene, Beverly. 2007. *Psikologi Abnormal* (Terjemahan dari Tim Fakultas Psikologi UI). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Pinel, John P.J. 2012. *Biopsikologi*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Sulistyowati, Dwi Ariani., Prihantini, E. 2015. Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Edisi Mei, Volume 4, Nomor 1, 2015, hlm. 72-77*.
- White, Robert W. and Watt, Norman F. 1984. *The Abnormal Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Videbeck, S.L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa: Renata Komalasari, Afrina Hany; editor edisi Bahasa indonesia, Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC
- Tomás, Pilar., Fuentes, Inma., Roder, Volker., Ruiz, Juan Carlos. 2010. Cognitive Rehabilitation Programs in Schizophrenia: Current Status and Perspectives.

mengikuti terapi psikoreligi akan membatasi gerakannya karena berfokus pada kegiatannya sehingga dapat mengurangi agresif fisik klien (2008).

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. (4th edition)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Ardani, Tristiadi A. 2011. *Psikologi Abnormal*. Bandung: CV. Lubuk Agung.
- Durand, V. Mark & Barlow, David H. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal: Edisi Keempat (Terjemahan dari Helly Pratjitno Soetjipto, Sri Mulyantini Soetjipto)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Coleman, James C. *Abnormal Psychology and Modern Life*. Chicago: Scott, Foresman and Company.
- Davison, Gerald C., Neale, John M., & Kring, Ann. 2007. *Psikologi Abnormal Edisi 9*. (Diterjemahkan oleh Noermalasari Fajar). Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Halgin, Richard P., and Whitbourne, Susan K., 2010. *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis, Edisi 6, Buku I dan II*. (Diterjemahkan oleh Aliya Tusya'ni dkk). Jakarta: Penerbit Salemba Humanika.
- <http://scholar.unand.ac.id.eprint>. Marta, Suri (2015). Pengaruh Teapri Perilaku: Token Ekonomi Terhadap Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Rawat Inap RSJD Provinsi Jambi Tahun 2015. *Thesis*. Universitas Andalas. Diunduh Juni 2017.

ANGGIA KARGENTI EVANURUL MARETTIH
DIANA ELFIDA
YULI WIDININGSIH

KONSEP DAN TEORI PSIKOLOGI ABNORMAL DAN PSIKOPATOLOGI

(JILID 2)



**KONSEP DAN TEORI PSIKOLOGI ABNORMAL DAN PSIKOPATOLOGI
(JILID 2)**

Penulis : **ANGGIA KARGENTI EVANURUL MARETTIH**
DIANA ELFIDA
YULI WIDININGSIH

Lay Out : Eko Syahputra
Desain Cover : Al-Mujtahadah Press
Percetakan : GNR Grafika

Penerbit :
Al-Mujtahadah Press
Jl. Handayani Gg. Ros No. 52 Kel. Maharatu Kec. Marpoyan Damai
Pekanbaru-Riau Email: almujtahadahprss@gmail.com
Hp. 0813 65662636 Hp. 0813 78712088

Hak Cipta dilindungi Undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau keseluruhan isi buku ini dalam bentuk apapun tanpa izin penerbit.

Cetakan :
Pertama, September 2017
© Al-Mujtahadah Press, 2017

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

ANGGIA, Kargenti Evanurul Marettih
Konsep Dan Teori Psikologi Abnormal Dan Psikopatologi (Jilid 2) /Oleh: Anggia Kargenti Evanurul Marettih,
Diana Elfida, Yuli Widiningsih. --Cet. I --Pekanbaru : Al-Mujtahadah Press, 2017
viii, 120 hlm.; 21 cm
ISBN 978-602-9392-91-3

1. Psikologi
2. Abnormal
3. Psikopatologi

I. Judul

155.9042

akan dilaksanakan pada skizofrenik. Klinisi membutuhkan bantuan dan kerjasaman keluarga dalam melakukan perawatan dan pengobatan yang dapat mendukung kesembuhan pasien skizofrenik. Selain itu, program terapi keluarga juga dilakukan sebagai salah satu kegiatan yang dapat membantu keluarga penderita untuk mengatasi metode perawatan yang akan diberikan, mengajarkan cara-cara berkomunikasi secara lebih jelas, belajar cara-cara yang meringankan hubungan dengan penderita serta membantu pasien untuk bertahan di rumah setelah keluar dari perawatan rumah sakit jiwa. Inti dari terapi keluarga ini adalah untuk mempersiapkan para skizofrenik melakukan adaptasi dan penyesuaian sosial, bukan untuk menghilangkan gejala-gejala psositif maupun negatif yang dimiliki.

- 5) **Islamic Treatment:** Dalam sebuah penelitian yang dilakukan Sulistyowati dan Prihantin (2015) pada penderita skizofrenia menjelaskan bahwa terapi psikoreligi merupakan bagian dari latihan asertive. Terapi psikoreligi yang diberikan dapat berupa terapi dzikir dan do'a, hal ini masuk dalam strategi pencegahan terhadap perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia. Dengan terapi Psikoreligi jika dilaksanakan secara lebih maksimal atau khusuk akan menjadi tindakan yang efektif menurunkan perilaku kekerasan pada pasien skhizofrenia di Rumah Sakit Jiwa (RSJ). Videbecck menjelaskan bahwa orang yang

- b. **Pendekatan prinsip belajar** seperti pemberian sistem token ekonomi dan pelatihan keterampilan sosial dapat membantu meningkatkan perilaku adaptif pasien dalam kehidupan sehari-hari. Marta (2015) dalam penelitian menjelaskan bahwa kurangnya perawatan diri pada pasien skizofrenia terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun salah satu cara untuk mengatasinya adalah dengan *token economy*. Melalui terapi ini, pasien skizofrenia akan diajarkan untuk belajar agar dapat berfungsi dalam aktivitas kesehariannya, walaupun dalam aktivitas yang sederhana sekalipun seperti cara makan yang benar, mencuci piring, membersihkan tempat tidur, menyapu halaman. dengan melakukan aktivitas-aktivitas sederhana dalam kehidupan keseharian ini, pasien skizofrenia dibantu untuk dapat berfungsi dengan baik.
- c. **Pendekatan rehabilitasi psikososial** diberikan kepada agar dapat membantu keberhasilan para skizofrenik untuk melakukan proses adaptasi terhadap pekerjaan dan peran-peran sosial dalam komunitas dan masyarakat pada umumnya.
- d. **Pelatihan keterampilan sosial**. Dalam kegiatan pelatihan ini, klinisi akan melibatkan anggota keluarga dalam perencanaan terapi yang

Kata Pengantar

Buku Psikologi Abnormal dan Psikopatologi (jilid 2) merupakan lanjutan pembahasan dari Buku Psikologi Abnormal dan Psikopatologi jilid 1, dengan menjelaskan enam (6) gangguan psikologis yang tidak dijelaskan pada jilid 1, yaitu Gangguan Makan, Gangguan Kepribadian, Gangguan Suasana Perasaan, Gangguan Psikofisiologi, Gangguan Somatoform, Gangguan Disosiatif, Gangguan Kepribadian dan Skizofrenia. Buku ini dapat berguna bagi mahasiswa, pekerja sosial dan praktisi kesehatan untuk memperluas kajian dan mengasah kemampuan serta kepekaan dalam melakukan identifikasi masalah dan klasifikasi macam-macam perilaku abnormal dan psikopatologi. Buku ini akan memberikan penjelasan secara detail dan mendalam tentang bagaimana memahami pengertian, faktor penyebab gangguan-gangguan psikologis, baik dari sudut pandang medis biologis, psikologis, maupun Islam dan intervensi klinis dan/atau upaya

penanggulangan dari berbagai gangguan menggunakan pendekatan psikologis dan islam. Penjelasan Gangguan ini berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition (Text Revision)/DSM-IV TR. Walaupun tahun 2014 American Psychiatric Association telah menerbitkan DSM V-TR, namun penulis merasa DSM IV-TR lebih mampu menjelaskan bentuk-bentuk gangguan kejiwaan dan lebih memungkinkan untuk menerapkan penegakan diagnosa pada gangguan jiwa tertentu.

Semoga buku ini dapat dijadikan sebagai sumber dan bahan kajian bagi mahasiswa, pekerja sosial dan praktisi kesehatan untuk melakukan proses identifikasi dan menjelaskan perilaku dan gangguan psikologis yang terjadi pada individu.

Penulis,
Anggia Kargenti Evanurul Marettih
Diana Elfida
Yuli Widingsih

skizofrenik, biasanya dokter melakukan kombinasi pengobatan farmakologis dan psikologis. Hal ini dilakukan karena obat-obatan antipsikotik dapat memberikan pengaruh psikologis pada penurunan gejala kecemasan, halusinasi dan delusi.

3) **Biological Treatment**

- a. *Prefrontal lobotomy* merupakan salah satu prosedur operasi yang merusak bagian yang menghubungkan lobus frontal bagian bawah pusat otak.
- b. Selain itu, tritmen/intervensi medis yang dapat diberikan pada penderita skizofrenik adalah *Electro Compulsive Therapy*, yaitu kejutan listrik pada bagian otak, walaupun hasilnya dianggap kurang efektif tetapi masih dapat diterapkan pada pasien depresi berat dan gangguan obsesif kompulsif.

4) **Psychological Treatmens**

- a. *Cognitive Remediation Therapy (CRT)* dikembangkan oleh Wykes *et al.* CRT menjelaskan berbagai metode yang mengajarkan keterampilan "berpikir" termasuk untuk meningkatkan proses memori dan atensi pada penderita skizofrenia. Metode CRT ini akan membantu penderita skizofrenia untuk mampu berfungsi kembali di masyarakat. Tomás, Pilar., Fuentes, Inma., Roder, Volker., Ruiz, Juan Carlos, (2010) dalam penelitiannya membuktikan bahwa sebagai program rehabilitasi, CRT dapat meningkatkan keberfungsian kognitif pada pasien skizofrenia.

pemeliharaan di bawah tanggung jawab pemerintah dengan melibatkan anggota masyarakat. Sebagai bentuk upaya untuk mewujudkan kesejahteraan dan kesehatan jiwa yang optimal adalah penting kiranya untuk melakukan tindakan terapeutik yang terpadu dan berkesinambungan.

1) Farmakologi

Obat-obatan antipsikotik secara nyata efektif dapat mengurangi gejala-gejala positif pada skizofrenik. Obat-obatan antipsikotik ini merupakan terapi utama yang dapat diberikan. Pengobatan akan membantu untuk menghambat aspek-aspek gangguan yang nyata. Pengobatan juga mengurangi kebutuhan perawatan rumah sakit dan risiko pengulangan episode. Obat-obatan yang digunakan biasanya antipsikotik seperti Phenothiazine, Haloperidol, Haldol (Kaplan, 2000). Penggunaan phenothiazine akan menghasilkan efek terapeutik yaitu dengan cara menghambat berbagai reseptor dopamin pada otak sehingga akan mengurangi efek yang ditimbulkan dopamin pada pikiran, emosi dan perilaku skizofrenik. Salah satu obat anti psikotik yang dapat diberikan pada skizofrenik adalah klopazin. Klopazin dapat memberikan manfaat bagi skizofrenik dalam mengurangi gejala-gejala positif yang dimiliki.

2) Psikofarmakologi

Pendekatan menyeluruh dalam perawatan skizofrenia Pendekatan menyeluruh menggabungkan pendekatan psikofarmakologis dan psikososial. Melakukan pengobatan antipsikotik tidak ditujukan untuk menyembuhkan. Untuk pengobatan

Daftar Isi

Kata Pengantar (v)

Daftar Isi (vii)

VIII. Gangguan Makan

A. Pengertian (2)

B. Gejala-gejala dan Karakter Diagnostik (5)

C. Etiologi (7)

D. Intervensi (13)

Daftar Pustaka

IX. Gangguan Kepribadian

A. Gangguan-gangguan Kepribadian Klaster A (23)

B. Gangguan-gangguan Kepribadian Klaster B (33)

C. Klaster C (gangguan kepribadian *avoidant*, gangguan kepribadian *dependent*, dan gangguan kepribadian *obsessive compulsive*) (40)

Daftar Pustaka

X. Gangguan Psikofisiologis, somatoform Gangguan Psikofisiologis

A. Pengertian dan Kriteria Diagnostik (50)

B. Etiologi (51)

C. Intervensi Klinis (53)

Gangguan Somatoform

- A. Pengertian dan Deskripsi Klinis (55)
- B. Etiologi (62)
- C. Intervensi Klinis (64)

Daftar Pustaka

XI. Disosiatif

- A. Pengertian dan Deskripsi Klinis (68)
- B. Etiologi (74)
- C. Intervensi Klinis (77)

Daftar Pustaka

XII. Gangguan Afektif/Gangguan Mood

- A. Deskripsi Klinis (81)
- B. Etiologi (88)
- C. Intervensi Klinis (91)

Daftar Pustaka

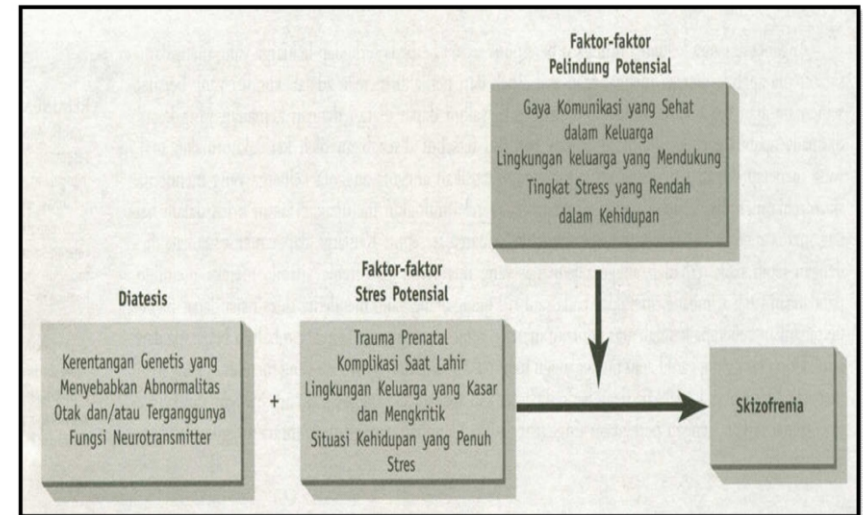
XIII. Skizofrenia

- A. Sejarah Singkat Konsep Skizofrenia (97)
- B. Skizofrenia (100)
- C. Gejala dan Deskripsi Klinis (101)
- D. Tipe Skizofrenia (107)
- E. Etiologi (110)

Daftar Pustaka

ketidakmampuan untuk bereaksi dengan tingkat emosionalitas yang pas terhadap berbagai kejadian positif atau negatif yang dialami sebagai internalisasi ketidakcakapan individu dalam menghadapi situasi dan kehidupan yang penuh dengan tekanan.

Model Diatesis-Stres dari Skizofrenia



Sumber: Nevid, Rathus, Greene, 2007

C. Intervensi

Di dalam Undang-undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan jiwa dijelaskan bahwa orang-orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dijamin untuk hidup sejahtera lahir batin serta memperoleh pelayanan kesehatan. Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan terhadap perubahan fungsi-fungsi jiwa manusia yang membutuhkan pelayanan dan

konflik intrapsikis yang pelik sehingga terjadi kerusakan pada fungsi ego yang berpengaruh terhadap adanya jarak terhadap realitas yang khas. *Id* menyebabkan fantasi disalahsartikan sebagai realitas sehingga menyebabkan timbulnya halusinasi dan delusi pada individu.

3. **Konsep Belajar**, menjelaskan beberapa bentuk perilaku skizofrenia disebabkan oleh kurangnya penguatan sosial. Kekurangan tersebut menyebabkan pemisahan secara perlahan dari lingkungan sosial dan meningkatnya perhatian terhadap dunia fantasi. Perilaku skizofrenik dalam lingkup rumah sakit terjadi karena modeling dan reinforcement positif terhadap perilaku aneh (Kaplan, 2000).
4. **Diathesis Stres Model**, menjelaskan bahwa sebagian orang mewarisi diathesis atau dikenal dengan kerentanan genetik, yang tidak mampu untuk menginisiasi gangguan itu dengan sendirinya. Ide sentral *diathesis stress* adalah apabila individu-individu yang rentan terpapar stres pada awal kehidupannya, makan sistem mereka akan menjadi tersentisasi secara permanen dan bereaksi secara berlebihan terhadap stresor-stresor ringan selama hidupnya (Pinel, 2009). Dalam hal ini, perjalanan skizofrenia berawal dari potensi kerentanan-kerentanan biologis dan psikologis serta faktor lingkungan yang dimiliki individu. Individu yang rentan secara biologis ditambah dengan rentan psikologis serta adanya pengaruh lingkungan akan mengembangkan gejala-gejala skizofrenia, karena ketidakmampuan menghadapi situasi penuh stres. Delusi, halusinasi, pikiran yang tidak koheren, perilaku ganjil yang tidak lazim, dan

BAB VIII GANGGUAN MAKAN

Setiap manusia ingin selalu berpenampilan menarik dimanapun berada, terutama bagi remaja yang beranjak dewasa yang menaruh perhatian lebih pada bentuk tubuh. Segala usaha akan dilakukan untuk memperoleh bentuk tubuh yang dianggap ideal. Terutama bagi suatu pekerjaan tertentu, berat badan ideal dan proporsional menjadi persyaratan utama yang harus dimiliki agar tetap dapat bertahan dalam pekerjaan tersebut. Sebut saja dunia entertainmen, modelling dan fashion yang mensyaratkan bagi pelakunya untuk memiliki dan mempertahankan berat badan ideal. Bentuk tubuh ideal adalah bentuk tubuh yang cenderung kurus dan semampai, terutama bagi remaja perempuan. Menjaga berat badan adalah hal yang menantang sekaligus membuat individu menderita. Menahan hasrat untuk makan, merupakan hal yang sulit untuk dilakukan. Hal ini dapat memicu untuk mengembangkan gangguan makan bagi individu.

Individu dengan gangguan makan mungkin berawal dari mengkonsumsi makanan yang lebih sedikit atau lebih banyak daripada biasa, tetapi pada tahap tertentu, keinginan untuk makan lebih sedikit atau lebih banyak terus menerus di luar keinginan (American Psychiatric Association, 2005). Data epidemiologi melaporkan bahwa gangguan makan mengalami peningkatan hingga 4% pada remaja perempuan dan anoreksia nervosa diperkirakan muncul pada 0,51% pada kelompok yang sama. Ini terjadi 10-20 kali lebih banyak pada perempuan

daripada pada laki-laki dan terutama di negara maju (Wozniak, Rekleiti, Roup, 2012).

Gangguan makan di kalangan remaja adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius karena prevalensinya yang tinggi dan berakibat buruk pada kondisi psikologis individu. Gangguan makan merupakan paparan perilaku makan yang abnormal yang biasanya lebih sering dialami oleh remaja. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Miotto, Coppi, *et al* (2003), perilaku makan yang abnormal berhubungan erat dengan perilaku agresif pada remaja. Hal ini mengingat individu yang mengalami gangguan perilaku makan, cenderung akan melakukan tindakan agresif antara lain tindakan untuk menyakiti diri sendiri. Perilaku makan yang abnormal berkaitan dengan pola makan yang dimiliki. Dua sindrom klinis muncul pada usia remaja dan dewasa adalah *Anorexia Nervosa* dan *Bulimia nervosa*.

A. Pengertian

1. *Anorexia Nervosa*

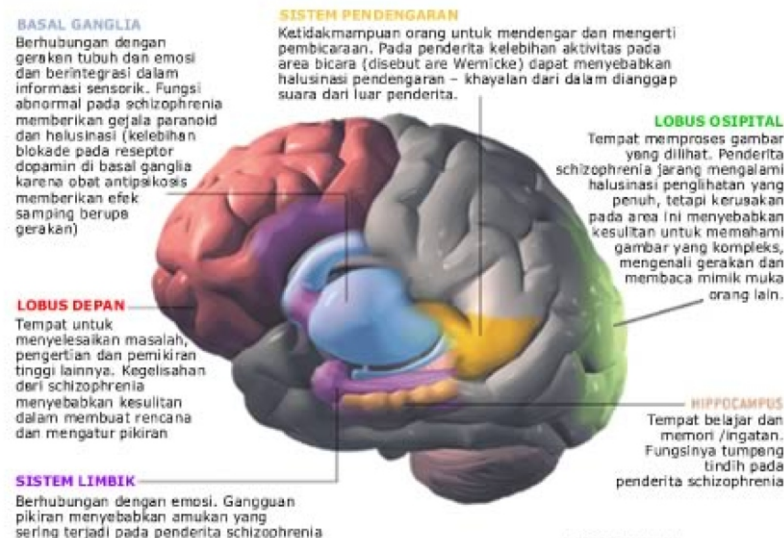
Anorexi berasal dari bahasa latin yang artinya tidak merasakan lapar, menolak untuk makan, dan/atau melakukan puasa yang sifatnya terpaksa sehingga akan mengakibatkan timbulnya keluhan-keluhan dan sakit fisik. *Anorexia nervosa* mempertahankan berat tubuh lebih dari 15% di bawah tingkat normal, memiliki ketakutan yang kuat terhadap kelebihan berat badan, citra tubuh yang buruk, dan sering mengalami siklus menstruasi yang terganggu bahkan *amenorhea*.

Menurut *DSM IV-TR (2000)* *anorexia nervosa* is characterized by a refusal to maintain a minimally body weight. Dapat diartikan bahwa sebagian besar individu yang menderita *anorexia nervosa* menolak

Gambar Struktur Otak Pada Penderita Skizofrenia

OTAK PENDERITA SCHIZOPHRENIA

Banyak bagian dan sistem otak berjalan tidak normal pada penderita skizofrenia, termasuk di bawah ini. Ketidakseimbangan pada neurotransmitter dopamin sewaktu berpikir menjadi penyebab utama skizofrenia. Tetapi penemuan terbaru menyatakan karena kurangnya sinyal neurotransmitter glutamat yang masuk atau lebih spesifik lagi, kurangnya satu kunci ke neuron dari glutamat (reseptor NMDA)-dimana lebih menjelaskan kenapa skizofrenia mempunyai gejala yang luas.



Sumber: <https://psikiatrijayapura.wordpress.com/2014/10/11/world-mental-health-day-10-oct-2014-living-with-schizophrenia-2/>

2. **Konsep Psikodinamika Tradisional**, menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan cerminan dari ego yang dibanjiri dorongan-dorongan seksual primitif (libido) atau impuls-impuls yang bersumber dari *id*. Skizofrenia manifestasi regresi dari keadaan psikologis yang berhubungan dengan masa awal balita. Adanya tekanan dan dominasi *id* akan menghasilkan perilaku-perilaku aneh, menyimpang secara sosial, dan membangkitkan halusinasi dan waham (Durand & Barlow, 2006). Implus-impuls tersebut mengancam ego dan berkembang menjadi

Delusi atau keyakinan-keyakinan yang persisten ini tidak disebabkan faktor organik. Individu cenderung tidak memiliki gejala-gejala negatif skizofrenia. Satu hal yang menjadi catatan adalah, mereka menjadi terisolasi secara sosial karena kecurigaan yang berlebihan pada orang lain. Subtipe delusional antara lain erotomania, grandiositi, *jealous*, *persecutory* dan *somatic* (DSM IV-TR, APA, 2000). Munro (dalam Durrand & Barlow, 2006) menjelaskan bahwa onset gangguan delusional terjadi pada usia rata-rata 40-49 tahun, dan banyak dialami oleh perempuan dibandingkan laki-laki.

E. Etiologi

Skizofrenia dapat terjadi pada siapa saja melalui faktor penyebab yang bervariasi. Faktor-faktor tersebut mendasari skizofrenia dan memiliki perspektif yang berbeda-beda satu sama lain. Cikal bakal skizofrenia dianggap melibatkan ketidaknormalan atau ketidaklaziman biologis yang berkolaborasi dengan pengaruh psikososial dan lingkungan (USDHHS, 1999 dalam Nevid, Rathus, Greene, 2003).

1. **Konsep Biologis** menjelaskan munculnya gejala prenitis pada penderita skizofrenia disebabkan peranan Neurotransmitter dopamine yang berlebihan di dalam otak. Perannya diyakini oleh sebagian besar peneliti, terutama dalam memunculkan ciri-ciri dan perilaku yang mengindikasikan gangguan yang nyata. Di satu sisi, virus mungkin terlibat, namun buktinya masih kurang. Disfungsi otak dan kerusakan struktural. Makin terbukti bahwa terjadinya bersamaan dengan skizofrenia, namun jalur penyebabnya secara pasti belum diketahui.

untuk mempertahankan berat badan normal yang minimal, mereka sangat takut akan penambahan berat badan dan menunjukkan adanya gangguan persepsi yang sangat signifikan terhadap bentuk atau ukuran tubuh mereka. Perilaku makan seperti ini sering dialami oleh remaja, terutama remaja perempuan (Miotto, Coppi, *et al*, 2003). *Anorexia nervosa* ditandai dengan kelainan berat dan serius serta persepsi diri yang buruk terhadap tubuh mereka. *Anorexia* dikaitkan dengan gangguan psikologis lainnya seperti gangguan kecemasan, gangguan mood, depresi, gangguan obsesif-kompulsif, dan ciri kepribadian maladaptif dan biasanya bermanifestasi sendiri selama atau setelah peristiwa kehidupan yang penuh tekanan.

Anorexia Nervosa terbagi menjadi dua tipe, yaitu **tipe terbatas (*restricting type*)** yang mana penurunan berat badan dilakukan individu melalui diet, puasa, atau latihan/olahraga yang berlebihan. Sementara **tipe makan berlebihan (*binge-eating/purging type*)** diberikan pada individu yang secara teratur terlibat dalam perilaku makan yang berlebihan sekaligus melakukan pembersihan selama episode saat itu. Kebanyakan individu dengan *anorexia nervosa* yang memiliki perilaku makan berlebihan dan perilaku pembersihan sekaligus akan dengan sengaja memuntahkan apa yang dimakan dan melakukan penyalahgunaan obat pencahar. Tipe makan berlebihan lebih berkemungkinan bersifat psikopatologik karena pasien *anorexia* dengan tipe ini menunjukkan gangguan kepribadian, perilaku impulsif, mencuri, penyalahgunaan obatan-obatan dan alkohol,

menarik diri dari lingkungan sosial, hingga melakukan usaha bunuh diri yang lebih banyak dibandingkan *anorexia* tipe terbatas.

2. *Bulimia Nervosa*

Bulimia nervosa adalah episode berulang makan berlebihan (*binge eating*) dan kemudian dengan perlakuan kompensatori (muntah, berpuasa, berolah raga, atau kombinasi antara kegityanya). Perilaku makan yang banyak/berlebihan dilakukan individu namun setelahnya, individu tersebut mencoba melakukan usaha untuk mengeluarkan kembali makanan yang telah ditelannya dengan kata lain, individu memuntahkan kembali makanan yang telah dimakan. Hal ini dilakukan sebagai bentuk kompensasi untuk mengurangi rasa benci yang tidak berdaya yang dirasakan individu terhadap perilaku makannya.

Sama halnya dengan *anorexia*, individu yang mengalami *bulimia nervosa* sangat mengkhawatirkan bentuk dan berat tubuhnya (DIV-TR, 2000). *Bulimia nervosa* merupakan gangguan psikologis yang ditandai dengan pola perilaku makan yang terlalu banyak dan diikuti dengan muntah yang disengaja dan dirangsang sendiri. Dalam DSM-IV TR (2000) dijelaskan ada dua (2) bentuk *bulimia nervosa*, yaitu **purging** dan **nonpurging**. *Bulimia nervosa tipe purging* jika individu memuntahkan kembali makanan secara sengaja dan atau individu melakukan penyalahgunaan obat pencahar, diuretik atau enema. Hal ini dilakukan agar makanan tidak sempat dicerna oleh tubuh

5. **Tipe Tak Terbedakan:** Penderita skizofrenia dengan tipe ini memperlihatkan gejala-gejala utama namun tidak memenuhi kriteria tipe paranoid, terdisornasir maupun katatonik.

Gangguan-gangguan psikotik lainnya

Berikut ini penjelasan mengenai beberapa gangguan-gangguan psikotik yang dialami individu namun tidak tepat/tidak pas jika dimasukkan dalam kriteria skizofrenia, namun menggambarkan variasi-variasi yang sangat signifikan.

1. **Gangguan Skizofreniform:** gangguan skizofreniform meliputi gejala-gejala skizofrenia yang berlangsung kurang dari 6 bulan. Dijelaskan dalam DSM IV-TR, onset gejala psikotik muncul selang waktu 4 minggu sejak terjadinya dan dapat terlihat dari perilaku yang muncul, kebingungan yang muncul pada episode psikotik memuncak, fungsi sosial dan okupasional premorbid terhitung baik tanpa penumpulan afek (APA, 2000).
2. **Gangguan Skizoafektif:** gangguan psikotik ditunjukkan dengan gejala skizofrenia dan gangguan suasana hati/mood yang berat (depresi berat, bipolar). Sangat mirip dengan prognosis skizofrenia, pada skizoafektif individu akan cenderung tidak menjadi lebih baik dan berkemungkinan dalam beberapa tahun ke depan akan mengalami kesulitan-kesulitan dalam melanjutkan kehidupan.

Gangguan Delusional: ditandai dengan keyakinan-keyakinan yang persisten yang sangat tidak lazim dan berlawanan dengan realita/kenyataan namun tanpa atau tidak disertai oleh gejala-gejala skizofrenia yang lain.

yang tidak lazim atau biasa disebut *waxy flexibility* (posisi diam yang menetap). Tipe ini sangat kontras dengan tipe paranoid. Penderita menunjukkan afek yang sangat datar, tidak sesuai, tidak pas. Penderita akan menunjukkan perilaku motorik yang aneh dan ganjil, postur kaku, bahkan sampai tahan berjam-jam dalam satu posisi tertentu tanpa motif yang jelas. Mereka kerap mengulang-ulang atau meniru kata-kata orang lain “ekolalia” dan gerakan-gerakan orang lain “ekopraksia” (Durand & Barlow, 2006).

3. **Tipe Tidak Terorganisir:** Tipe ini dikenal dengan tipe **Hebrefrenik**. Ditandai dengan pola pembicaraan dan pola perilaku yang terdisrupsi dan afek datar. Pada situasi tertentu, penderita skizofrenia dengan tipe ini memperlihatkan perilaku yang tidak tepat (tertawa tanpa sebab), dan kerap menghabiskan waktu untuk menatap diri sendiri melalui cermin (Ho dkk, 2003 dalam Durand & Barlow, 2006). Onset sering ditemui pada usia remaja atau dewasa muda, ditandai dengan kesulitan-kesulitan yang dialami sejak usia dini dengan permasalahan yang bersifat kronik.
4. **Tipe Residual:** Skizofrenia dengan tipe residual adalah individu-individu yang pernah mengalami setidaknya satu episode skizofrenia tetapi tidak lagi menunjukkan atau memperlihatkan gejala-gejala utamanya (delusi, halusinasi, dosirganisasi), namun masih memiliki beberapa gejala-gejala sisa (residual) seperti pikiran-pikiran yang tidak lazim/aneh, menarik diri secara sosial dan afek datar.

sehingga tidak menambah berat badan. Sementara itu, *bulimia nervosa tipe nonpurging* adalah individu yang menggunakan cara lain selain cara yang digunakan pada tipe *purging*, seperti berpuasa secara berlebihan tanpa makan. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar energi yang dihasilkan dari makanan dapat langsung dibakar dan habis.

B. Gejala dan Karakteristik Diagnostik

1. Anorexia Nervosa

Individu dengan anorexia nervosa memiliki beberapa gejala, yang terdiri dari gejala utama dan gejala sekunder. Gejala utama yang dapat terlihat adalah ketakutan individu yang teramat sangat terhadap kenaikan berat badan, takut menjadi gemuk serta takut bahwa gambaran dirinya akan rusak karena bentuk dan berat tubuhnya (Miotto, Coppi., et al., (2003). Sementara itu, gejala sekunder yang dapat diamati adalah terjadinya *bradycardia* (melemahnya detak jantung), *hypotension* (tekanan darah rendah), *hypotermia* (suhu badan rendah) serta masalah-masalah lainnya yang berkaitan erat dengan gangguan-gangguan yang terjadi dalam sistem metabolisme tubuh.

Selain itu, gangguan kecemasan dan gangguan suasana perasaan sering muncul membersamai gejala anorexia. Gangguan kecemasan yang sering muncul pada penderita anorexia adalah obsesif kompulsif. Pada penderita anorexia, pemikiran-pemikiran irasional dan tidak menyenangkan difokuskan pada berat badan, sehingga perilaku yang dipaparkan adalah perilaku ritualistik yang berulang-ulang. Dalam sebuah penelitian

dijelaskan bahwa, perempuan dengan *anorexia nervosa* memiliki kakacauan/kegagalan yang persisten terakit perilaku makan yang dilakukan,

Diagnosa ditegakkan jika seseorang kehilangan sedikitnya 15% dari berat badan normal atau idealnya (Indeks Massa Tubuh). Penurunan berat badan yang ekstrem pada penderita anoreksia sangat berbahaya bagi kesehatan dan bahkan dapat mematikan. Pola makan yang terganggu dan pembatasan kalori yang parah adalah ciri khas pasien *anoreksia nervosa*. Terlepas dari pentingnya perilaku makan dalam karakteristik, jarang ada beberapa studi elaborasi tentang perilaku makan di antara orang-orang dengan gangguan makan.

2. Bulimia Nervosa

Gejala yang mudah diamati adalah perilaku makan dengan porsi banyak dan berlebihan, dan biasanya lebih banyak memakan makanan cepat saji daripada sayur-sayuran dan buah-buahan (Fairbur, Cooper, 1993). Makan banyak yang diperlihatkan seringkali disertai dengan perasaan yang tidak terkendali terhadap perilaku makannya. Individu akan berhenti makan ketika perutnya sudah tidak bisa lagi menerima asupan makanan dan menderita sakit perut. Dalam DSM IV-TR (2000) disebutkan bahwa "*bulimia nervosa is characterized by repeated episodes of binge eating followed by inappropriate compensatory behaviours such as self-induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics, or other medications, fasting, or excessive exercise*".

dalam waktu sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan (atau kurang dari 1 bulan jika berhasil diterapi).

Dapat disimpulkan Penengakan Kriteria Diagnostik untuk Skizofrenia berdasarkan DSM IV-TR (2000) yaitu:

Delusi
Halusinasi
Pembicaraan yang tidak terorganisir
Perilaku katatonik
Gejala negatif
Disfungsi sosial dan okupasional
Gagal atau tidak peduli dengan perawatan diri
Persisten terjadi selama -+ 6 bulan

D. Tipe Skizofrenia

DSM IV-TR (2000) menjelaskan ada beberapa sub tipe skizofrenia, yang masing-masing memiliki kriteria diagnostik yang berbeda. Pembagian subtipe skizofrenia berdasarkan tiga (3) hal penting, yaitu paranoia, disorganisasi dan katatonia. Penjelasan sub tipe skizifrenia dapat dilihat pada paparan singkat di bawah ini:

1. **Tipe Paranoia:** Tipe ini secara mencolok tampak sangat berbeda dengan kriteria delusi dan halusinasi yang signifikan. Pada umumnya penderita skizofrenia tipe paranoia tidak mengalami disorganisasi dalam hal pembicaraan dan tidak mengalami afek datar. Sementara perilaku motorik dan emosionalnya relatif utuh. Delusi dan halusinasi yang dialami, biasanya mengarah pada satu tema tertentu (Durand & Barlow, 2006).
2. **Tipe Katatonik:** Tipe ini merupakan tipe skizofrenia dengan paparan respon motorik

C. **Durasi:** tanda-tanda gangguan terus berlanjut dan menetap sedikitnya enam (6) bulan. Pada periode 6 bulan ini meliputi gejala-gejala fase aktif yang memenuhi kriteria A dan dapat juga mencakup fase prodromal ataupun residual. Selama fase prodromal dan residual berlangsung, tanda-tanda gangguan dapat termanifestasikan dalam bentuk gejala-gejala negatif saja atau lebih kurang lebih dua (2) gejala kriteria A dalam bentuk yang lebih ringan.

D. **Penyingkiran skizoafektif dan gangguan mood Gangguan isi pikiran/Waham;** Gangguan skizoafektif dan mood dengan gambaran psikotik dikesampingkan karena (1) tidak ada episode depresi, mania ataupun campuran keduanya yang terjadi secara bersamaan dengan gejala fase aktif, (2) jika episode mood terjadi disepanjang fase aktif yang relatif singkat dibanding periode fase aktif dan residual.

E. **Penyingkiran kondisi medis dan zat;** gangguan ini tidak dapat diatribusikan sebagai akibat atau dampak dari faktor fisiologis langsung dari suatu zat-zat tertentu (misalnya obat-obatan atau penyalahgunaan obat) atau oleh suatu kondisi medis secara umum.

F. **Berkaitan dengan gangguan perkembangan pervasif;** jika terdapat riwayat autisme atau gangguan perpasif lainnya maka tambahan diaonosa skizofrenia hanya akan dilakukan jika terdapat delusi, halusinasi yang nyata dan menonjol

Gejala-gejala dan tanda klinis Bulimia Nervosa antara lain kelelahan, sakit kepala, pembengkakan pada tangan, diare parah (hingga berdarah), konstipasi, haid tidak teratur atau bahkan tidak datang haid, mual- mual, kram otot, nyeri dada, rambut rontok, mudah mengalami pendarahan dan rasa terbakar. Selain itu terjadi perubahan kulit, terutama bagian dorsum jari berhubungan dengan penggunaan jari untuk membuat muntah meliputi hiperpigmentasi, luka parut, pembesaran kelenjar ludah, terutama kelenjar parotis bilateral tanpa nyeri dan terjadi erosi email gigi (perimolisis), biasanya pada permukaan gigi bagian lingual, palatal dan posterior. Gejala-gejala tersebut akan semakin memperparah kondisi fisik dan psikologis individu.

C. Etiologi

Anorexia Nervosa

1. Faktor Psikososial: *Anorexia nervosa* merupakan reaksi terhadap tuntutan remaja untuk lebih mandiri dan meningkatkan aktivitas sosial dan seksual (Wozniak, Rekleiti, Roup, 2012). Dalam studi lebih lanjut ditemukan bahwa ada hubungan yang bermasalah antara orang tua dan anak-anak yang mengalami anorexia nervosa, perilaku makan yang ditunjukkan sebagai upaya remaja untuk menarik perhatian orangtua. Dalam riwayat keluarga pasien disebutkan kontribusi faktor sosial dan keluarga pada anorexia nervosa pada kasus depresi, alkoholisme, dan gangguan makan (McClelland & Crisp dalam Wozniak, Rekleiti, Roup, 2012).

Di sisi lain, citra tubuh yang buruk akan memiliki konsekuensi negatif bahkan tragis. Terutama bagi remaja laki-laki. Dalam penelitiannya, Olivardia, Pope dan Hudson (2002 dalam Durand & Barlow, 2006) menjelaskan bahwa ada sebuah sindrom yang terjadi pada olahragawan angkat berat, yang merupakan kebalikan dari anorexia, dikenal dengan istilah *reverse anorexia nervosa*. Laki-laki dengan sindroma ini merasa tubuhnya sangat kecil, sehingga terobsesi untuk menaikkan berat badan, agar tampil lebih berotot. Tentu saja ini merupakan sindrom yang tidak normal dan akan menjadi gangguan psikologis.

2. Faktor Biologis

- 1) Hereditas: Genetika memiliki peran penting dalam menurunkan simtom *anorexia nervosa*. Dalam sebuah studi dilaporkan bahwa hampir 50% kembar identik memiliki kemungkinan untuk mengembangkan gangguan yang sama, terutama pada kembar berjenis kelamin perempuan. Saudara kembar dari penderita *anorexia nervosa* memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami *anorexia nervosa*.
- 2) Faktor neurokimia: Teori biologis difokuskan pada fungsi hipotalamus. Berdasarkan hasil pengamatan dan hasil uji klinis terdapat disfungsi protogenik pada fungsi hipotalamus. Sekresi kortisol yang terlalu tinggi akan berakibat pada kekurangan gizi dan depresi pada individu. Amenore (tidak menstruasi/tidak haid) dilaporkan terjadi sebelum terjadinya penurunan berat badan. Peningkatan

juga ekspresi wajah yang aneh, dan menunjukkan posisi tubuh katatonik untuk waktu yang cukup lama.

d. Simtom lain

a) Katatonik

- b) Afek yang tidak sesuai Pada kasus tertentu, bisa jadi respon emosi yang dimunculkan tidak tepat, tertawa dan menangis disaat yang bersamaan.

DSM IV-TR (APA, 2000), menjelaskan beberapa karakteristik diagnostik skizofrenia, yaitu;

- A. **Karakteristik Gejala khas:** minimal dua (2) atau lebih gejala muncul dalam waktu kurang lebih 1 bulan. Gejala-gejala khas tersebut terdiri dari (1) waham/delusi, (2) halusinasi, (3) pembicaraan yang kacau dan atau janggal, (4) perilaku nyata yang sangat tidak terorganisasi (perilaku katatonik), dan (5) gejala negatif (alogia, avolia, afek datar, anhedonia). Hal yang penting dicermati adalah hanya butuh satu (1) kriteria A saja jika waham/delusi sangat aneh/janggal atau jika halusinasinya berupa suara-suara yang datang terus menerus mengomentari tingkah laku atau pikiran individu, atau dua atau lebih suara-suara yang saling melakukan percakapan.

- B. **Disfungsi sosial dan pekerjaan:** menunjukkan bahwa individu mengalami penurunan fungsi secara nyata di bawah ditingkat yang dicapai sebelum onset dalam suatu rentang waktu sejak onset gangguan (jika dialami pada waktu kecil biasanya berkaitan dengan kegagalan dalam mencapai hubungan interpersonal, prestasi akademik yang diharapkan) seperti pekerjaan, hubungan interpersonal dan perawatan diri.

b. **Simtom negatif (DSM IV-TR, 2000)**

- a) **Gangguan emosional**, terkait dengan emosi atau
1. **Afek datar**, yaitu ketidakmampuan dalam mengekspresikan apa yang dirasakan (ketumpulan emosi). Individu dengan skizofrenia tidak dapat merasakan emosi apa-apa, dan tidak mampu merespon stimulus dalam bentuk emosi apapun.
 2. **Anhedonia** yaitu sikap apatis, menyendiri dan melamun merupakan respon mereka terhadap kondisi-kondisi yang seharusnya menimbulkan reaksi emosi kegembiraan, ketakutan ataupun kemarahan, namun yang terjadi justru sebaliknya. Kemudian kehilangan minat terhadap kesenangan disebut Gagal dalam menjalin hubungan dan gagal melakukan aktivitas sosial. Kata-kata yang diucapkan seringkali tidak bermakna, aneh dan sulit dimengerti oleh lawan bicara.
 3. **Alogia** dapat terwujud dalam miskin kata-kata, miskin isi percakapan, jumlah total percakapan sangat jauh berkurang.
 4. **Avolia** ditunjukkan dengan kehilangan energi secara drastis, tidak tertarik pada hal-hal yang biasa dilakukan setiap hari, mengabaikan keindahan, kesopanan.
- b) **Asosiasi yang tidak logis**, ketidakmampuan individu dalam mempertahankan hubungan sosial. Teman yang dimiliki sangat terbatas

c. **Simtom disorganisasi**

- a) **Disorganisasi pembicaraan**
- b) **Gangguan perilaku**, penderita skizofrenia menunjukkan aktivitas atau perilaku-perilaku yang tidak lazim, seperti menyeringai, posisi tubuh kaku, gerakan-gerakan repetitif, aneh dan berlebihan. Ekspresi wajah yang ditunjukkan

serotonin di dalam otak akan mengurangi nafsu makan, dan leptin tampaknya memiliki gulungan penting dalam pengaturan lokasi lemak di tubuh, dan sebagai akibatnya regulasi nafsu makan. Penderita *anorexia nervosa* memiliki tingkat leptin yang lebih rendah dalam darah yang meningkat dengan kenaikan suhu badan.

3. **Faktor Kultural:** tuntutan dan tekanan kultural memberikan kontribusi dan menjadi pemicu semakin tingginya gangguan makan pada remaja. Misal, pada profesi tertentu, tuntutan memiliki tubuh ideal bahkan cenderung kurus akan menjadi tolok ukur bagi kesuksesan seseorang. Ini dialami bagi para model, penari balet, atlet pesenam. Ada ukuran tubuh ideal yang harus mereka miliki, tidak bisa tidak, sehingga hal ini akan menimbulkan tekanan-tekanan yang berakhir pada pola diet berat, sehingga mereka tidak lagi mempedulikan asupan gizi yang dibutuhkan tubuh. Diet menjadi salah satu jalan ampuh, untuk menjaga berat badan. Ekstrimnya adalah mereka melakukan diet tanpa konsultasi dengan ahlinya, yang mereka lakukan adalah menolak makan sehingga mengakibatkan berat badan semakin berkurang sampai ketinggian bahaya bahkan kematian.
4. **Faktor integratif:** model integratif ini meyakini bahwa pengaruh psikologis, biologis dan sosial kultural menjadi suatu kesatuan yang dapat mempengaruhi *anorexia nervosa*. Jika individu

memiliki kontrol diri yang negatif, harga diri rendah, mengalami distorsi citra tubuh, memiliki kecenderungan genetik untuk mengembangkan kontrol impuls yang buruk, ketidakstabilan emosi dan hidup dalam lingkungan yang memberikan tuntutan tentang bentuk tubuh ideal. Hal ini akan menyebabkan individu tidak puas dengan bentuk tubuh yang dimiliki, dan menimbulkan keemasan sehingga mengembangkan pembatasan makan, hingga berlanjut pada penolakan makan akibat yang ditimbulkan adalah penurunan berat badan yang eksemisif.

Bulimia Nervosa

1. **Faktor genetik** : Adanya bukti bahwa bulimia banyak didapat pada penderita dengan riwayat keluarga gangguan depresi dan kecemasan, serta lebih banyak pada kembar monozigot dibandingkan dizigot. Proses biologis memiliki kontribusi pada gangguan makan ini. Dalam hal ini peran hipotalamus dan sistem neurotransmitter, terutama aktivitas seritogenetik. Tingkat serotogenetik yang rendah akan berhubungan dengan perilaku impulsif dan perilaku makan yang berlebihan.
2. **Faktor Kognitif**: dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Cooper, Wells, dan Todd (2004) menjelaskan bahwa penderita bulimina nervosa memiliki *negatif self belief*, yaitu keyakinan-keyakinan yang buruk dan negatif terhadap kemungkinan-kemungkinan yang terjadi pada dirinya sehingga hal tersebut memperkuat perilaku makan yang salah dan secara otomatis

- b) **Halusinasi** merupakan simptom positif yang berkaitan dengan apa yang individu pikirkan tentang sesuatu yang sebenarnya tidak ada/ tidak eksis. Halusinasi berkaitan dengan gangguan perseptual, yang akan mempengaruhi fungsi sensoris. Halusinasi merupakan gambaran yang dipersepsi tanpa adanya stimulus dari lingkungan. Individu dengan skizofrenia merasakan bahwa dunianya tampak berbeda, dan sulit dibedakan dari kenyataan. Halusinasi terjadi hampir lebih dari 70% penderita skizofrenia namun halusinasi bukanlah gejala yang khas (Nevid, Rathus, Greene, 2006). Orang-orang yang mengalami depresi mayor dan mania juga seringkali mengalami halusinasi. Halusinasi dapat juga terjadi sebagai respon terhadap obat-obatan halusinogen, dan tidak selalu merupakan tanda-tanda dari psikopatologik.

Tabel 13. 2. Gangguan perseptual

Halusinasi Auditori	Mendengar ada suara-suara aneh, padahal tidak ada. Misal halusinasi perintah, merasa ada suara-suara yang memberikan perintah pada mereka untuk melakukan tindakan tertentu.
Halusinasi Taktil	Merasakan ada yang menggelitik, sensasi terbakar, sensasi kedinginan.
Halusinasi Somatis	Merasakan ada benda bergerak di kepala, ada ular yang melilit di kerongkongan.
Halusinasi Visual	Merasa melihat sesuatu yang tidak ada
Halusinasi Gustatoris	Merasakan dengan lidah sesuatu yang tidak ada
Halusinasi pembauan	Mencium bau dari sesuatu yang tidak ada

akan mengalami waham-waham yang bervariasi, sehingga mengganggu fungsinya sebagai pribadi utuh. Penalaran dan keyakinan yang keliru mencerminkan adanya kegagalan dalam proses kognitif yang berdampak pada afek dan perilaku yang tidak lazim. Delusi ini merupakan manifestasi dari gangguan proses berpikir pada individu.

Tabel 13.1. Waham isi pikiran

Waham referensi Ide-ide yang dimiliki tidak masuk akal, dan diluar common sense	<i>"Saya yakin interpol akan menangkap saya".</i>
Waham persekusi Keyakinan yang dimiliki seperti dikejar-kejar oleh sekelompok orang, sering disebut waham kejaran.	<i>"Sepertinya orang-orang mengolok-olok dan membicarakan saya disepanjang waktu".</i>
Waham dikendalikan Keyakinan yang dimiliki bahwa pikiran, perasaan dan perilakunya dikendalikan oleh kekuatan-kekuatan di luar dirinya.	<i>"Yang melakukan ini bukan saya, tapi iblis yang ada di tubuh saya".</i>
Waham kebesaran Sering disebut waham kemegahan, yang menganggap dirinya adalah sosok yang memiliki kekuatan yang luar biasa dan mengidentifikasikan dirinya sebagai tokoh-tokoh besar (nabi, pemuka agama, raja, ratu adil)	<i>"Aku adalah Titisan Nabi Adam, yang diberi tugas untuk menjaga perdamaian dunia"</i>
Waham of perception Waham yang berkaitan dengan pengalaman indrawi yang tidak lazim/tidak wajar, yang bermakna khas dan bersifat mistis.	<i>"Saya mencium aroma kematian tengah mendekati saya"</i>

akan mempertahankan pola makan yang negatif. Pemikiran yang permisif dan keyakinan negatif terhadap bentuk tubuh, berat badan yang tidak dapat dikendalikan akan membawa individu pada suatu pemikiran dan perilaku makan yang impulsif. Pola pikir dan keyakinan-keyakinan yang negatif tersebut akan mempengaruhi emosi, perilaku, struktur biokimia di dalam tubuh.

3. **Faktor Emosi:** Penderita bulimia senantiasa berputus asa terhadap dirinya sendiri, tidak percaya diri sehingga mereka diet dengan cara menggunakan pil diet bahkan memuntahkan makanan. Penilaian orang terhadap dirinya menyebabkan kecemasan dan tekanan yang dapat menyebabkan stres sehingga untuk mengatasinya mereka cenderung ke arah bulimia.
4. **Faktor psikososial:** Secara psikososial, pemicu gangguan makan pada individu antara lain disebabkan oleh dinamika keluarga, tekanan sosial untuk berpenampilan kurus dari lingkungan (iklan, fashion, dan dunia entertain yang menetapkan sosok ideal). Dilaporkan bahwa dewasa ini para remaja, khususnya remaja perempuan memiliki pola perilaku makan yang menyimpang dikarenakan tuntutan lingkungan dan pengaruh gaya hidup. Media massa yang gencar menampilkan figur yang selalu menampilkan sosok tubuh ideal turut menjadi pemicu semakin meningkatnya gangguan makan pada remaja (Mallick, Ray, Mukhopadhyay, 2014). Remaja terpicu untuk melakukan diet yang salah demi mendapatkan tubuh yang ideal yang diharapkan

lingkungan. Hal ini mengakibatkan remaja melakukan modifikasi makanan yang justru akan berpotensi menimbulkan ancaman serius pada perkembangan psikososial individu, status gizi serta kemungkinan buruknya justru akan memperparah perilaku makannya.

5. **Faktor budaya:** Kebanyakan orang menilai bahwa cantik identik dengan kurus dan terkadang kondisi tersebut menjadi suatu tuntutan kerja. Anggapan ini pun menjadi budaya yang berkembang di masyarakat. Sama halnya dengan *anorexia nervosa*, pada bulimia nervosa, tuntutan dan tekanan kultural sangat mempengaruhi perilaku makan mereka dalam menjaga berat tubuh ideal. Hanya saja, pada bulimia, mereka memakan makanan secara berlebihan untuk kemudian dimuntahkan dengan sengaja.

Model Integratif: Sama halnya dengan *anorexia nervosa*, model integratif menjelaskan bahwa bulimia nervosa disebabkan oleh faktor psikologis, biologis dan kultural yang secara bersama-sama memberikan kontribusi pada munculnya gangguan makan berlebihan, berulang-ulang dari perilaku makan yang eksematik yang diikuti tindakan kompensatoris untuk menyingkirkan makanan yang telah dimakan dengan memuntahkannya dengan sengaja. Peran kerentanan biologis dan psikologis serta adanya tuntutan secara kultural semakin memperkuat dan mengembangkan pola perilaku makan yang eksematik dan tidak terkontrol, karena diliputi kecemasan terhadap berat badan ideal.

C. Gejala dan Deskripsi Klinis

Simtom merupakan gejala yang tampak melalui pola pikir, afek dan perilaku. Simtom skizofrenia seringkali telah terlihat dan terpapar sejak masa kanak-kanak. Salah satu indikator yang sering terlihat pada masa kanak-kanak adalah ketidakmampuan individu dalam mengekspresikan perasaan dan emosi, penyimpangan komunikasi, dan gangguan perhatian. Ada perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki cenderung memperlihatkan perilaku yang menantang, tanpa alasan yang jelas, suka mengganggu dan cenderung tidak disiplin. Sementara anak perempuan tampil sebagai anak yang pemalu, suka menarik diri, tidak mampu menikmati rasa senang dan memiliki ekspresi wajah yang terbatas (Ardani, 2011).

Secara umum, gejala skizofrenia memiliki gejala-gejala yang kadangkala terlihat secara nyata. Simtom-simtom skizofrenia terdiri dari simtom positif, simtom negatif dan disorganisasi. Simptom positif seperti yang dijelaskan dalam DSM IV TR (2000) terdiri dari Delusi, halusinasi dan gangguan persepsi lainnya. Sementara itu, simtom negatif terdiri dari afek datar, alogia, avolia. Simtom skizofrenia secara umum dapat dilihat melalui:

a. Simtom positif

- a) **Delusi** dikenal dengan istilah waham, yaitu keyakinan yang salah, keliru dan berlawanan dengan kenyataan atau realitas, serta tidak rasional. Hal-hal yang irasional tersebut biasanya terungkap melalui ide-ide referensi "*idea of references*", waham kejaran "*delusion of persecution*", waham kebesaran "*delusion of grandeur*" dan waham dikendalikan "*delusion of controlled*". Kebanyakan penderita skizofrenia

B. Skizofrenia

Umumnya pada akhir masa remaja atau awal masa dewasa. Kemunculan tanda-tanda atau gejala-gejala skizofrenia dapat terjadi secara mendadak maupun perlahan-lahan. Kemunculan gejala-gejala secara perlahan akan diawali oleh fase prodromal. **Fase prodromal** merupakan periode deteriorasi perlahan yang mengawali munculnya simptom-simptom akut yang ditandai kemunduran-kemunduran, seperti berkurangnya minat terhadap kegiatan atau aktivitas sosial dan meningkatnya kesulitan dalam pemenuhan tanggungjawab dalam kehidupan sehari-hari. Kemudian **Episode akut**, terjadi secara berkala di sepanjang masa hidup, yang terjadi secara sebentar-sebentar, ditandai oleh simptom psikotik yang nyata, seperti halusinasi dan waham. Pada fase akut ini, perilaku aneh dan tidak masuk akal semakin meningkat seperti menimbun makanan, menyimpan sampah, berbicara dan tertawa sendiri, ditambah dengan simptom psikotik halusinasi dan waham semakin berkembang. Di antara setiap episode itu terdapat **Fase residual** yaitu ciri gangguan skizofrenia, di mana fungsi hidup terlihat serupa dengan fase prodromal. Fase residual adalah fase yang memperlihatkan gejala sisa yang tidak memperlihatkan gejala-gejala utama.

Skizofrenia merupakan gangguan pervasif yang luas yang mempengaruhi proses psikologis yang mencakup kognisi, afeksi dan perilaku (Arango, Kirkpatrick, Buchanan, 2000 dalam Nevid, Rathus, Greene, 2003).

D. Intervensi

Anoreksia Nervosa

1. **Penanganan gangguan makan.** Perawatan 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. Pada anoreksia, perlu untuk diberikan intervensi biologis dan psikologis. Perubahan berat badan yang cukup besar, gejala psikologis dan gangguan makan yang terjadi selama perawatan di rumah sakit tidak disejajarkan dengan perubahan jumlah konsumsi makanan yang serupa. Sysko, Walsh, Schebendach, Wilson, (2005) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa dengan melakukan perbaikan asupan gizi, pola makan yang sehat terhadap berat badan normal, banyak pasien dengan anoreksia menunjukkan perilaku makan yang mendekati normal. Studi lebih lanjut tentang perilaku makan anorexia nervosa layak dilakukan untuk memperbaiki pemeliharaan dan hasil pengobatan yang telah dilakukan. Pasien *anorexia nervosa* diberikan *Visual Analogue Scale* untuk menuliskan penilaian dalam bentuk rating tentang kesulitan makan, kelaparan, kepenuhan, rasa sakit, kehilangan kontrol, dorongan untuk makan, kesibukan dengan pikiran akan makanan, dan ketakutan akan kegemukan yang dirasakan.
2. **Penanganan farmakologis.** Anoreksia nervosa sering kali komorbid dengan depresi, gangguan ini ditangani dengan berbagai antidepresan.

Fluoksetin lebih memberikan hasil dibandingkan dengan plasebo untuk mengurangi makan berlebihan dan muntah, juga mengurangi depresi dan sikap yang menyimpang terhadap makanan dan makan. Sayangnya, hal itu tidak terlalu berhasil. Hanya memulihkan berat badan tanpa mengurangi gejala-gejala anoreksia. Pemberian obat-obatan antidepresan bagi *anoreksia nervosa* biasanya bertujuan untuk memperbaiki gejala yang ada akibat gangguan komorbid seperti depresi, kecemasan, dan gangguan obsesif-kompulsif. Misalnya, antidepresan diresepkan untuk membantu gejala depresi pada pasien dan antipsikotik, obat penenang ringan atau antihistamin digunakan untuk mengobati kecemasan (Behiyat, 2012).

3. Penanganan psikologis.

- a) **Terapi psikologis** bagi anoreksia secara umum diyakini sebagai suatu proses dua tahap. Tahap pertama, adalah tujuan jangka pendek yang membantu pasien menambah berat badan untuk mencegah komplikasi medis dan kemungkinan kematian. Program *operant conditioning* cukup berhasil untuk menambah berat badan dalam jangka pendek. Sedangkan tujuan jangka panjang memiliki dampak yang kurang berhasil secara reliabel dalam penanganan berat badan.
- b) **Terapi keluarga** adalah pendekatan singkat yang terutama digunakan untuk program perawatan rawat inap. Tujuan utama pendekatan terapi keluarga ini adalah untuk meningkatkan

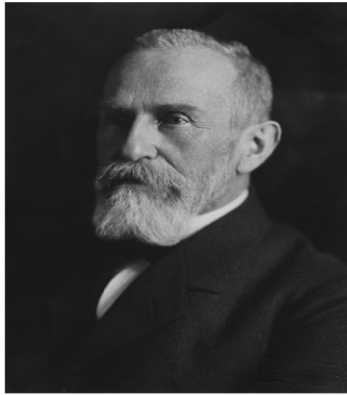
dengan respon emosional yang datar; **Ambivalensi** yang berkaitan dengan perasaan ambivalen atau konflik dengan orang lain, dan **Autisme** yang berkaitan dengan penarikan diri dari realita ke dalam dunia khayal/fantasi) dan simtom sekunder yang berupa halusinasi dan delusi.



Sumber: [https://www.google.co.id/search?q=Kurt+Schneider+\(1887-1967\)&tbm=isch&imgil](https://www.google.co.id/search?q=Kurt+Schneider+(1887-1967)&tbm=isch&imgil)

Kurt Schneider (1887-1967) seorang psikiater berkebangsaan Jerman yang memiliki pengaruh besar dalam mengembangkan konsep modern tentang skizofrenia. Menurut Schneider, kriteria A4 dari Bleuler terlalu samar dan tidak cukup meyakinkan untuk menegakkan diagnostik skizofrenia, karena

gagal untuk membedakan secara adekuat antara skizofrenia dan gangguan-gangguan lainnya. Schneider membedakan ciri-ciri skizofrenia antara simtom tingkat pertama (ciri-ciri utama skizofrenia adalah halusinasi dan waham, hanya terjadi hanya pada skizofrenia) dan simtom peringkat kedua yang berhubungan dengan skizofrenia yang juga terjadi pada gangguan nonpsikis, seperti gangguan mood dan gangguan kepribadian). Schneider menjelaskan ketika simtom tingkat pertama muncul tanpa disebabkan oleh faktor biologis/organik, maka dapat disimpulkan bahwa diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan (Nevid, Rathus, Greene, 2003; Davison, Naele, Kring, 2004; Halgin *et al*, 2010).



Sumber:

<https://www.google.co.id/search?q=Eugen=bleuler&source=Inms&tbm=isch&sa>

Eugen Bleuler (1857-1939) psikiater berkebangsaan Swiss membantah pendapat Kraepelin tentang *dementia praecox* menjadi Skizofrenia, istilah Yunani dari kata *schistos* = terpecah/terpotong, dan *phren*=otak/akal pikiran. Bleuler meyakini bahwa perjalanan skizofrenia lebih bervariasi dan tidak selalu terjadi pada usia muda.

Perpecahan yang dimaksud dalam hal ini adalah pemisahan kognisi, afeksi dan tingkah laku sehingga terjadi disintegrasi dan ketidaksesuaian antara pemikiran dan emosi tentang realitas dan apa yang benar-benar terjadi (Nevid, Rathus, Greene, 2003). Penamaan skizofrenia diberikan Bleuler karena karakteristik utama dari sindrom, yaitu terpisahnya fungsi otak yang mempengaruhi kognisi, afeksi dan tingkah laku. Meskipun akar bahasa Yunani menunjuk pada otak yang terbelah, hal ini berbeda dengan apa yang disebut gangguan kepribadian ganda (gangguan identitas disosiatif). Meskipun Bleuler menerima penjelasan Kraepelin tentang simptom skizofrenia, namun ia tidak sependapat bahwa skizofrenia harus bermula sejak masa kanak-kanak dan dalam perkembangannya menjadi semakin memburuk. Bleuler membedakan skizofrenia ke dalam simptom primer **4A** yaitu **Asosiasi** yang berkaitan dengan pikiran-pikiran yang menjadi terganggu; **Afek** yang berkaitan

hubungan keluarga dan mengajarkan strategi pengelolaan konflik anggota keluarga dan anggota keluarga. Hasil terbaik telah diamati pada tahap awal. Selama sesi terapiutik, orangtua berperan aktif dalam mendukung dan mendorong anak mereka untuk makan (Behiyat, 2012).

- c) **Desensitisasi sistematis**, yaitu terapi perilaku yang mengatasi kecemasan pada pasien. Pasien anorexia nervosa memiliki ketakutan yang kuat terhadap berat badan dan menolak makan, pendekatan ini digunakan untuk membantu mengatasi kecemasan yang mereka rasakan (Davison, Neale & Kring, 2006).
- d) Modifikasi perilaku membantu pasien anoreksia yang dirawat di rumah sakit untuk meningkatkan berat badan dengan memberi hadiah yang diinginkan untuk perilaku makan yang tepat.

Bulimia Nervosa

Wolfe & Mash (2006) menjelaskan bahwa penanganan terhadap bulimia nervosa memerlukan kerjasama dari beberapa disiplin ilmu, seperti psikiatri, konselor dan juga dokter. Sering kali klinisi mengalami kesulitan dalam menangani dan menyembuhkan bulimia nervosa. Untuk itu, ada beberapa model pendekatan terapeutik yang dapat diterapkan sebagai upaya penyembuhan bagi penderita bulimia nervosa.

1. Penanganan biomedis

- a) Perawatan di rumah sakit mungkin diperlukan untuk membantu pasien anoreksia mencapai berat badan yang sehat atau pasien bulimia mengatasi siklus makan berlebih lalu mengeluarkannya dalam kasus dimana terapi rawat jalan telah gagal.
 - b) Pengobatan antidepresan dapat digunakan untuk mengatur napsu makan dengan mengubah proses kimia pada otak atau untuk melepaskan depresi yang mendasari (Kaplan & Saddock, 2000).
 - c) Pemberian obat-obatan anti depresan jenis fluoksetin (*prozac*) untuk menangani bulimia dengan untuk meningkatkan serotonin, sehingga mampu mengontrol perilaku impulsif dan perilaku makan yang berlebihan. *Prozac* cukup efektif untuk mencegah relaps/kekambuhan pada bulimia (Durrand & Barlow, 2006).
2. **Terapi psikoanalisis** bertujuan untuk mengeksplorasi dan menyelesaikan konflik psikologis yang dialami individu, terkait peristiwa yang tidak mengenakan pada masa lalunya.
3. **Terapi behavioral kognitif (CBT)**
- a) Untuk membantu individu dengan gangguan makan mengalahkan pikiran dan keyakinan yang *self-defeating* serta mengembangkan kebiasaan makan dan pola berpikir yang lebih sehat
 - b) Pemaparan terhadap pemecahan respon membantu individu bulimia untuk menoleransi memakan makanan yang menurut mereka dilarang tanpa makan berlebihan dan mengeluarkannya

penderita skizofrenia karena dipandang sebagai aib yang memalukan.

Peringatan hari kesehatan mental sedunia, tahun 2016 telah melakukan gerakan kesehatan mental dunia dengan tema "*Living With Schizophrenia*". Hal ini dilakukan sebagai wujud kepedulian, bahwa penderita skizofrenia juga layak diperlakukan secara manusiawi. Untuk itu mari bersama-sama kita mempelajari, mengenal dan memahami skizofrenia.

A. Sejarah singkat konsep Skizofrenia



Sumber :

<https://www.google.co.id/search?q=Emil+Kraepelin&source=lnms&tbn=isch&sa>

Emil Kraepelin (1856-1926) adalah psikiater berkebangsaan Jerman yang kerap melakukan penelitian dibidang neurologis dan menggambarkan sindrom yang kini dikenal sebagai skizofrenia dengan istilah *dementia praecox*. *Dementia praecox* diyakini sebagai penyakit yang berkembang sejak awal masa kehidupan penderita skizofrenia dan mengalami perkembangan mengikuti alur deteriorasi progresif sehingga seringkali menghasilkan disintegrasi dari kepribadian yang menyeluruh. Kraepelin menjelaskan bahwa *dementia praecox* bercirikan waham/delusi, halusinasi, dan perilaku motorik yang aneh.

di Indonesia adalah 0,3–1%. Schizofrenia adalah gangguan mental yang sangat luas dialami di Indonesia. Sosrosuhardjo menjelaskan bahwa sekitar 99% penghuni/pasien Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita schizofrenia (Sulistiyowaty, 2015).



<https://www.google.co.id/search>

Skizofrenia adalah sindrom klinis yang paling kompleks dan dapat melumpuhkan fungsi-fungsi psikososial yang manusia. sehingga mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial. Skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara-cara yang berbeda antara individu satu dengan individu yang lain. Derajat gangguan pada fase akut atau fase psikotik dan fase kronis atau fase jangka panjang sangat bervariasi diantara individu. Skizofrenia merupakan gangguan mental berat yang justru oleh sebagian besar masyarakat dianggap sebagai sesuatu yang menakutkan dan membahayakan. Sehingga, banyak yang tidak peduli, tidak menunjukkan empati, cenderung melakukan tindakan diskriminasi bahkan ada yang tega membuang dan menelantarkan

4. Terapi Interpersonal

Menekankan pada penyelesaian masalah interpersonal dengan keyakinan bahwa fungsi interpersonal yang semakin efektif akan menghasilkan kebiasaan dan sikap makan yang lebih sehat sehingga individu akan mampu mengalihkan pemikiran-pemikiran yang negatif dengan menumbuhkan keyakinan diri yang lebih positif. Terapi interpersonal ini dapat mengoptimalkan kembali fungsi-fungsi interpersonal individu, sehingga akan mengembalikan harga diri mereka.

5. **Terapi keluarga**, dapat digunakan untuk mengatasi konflik keluarga dan meningkatkan komunikasi diantara anggota keluarga. Untuk membangkitkan kesadaran klien dan membutuhkan waktu yang tidak sebentar, tetapi usaha tersebut harus terus dilakukan secara bertahap sehingga yang bersangkutan dapat beradaptasi dan merasa nyaman dengan perubahan tersebut sampai sepenuhnya klien dapat mengontrol perilaku makan.

Daftar Referensi

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. (4th edition). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ardani, Tristiadi A. 2011. *Psikologi Abnormal*. Bandung: CV. Lubuk Agung.
- Behiyat, Samira. 2012. Treating Anorexia Nervosa through Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Catalyst*, Volume 7, No. 1.
- Coleman, James C. *Abnormal Psychology and Modern Life*. Chicago: Scott, Foresman and Company.
- Cooper, Myra J., Wells, A., Todd, G. 2004. A Cognitive Model of Bulimia Nervosa. *The British Journal of Clinical Psychology*, March, Volume 43, Iss. 1, pgs 1-16.
- Durand, V. Mark & Barlow, David H. 2006. Intisari *Psikologi Abnormal: Edisi Keempat* (Terjemahan dari Helly Pratjitno Soetjipto, Sri Mulyantini Soetjipto). Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Davison, Gerald C., Neale, John M., & Kring, Ann. 2007. *Psikologi Abnormal Edisi 9*. (Diterjemahkan oleh Noermalasari Fajar). Jakarta: PT. RajaGrafindo Persada.
- Fairburn, C.G. and Cooper, Z. 1993. *The eating disorder examination*. In: Fairburn, C.G. and Wilson, G.T., Eds., *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed.). New York: Guilford Press, pp. 317-356.
- Fairbunn, C.G., Christopher, G., Cooper, Z., O'Connor, M. 2008. *Eating Disorder Examination, Cognitive*

BAB XIII SKIZOFRENIA

Skizofrenia adalah gangguan psikotik kronis yang ditandai oleh suatu episode akut dalam kondisi yang terputus dari realitas (Kaplan, 2000; Barlow & Durand, 2006; Nevid, 2007). Skizofrenia ditandai dengan gangguan utama pikiran terkontaminasi, emosi datar dan perilaku aneh. Orang dengan skizofrenia disebut skizofrenik, akan menunjukkan perilaku menarik diri dari oranglain, dari realitas serta menunjukkan daya khayal atau fantasi dalam bentuk delusi dan halusinasi. Di antara episode-episode skizofrenia, terjadi defisit residual dari fungsi-fungsi dalam area-area kognitif, emosional dan sosial. Skizofrenia mempengaruhi sekitar 1% dari populasi (Durand & Barlow, 2006).

Skizofrenia mewakili suatu spektrum gangguan yang sangat luas, sehingga sulit sekali untuk menegakkan sebuah kesimpulan secara umum tentang pengertian, ciri dan karakteristik serta faktor-faktor penyebab skizofrenia. Walau demikian, hal penting yang dapat menjelaskan tentang skizofrenia adalah hilangnya sebagian besar hubungan kesadaran yang logis antara raga dan jiwa, sehingga menyebabkan munculnya perilaku-perilaku yang tidak sejalan dengan keadaan emosinya.

Isaac menjelaskan bahwa di seluruh Asia, diperkirakan 2-10 dari setiap 1000 penduduk mengalami schizofrenia, dan 10% diantaranya perlu diobati dan dirawat intensif karena telah sampai pada taraf yang mengkhawatirkan (2004). Prevalensi penderita schizofrenia

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. (4th edition)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Barlow, David H., and Durand, Mark V. 2006. *Abnormal Psychology*. New York: Cole Publishing Co.
- Durand, V. Mark & Barlow, David H. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal: Edisi Keempat (Terjemahan dari Helly Pratjitno Soetjipto, Sri Mulyantini Soetjipto)*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Nevid, Jeffrey S., Rathus Spencer A., Greene, Beverly. 2007. *Psikologi Abnormal (Terjemahan dari Tim Fakultas Psikologi UI)*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York: Guliford.
- Halgin, Richard P., and Whitbourne, Susan K., 2010. *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis, Edisi 6, Buku I dan II*. (Diterjemahkan oleh Aliya Tusya'ni dkk). Jakarta: Penerbit Salemba Humanika.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., and Greb, Jack A. 1996. *Sinopsis Psikiatri Jilid 1*. (Diterjemahkan oleh Widjaja Kusuma). Jakarta: Penerbit Binarupa Aksara.
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J., and Greb, Jack A. 1996. *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. (Diterjemahkan oleh Widjaja Kusuma). Jakarta: Penerbit Binarupa Aksara.
- Mallick, N., Ray, S., Mukhopadhyay, S. 2014. Eating Behaviours and Body Weight Concerns among Adolescent Girls. *Review Article. Advances in Public Health, Volume 2014, Article ID 257396, 8 pages*. Hindawi Publishing Corporation.
- Miotto, P., Coppi., M. De., Freeza, M., Petretto *et al.* 2003. Eating disorders and agresiveness among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandi, 108, 183-189*.
- Nevid, Jeffrey S., Rathus Spencer A., Greene, Beverly. 2007. *Psikologi Abnormal (Terjemahan dari Tim Fakultas Psikologi UI)*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Pinel, John P.J. 2012. *Biopsikologi*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Schaefer, Charles E. and Millmand, Howard L. 1981. *How to Help Children with Common Problems*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Sysko, Robyn., Tomothy Walsh, B., Schebendach Janet., Terence, G. Wilson. 2005. Eating behavior among

women with anorexia nervosa. *Journal of clinical nutrition, Agust, Volume 82, Nomor 2, page 296-301.*

Videbeck, S.L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa: Renata Komalasari, Afrina Hany; editor edisi Bahasa Indonesia, Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC.

Wozniak, Greta., Rekleiti, Maria., Roupá Zoe. 2012. Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. *Health Science Journal, Volume 6, Issue 2, April-June*

banyak pekerjaan, membuat perubahan-perubahan di dalam proyek dan situasi yang ia hadapi dengan berbagai ide kreatif. Kegembiraan terasa sangat meluap dan selalu merasa ingin dengan enerjik. Iapun merasa tidak perlu tidur atau beristirahat. Selain itu ia merasa penampilan saat ini sangat menarik, bahkan membuatnya yakin bisa menarik perhatian dari lawan jenisnya. Keyakinan dirinya sangat penuh. Pada waktu-waktu selanjutnya Mr.B merasa moodnya biasa-biasa saja, sedikit kurang bersemangat dan agak letih, namun ia masih mengerjakan tugas-tugas rutinnnya. Seiring waktu berjalan, Mr. B menunjukkan kesedihan yang mendalam, bahkan ada saatnya ia menangis, menyesali diri dan kehidupannya. Ia merasa sangat memerlukan bantuan dan dukungan dari orang lain. Ia ingin menyendiri dan ada keinginan dalam dirinya untuk mengakhiri hidupnya.

membantu klien untuk relaksasi, meningkatkan aktivitas yang menyenangkan, membangun keterampilan sosial yang memungkinkan untuk mendapatkan reinforcement sosial. Pendekatan kognitif memberikan intervensi dengan terapi kognitif, berfokus pada upaya membantu penderita gangguan mood untuk menyadari dan mengubah pola berfikir yang disfungsi. (Nevid, Rathus, Greene, 2005). Selain terapi-terapi yang dilakukan oleh psikolog, terapi untuk gangguan mood juga dilakukan dengan pemberian obat oleh psikiater, misalnya dengan pemberian antidepresan, litium karbonat, antikonvulsan.

Contoh Kasus Gangguan Mood

Kasus Gangguan Bipolar tipe I



Sumber gambar : google.com

Mr.B menyatakan bahwa suatu saat ia merasa sangat bergairah di suatu hari, ia merasa mampu menyelesaikan

BAB IX Gangguan Kepribadian

Gangguan Kepribadian adalah pola yang bersifat menetap dalam mempersepsi, berhubungan, dan memikirkan tentang lingkungan dan diri sendiri yang diperlihatkan di berbagai macam konteks sosial dan pribadi. Kondisi ini menyebabkan lemah secara fungsional atau distress subjektif yang signifikan. (APA, 2000a dalam Durand & Barlow, 2006). Sedangkan berdasarkan DSM V dijelaskan bahwa Gangguan Kepribadian merupakan bentuk pengalaman di dalam diri seseorang dan bentuk perilaku yang menyimpang dari harapan/tuntutan budaya individu tersebut, bersifat menetap dan tidak fleksibel, dapat terjadi pada masa remaja atau masa dewasa awal, stabil sepanjang rentang waktu, dan mengarah pada terjadi distress atau kerusakan.

Gangguan kepribadian bersifat kronis. Terjadi sejak masa kanak-kanak hingga dewasa dan berpengaruh terhadap semua aspek kehidupan seseorang, misalnya dalam hal pekerjaan dan relasinya dengan orang lain. Gangguan kepribadian dapat menyebabkan distress pada individu yang mengalaminya, namun dapat pula terjadi suatu keadaan dimana justru orang lain yang mengalami distress akibat perilaku individu yang mengalami gangguan kepribadian, sedangkan individu itu sendiri tidak mengalami distress.

Jika berdasarkan pendekatan multiaksial maka gangguan kepribadian, disebutkan pada aksis II. Hal ini dibuat dengan pertimbangan adanya sifat atau kondisi yang khas dari gangguan kepribadian yaitu sebagai hal yang cenderung bersifat menetap dan sulit

untuk dimodifikasi serta tidak fleksibel. Dengan disebutkannya gangguan kepribadian di dalam aksis yang berbeda dengan simptom klinis, maka hal ini membuat seorang psikolog klinis mempertimbangkan adanya kemungkinan terjadinya gangguan kepribadian di setiap asesmen yang ia lakukan (Durand & Barlow, 2006).

Di dalam kehidupan sehari-hari, adakalanya ditemukan seseorang yang tampak mencurigai sesuatu, atau seseorang yang terkesan terlalu dramatis, atau seseorang yang lebih suka menyendiri. Akan tetapi jika kondisi tersebut hanya terjadi sesaat dan hanya sesekali saja, maka hal ini tidak dapat digolongkan ke dalam gangguan kepribadian, karena salah satu ciri dari kondisi kepribadian adalah munculnya ciri-ciri dari perilaku yang bermasalah tersebut terjadi dalam rentang waktu yang lama dan muncul di banyak situasi.

Pengelompokkan Gangguan Kepribadian Berdasarkan Klaster (Klaster A, Klaster B, Klaster C).

Beberapa referensi, seperti DSM IV TR dan DSM V mengelompokkan gangguan kepribadian menjadi tiga klaster yaitu gangguan kepribadian klaster A, B dan C. Gangguan kepribadian yang dikelompokkan di dalam klaster A adalah gangguan kepribadian dengan ciri-ciri perilaku yang ganjil/eksentrik. Klaster B adalah pengelompokkan gangguan kepribadian yang menunjukkan ciri-ciri dramatik/eratik. Sedangkan pada klaster C bentuk gangguan kepribadian yang termasuk klaster ini adalah yang menunjukkan ciri-ciri kecemasan/ketakutan).

Berikut ini akan dibahas satu persatu mengenai gangguan-gangguan kepribadian pada setiap klaster.

behavioral dan kognitif, maka penyebab depresi terkait dengan faktor-faktor situasional.

7. Faktor Biologis

Gangguan mood berdasarkan penjelasan biologis, terkait dengan faktor genetik dan fungsi neurotransmitter. Semakin dekat hubungan genetik seseorang dengan penderita gangguan depresi mayor atau gangguan mood maka akan semakin besar kemungkinan untuk mengalami gangguan tersebut. Penyebab biologis dari depresi juga dijelaskan karena berkurangnya tingkat neurotransmitter dalam otak. Depresi terkait dengan ketidakaturan di dalam jumlah reseptor pada neuron penerima atau sensitifitas reseptor bagi neurotransmitter tertentu. Penjelasan lain mengenai depresi adalah adanya kemungkinan abnormalitas dalam pre frontal cortex, yang diyakini mengatur neurotransmitter yang terlibat di dalam gangguan mood.

C. Intervensi Klinis

Beberapa pendekatan dijadikan dasar untuk melakukan intervensi klinis terhadap gangguan mood. Pendekatan psikoanalisa berupaya membantu subjek untuk memahami perasaannya yang ambivalen terhadap objek/orang, membantu mengungkapkan kemarahan agar tidak menjadi lebih buruk dan mengarah ke dalam diri sendiri. Pendekatan neo freudian, menggunakan psikoterapi interpersonal untuk membantu mengatasi depresi dan gangguan mood. Pendekatan behavioral berupaya membantu mengatasi gangguan mood dengan melakukan metode pelatihan Coping With Depression,

4. Teori Interaksi

Teori ini didasarkan pada konsep interaksi timbal balik. Orang yang mudah depresi akan bereaksi terhadap stres dengan meminta dukungan yang lebih banyak dari orang lain. Awalnya mungkin ia mendapatkan dukungan tersebut, akan tetapi pada waktu-waktu berikutnya perilakunya membuat orang lain jengkel, sehingga melakukan penolakan. Penolakan ini membuat orang depresi menjadi semakin depresi, demikian terus menerus menjadi sulit untuk dihentikan.

5. Teori Kognitif

Depresi terjadi karena adanya distorsi kognitif yang muncul sejak awal kehidupan seseorang. Cara berfikir yang negatif terhadap diri, lingkungan dan masa depan membuat seseorang beresiko besar mengalami depresi ketika ia berhadapan dengan pengalaman hidup atau peristiwa yang menekan atau mengecewakan.

6. Teori Ketidakberdayaan

Menjelaskan depresi sebagai ketidakberdayaan yang dipelajari, memandang bahwa orang yang mengalami depresi karena memandang dirinya sebagai orang yang tidak berdaya dalam mengontrol reinforcement dari lingkungannya. Seligman (1975 dalam Nevid, Rathus, Greene, 2005) menjelaskan bahwa orang belajar untuk memandang dirinya sebagai orang yang tidak berdaya karena pengalaman-pengalamannya. Penjelasan mengenai ketidakberdayaan digabungkan dengan teori

A. Gangguan-gangguan Kepribadian Klaster A

Gangguan kepribadian yang termasuk ke dalam klaster ini adalah: gangguan kepribadian paranoid (Paranoid Personality Disorder), gangguan kepribadian skizoid (Schizoid Personality Disorder) dan gangguan kepribadian skizotipal (Schizotypal Personality Disorder). Ketiga bentuk gangguan kepribadian ini memiliki ciri yang hampir sama yaitu adanya perilaku yang ganjil atau eksentrik.

1. Gangguan Kepribadian Paranoid (*Paranoid Personality Disorder*)



Sumber Gambar google.com

a) Deskripsi Klinis

Individu yang mengalami gangguan kepribadian paranoid memiliki kecurigaan, ketidakpercayaan kepada orang lain secara berlebihan dan seringkali tanpa ada dasar atau sebab dari kecurigaan atau ketidak

percayaannya tersebut. Penderita gangguan kepribadian ini beranggapan bahwa orang lain akan mencelakai, mengeksploitasi, merugikan atau akan melukainya. Penderita gangguan kepribadian paranoid bersikap curiga terhadap situasi-situasi dimana kebanyakan orang pada umumnya menilai bahwa kecurigaan tersebut merupakan sesuatu yang tidak ada dasarnya. Hal-hal keseharian seperti kemacetan, penundaan penerbangan, suara jam berdetak, seringkali dianggap sebagai situasi yang dicurigai sebagai upaya seseorang untuk mengganggu, mencelakai ataupun memperdayanya.

Ketidakpercayaan yang dialami oleh penderita gangguan kepribadian paranoid, dapat meluas kepada orang-orang yang dekat dengannya. Hal ini membuatnya sulit untuk melakukan hubungan interpersonal yang mendalam, sehingga dapat terjadi kondisi kesepian dan ketiadaan relasi yang bermakna dengan figur-figur terdekat di dalam kehidupannya. Kondisi ini membuat penderita gangguan kepribadian paranoid menjadi kesepian.

Perilaku dari individu yang mengalami gangguan kepribadian paranoid, seringkali muncul sebagai seseorang yang senang beradu argumen, banyak mengeluh, atau menjadi pendiam, namun secara umum mereka menampilkan sikap bermusuhan dengan orang lain. Mereka menampilkan sikap yang tegang, siap untuk menyerang,

akan pergi. Hal ini membuat rasa marah berubah menjadi kemarahan ekstrem, lalu menimbulkan rasa bersalah, kemudian ia bawa ke dalam self, yang menjadi *self hatred*, yang akhirnya menimbulkan depresi.

Gangguan bipolar menurut psikodinamik, dijelaskan sebagai perubahan dominasi antara ego dan superego. Pada fase depresi, superego lebih dominan membuat seseorang menyadari kesalahannya dan memunculkan rasa bersalah dan ketidakberhargaan. Pada fase manik, ego yang lebih dominan, memproduksi rasa senang yang luar biasa, namun kemudian rasa senang berlebihan itu memunculkan kembali rasa bersalah.

2. Teori Humanistik

Depresi dijelaskan sebagai kondisi dimana seseorang tidak dapat memenuhi *self-fulfillment* nya. Perasaan bersalah seseorang ketika ia tidak dapat memunculkan potensi-potensinya. Kondisi kehilangan membuat seseorang mengalami penurunan *self esteem*, kehilangan *self-worth* dan *sense of purpose*, sehingga membuat seseorang mengalami depresi.

3. Teori Belajar

Berdasarkan teori ini depresi terjadi dari ketidakseimbangan antara output perilaku dan input reinforcement yang berasal dari lingkungan. Kurangnya reinforcement untuk usaha yang dilakukan seseorang akan menyebabkan depresi.

B. Etiologi

Terjadinya gangguan diyakini sebagai bentuk interaksi yang kompleks antara pengaruh biologis dan psikososial. Beberapa penjelasan terkait faktor-faktor penyebab terjadinya gangguan mood, sebagai berikut:

Stres. Tekanan yang disebabkan oleh berbagai peristiwa traumatik (*traumatic event*) misalnya kehilangan pekerjaan, perceraian, sakit fisik, kehilangan orang yang dicintai, dan sebagainya dapat membuat terjadinya gangguan mood terutama depresi mayor. Akan tetapi tidak semua individu yang mengalami stres akan mengarah pada munculnya depresi. Kemampuan coping, faktor genetik, adanya dukungan sosial, akan memberikan pengaruh terhadap kemampuan seseorang menghadapi stres. Jika ditinjau dari beberapa pendekatan-pendekatan psikologi, maka ada beberapa penjelasan mengenai terjadinya gangguan mood, sebagai berikut (Nevid, Rathus, Greene, 2005).

1. Teori Psikoanalisa

Depresi dipandang sebagai bentuk kemarahan yang diarahkan ke dalam diri sendiri. Kehilangan seseorang yang dicintai, menimbulkan kesedihan yang dalam dan rasa berkabung, namun jika kesedihan menjadi kesedihan yang patologis maka akan memupuk depresi yang tidak berkesudahan. Rasa duka yang patologis terjadi pada individu yang ambivalen yaitu mereka yang mengalami kombinasi antara perasaan positif (cinta) dan negatif (marah, permusuhan) terhadap orang yang telah pergi atau ditakutkan

sensitif terhadap kritik dan memiliki kebutuhan yang tinggi akan otonomi/kebebasan pribadi.

Berikut rangkuman mengenai kriteria gangguan kepribadian paranoid berdasarkan DSM IV TR :

- 1) ketidakpercayaan dan kecurigaan yang bersifat meluas/merembet (perwasif) terhadap orang lain
- 2) kecurigaan bahwa orang lain mengeksploitasi, memanfaatkan, menipunya
- 3) keterpakuan/preokupasi dengan keraguan yang tidak beralasan terhadap rekan atau teman sejawat
- 4) kecenderungan menduga adanya maksud buruk, merendahkan atau mengancam dibalik perilaku baik yang ditampilkan orang lain
- 5) menyimpan dendam atas penghinaan, rasa sakit atau kebohongan yang pernah diterimanya
- 6) kecurigaan bahwa pasangannya selingkuh
- 7) tidak muncul secara eksklusif dengan skizofren, gangguan mood dan gangguan psikotik

b) Etiologi

Penyebab yang berasal dari faktor **genentis**, **biologis**, masih menjadi perdebatan terhadap terjadinya gangguan kepribadian. Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terjadinya gangguan kepribadian lebih banyak terjadi pada orang dengan anggota keluarga yang memiliki riwayat skizofrenia, meskipun tidak terlalu signifikan hubungan kedua hal tersebut.

(Bernstein dkk, 1993, Coryell & Zimmerman, 1989, Kendler & Gruenberg, 1982 dalam Duran & Barlow, 2006).

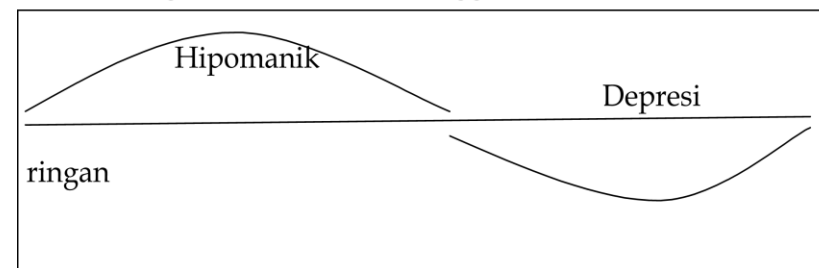
Dari faktor **psikologis** juga masih belum dapat dijelaskan sepenuhnya kontribusinya terhadap terjadinya gangguan kepribadian paranoid. Beberapa pakar psikologi menjelaskan adanya keterkaitan antara pikiran dan perilaku penderita gangguan kepribadian paranoid, ada yang mencoba menjelaskan dari sisi pola asuh yang diterima pada masa kanak-kanak. Selain faktor biologis dan psikologis, faktor budaya dan lingkungan juga memberikan kontribusi bagi terjadinya gangguan kepribadian paranoid, misalnya lingkungan narapidana, pengungsian, dan lingkungan lain yang secara spesifik memberikan pengalaman unik pada diri seseorang.

c) Intervensi Klinis

Pada umumnya individu yang mengalami gangguan kepribadian paranoid, tidak berusaha untuk mencari bantuan untuk sembuh, hal ini dikarenakan adanya ketidakpercayaan terhadap orang lain. Biasanya mereka baru mencari bantuan apabila dirasa sudah mengalami suatu kondisi krisis di dalam kehidupannya, seperti ketika merasa ada suatu hal yang dinilai sudah sangat mengancam hidupnya, kondisi kecemasan yang tinggi atau depresi. Relasi dengan atmosfer yang menumbuhkan saling percaya sangat diperlukan untuk melakukan terapi terhadap klien dengan gangguan

- 2) Selama rentang waktu dua tahun tanpa muncul simptom hipomanik dan depresif mayor dalam waktu dua bulan
- 3) Tidak ada episode depresif mayor, episode manik, atau episode mix (gabungan antara depresif mayor dan manik) yang muncul selama dua tahun terjadinya gangguan
- 4) Simptom sejumlah episode hipomanik dan sejumlah episode depresif, dan tidak ditemukan adanya episode depresif mayor yang terjadi tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik dengan gejala gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan delusi, atau gangguan psikotik yang tidak spesifik
- 5) Simptom tidak selalu terkait langsung dengan efek psikologis dari obat-obatan atau kondisi medis secara umum
- 6) Simptom menyebabkan distres atau rusaknya kemampuan sosial, pekerjaan dan area pemfungsian penting lainnya

Bagan 12.3. Ilustrasi Gangguan Siklotimik



- 5) Gejala yang terjadi menyebabkan distress, rusaknya hubungan interpersonal, pekerjaan dan area pemfungsian yang penting lainnya.

4. Gangguan Siklotimik

Gangguan siklotimik ditandai dengan adanya pola melingkar yang kronis dari gangguan mood yang ditandai oleh perubahan mood ringan, minimal dalam waktu dua tahun untuk masa dewasa, dan satu tahun jika dialami oleh anak-anak dan remaja. Gangguan siklotimik biasanya terjadi pada akhir masa remaja dan awal masa dewasa dan dapat berlangsung selama bertahun-tahun.

Terkadang ada terjadi masa mood normal, meskipun hanya sebentar, biasanya sebulan atau dua bulan. Kondisi perubahan mood yang dialami yaitu terjadinya kondisi hipomanik (lebih ringan dari kondisi manik dan tidak disertai masalah sosial ataupun pekerjaan), setelah ada episode hipomanik, maka akan terjadi kondisi depresi ringan. Kondisi mood yang berubah-ubah, ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan relasi, pekerjaan terbengkalai, naik atau turunnya minat seksual, tergantung mood yang sedang dialami. Beberapa kasus gangguan siklotimik akan dapat berkembang menjadi gangguan bipolar. (Nevid, Rathus, Greene, 2005).

Berikut kriteria gangguan Siklotimik berdasarkan DSM-IV-TR :

- 1) Setidaknya dalam waktu dua tahun terjadi sejumlah episode hipomanik dan sejumlah episode depresif, dan tidak ditemukan adanya episode depresif mayor

kepribadian paranoid. Terapi yang pada umumnya dapat diberikan adalah bentuk terapi kognitif.

Contoh Kasus

Mr. H seorang yang dibesarkan di kelompok masyarakat kelas menengah. Setamat kuliah ia bekerja di sebuah perusahaan. Prestasi kerjanya kurang baik dan iapun tidak mendapatkan jabatan yang tinggi, seperti yang ia inginkan. Perilaku yang kemudian ia munculkan adalah adanya keluhan-keluhan mengenai tidak adilnya atasan kepada dirinya, ia merasa dimarginalkan dan ia menganggap rekan-rekan kerjanya bersekongkol untuk menjatuhkan citranya di hadapan atasan. Iapun mencurigai bahwa semua orang selalu menutupi informasi penting terhadapnya agar ia tidak mendapatkan kesempatan untuk mencapai prestasi yang lebih baik. Setiap hari selalu saja ia menyampaikan bahwa seorang kawan ada yang sedang memanfaatkan dirinya untuk mendapatkan keuntungan pribadi. Perubahan kebijakan di perusahaan selalu ia curigai sebagai upaya secara sistematis untuk menghambat kariernya.

2. Gangguan Kepribadian Skizoid

a) Deskripsi Klinis

Individu yang mengalami gangguan kepribadian skizoid menampilkan perilaku senang menyendiri, pada banyak situasi dan menampilkan pola melepaskan diri dari hubungan sosial dan terbatas di dalam pengekspresian emosi dalam situasi relasi interpersonalnya. Penderita gangguan

kepribadian skizoid tampak tidak ingin dan tidak menikmati kedekatan dengan orang lain, termasuk juga dalam hubungan romantis atau seksual. Hal ini membuat mereka terlihat dingin dan “jauh”. Kritik ataupun pujian tampak tidak membuatnya terpengaruh. (Durand & Barlow, 2006).

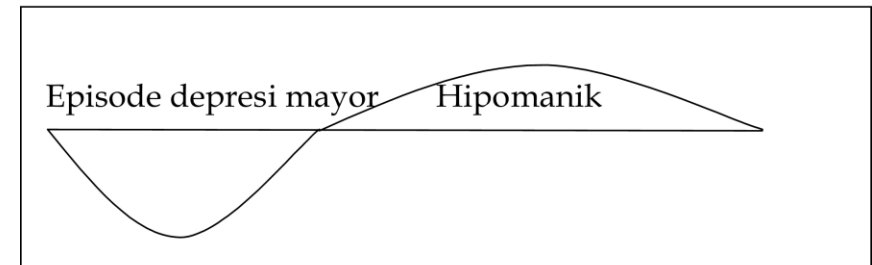
Berikut rangkuman kriteria gangguan kepribadian skizoid berdasarkan DSM IV-TR :

- 1) Pola pelepasan diri dari hubungan sosial dan ekspresi emosi yang terbatas, dimulai sejak masa dewasa awal
- 2) Kurangnya keinginan untuk menikmati hubungan dekat termasuk hubungan keluarga
- 3) Hampir selalu memilih aktivitas soliter/ menyendiri
- 4) Tidak memiliki atau hanya sedikit sekali memiliki minat seksual
- 5) Hanya mendapat kesenangan dari sedikit aktivitas, itupun bila ada
- 6) Kurang memiliki sahabat atau teman akrab di luar keluarga
- 7) Tampak tidak peduli pada pujian ataupun kritik
- 8) Menunjukkan sikap dingin atau “lepas” secara emosional
- 9) Tidak muncul secara eksklusif dengan skizofrenia atau gangguan lain

Pernyataan Beck & Freeman (1990, dalam Durand & Barlow, 2006) menyebutkan bahwa secara sosial penderita gangguan kepribadian

setidaknya satu episode hipomanik, tetapi tidak pernah mengalami episode manik secara penuh.

Bagan 2. Ilustrasi Gangguan Bipolar tipe II



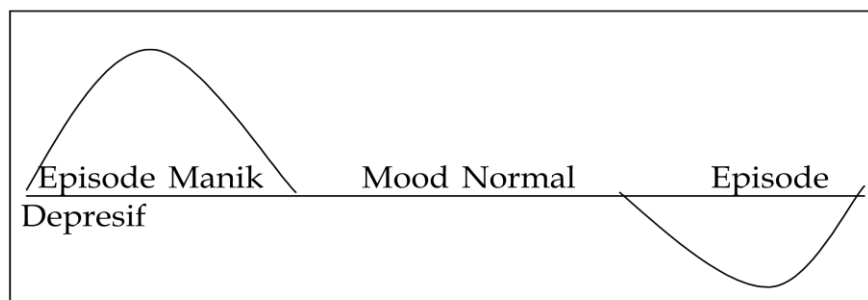
Pada saat seseorang mengalami episode manik, biasanya akan muncul elevasi atau ekspansi mood yang tiba-tiba, kegembiraan, euforia, atau optimisme yang luar biasa. Energinya seperti tidak terbatas, sangat suka bergaul, sampai pada kondisi ia menuntut atau memaksa orang lain, mengolok-olok orang lain, lelucon yang keterlaluan, memberikan penilaian yang buruk, terlalu argumentatif, bahkan melakukan tindakan merusak barang-barang (Nevid, Rathus, Greene, 2005).

Berikut adalah kriteria gangguan Bipolar tipe II menurut DSM-IV-TR (2000):

- 1) Terjadi satu atau lebih episode depresi mayor
- 2) Terjadi setidaknya satu episode hipomanik
- 3) Tidak pernah terjadi episode manik yang terjadi tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik dengan gejala gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan delusi, atau gangguan psikotik yang tidak spesifik.
- 4) Gejala depresi mayor dan hipomanik yan

mengalami perubahan mood antara rasa senang/girang dengan depresi, diselingi mood normal.

Bagan 1. Ilustrasi Gangguan Bipolar Tipe I



Berikut kriteria gangguan Bipolar tipe I menurut DSM IV-TR (2000) :

- 1) Terjadi episode hipomanik
- 2) Terjadi setidaknya satu kali episode manik atau episode campuran
- 3) Gejala/simptom hipomanik dan manik yang terjadi tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik dengan gejala gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan delusi, atau gangguan psikotik yang tidak spesifik.
- 4) Simptom yang muncul secara signifikan menyebabkan distress atau kesulitan dalam kehidupan sosialnya, pekerjaan atau area penting di dalam kehidupannya.

Gangguan bipolar tipe II dikaitkan dengan terjadinya maniak yang lebih ringan. Ditandai dengan terjadinya satu atau lebih episode depresi mayor dan

skizoid hampir mirip dengan penderita gangguan kepribadian paranoid, yaitu mereka menganggap dirinya sendiri sebagai pengamat, bukan sebagai partisipan di kehidupan sosialnya.

b) Etiologi

Penyebab gangguan kepribadian skizoid yang terkait dengan genetik, neurobiologis dan psikososial, masih terus dalam penelitian untuk mengetahui seberapa besar kontribusi faktor-faktor tersebut terhadap terjadinya gangguan. Sifat pemalu pada masa kanak-kanak disebutkan sebagai salah satu pertanda munculnya gangguan pada masa dewasa.

Penelitian lain terkait dengan adanya kontribusi disfungsi biologis yang dipengaruhi oleh proses belajar selama masa kanak-kanak, atau adanya masalah dalam hubungan interpersonal, juga dimungkinkan menjadi faktor penyebab munculnya gangguan kepribadian skizoid.

c) Intervensi Klinis

Penderita gangguan kepribadian skizoid jarang meminta penanganan klinis, kecuali pada kondisi-kondisi kritis yang mungkin mereka alami seperti depresi atau kehilangan pekerjaan (Kalus dkk, 1995 dalam Durand & Barlow, 2006). Klinisian dapat memulai memberikan intervensi kepada klien ini dengan menekankan pentingnya hubungan sosial. Perlu mengajari klien mengenai emosi yang dirasakan orang lain, belajar

berempati dan keterampilan sosial. Hal ini diperlukan karena biasanya keterampilan sosial penderita gangguan kepribadian skizoid cenderung tidak berkembang dan memburuk, karena tidak pernah dilatih ataupun digunakan. Klinisian dapat melakukan *role playing* berperan sebagai *significant other* bagi klien, untuk berlatih membina dan mempertahankan hubungan sosial.

Contoh Kasus

Sdr. A seorang laki-laki berusia 35 tahun, ia suka menyendiri, tampak tidak tertarik dengan kegiatan sosial di tempat tinggalnya. Ia lebih sering di dalam kamarnya, kegiatan yang ia senangi hanyalah membuat lukisan abstrak. Di dalam kehidupannya ia tidak punya teman akrab. Ia lebih sering sendirian saja ketika melakukan aktivitasnya, termasuk dulu ketika ia masih kuliah. Ia tampak tidak peduli dengan kritik ataupun pujian dari orang lain.

3. Gangguan Kepribadian Skizotipal

a. Deskripsi Klinis

Gangguan kepribadian skizotipal menunjukkan adanya pola pervasif dari defisit interpersonal yang ditandai dengan perilaku tidak nyaman yang akut terhadap hubungan dekat, berkurangnya kemampuan untuk menjalin relasi yang akrab, dan adanya distorsi kognitif atau perseptual serta munculnya perilaku yang eksentrik.

Gangguan kepribadian skizotipal biasanya terisolasi secara sosial, memiliki ide-ide yang aneh dan berperilaku tidak lazim. Seringkali

Berikut kriteria gangguan distemik menurut DSM-IV-TR (2000):

- 1) Mood depresif hampir sepanjang hari, dalam rentang waktu beberapa hari
- 2) Berkurangnya selera makan atau makan terlalu banyak
- 3) Kurang berenergi dan kelelahan
- 4) Rendahnya self-esteem
- 5) Konsentrasi rendah atau kesulitan membuat keputusan
- 6) Perasaan kehilangan harapan

3. Gangguan Bipolar



Sumber gambar : Google Image

Individu yang mengalami gangguan bipolar mengalami episode rasa senang/gembira menjadi depresi tanpa ada penyebab eksternal. Episode pertama dapat berupa manik atau depresi. DSM membedakan dua tipe umum gangguan bipolar, yaitu bipolar tipe I dan gangguan bipolar tipe II (APA, 2000 dalam Nevid, Rathus, Greene, 2005). Pada gangguan bipolar tipe I individu mengalami setidaknya satu episode manik secara penuh. Pada banyak kasus gangguan bipolar I individu

depresi mayor dapat berlangsung dalam rentang waktu beberapa bulan, satu tahun atau lebih.

Berikut adalah kriteria gangguan Depresi mayor menurut DSM-IV -TR (2000) :

- 1) Mood yang depresif hampir dalam waktu sehari penuh, berlangsung hampir setiap hari
- 2) Menurunnya minat dan kesenangan terhadap hampir semua hal, atau bahkan pada semua hal, yang terkait dengan aktivitas
- 3) Terjadi penurunan berat badan secara signifikan, meskipun tidak melakukan diet
- 4) Tidak dapat tidur atau terlalu banyak tidur
- 5) Menurunnya kemampuan motorik
- 6) Merasa lelah atau kehilangan energi
- 7) Perasaan tidak berharga, ketidakberdayaan
- 8) Muncul pemikiran tentang kematian, ide-ide untuk bunuh diri.

2. Gangguan Distemik.

Gangguan distemik merupakan bentuk yang lebih ringan dari gangguan depresi. Orang dengan gangguan distemik mengalami keterpurukan sepanjang waktu namun tidak mengalami depresi yang parah, seperti pada gangguan depresi mayor. Distemik relatif bersifat ringan dan kronis, biasanya berlangsung beberapa tahun. (Klein dkk, 2000b dalam Nevid, Rathus, Greene, 2005). Meskipun ringan namun gangguan distemik dapat membuat seseorang terlihat sebagai pengeluh, suka merengek, mood yang tertekan, *self-esteem* yang rendah. Bila berlangsung terus menerus maka hal ini dapat mengganggu fungsi sosialnya.

dianggap aneh oleh orang lain. Penderita memiliki *idea of reference*, yang berarti mereka menganggap bahwa kejadian-kejadian yang tidak signifikan baginya berhubungan langsung dengan dirinya. Misal ia menganggap, semua orang di pasar sedang memperhatikan dan membicarakannya, padahal di saat yang sama ia juga menyadari bahwa hal tersebut tidak mungkin. Individu dengan gangguan kepribadian skizotipal memiliki keyakinan bahwa ia mengetahui hal-hal yang akan datang, dapat berkomunikasi dengan telepati, merasakan ada sesuatu yang gaib. Cara berpakaianpun terkadang terlihat aneh, misal menggunakan baju tebal dan berlapis, ketika hari panas.

Berikut rangkuman kriteria gangguan kepribadian skizotipal berdasarkan DSM-IV-TR :

- a) Pola pervasif dari defisit sosial dan interpersonal yang ditandai oleh perasaan tidak nyaman akut dengan hubungan yang dekat, distorsi kognitif atau perseptual, perilaku eksentrik, mulai muncul pada masa dewasa awal.
- b) Interpretasi yang tidak tepat mengenai penyebab kejadian-kejadian dan kejadian eksternal yang dianggap memiliki makna tertentu atau tidak lazim dan spesifik mengenai orang tersebut
- c) Keyakinan yang aneh atau magical thinking yang mempengaruhi perilakunya dan tidak

konsisten dengan norma/budaya yang berlaku

b) **Etiologi**

Schizotype digunakan untuk mendeskripsikan orang yang memiliki predisposisi terjadinya skizofrenia. Gangguan kepribadian skizotipal dianggap sebagai sapah satu fenotip dari genotip skizofrenia (Duran & Barlow, 2007). Pendapat mengenai adanya hubungan antara gangguan kepribadian skizotipal dengan skizofrenia karena adanya banyak ciri yang sama.

Selain faktor genetik, terjadinya gangguan kepribadian skizotipal diyakini juga disebabkan oleh pengaruh lingkungan. Sedangkan dari sudut pandang biologis, gangguan kepribadian skizotipal disebabkan adanya kerusakan di hemisfer kiri otak (belahan kiri otak), atau bahkan ada penelitian yang menunjukkan bahwa pada kondisi gangguan skizotipal terjadi kerusakan otak secara menyeluruh.

c) **Intervensi Klinis**

Penanganan klinis yang dapat dilakukan antara lain dengan memberikan keterampilan sosial untuk mengurangi isolasi sosial dan kecurigaan terhadap lingkungan. Penanganan medis juga dilakukan dengan pemberian farmakoterapi.

BAB XII

Gangguan Afektif/Gangguan Mood

Gangguan *mood* terdapat beberapa tipe yaitu gangguan depresi yang terdiri dari depresi mayor dan gangguan distimik, dan dua jenis gangguan perubahan mood yaitu gangguan bipolar dan gangguan siklotimik. Gangguan depresi adalah gangguan unipolar, sedangkan gangguan yang melibatkan perubahan mood adalah gangguan bipolar. Pada individu yang mengalami gangguan mood, ditandai dengan perubahan mood yang terjadi lebih parah dan mempengaruhi fungsi sehari-hari. Berikut akan dijelaskan mengenai masing-masing gangguan mood.

A. Deskripsi Klinis

1. Gangguan Depresi Mayor

Gangguan depresi mayor mengalami kondisi mood depresi berupa perasaan sedih, putus asa, terpuruk atau kehilangan minat/rasa senang dalam semua atau berbagai aktivitas untuk periode waktu minimal 2 minggu (APA, 2000 dalam Nevid, Rathus, Greene, 2005) Orang yang mengalami gangguan depresi mayor memiliki selera makan yang buruk, turun berat badan secara mencolok, mengalami gangguan tidur (kurang tidur atau terlalu banyak tidur), gelisah secara fisik, aktivitas motorik melambat, sulit konsentrasi, sulit membuat keputusan, memikirkan tentang kematian dan mencoba bunuh diri. Episode

B. Gangguan-gangguan Kepribadian Klaster B (antisosial, ambang, histrionik dan narsistik)

Gangguan kepribadian yang termasuk ke dalam klaster ini adalah: antisosial, ambang, histrionik dan narsistik. Semua gangguan kepribadian ini memiliki ciri yang sama yaitu adanya perilaku dramatik, emosional, atau eratik.

1. Gangguan Kepribadian Antisosial

a) Deskripsi Klinis

Individu dengan gangguan kepribadian ini ditandai dengan adanya riwayat tidak mau mematuhi norma-norma sosial. Melakukan tindakan yang tidak dapat diterima oleh lingkungan, tidak bertanggung jawab, impulsif dan pembohong. Tidak memiliki hati nurani dan empati, bertindak sewenang-wenang, mengambil apa yang mereka inginkan, melakukan apa yang disenangi meskipun melanggar norma dan harapan sosial, tanpa ada rasa bersalah sedikitpun (Hare, 1993 dalam Duran & Barlow, 2007).

Individu yang mengalami gangguan kepribadian antisosial, tampak sebagai seorang yang agresif, suka menipu dan berbuat curang, sulit dibedakan mana kebohongan atau kebenaran dari kata-katanya dan tidak menunjukkan penyesalan atau kepedulian terhadap akibat dari tindakannya tersebut. Banyak istilah yang digunakan untuk menyebut gangguan kepribadian atisosial, yang sering digunakan adalah istilah psikopat, namun sebenarnya ada perbedaan antara kondisi psikopat dan antisosial.

Berikut kriteria gangguan kepribadian antisosial menurut DSM IV-TR (2000):

- 1) Penderita berusia minimal 18 tahun dan menunjukkan adanya pola yang menetap dalam hal sikap yang tidak peduli dan pelanggaran hak orang lain, sejak usia 15 tahun;
- 2) Tidak mematuhi norma sosial, melakukan tindakan pelanggaran hukum;
- 3) Memperdaya orang lain, berbohong, menggunakan nama samaran untuk menipu demi memperoleh keuntungan pribadi;
- 4) Impulsif dan tidak mampu membuat perencanaan;
- 5) Iritabilitas dan agresif, sering berkelahi atau menyerang orang lain;
- 6) Tidak peduli pada keselamatan orang lain;
- 7) Tidak bertanggung jawab terhadap perbuatan, pekerjaan dan tidak mau membayar hutang;
- 8) Tidak menunjukkan penyesalan meskipun telah menyakiti orang lain;
- 9) Ada tanda gangguan tingkah laku sebelum usia 15 tahun;
- 10) Tidak muncul secara eksklusif selama perkembangan skizofren atau selama episode manik.

Secara awam seringkali gangguan kepribadian antisosial sering disamakan dengan gangguan psikopat, namun pada dasarnya ada beberapa perbedaan, meskipun dari keduanya sangat sering

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition). Arlington: American Psychiatric Association.
- Beidel, D. C., Bulik, C. M., & Stanley, M. A. 2012. *Abnormal Psychology*. (2nd edition). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Comer, R. J. 2012. *Abnormal Psychology* (8th edition). New York: Worth Publishers.
- Fox, J., Bell, H. Jacobson, L. & Hundley, G. 2013. Recovering Identity: A Qualitative Investigation of a Survivor of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(4), 324- 341.
- Halgin, R. P. & Withbourne, S. K. 2010. *Abnormal Psychology. Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. New York: McGraw Hill.
- Hansell, J. & Damour, L. 2008. *Abnormal Psychology* (2nd edition). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Jacobson, L., Fox, J., Bell, H., Zeligman, M., & Graham, J. 2015. Survivors with Dissociative Identity Disorder: Perspectives on the Counseling Process. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(4), 308-322.
- Kring, A. M., Johnson, S. L, Davison, G. C., & Neale, J. M. 2012. *Abnormal Psychology*. (12th edition). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rosenberg, R. & Kosslyn, S. *Abnormal Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Webermann, A. R., Brand, B. L., & Chasson, G. S. 2014. Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-8.

Secara khusus, Baker (2010), North dan Yutzy (2005) menawarkan tiga tahap intervensi terhadap penderita GID. Pertama memahami secara utuh sifat atau ciri dari gangguan. Kedua, memulihkan kembali celah di antara memori. Ketiga, mengintegrasikan semua *alter* menjadi satu kepribadian yang berfungsi penuh (dalam Comer, 2012). Hingga saat ini, penanganan dengan pendekatan biologis belum cukup memadai. Meskipun demikian, obat-obatan *antidepressant* dan *anxiolytic* terkadang digunakan untuk mengatasi gejala-gejala depresi dan kecemasan yang dialami penderita gangguan disosiatif.

ditemukan bahwa seorang yang antisosial dan seorang yang psikopat sama-sama terindikasi melakukan tindak kriminalitas. Hanya saja pada psikopat pada umumnya tidak menunjukkan agresifitas, sebagaimana pada individu yang antisosial.

Pada seorang yang mengalami psikopat ditetapkan kriteria sebagai berikut (menurut Hare, 1991 dalam Durand & Barlow, 2007) : adanya pesona yang palsu/superfisial, rasa harga diri yang tinggi, mengarah ke grandiositi, rentan terhadap kebosanan/ menunjukkan kebutuhan akan stimulasi, manipulatif dan tidak ada penyesalan. Beberapa kriteria dari psikopat memang menunjukkan kesamaan dengan gangguan kepribadian antisosial.

b) Etiologi

Beberapa penelitian menunjukkan adanya pengaruh genetik pada terjadinya gangguan kepribadian antisosial. Namun demikian penelitian juga menunjukkan adanya interaksi antara faktor genetik dengan lingkungan. Kedua faktor tersebut menjadi penting dalam mempengaruhi satu sama lain untuk kemungkinan terjadinya gangguan kepribadian antisosial. Faktor lingkungan yang dinilai cukup berpengaruh terhadap terjadinya gangguan kepribadian antisosial adalah kurangnya atau buruknya kualitas interaksi antara orang tua dengan anak.

Selain faktor genetik dan lingkungan, faktor neurobiologis juga diyakini menjadi faktor penyebab terjadinya gangguan

kepribadian antisosial. Dua teori penting yang menjelaskan mengenai terjadinya gangguan kepribadian antisosial dan psikopat adalah : (1) *Underarousal hypothesis* dan (2) *Fearless hypothesis*. Berdasarkan teori *underarousal hypothesis* tingkat *cortical arousal* (keterbangkitan) yang rendah merupakan penyebab utama tingkah laku antisosial dan pengambilan resiko yang mereka lakukan. Individu dengan tingkat *cortical arousal* yang rendah membutuhkan stimulasi untuk menaikkan tingkat arousalnya, dengan tindakan berbohong, memakai narkoba, melakukan tindakan kriminal yang ekstrim dsb.

Penelitian mengenai tingkat arousal menghasilkan teori mengenai adanya perkembangan korteks selebral yang tidak berkembang sebagai mana mestinya, sehingga membuat seseorang kurang memiliki kontrol atas impuls-impulsnya. Jika ditinjau dari teori *fearless hypothesis* maka psikopat dan antisosial memiliki ambang rasa takut yang lebih tinggi daripada orang normal, sehingga mereka tidak merasa takut.

Pengaruh lingkungan, keluarga dan penjelasan integratif yang dicoba untuk dilakukan dalam menjelaskan terjadinya gangguan kepribadian antisosial pada akhirnya mencoba untuk menyatukan berbagai teori, bahwa faktor kerentanan genetik yang kemudian menghasilkan kondisi neurobiologis tertentu. Hal ini kemudian diperkuat oleh kondisi keluarga yang kurang baik, misalnya

C. Intervensi Klinis

Intervensi kognitif biasanya menggunakan *schema focused cognitive therapy* and hipnosis. *Schema focused cognitive therapy* menangani keyakinan-keyakinan maladaptif yang terbentuk sejak masa-masa awal kehidupan individu dan berkontribusi pada gangguan disosiatif. Hipnosis digunakan untuk membantu individu untuk mengontrol kembali reaksi disosiatif dan memulihkan kembali ingatan-ingatan traumatik yang dilupakan (Hansell & Damour, 2008).

Hipnoterapi dan *self-hypnosis* diterapkan pada penderita amnesia disosiatif dan amnesia fugu. Melalui teknik ini pasien dipandu untuk mengingat kembali kejadian-kejadian yang telah dilupakan. Teknik ini juga dapat dipadukan dengan intervensi lainnya (Comer, 2012).

Pada kasus GID, berbagai gejala yang cukup kompleks dapat membingungkan terapis, sehingga ketrampilan terapis atau konselor menjadi salah satu penentu keberhasilan penanganan. Fox, Bell, Jacobson, dan Hundley (2013) dalam sebuah studi kualitatif menemukan bahwa akurasi dalam memahami simtom disosiatif, khususnya GID, menjadi faktor penentu efektifitas terapi. Jacobson, Fox, Bell, Zeligman, dan Graham (2015) juga menemukan beberapa hal terkait dengan efektifitas teknik yang digunakan dalam menangani GID. Beberapa di antaranya adalah ketrampilan konselor dalam membantu klien mengenali *alter* dapat mengurangi stres klien. Demikian pula dengan kemampuan untuk menyelami dan mendalami masalah klien, dapat mengembangkan keterampilan koping pada klien yang menumbuhkan kemandirian dan mengurangi ketergantungan pada terapis.

kognitif, yang digunakan untuk menjelaskan gangguan amnesia disosiatif. Penjelasan mengacu pada gangguan kognitif, yaitu *teori disosiatif* dan *teori neodisosiatif* (Rosenberg & Kosslyn, 2011). Teori disosiatif beranggapan bahwa emosi yang sangat kuat mempersempit fokus atensi dan mengacaukan proses kognitif, sehingga mengganggu integrasi kognitif. Akibatnya memori menjadi terpisah dari aspek lain keberfungsian kognitif dan menyebabkan amnesia.

Sementara, teori neodisosiatif menerangkan bahwa sistem pemantauan eksekutif (*executive monitoring system*) mengkoordinasi berbagai sistem kognitif. Hanya, dalam kondisi tertentu, berbagai sistem kognitif tersebut dapat bekerja sendiri. Jika hal ini terjadi, maka sistem eksekutif tidak lagi memiliki akses terhadap informasi yang tersimpan di sistem kognitif yang berbeda. Hal ini seolah-olah menjadi penghalang informasi memori untuk masuk ke kesadaran.

Faktor Sosial. Faktor sosial diduga memiliki peran penting terhadap kemunculan gangguan disosiatif, seperti amnesia disosiatif dan amnesia fugu. Berbagai faktor sosial tersebut di antaranya adalah pelecehan dan penganiayaan. Sebagai contoh, gangguan depersonalisasi lebih banyak dialami individu yang mengalami penganiayaan emosi di masa kanak-kanak (Rosenberg & Kosslyn, 2012). Penelitian lainnya juga menunjukkan pengaruh buruk penganiayaan seksual, fisik, dan emosional di masa kecil terhadap GID (Fox, Bell, Jacobson, & Hundley, 2013),

terjadinya perceraian orang tua, atau stres dan penyalahgunaan obat terlarang, serta interaksi sosial yang mendorong terjadinya perilaku antisosial, secara keseluruhan dapat menjadi faktor penyebab yang memberikan sumbangan bagi terjadinya gangguan kepribadian antisosial.

c) Intervensi Klinis

Penanganan untuk individu yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dilakukan dengan beberapa treatment. Ada treatment yang dilakukan dari awal, yaitu mengidentifikasi kecenderungan gangguan kepribadian antisosial sejak dini, dan kemudian orang tua diberikan pelatihan untuk memberikan reward dan punishment untuk mengurangi perilaku bermasalah pada anak. Pendekatan behavioral juga diterapkan dengan upaya memperbaiki hubungan keluarga dan mengurangi pergaulan dengan kelompok-kelompok yang dinilai mengarah pada perilaku kejahatan. Selain itu dilakukan pula upaya pencegahan dengan pemberian pelatihan kompetensi sosial bagi remaja. (Durand & Barlow, 2007)

2. Gangguan Kepribadian Ambang (*Borderline Personality Disorder*)

a) Dekripsi Klinis

Gangguan yang banyak terjadi di berbagai latar belakang budaya. Gejala yang tampak jelas adalah adanya relasi dengan orang lain yang bergejolak, takut diabaikan namun tidak

memiliki kontrol terhadap emosinya. Tampak sering beralih cepat dari amarah ke depresi, sering mengalami kebosanan, dan kesulitan dengan identitas dirinya. (Wilkinson-Ryan & Westen, 2004).

Kriteria diagnostik gangguan kepribadian ambang berdasarkan DSM-IV-TR :

1. Adanya bentuk yang menetap berupa ketidakstabilan relasi interpersonal, self-image dan afek serta ditandai dengan impulsivitas. Gangguan kepribadian ambang dimulai dari usia dewasa awal dan muncul di berbagai konteks.
2. Sangat berusaha untuk menghindari tindakan pengabaian, baik yang nyata maupun yang hanya sekedar imajinasinya.
3. Karakteristik relasi interpersonal yang tidak stabil
4. Gangguan identitas : terjadinya ketidakstabilan *self image* dan ketidakstabilan *sense of self*
5. Impulsif setidaknya di dua area (misal penyalahgunaan obat, mengemudi secara ceroboh) dan adanya potensi untuk melakukan *self-damaging*
6. Tingkah laku, gesture, atau ancaman yang mengarah pada tindakan bunuh diri dan tingkah laku mutilasi
7. Ketidakstabilan afektif ditandai dengan reaktivitas mood
8. Perasaan hampa yang kronis

Faktor psikologis. Pendekatan psikodinamika menjelaskan bahwa represi merupakan mekanisme yang digunakan penderita gangguan disosiatif untuk mencegah berbagai ingatan tentang kejadian yang menyakitkan masuk ke dalam kesadaran. Pada gangguan disosiatif, terjadi mekanisme represi secara masif dan melibatkan tindakan melupakan begitu banyak informasi sehingga merusak identitas pribadi. Pada penderita GID, represi juga menjadi upaya koping untuk mengatasi peristiwa traumatik di masa kanak-kanak. Pendekatan psikoanalisis juga menjelaskan bahwa gangguan disosiatif Individu yang mudah dihipnotis (*hypnotizability*) juga ditemukan lebih mudah mengalami disosiasi, seperti pada penderita fugue disosiatif dan GID (Hansell & Damour, 2008; Comer 2012).

Beberapa penelitian memperkuat peran pengalaman traumatik dan kekerasan terhadap perkembangan gangguan diasosiatif. Survey yang dilakukan Webermann, Brand, & Chasson (2014) terhadap 275 pasien gangguan disosiatif menemukan bahwa 58,8% responden merupakan korban kekerasan dari pasangan intimnya. Selain itu, penngasuhan yang keliru di masa kecil meningkatkan resiko mengalami kekerasan emosi dan fisik dari pasangan intim.

Pendekatan behavioral dengan teori *operant conditioning* menjelaskan bahwa gangguan disosiatif merupakan respon penghindaran terhadap berbagai ingatan traumatik. Tindakan melupakan menurunkan kecemasan sehingga meningkatkan kemungkinan untuk mengulangi tindakan melupakan. Respon penghindaran menjadi cara yang dapat mengurangi kesakitan emosi dan perilaku disosiasi memperoleh penguatan (Comer, 2012). Pendekatan lainnya adalah

B. Etiologi

Faktor otak dan sistem syaraf. Beberapa peneliti berusaha menghubungkan gangguan disosiatif dengan kerusakan pada bagian otak tertentu akibat stres berkepanjangan sehingga melepaskan hormon kortisol secara berlebihan salah. Amnesia disosiatif, misalnya, terjadi karena salah satu bagian di hipokampus yang berperan dalam penyimpanan informasi di memori mengalami kerusakan atau pengecilan ukuran karena jumlah hormon kortisol yang berlebihan. Amnesia fugue berhubungan dengan berkurangnya aktivitas lobus frontal akibat hormon kortisol yang berlebihan (Rosenberg & Kosslyn, 2011).

Pada penderita gangguan depersonalisasi di temukan aktivitas yang tidak lazim (terlalu tinggi atau terlalu rendah) di area yang secara khusus melibatkan area terkait persepsi, seperti lobus temporal dan parietal (Rosenberg & Kosslyn, 2011). Gangguan depersonalisasi juga dapat muncul ketika terjadi gangguan pemrosesan emosi akibat penurunan aktivitas sistem limbik. Selain itu, rendahnya kadar norepinefrin juga ditemukan berhubungan dengan respon emosi yang tumpul.

Penelitian Reinders dkk (dalam Rosenberg & Kosslyn, 2011) terhadap sebelas penderita GID pada dua kondisi *alter* yang berbeda. Hasil pencitraan PET menemukan kedua *alter* memberikan respon otak yang berbeda. Peristiwa trauma yang mengaktifkan area otak yang diaktifkan informasi otobiografi, namun hal ini hanya terjadi jika *alter* yang menyadari informasi tersebut sedang dominan pada saat pencitraan PET. Beberapa penelitian juga mulai menunjukkan peran faktor genetik terhadap kemunculan GID.

9. Kemarahan yang intens dan tidak jelas/tidak sesuai atau kesulitan untuk mengontrol kemarahan.
10. Ide paranoid atau simptom disosiatif yang berat.

Gambaran paling penting dari gangguan kepribadian ambang adalah adanya bentuk yang menetap dari relasi yang tidak stabil. Persepsi mengenai keterpisahan atau penolakan dari orang lain.

b) Etiologi

Beberapa penelitian menunjukkan adanya keterkaitan faktor keluarga dengan terjadinya gangguan kepribadian ambang. Dari aspek psikososial hal yang dianggap mempengaruhi terjadinya gangguan kepribadian ambang adalah adanya trauma pada masa kanak-kanan, terutama trauma yang disebabkan oleh penganiayaan seksual dan fisik.

Berdasarkan berbagai penelitian yang mencari kaitan antara terjadinya gangguan kepribadian ambang dengan penganiayaan di masa lalu yang dialami seseorang, Gunderson & Sabo (1993, dalam Duran & Barlow, 2007) mengatakan bahwa ada kemiripan antara gejala gangguan kepribadian ambang dengan gangguan stres pasca trauma (PTSD). Meskipun penganiayaan pada masa kanak-kanan dianggap memberikan sumbangan besar terhadap terjadinya gangguan kepribadian ambang, namun hal ini perlu juga dikaitkan dengan adanya predisposisi kepribadian yang

memungkinkan terjadinya gangguan, peristiwa yang memicu stress, dan predisposisi biologis.

c) Intervensi Klinis

Penanganan farmakoterapi dilaporkan berhasil mengatasi gangguan kepribadian ambang, dengan memberikan obat-obat antidepresan, namun hal ini di satu sisi juga memberikan dampak negatif dengan terjadinya penyalahgunaan obat. Penanganan psikoterapi juga semakin banyak dilakukan dengan memberikan *Dialectical Behavior Therapy (DBT)* dengan memberikan bantuan kepada individu untuk mengatasi stress yang dialami, yang diduga memicu perilaku bunuh diri, pemberian dukungan, mengajarkan cara mengenali dan mengelola emosinya, berlatih menangani masalah secara lebih efektif.

C. Klaster C (gangguan kepribadian avoidant, gangguan kepribadian dependent, dan gangguan kepribadian obsessive compulsive)

Ciri esensial dari gangguan kepribadian klaster C adalah adanya kecemasan atau ketakutan. Bentuk-bentuk gejala hampir sama dengan individu yang mengalami gangguan kecemasan.

1. Gangguan Kepribadian Avoidant

a. Deskripsi Klinis

Individu yang mengalami gangguan kepribadian avoidant atau menghindar adalah individu yang sangat sensitif terhadap pendapat orang lain, hal ini membuatnya berusaha

Depersonalisasi. Gejala kunci dari gangguan depersonalisasi adalah perasaan yang konsisten bahwa dirinya terlepas dari proses mental atau tubuhnya. Derealisasi merujuk pada sensasi bahwa dunianya tidak nyata. Gangguan depersonalisasi/derealisasi berbeda dengan gangguan disosiatif lainnya yang mengalami gangguan memori. Ketika berada pada episode depersonalisasi, individu kehilangan perasaan diri (*sense of self*).

Tabel 11.4 : Kriteria diagnostik derpersonalisasi berdasarkan DSM-IV-TR (2000)

A. Pengalaman menetap dan berulang berupa perasaan terpisah, dan seolah-olah dirinya merupakan pengamat, dari proses mental atau tubuhnya (seperti: merasa seperti seseorang di dalam mimpi).
B. Selama pengalaman depersonalisasi, uji realita tetap utuh.
C. Depersonalisasi menyebabkan distress signifikan secara klinis atau kerusakan di area sosial, pekerjaan, atau keberfungsian penting lainnya.
D. Pengalaman depersonalisasi tidak terjadi secara eksklusif selama episode gangguan mental lainnya, seperti skizofrenia, gangguan panik, gangguan stres akut, atau gangguan disosiatif lainnya, dan bukan merupakan efek gangguan fisiologis dari obat-obatan dan kondisi medis umum.

Penderita juga dapat memiliki perasaan dirinya seperti keluar dari tubuhnya dan sedang menyaksikan dirinya dari kejauhan. Meskipun demikian, penderita masih menyadari realita dan tidak percaya bahwa dirinya benar-benar terlepas dari tubuhnya. Sebagian besar penderita di satu sisi mengalami kekakuan atau mati rasa emosi, akan tetapi di sisi lain juga merasakan tekanan akibat pengalaman tersebut.

lebih alter, yaitu kepribadian atau identitas yang berbeda (Tabel 11.3.). Biasanya muncul pada saat kanak-kanak, akan tetapi jarang didiagnosis sebelum usia dewasa. Gangguan ini dianggap paling berat dibandingkan dengan gangguan disosiatif lainnya dan kurang bisa pulih secara total.

Tabel 11.3.: Kriteria diagnostik gangguan identitas disosiatif berdasarkan DSM-IV-TR (2000)

A. Kehadiran satu atau lebih identitas atau kondisi kepribadian yang berbeda (masing-masing dengan pola yang relatif kekal dari persepsi, relasi, dan pemikiran tentang diri dan lingkungan)
B. Setidaknya dua dari identitas atau kondisi kepribadian secara berulang mengambil alih kendali atas perilaku individu.
C. Ketidakmampuan untuk mengingat informasi pribadi yang penting, yang terlalu luas untuk dijelaskan oleh kelupaan biasa.
D. Gangguan bukan disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari obat-obatan atau kondisi medis umum. Catatan: pada anak-anak gejala-gejala yang muncul bukan karena permainan imajinasi atau fantasi.

Setiap *alter* memiliki karakteristik dan sejarahnya masing-masing, dan mengambil alih kendali atas perilaku individu. Masing-masing *alter* mungkin memiliki riwayat medis yang berbeda. Beberapa *alter* juga bisa saling mengenal satu sama lain. Pergantian *alter* biasanya dipicu oleh situasi yang penuh tekanan dan kekosongan memori terjadi pada saat peralihan. Kepribadian yang muncul bisa bervariasi dalam hal jenis kelamin, usia, bahkan tipe kepribadian.

menghindari hubungan dengan orang lain. *Self esteemnya* rendah dan ada ketakutan untuk ditolak. Relasinya terbatas dan muncul ketergantungan terhadap orang-orang tertentu yang dapat membuatnya merasa nyaman. Pada gangguan kepribadian ini, individu tidak menjalin relasi sosial, lebih disebabkan oleh ketakutan yang kronis akan adanya penolakan dari orang lain dan merasa pesimis dengan masa depannya.

Berikut adalah kriteria gangguan kepribadian menghindar berdasarkan DSM-IV-TR

- 1) Pola pervasif adanya hambatan untuk bersosialisasi, perasaan tidak adekuat (sejenis perasaan tidak sesuai/tidak mampu/tidak nyaman), hipersensitif terhadap penilaian/evaluasi negatif dari orang lain. Kondisi ini mulai terlihat pada masa dewasa awal.
- 2) Menghindari aktivitas yang melibatkan kontak interpersonal yang signifikan, karena ia takut ditolak atau dikritik.
- 3) Tidak mau terlibat dengan orang lain, kecuali ia merasa bahwa ia disukai
- 4) Menghindari hubungan intim/dekat karena ia takut dipermalukan atau dicemooh
- 5) Terokupasi terhadap penolakan atau kritikan, di berbagai situasi sosial
- 6) Ada hambatan untuk memulai interaksi baru, karena ia merasa tidak adekuat
- 7) Menganggap diri tidak layak, tidak menarik dan merasa inferior secara sosial
- 8) Keengganan yang tidak lazim untuk terlibat di dalam aktivitas baru, karena takut dipermalukan

b. Etiologi

Penyebab dari terjadinya gangguan kepribadian menghindar, dijelaskan oleh beberapa teori, terjadi karena sejak masa bayi, mereka terlahir sebagai individu yang sulit dan kurang menyenangkan temperamennya, sehingga hal tersebut membuat orang tua menolak atau kurang memberikan kasih sayang yang cukup. Penolakan tersebut menyebabkan anak tumbuh dengan *self esteem* yang rendah dan pengasingan diri dari lingkungan sosialnya. Akan tetapi penjelasan seperti ini masih perlu dikritisi karena, didasarkan pada studi retrospektif, yaitu informasi diperoleh dari ingatan yang disampaikan oleh penderita gangguan kepribadian ini.

c. Intervensi Klinis

Beberapa terapi dilakukan terhadap penderita gangguan kepribadian menghindar, yaitu dengan teknik intervensi behavioral, untuk mengatasi masalah kecemasan dan meningkatkan keterampilan sosial. Intervensi yang dilakukan kepada penderita gangguan kepribadian menghindar beberapa diantaranya sama dengan terapi untuk individu yang mengalami fobia sosial. Misalnya dengan menggunakan *systematic deensitization*, dimana penderita gangguan kepribadian menghindar ini, berlatih untuk rileks ketika berada di dalam situasi sosial yang mereka takuti.

Terapi lain yang dilakukan adalah *behavioral rehearsal*, yaitu penderita gangguan kepribadian menghindar, diminta untuk menghadapi situasi

menggunakan identitas baru (Rosenberg & Kosslyn, 2011).

Fugu disosiatif dapat terjadi mulai dari beberapa jam hingga beberapa bulan merupakan kriteria diagnostik gangguan fugu disosiatif (Rosenberg & Kosslyn, 2011). Penderita mungkin menggunakan nama baru, membangun identitas baru, menjalin hubungan baru, bahkan pekerjaan baru (Comer, 2012).

Tabel 11.2.: Kriteria diagnostik fugu disosiatif berdasarkan DSM-IV-TR

A. Gangguan utama berupa bepergian secara tiba-tiba dan tidak terduga jauh dari rumah atau tempat kerja, dan tidak mampu mengingat masa lalunya.
B. Mengalami kebingungan tentang identitas pribadi atau mengambil identitas baru (sebagian atau seluruhnya).
C. Gangguan tidak terjadi secara eksklusif selama episode gangguan identitas disosiatif dan bukan karena efek fisiologis dari obat-obatan, atau kondisi medis umum.
D. Gangguan mengakibatkan distress yang signifikan secara klinis atau kerusakan di area sosial, pekerjaan, dan keberfungsian penting lainnya.

Pada beberapa budaya terdapat *running syndrome* yang mirip dengan fugu disosiatif, seperti *pibloktoq* (suku asli Arctic), *grisi siknis* (masyarakat Miskito di Nikaragua and Honduras), dan *amok* (rakyat Pasifik Barat). Gejala yang umumnya muncul adalah yang termasuk kelompok A pada kriteria diagnostik. Amnesia terjadi setelah episode melarikan diri berakhir (Rosenberg & Kosslyn, 2012).

Gangguan identitas disosiatif (GID). Sebelumnya, gangguan ini disebut dengan gangguan kepribadian ganda. Fitur sentral dari GID adalah hadirnya dua atau

Tabel 11.1: Kriteria diagnostik amnesia disosiatif berdasarkan DSM-IV-TR

A. Gangguan utama berupa satu atau lebih episode tidak mampu mengingat kembali informasi pribadi yang penting, biasanya karena trauma atau situasi yang penuh tekanan, yang terlalu meluas untuk dijelaskan dengan fenomena lupa.
B. Gangguan tidak terjadi secara eksklusif selama gangguan identitas disosiatif, fugu disosiatif, gangguan stres pascatrauma, gangguan stres akut, atau gangguan somatisasi; dan bukan karena efek fisiologis langsung dari obat-obatan, neurologis, atau kondisi medis umum.
C. Gejala menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau kerusakan di area sosial, pekerjaan, dan keberfungsian penting lainnya.

Amnesia dapat berakhir secara tiba-tiba dan pulih total, dengan kemungkinan kambuh yang kecil. Selama mengalami amnesia, penderita tidak menunjukkan perilaku yang aneh atau luar biasa, selain kehilangan orientasi dan ingatan. Pada amnesia total, individu tidak mampu mengingat informasi pribadi, keluarga, dan pekerjaannya, akan tetapi fungsi-fungsi mental seperti kemampuan dan keterampilan yang dimiliki tetap bertahan.

Fugu disosiatif. Berasal dari kata *fugue* yang berarti *flight* (penerbangan). Penderita sering ditemukan jauh dari asal atau tempat tinggalnya (Beidel, Bulik, & Stanley, 2012). Fitur kunci dari gangguan ini adalah terjadi secara tiba-tiba, berjalan tanpa rencana, dan sulit mengingat masa lalu (lihat kriteria diagnostik di Tabel 11.2). Kombinasi dari ketiga hal ini dapat menimbulkan penderitaan karena kebingungan tentang siapa dirinya bahkan menyebabkan penderitaan

sosial yang membuat mereka cemas. Beberapa dari terapi ini dilaporkan menghasilkan perbaikan yang cukup menggembirakan terutama pada kemampuan individu untuk menerima kritik/evaluasi negatif, mengurangi penghindaran situasi sosial dan distress.

2. Gangguan Kepribadian Dependen

a. Deskripsi Klinis

Individu yang mengalami gangguan kepribadian dependen, sangat bergantung pada orang lain, bahkan untuk hal-hal yang tidak penting. Misalnya ketika mereka harus mengambil keputusan-keputusan di dalam hidup mereka, baik keputusan penting ataupun yang biasa-biasa saja. Mereka sering menyatakan persetujuan terhadap pendapat orang lain, hanya sekedar untuk menghindari penolakan dari orang lain, meskipun mungkin ia sebenarnya berbeda pendapat dengan orang tersebut. Demi mempertahankan relasi yang dapat memenuhi kebutuhannya akan dukungan dan kasih sayang, maka individu dengan gangguan kepribadian dependen, dapat saja memunculkan perilaku submisif, penakut dan pasif. Perasaan tidak mampu, hipersensitif terhadap kritik dan penolakan, mirip dengan yang terjadi pada penderita gangguan kepribadian menghindar, namun berbeda dalam reaksi yang ditampilkan. Jika gangguan kepribadian menghindar, menampilkan perilaku menghindari relasi untuk "menyelamatkan diri" dari penolakan dan kritik, justru sebaliknya pada penderita gangguan

kepribadian dependen, mereka justru melekatkan diri pada hubungan interpersonal agar selamat dari penolakan dan kritik.

Berikut kriteria gangguan kepribadian dependen berdasarkan DSM-IV-TR

- 1) Kebutuhan yang sifatnya menetap dan berlebihan untuk diurus oleh orang lain yang menghasilkan perilaku submisif dan “melekat” serta takut untuk berpisah. Kondisi ini diawali pada masa dewasa awal
- 2) Kesulitan dalam mengambil keputusan sehari-hari bila tidak ada nasihat dan dukungan dari orang lain
- 3) Menyandarkan diri pada orang lain untuk memikul tanggung jawab penting di dalam hidupnya
- 4) Kesulitan dalam mengekspresikan sikap tidak setuju dengan orang lain karena takut kehilangan dukungan atau karena kurangnya rasa percaya diri
- 5) Kesulitan memulai suatu kegiatan sendirian karena kurang percaya diri
- 6) Berusaha keras untuk mendapatkan dukungan dan perhatian dari orang lain
- 7) Ingin segera mendapatkan hubungan baru untuk dijadikan sumber perhatian dan dukungan, apabila hubungan dekat yang ia miliki, sudah berakhir
- 8) Terokupasi secara tidak rasional dengan ketakutan untuk ditinggalkan dan harus mengurus diri sendiri

yang tidak memenuhi salah satu dari keempat jenis gangguan dapat dikategorikan sebagai gangguan disosiatif yang tidak terspesifikkan.

Amnesia disosiatif. Amnesia disosiatif merupakan ketidakmampuan untuk mengingat informasi penting, biasanya yang bersifat pribadi. Penderita mengalami kerusakan memori yang cukup signifikan tentang pengalaman atau informasi penting dirinya yang tidak dapat dijelaskan oleh kelupaan yang normal (Beidel, Bulik, & Stanley, 2012; Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012). Kehilangan memori menjadi fitur utama dari amnesia disosiatif, seperti yang tercantum di Tabel 10.1. Pengalaman dan informasi pribadi yang dimaksud melibatkan peristiwa traumatik atau penuh tekanan, dan kelupaan dapat terjadi secara mendadak.

Problem memori pada penderita amnesia disosiatif bisa terjadi dalam beberapa bentuk (Rosenber & Kosslyn, 2011; Hansell & Damour, 2008; Beidel, Bulik, & Stanley, 2012). *Generalized amnesia*, yaitu individu tidak dapat mengingat keseluruhan kehidupannya. *Selective amnesia*, yaitu individu masih dapat mengingat beberapa hal yang terjadi selama periode amnesia. *Localized amnesia*, yaitu individu mengalami kesenjangan memori (*memory gap*) selama periode tertentu, seringkali peristiwa yang baru saja mendahului kejadian yang menekan. *Continuous amnesia*, yaitu amnesia yang dimulai pada waktu tertentu dan berlangsung hingga saat ini. *Systematized amnesia*, yaitu kehilangan memori dari informasi tertentu, seperti ingatan tentang orang tertentu.

identitas disosiatif (Yesi). Penderita gangguan disosiatif mengalami gangguan kesadaran, ingatan, dan identitas diri.

Kemunculan gangguan disosiatif biasanya berkaitan dengan peristiwa yang sangat menekan. Individu mungkin tidak dapat mengingat kembali peristiwa penting yang dialaminya, atau mungkin untuk sementara waktu melupakan identitas dirinya, bahkan menggunakan identitas baru. Gangguan bisa berlangsung singkat maupun kronis, terjadi tiba-tiba atau perlahan-lahan.

A. Pengertian & Deskripsi Klinis

Terdapat empat gejala yang menandai gangguan disosiatif berdasarkan DSM IV-TR. **Amnesia** atau hilangnya ingatan, biasanya bersifat temporer, akan tetapi pada beberapa kasus dapat berlangsung permanen. **Problem identitas**, yaitu individu tidak yakin siapakah dirinya atau ia mungkin mengambil identitas baru. **Derealisasi**, yaitu dunia eksternal dipandang atau dialami sebagai sesuatu yang aneh atau tidak nyata, dan individu merasa terpisah dari lingkungannya. **Depersonalisasi**, yaitu persepsi atau pengalaman diri-baik tubuh maupun proses mental dirinya- diubah hingga individu merasa seperti menjadi pengamat dan seolah-olah memandang dirinya dari luar.

DSM IV-TR mengelompokkan gangguan disosiatif menjadi empat kategori, yaitu amnesia disosiatif, fugu disosiatif, depersonalisasi/derealisasi, dan gangguan identitas disosiatif. Sementara berdasarkan DSM V, gangguan disosiatif dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu amnesia disosiatif, gangguan identitas disosiatif, dan depersonalisasi/derealisasi. Orang-orang

b. Etiologi dan Intervensi Klinis

Terjadinya kematian orang tua, adanya penolakan atau penelantaran pada masa kanak-kanak, yang kemudian menyebabkan seseorang menjadi takut untuk diabaikan, diyakini memberikan kontribusi terhadap terjadinya gangguan kepribadian dependen. Penelitian mengenai kelekatan/attachment pada anak, menunjukkan hasil apabila kelekatan anak dengan orang tua terganggu, maka memungkinkan munculnya kecemasan pada anak, akan kehilangan orang yang dekat dengannya. Terapi yang dilakukan adalah dengan membuat individu menjadi lebih independen dan bertanggung jawab. Perlu diperhatikan agar jangan sampai terjadi dependensi klien kepada terapisnya.

3. Gangguan Kepribadian Obsessive-Compulsive

a. Deskripsi Klinis

Individu dengan gangguan kepribadian obsesif kompulsif ditandai dengan fiksasi untuk menyelesaikan semua hal dengan benar, bahkan ingin selalu sempurna. Hal ini membuatnya tidak dapat menyelesaikan banyak hal. Individu ini sangat work-oriented, tidak menyukai hiburan, kegiatan refreasing atau menghadiri pesta. Pribadi yang rigid/kaku, dan cenderung memiliki hubungan interpersonal yang buruk.

Berikut kriteria gangguan kepribadian obsesif kompulsif menurut DSM IV-TR

- 1) Pola pervasif dan preokupasi dengan keteraturan, perfeksionisme, kontrol mental dan interpersonal dengan mengorbankan

fleksibilitas, keterbukan, dan efisiensi. Kondisi ini dimulai pada masa dewasa awal

- 2) Terokupasi dengan detil, peraturan, aturan, daftar organisasi, atau jadwal sehingga kehilangan hal penting dari aktivitas yang dilakukan
- 3) Perfeksionisme yang mengganggu penyelesaian tugas
- 4) Menenggelamkan diri ke dalam pekerjaan dan produktifitas, secara berlebihan, sehingga melupakan kegiatan hiburan dan pertemanan
- 5) Terlalu teliti, terlalu cermat, tidak fleksibel tentang masalah yang terkait dengan moralitas, etika atau nilai-nilai
- 6) Tidak mampu mengambikan benda yang tidak penting meskipun benda tersebut tidak memiliki nilai sentimental
- 7) Tidak mau mendelegasikan tugas atau bekerjasama dengan orang lain, kecuali orang lain mengikuti cara kerjanya
- 8) Bersikap kikir terhadap diri sendiri dan orang lain, karena takut tidak memiliki simpanan bila terjadi bencana di masa yang akan datang
- 9) Rigid dan keras kepala

b. Etiologi dan Intervensi Klinis

Tidak disebutkan adanya faktor genetik sebagai faktor yang kuat dalam mempengaruhi terjadinya gangguan kepribadian obsesif kompulsif. Jika ada faktor predisposisi kepribadian dari sejak awal, maka perlu adanya faktor penguatan dari orang tua untuk membentuk mengenai keteraturan.

BAB XI GANGGUAN DISOSIATIF

Yesi, seorang mahasiswa, ditemukan dalam kondisi yang berbeda sama sekali dari identitasnya sehari-hari. Suaranya menjadi kecil dan terkesan manja, seolah-olah ada anak kecil di dalam tubuhnya yang sedang berbicara. Ia juga memperkenalkan dirinya sebagai Rima. Beberapa saat kemudian, ia tampak seperti tertidur sejenak selama beberapa detik, dan terbangun dengan identitas kembali sebagai Yesi.

Lucy seringkali mengalami periode saat dunia secara tiba-tiba menjadi tidak nyata. Suatu saat ia sedang bersama teman-temannya, kemudian merasa seolah-olah ia sedang berada di sebuah bioskop, duduk di antara para penonton, dan menyaksikan pertunjukkan di layar di hadapannya. Di saat lain ia sedang berjalan dan tiba-tiba seperti mengambang di tepi jalan.

Riska baru saja mengalami tekanan hebat akibat hubungannya dengan seorang pria yang tidak direstui sang ibu. Dalam kondisi tertekan ia menghilang dari rumah selama dua hari. Ia ditemukan di kota yang jauh dari kota asalnya dan diantarkan seseorang ke rumahnya berdasarkan KTP yang dimilikinya. Menurut orang yang mengantar, Riska tidak bisa mengingat siapa nama dan dari mana asalnya.

Yesi dan Riska mengalami gejala hilangnya ingatan tentang identitas penting dirinya. Berbeda dengan Lucy yang mengalami kondisi seperti terlepas atau terpisah dari tubuh dan lingkungan di sekitarnya. Ketiganya menunjukkan gangguan disosiatif, yaitu fugu disosiatif (Riska), gangguan depersonalisasi (Lucy), dan gangguan

- Durand, V.M. & Barlow, D. H. (2010). *Abnormal Psychology* (5th edition). Belmont: Wadsworth, Cengage Learning.
- Halgin, R. P. & Withbourne, S. K. 2010. *ABNORMAL PSYCHOLOGY. Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. New York: McGraw Hill.
- Holder-Perkins, V. & Wise, T. N. 2001. Somatization Disorder. Dalam: Katharine A. Phillips (Editor). *Somatoform and Factitious Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Mullins, L. L., & Olson, R. A. 1990. Familial Factors in the Etiology, Maintenance, and Treatment of Somatoform Disorders in Children. *Family Systems Medicine*, 8(2), 159-175.
- Nolen-Hoeksema, S. 2011. *Abnormal Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Schulte, E. I. & Petermann, F. 2011. Familial Risk Factors for the Development of Somatoform Symptoms and Disorders in Children and Adolescents : A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 569-583. [http://doi.org/ 10.1007/s10578-011-0233-6](http://doi.org/10.1007/s10578-011-0233-6)

Terapi dilakukan untuk membantu individu agar lebih rileks menghadapi hal-hal yang menjadi ketakutannya terkait dengan keteraturan, ketakutan tidak tepat dalam melakukan sesuatu yang ia sendiri menuntut kesempurnaan, sehingga terlalu terpaku, menunda-nunda, memikirkan isu yang penting dan tidak penting, terlalu fokus pada hal-hal detil yang sepele.

Daftar Referensi

- Barlow, David H., and Durand, Mark V. 2006. *Abnormal Psychology*. New York: Cole Publishing Co.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. (4th edition)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Durand, V. Mark & Barlow, David H. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal: Edisi Keempat* (Terjemahan dari Helly Pratjitno Soetjipto, Sri Mulyantini Soetjipto). Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Nevid, Jeffrey S., Rathus Spencer A., Greene, Beverly. 2007. *Psikologi Abnormal* (Terjemahan dari Tim Fakultas Psikologi UI). Jakarta: Penerbit Erlangga.

dengan variasi waktu yang berbeda antar pasien (Arnold, dkk., 2006). CBT juga disarankan untuk menangani gangguan dismorfik tubuh (Anderson, R. C., 2003).

Rosen dkk., (dalam Beidel, Bulik, & Stanley, 2012) menggunakan CBT digunakan untuk mengedukasi klien agar memahami kaitan antara kondisi fisik dan faktor emosi. CBT juga membantu klien dengan gangguan keanehan bentuk tubuh dan hipokondriasis untuk mengatasi pikiran-pikiran keliru dan mengganggu tentang penampilan fisik, menghindari situasi yang mengekspose citra tubuh.

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th edition)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, R. C. 2003. Body Dysmorphic Disorder: Recognition and Treatment. *Plastic Surgical Nursing, Fall, 23(3)*, 125-129.
- Arnold, I. A., deWaal, M. W. M., Eekhof, J. A. H., & van Hemert, A. M. 2006. Somatoform Disorder in Primary Care: Course and the Need for Cognitive-Behavioral Treatment. *Psychosomatic, 47(6)*, 498-503.
- Beidel, D. C., Bulik, C. M., & Stanley, M. A. 2012. *Abnormal Psychology. (2nd edition)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Crerand, C. E., & Sarwer, D. B. 2010. Cosmetic Treatments and Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals, (July), 40(7)*, 344-349. <http://doi.org/10.3928/00485713-20100701-07>

C. Intervensi Klinis

Beberapa prosedur medis lazim dilakukan untuk penderita gangguan somatoform. Untuk gangguan dismorfik tubuh misalnya, pasien sering menjalani prosedur bedah plastik (Anderson, 2003; Ahluwalia dkk., 2017) atau penanganan dengan kosmetik (Crerand & Sarwer, 2010). Meskipun demikian, operasi plastik dan kosmetik tidak selalu memuaskan pasien (Anderson, 2003; Crerand & Sarwer, 2010).

Hal penting yang perlu diperhatikan untuk memahami motif apa yang mendasari seseorang berusaha terlihat sakit adalah keuntungan apa yang diperoleh dari sakitnya tersebut. Keuntungan primer (*primary gain*) terhindar dari tanggung jawab yang memberatkan karena “ketidakmampuannya” terkait dengan sakit yang diderita. Keuntungan sekunder (*secondary gain*) yaitu mendapatkan simpati dan perhatian dari orang lain.

Pendekatan sistem keluarga yang dipadukan dengan pendekatan behavioral ditemukan cukup efektif dalam menghilangkan keluhan dan gejala gangguan somatoform, terutama yang terkait dengan berbagai keuntungan yang diperoleh dari gejala-gejala yang dikeluhkan. Oleh karena itu, penanganan difokuskan pada disfungsi keluarga, pemodelan perilaku yang kurang tepat, dan pemberian penguat positif yang keliru (Mullins & Olson, 1990).

Pendekatan kontemporer berusaha menggali kebutuhan klien sehingga memainkan peran sakit, mengevaluasi kontribusi stres dalam kehidupan klien, dan menggunakan *cognitive-behavioral therapy* (CBT) untuk mengendalikan gejala-gejala gangguannya (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010). CBT ditemukan cukup efektif menangani gangguan somatoform, meskipun

BAB X GANGGUAN PSIKOFISIOLOGIS DAN SOMATOFORM

*R*iri adalah anak bungsu dari enam bersaudara. Ayahnya seorang yang sangat keras dalam mendidik anak dan menuntut semua anaknya meraih juara kelas dan menjadi dokter. Akibat tuntutan tersebut, setiap kali akan menghadapi ujian Riri sangat tertekan dan merasa sangat mual karena penyakit maagnya kambuh. Menurut hasil dokter, ketika sedang tertekan asam lambung Riri sangat tinggi sehingga menimbulkan rasa mual dan perih. Rasa mual dan perih ini akan reda setelah ia mengkonsumsi obat dari dokter.

Roni seringkali mengeluhkan sakit kepala yang kemudian memaksanya untuk selalu berkonsultasi dengan dokter. Pengobatan alternatif pun sering ia lakukan. Dokter berkali-kali menyatakan bahwa tubuhnya sehat dan tidak ada masalah syaraf di otaknya. Roni tetap bersikeras bahwa sakit di kepalanya sangat serius dan mengganggu pekerjaannya. Tak jarang ia harus minta izin pulang kerja lebih awal agar dapat beristirahat di rumah.

Kedua kasus di atas menggambarkan kondisi kesehatan individu yang dikeluhkan individu dan berkaitan dengan problem psikologis. Hanya, keluhan-keluhan sakit yang disampaikan Roni tidak dapat dibuktikan dengan pemeriksaan medis. Kalaupun ada, bukan masalah kesehatan yang memerlukan penanganan khusus. Sementara keluhan fisik yang dialami Riri memang nyata dan dapat diketahui melalui pemeriksaan medis.

Bab ini akan menjelaskan dua kelompok gangguan yang terkait dengan kesehatan, yaitu gangguan psikofisiologis (Riri) dan gangguan somatoform (Risma). Kesamaan kedua gangguan tersebut adalah adanya keluhan fisik dan kesehatan yang mengganggu keberfungsian sehari-hari. Perbedaan di antara keduanya hanya pada ada atau tidak adanya bukti medis yang bisa menerangkan gejala-gejala fisik yang dikeluhkan.

Gangguan Psikofisiologis

Psikofisiologi merupakan kajian yang mempelajari penyakit fisik aktual yang disebabkan atau diperparah oleh stres psikologis (Hansell & Damour, 2008). Stres sendiri didefinisikan sebagai reaksi terhadap kejadian-kejadian yang membebani individu baik secara fisik maupun psikologis (Selye, 199) atau interaksi kompleks antara organisme dan lingkungan (Lazarus, 1999) (dalam Hansell & Damour, 2008).

Istilah gangguan psikofisiologis merupakan istilah yang telah lama dipakai, menggantikan istilah psikosomatis. Keduanya menggambarkan kondisi penyakit medis yang memiliki latar belakang faktor psikologis. Kedua istilah ini dianggap kurang tepat karena memberi kesan seolah-olah gangguan psikologis lainnya tidak memiliki dasar biologis (Durand & Barlow, 2010). Selanjutnya, DSM-IV-TR menggunakan kategori baru yaitu faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis (Halgin, Halgin, & Krauss, 2011).

A. Pengertian dan Kriteria Diagnostik

Menurut DSM IV-TR, kategori diagnosis faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis mencakup situasi yang faktor psikologis dan perilaku di dalamnya

terhadap apa yang terjadi di dalam tubuhnya. Akibatnya penderita lebih memperhatikan informasi yang mempertegas kekhawatirannya dan mengabaikan fakta-fakta yang melemahkan diagnosis (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010).

Teori belajar operan menjelaskan bahwa individu yang memiliki riwayat sakit pada masa kanak-kanak belajar bahwa sakit menyebabkan keluarga memberikan perhatian ekstra terhadap dirinya. Pada orang dewasa, sakit menyebabkan mereka mendapatkan perhatian dari keluarga dan kolega. Perhatian dari lingkungan menjadi penguat bagi berkembangnya gangguan somatoform. Hal ini yang ditunjukkan Mullins dan Olson (1990) dalam penelitiannya pada kasus anak dan remaja yang mengalami gangguan somatisasi. Pemberian perhatian yang berlebihan dan sikap permisif ketika gejala sakit muncul menjadi penguat positif bagi gejala-gejala gangguan.

Tekanan sosial juga memainkan peranan terhadap perkembangan gangguan somatoform, di antaranya kematian orang yang disayangi. Selain itu, faktor belajar sosial juga dapat membuat individu mengembangkan gangguan ini. Misalnya, orangtua yang menderita penyakit tertentu dapat menjadi model bagi munculnya perilaku sakit (*illness behavior*). Faktor gender dan budaya memainkan peranan dalam mengembangkan jenis keluhan. Survei yang dilakukan Rief dkk terhadap lebih dari 4000 orang Jerman pada tahun 2006 (dalam Halgin, Halgin, dan Krauss, 2010) menunjukkan bahwa ketidakpuasan pada wanita lebih ke payudara dan pria lebih ke dada.

mental lainnya (misalnya ketidakpuasan terhadap bentuk dan ukuran tubuh pada *anorexia nervosa*).

B. Etiologi

Halgin, Halgin, dan Krauss (2010) berpendapat bahwa kemunculan gangguan somatoform merupakan interaksi dari faktor biologis, pengalaman belajar, faktor emosi, dan kesalahan kognitif. Berdasarkan pendekatan biologis, gangguan somatoform juga memiliki dasar neurologis tertentu. Meskipun gangguan ini tidak diturunkan, akan tetapi riwayat gangguan di dalam keluarga menyebabkan individu cenderung mengalami gangguan somatoform. Kajian literatur yang dilakukan Schulte & Peterman (2011) memperlihatkan berbagai faktor resiko di dalam keluarga yang berpotensi mengembangkan gejala gangguan somatoform, seperti orangtua dengan gangguan somatisasi dan penyakit organik yang dialami orang-orang yang signifikan dalam kehidupan individu.

Menurut pendekatan psikodinamik, kemunculan gangguan somatoform berhubungan erat dengan represi terhadap keinginan dan perasaan. Kesulitan-kesulitan fisik dipandang sebagai ekspresi tidak langsung dan metafora dari kesulitan emosional yang tidak disadari (Hansell & Damour, 2011).

Pendekatan kognitif memandang penderita gangguan somatoform umumnya memiliki keyakinan yang keliru tentang kesehatan. Sebagai contoh, penderita mungkin memiliki anggapan bahwa sakit kepala merupakan pertanda adanya tumor di otak. Dalam kasus lain, penderita memiliki pemahaman bahwa sehat adalah tidak ada sama sekali sensasi fisik yang menimbulkan rasa tidak nyaman. Pada penderita hipokondriasis, mereka lebih sensitif dibandingkan orang kebanyakan

memiliki efek buruk terhadap kondisi medis/kesehatan. Diagnosis ditegakkan jika individu menderita akibat kondisi sakit medis yang diperburuk oleh faktor emosi dan mempengaruhi kondisi kesehatan secara umum, memerlukan penanganan, meningkatkan resiko kesehatan, dan memperparah gejala (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010).

DSM-IV-TR (APA, 2000) menetapkan dua kriteria utama untuk menegakkan diagnosis (lihat Tabel 9.1). Pada kasus Riri, tekanan yang ia hadapi memperburuk penyakit maagnya dan mengganggu performanya menjelang dan saat ujian (kriteria B.4).

Tabel 10.1: Kriteria diagnostik faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis umum

A. Terdapat kondisi medis umum (Axis III)
B. Faktor psikologis memberi efek buruk terhadap kondisi medis umum dengan salah satu cara berikut:
1. Faktor-faktor mempengaruhi kondisi medis umum sebagaimana yang ditunjukkan oleh kuatnya hubungan antara faktor psikologis dengan perkembangan, memburuknya, atau penundaan pemulihan kondisi medis umum.
2. Faktor-faktor mengganggu penanganan kondisi medis umum.
3. Faktor-faktor menambah resiko kesehatan pada individu.
4. Respon fisiologis terkait stres memicu atau memperburuk gejala kondisi medis umum.

B. Etiologi

Salah satu faktor psikologis yang seringkali dihubungkan dengan kondisi medis umum adalah stres. *Psychoneuroimmunology* merupakan bidang kajian yang

menjelaskan hubungan antara stres (*psycho*), keberfungsian sistem syaraf (*neuro*), dan sistem kekebalan tubuh (*immuno*). Berbagai peristiwa yang penuh tekanan mengawali reaksi-reaksi tubuh sehingga menurunkan daya tahan terhadap penyakit. Reaksi tersebut juga memperburuk gejala penyakit terkait stres yang bersifat kronis. Interrelasi ini menstimulasi hormon yang diatur oleh hipotalamus sehingga menurunkan aktivitas sistem kekebalan tubuh. Akibat tidak ada/kurangnya proteksi, tubuh menjadi rentan terhadap infeksi, alergi, dan zat karsinogen. Selain itu, stres meningkatkan pelepasan kortisol (hormon stres) yang beresiko mengganggu kerja otak dan syaraf (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010).

Stres juga diketahui meningkatkan resiko penyakit kardiovaskuler seperti jantung dan hipertensi (Hansell & Damour, 2008). Hipertensi, misalnya, berhubungan dengan respon *fight-or-flight* yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Problem kesehatan lainnya juga berhubungan dengan stres, seperti migrain (terkait dengan penyempitan pembuluh darah) dan kanker (stres meningkatkan perilaku yang beresiko pada masalah kesehatan).

Hansell dan Damour (2008) memaparkan beberapa stresor yang berpotensi menimbulkan problem kesehatan. Pertama, berbagai peristiwa dalam kehidupan individu (*life events*) yang memunculkan reaksi stres akut, seperti kematian pasangan hidup, perceraian, dan dipecat dari pekerjaan. Kedua, stres kronis (*chronic stress*) yang berasal dari kehidupan sehari-hari, seperti tekanan akibat isu PHK di perusahaan tempat bekerja. Ketiga, berbagai gangguan dalam kehidupan sehari-hari (*daily hassles*), seperti terjebak macet atau bertengkar dengan teman. Keempat, peristiwa bencana (*catastrophic events*) yang

penampilan yang sempurna. Hal yang wajar pula ketika suatu waktu individu terganggu oleh jerawat di wajahnya atau hidung yang terlihat kurang mancung. Atau individu berupaya menghilangkan kesan rambut tipis dengan gaya rambut tertentu. Individu dengan **gangguan dismorfik tubuh** dipenuhi bayangan ketidaksempurnaan penampilan. Jika terdapat anomali di tubuh, maka kekhawatiran tersebut melebihi batas kepatutan atau tidak proporsional. Ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh secara keseluruhan dan anoreksia tidak termasuk di dalamnya.

Hal yang tidak lazim pada gangguan keanehan bentuk tubuh adalah ketika ketidaksempurnaan penampilan menimbulkan tekanan atau menguras waktu dan energi sehingga merusak keberungsian sehari-hari. Preokupasi yang umum dialami penderita gangguan ini adalah rambut-rambut halus yang berlebihan di wajah, jerawat, kerutan di kulit, bekas luka, warna kulit (terlalu pucat, gelap, atau merah), wajah yang asimetris, atau bentuk atau ukuran dari bagian tertentu di wajah atau tubuh. DSM VI-TR membuat pedoman diagnosis untuk gangguan ini sebagaimana terdapat pada tabel 10.6 berikut.

Tabel 10.6: Kriteria diagnostik gangguan dismorfik tubuh berdasarkan DSM IV-TR

A. Preokupasi oleh bayangan kekurangan dalam hal penampilan. Jika terdapat anomali fisik yang ringan, kekhawatiran individu menjadi berlebihan.
B. Preokupasi menyebabkan tekanan atau kerusakan di aspek sosial, pekerjaan, atau area penting lainnya yang cukup signifikan secara klinis.
C. Preokupasi tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan

yang erat kaitannya dengan keluhan fisik (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010).

Hipokondriasis. Sebagaimana yang tercantum pada poin E kriteria diagnostik (lihat tabel 10.5), hipokondriasis ditandai oleh setidaknya selama 6 bulan diliputi perasaan takut mengalami atau memiliki penyakit serius berdasarkan kesalahan persepsi terhadap gejala-gejala yang dirasakan di tubuhnya. Penderita hipokondriasis tidak menunjukkan adanya disfungsi tubuh yang ekstrim atau gejala medis yang tidak dapat dijelaskan. Mereka lebih sering salah menafsirkan atau membesar-besarkan gejala yang dialami (kasus Roni).

Tabel 10.5 : Kriteria diagnostik hipokondriasis berdasarkan DSM IV-TR

A. Preokupasi oleh ketakutan mengalami atau memiliki penyakit serius berdasarkan misinterpretasi terhadap gejala-gejala tubuh.
B. Preokupasi menetap meskipun tanpa penilaian medis yang tepat dan meyakinkan.
C. Keyakinan-keyakinan pada kriteria A tidak bersifat delusional dan tidak terbatas pada kekhawatiran terhadap penampilan.
D. Preokupasi menyebabkan tekanan atau kerusakan klinis yang signifikan pada area keberfungsian sosial, pekerjaan, dan area penting lainnya.
E. Durasi gangguan minimal selama 6 bulan.
F. Preokupasi tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan kecemasan umum, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan panik, depresi mayor, kecemasan berpisah, dan gangguan somatoform lainnya.

Gangguan dismorfik tubuh. Nyaris tidak ada individu yang lahir dengan kondisi tubuh atau

meninggalkan trauma, di antaranya badai, gempa bumi, dan banjir.

Faktor-faktor psikologis lain yang terkait dengan kondisi medis adalah pesimisme dan strategi koping (Nolen-Hoeksema, 2011; Hansell & Damour, 2008). Pesimisme memberi efek buruk terhadap kesehatan karena meningkatkan respon “*flight-or-fight*” tubuh yang berbahaya terhadap kesehatan. Strategi koping berhubungan dengan cara yang digunakan individu untuk menghadapi stresor dan mengatasi stres yang diakibatkannya. Beberapa penelitian menunjukkan *avoidance coping* meningkatkan problem kesehatan, seperti infeksi HIV dan rasa nyeri pasca operasi lutut. *Avoidance coping* juga memperburuk gejala penyakit kronis (Nolen-Hoeksema, 2011).

C. Intervensi Klinis

Metode yang biasa digunakan untuk menangani dampak stres terhadap kesehatan adalah relaksasi dan meditasi. Kedua teknik lebih menekankan penanganan pada kontrol pernafasan dan mengurangi distraksi mental. Metode lain yang juga bisa digunakan adalah olahraga. Olahraga dianggap mampu mengatasi stres psikologis sehingga mengurangi kemungkinan munculnya penyakit terkait stres (Hansell & Damour, 2008).

Prosedur lain yang juga sering digunakan untuk mengatasi faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis adalah *biofeedback*. *Biofeedback* merupakan proses yang membuat pasien menyadari respon fisiologis yang tidak mereka ketahui, seperti detak jantung, tekanan darah, dan ketegangan otot. Pada prosedur ini, klinisi menggunakan peralatan pemantauan fisiologis agar

respon tubuh dapat dilihat dan didengar oleh pasien (Durand & Barlow, 2010).

Pendekatan kognitif menggunakan teknik *cognitive retaining* untuk mengurangi stres. Teknik ini mengubah gaya penjelasan pesimisme yang menyebabkan orang merasa tidak berdaya dan diliputi oleh kejadian-kejadian negatif dalam kehidupannya. Caranya dengan meminta klien mengubah distorsi kognitif dan menggantinya dengan pemikiran yang rasional (Hansell & Damour, 2008).

Gangguan Somatoform

Istilah *somatoform* berasal dari kata *soma* (Bahasa Yunani) yang berarti tubuh (*body*). Gangguan *somatoform* meliputi sekelompok kondisi yang di dalamnya konflik-konflik psikologis diubah menjadi problem atau keluhan fisik yang mengakibatkan tekanan atau kerusakan dalam kehidupan individu. Meskipun keluhan fisik dirasa kuat oleh klien, namun biasanya tidak ditemukan kondisi medis, penggunaan obat-obatan, atau gangguan psikologis lainnya yang dapat menjelaskan kemunculan keluhan tersebut (Halgin, Halgin, & Krauss, 2010; Rosenberg & Kosslyn, 2011). Para ahli sendiri menyepakati bahwa gangguan somatoform lebih bersifat psikologis daripada fisik.

Gangguan somatoform berbeda dengan *factitious disorder* dan *malingering*. Penderita *factitious disorder* secara sengaja mengeluhkan gejala-gejala fisik tertentu atau melaporkan gejala-gejala yang salah yang sebenarnya tidak mereka alami, dengan tujuan untuk memelihara peran kesakitan (*sick role*) dan mendapatkan perhatian orang lain. Pada *malingering*, penderita berpura-pura mengeluhkan penyakit fisik atau gangguan psikologis karena ada motif tersembunyi. Misalnya, seorang terdakwa

Gangguan nyeri. Merujuk pada tabel 10.4, gangguan nyeri meliputi rasa sakit yang mengakibatkan tekanan atau kerusakan keberfungsian, yang diduga kuat disebabkan faktor psikologis tertentu. Jika tidak ditemukan adanya faktor psikologis, maka diagnosis gangguan *somatoform* tidak dapat ditegakkan. Pada banyak kasus, kondisi medis memang ditemukan, akan tetapi rasa nyeri yang dikeluhkan sangat berkaitan dengan isu psikologis.

Tabel 10.4: Kriteria diagnostik gangguan nyeri berdasarkan DSM IV-TR

A. Mengeluhkan rasa nyeri di satu atau lebih lokasi di tubuh yang menunjukkan perlunya perhatian klinis
B. Rasa nyeri mengakibatkan tekanan atau kerusakan yang signifikan
C. Faktor psikologis dinilai memiliki peran penting dalam awal kemunculan, tingkat keparahan, memburuknya kondisi, atau pemeliharaan rasa nyeri.
D. Rasa nyeri tidak dikeluhkan dengan sengaja atau pura-pura.
E. Kondisi tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan mental lain.
F. Tipe (1) akut terjadi kurang dari 6 bulan dan (2) kronis terjadi minimal selama atau lebih dari 6 bulan.

Diagnosis cukup sulit untuk ditegakkan untuk kasus yang memang terdapat kondisi medis tertentu seperti hernia, arthritis, dan tumor. Meskipun demikian, awal kemunculan, perkembangan, tingkat keparahan, dan pemeliharaan gangguan tidak dapat dijelaskan hanya dengan pendekatan medis. Pada banyak kasus, penderita juga mengalami gangguan psikologis seperti gangguan suasana hati dan gangguan kecemasan, suatu kondisi

Tabel 10.3: Kriteria diagnostik gangguan somatisasi berdasarkan DSM IV-TR

A. Sejarah banyaknya keluhan fisik sebelum usia 30 tahun dan terjadi selama periode tertentu dan menyebabkan upaya mencari pengobatan atau kerusakan signifikan di area sosial, pekerjaan, dan keberfungsian lainnya.
B. Memenuhi setiap kriteria berikut dengan gejala-gejala yang muncul kapan saja selama periode gangguan. <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala empat rasa sakit, yaitu mengalami rasa sakit setidaknya di empat fungsi atau lokasi (seperti: kepala, perut, punggung, sendi, kaki atau tangan, selama menstruasi, selama hubungan seksual, dada, rektum, dan selama buang air kecil). 2. Dua gejala gastrointestinal, yaitu mengalami setidaknya dua gejala gastrointestinal (seperti: nausea, bloating, muntah di luar masa kehamilan, diare, dan intoleransi terhadap beberapa jenis makanan) 3. Satu gejala seksual, yaitu mengalami setidaknya satu gejala seksual atau reproduktif (seperti: disfungsi erektil atau ejakulasi, menstruasi tidak teratur, pendarahan yang berlebihan saat menstruasi, muntah-muntah di sepanjang masa kehamilan). 4. Satu gejala pseudoneurologis, yaitu mengalami setidaknya satu gejala atau defisit yang mengindikasikan kondisi neurologis (seperti gejala konversi: menahan buang air kecil, halusinasi, kehilangan sensasi sentuhan atau rasa sakit, kebutaan; gejala disosiatif, seperti amnesia: atau hilang kesadaran)
C. Mengalami satu dari: <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah diperiksa dengan seksama, gejala pada kriteria B tidak dapat dijelaskan dengan kondisi medis umum atau sebagai akibat dari penggunaan obat-obatan. 2. Jika terdapat kondisi medis, maka keluhan-keluhan fisik atau kerusakan fisik atau pekerjaan yang dialami melebihi perkiraan pemeriksaan medis dan laboratorium.
D. Gejala-gejala tidak secara sengaja dikeluhkan.

kasus kriminal bertingkah laku seperti penderita psikotik agar lepas dari jerat hukum.

DSM-IV TR menyebutkan tujuh kategori gangguan yang termasuk gangguan somatoform, yaitu: gangguan somatisasi (*somatization disorder*), gangguan nyeri (*pain disorder*), gangguan konversi (*conversion disorder*), gangguan dismorfik tubuh (*body dysmorphic disorder*), dan hipokondriasis (*hypochondriasis*). Selain itu, terdapat dua kategori lain yang tidak memenuhi kelima kategori di atas, yaitu: gangguan somatoform tidak terdiferensiasi (*undifferentiated somatoform disorder*) dan gangguan somatoform yang tidak spesifik (*somatoform disorder not otherwise specified*).

A. Pengertian dan Deskripsi Klinis

Gangguan konversi. Kelompok gangguan ini meliputi dorongan-dorongan yang tidak diinginkan dan konflik-konflik yang menyulitkan individu yang diubah menjadi gejala-gejala motorik (seperti kelumpuhan dan kesulitan menelan) atau sensorik tubuh (seperti kebutaan dan paresthesia), yang menunjukkan adanya kondisi neurologis atau medis tertentu. Gangguan konversi memiliki kemiripan dengan gangguan somatisasi. Perbedaannya terletak pada jenis keluhan yang disampaikan, pada gangguan konversi gejala yang dikeluhkan terbatas pada gejala motorik dan sensorik yang mengindikasikan kondisi neurologis tertentu. Kriteria diagnostik dapat dilihat di Tabel 9.2.

Tabel 10.2: Kriteria diagnostik gangguan konversi berdasarkan DSM IV-TR.

A. Satu atau lebih gejala atau defisit yang mempengaruhi fungsi motorik dan sensorik voluntir yang menunjukkan adanya kondisi neurologis atau medis umum.
B. Faktor psikologis dinilai berhubungan dengan gejala atau defisit karena awal mula dan perluasan gejala atau defisit didahului konflik atau stresor lainnya.
C. Gejala atau defisit tidak muncul karena kesengajaan atau kepura-puraan (seperti pada <i>factitious disorder</i> atau <i>malingering</i>).
D. Berdasarkan pemeriksaan yang seksama, gejala atau defisit tidak dapat dijelaskan oleh kondisi medis umum, atau akibat penggunaan obat-obatan, atau sebagai sanksi budaya atas perilaku atau pengalaman.
E. Gejala atau defisit menyebabkan tekanan dan kerusakan sosial yang signifikan, atau area keberfungsian penting lainnya.
F. Gejala atau defisit tidak terbatas pada nyeri atau disfungsi seksual, tidak terjadi secara eksklusif selama gangguan somatisasi, dan tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik oleh gangguan psikologis lainnya.

Gangguan konversi ditandai oleh tiga gejala utama. Gejala motorik meliputi gemetar ketika merasa diperhatikan, kedutan, kejang otot, sempoyongan, kesulitan menelan, dan kelumpuhan. Gejala sensori meliputi kebutaan, *double vision*, tuli, halusinasi auditori, dan kurangnya kemampuan merasa pada kulit. Serangan mendadak (*seizure*) mencakup sentakan di bagian tubuh tertentu dan hilangnya kesadaran dengan ketidakmampuan untuk mengendalikan kejang pada otot besar tubuh, yang mengakibatkan penderita menggeliat-geliat di lantai karena kesakitan.

Gangguan somatisasi. Istilah somatisasi digunakan pertama kali oleh Stekel untuk mendefinisikan gangguan badani yang muncul sebagai ekspresi neurosis yang mendalam (*deep-seated neurosis*). Gangguan somatisasi pada awalnya disebut dengan Briquet's Syndrome, yang menggantikan istilah histeria konversi yang digunakan pada masa sebelumnya. Pada gangguan somatisasi keluhan terjadi di berbagai bagian tubuh sedangkan pada keluhan pada penderita konversi terbatas pada sistem neurologis (Holder-Perkins & Wise, 2001).

Gangguan somatisasi ditandai oleh berbagai gejala somatik yang sering kambuh pada satu periode tertentu selama beberapa tahun (lihat Tabel 10.3 untuk kriteria diagnostik). Gejala-gejala muncul sebelum usia 30 tahun, seringkali muncul pertama kali di masa remaja, dan menyebabkan individu berusaha mencari bantuan medis atau mengalami masalah sosial dan pekerjaan yang signifikan. Sangat jarang ditemukan penderita yang tidak mencari upaya pengobatan sama sekali dalam rentang satu tahun. Penderita mungkin saja mengupayakan bedah kecantikan atau mengupayakan penanganan yang dapat memperbaiki kekurangan.

Gangguan somatisasi lebih banyak dialami perempuan daripada laki-laki. Ia juga sering dialami individu yang memiliki orangtua yang sering sakit dan menderita karena penyakitnya. Banyak muncul di budaya yang kurang mengekspresikan emosi dibandingkan dengan ekspresi gejala-gejala tubuh.