

Buku Ajar

KONSELING KRISIS



DAFTAR ISI

.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I KONSEP DASAR KRISIS	1
A. Kondisi Krisis	1
B. Konseling Krisis dalam Bimbingan dan Konseling	2
BAB II LOSS, GRIEF, AND BEREAVEMENT	3
C. Konsep loss, grief and bereavement.....	3
D. Tahapan Seseorang Saat Mengalami Penyakit Kronis.....	4
E. Tugas untuk orang yang berduka menurut Worden	5
F. Peran Orang yang Meninggal.....	7
G. Penyebab Kematian	9
H. <i>Bereavement</i> Normal dengan <i>Bereavement</i> yang Tidak Normal (Rumit)	10
I. Intervensi untuk Ketahanan dan Kehilangan	12
J. Pemberitahuan kematian.....	14
BAB III SUICIDE AND HOMICIDE CRISIS	16
A. Pencegahan sebelum, ketika, dan setelah terjadi.....	16
BAB IV PARENT – ADOLESCENT CRISES	23
A. Krisis Orangtua – Anak (<i>Parent – Adolescent Crises</i>).....	23
B. Pandangan Intervensi Krisis	24
C. Konteks Keluarga Dalam Masa Remaja.....	25
D. Dinamika Krisis Remaja	26
E. Strategi Pencegahan	26
F. Pendidikan Kehidupan Keluarga	27
G. Pencegahan Ditujukan Pada Orang Tua	28
H. Strategi Intervensi	28
I. Intervensi Berbasis Sekolah.....	29
J. kontak dengan remaja	30
K. Kontak Dengan Orang Tua	31
L. Dengan Orang Tua Dan Remaja	31

BAB V KEKERASAN SEKSUAL.....	33
A. Kekerasan Seksual Dan Pemerkosaan	33
B. Gambaran Umum Kekerasan Seksual	33
C. Penyerangan dan Pemerkosaan Seksual.....	34
D. Penyalahgunaan Seksual Yang Terfasilitasi Obat	36
E. Peraturan Status	36
F. Jenis-Jenis Lain Kekerasan Seksual.....	36
G. Efek Kekerasan Seksual	37
H. Terapi Kognitif-Perilaku Yang Terfokus Trauma	39
I. Bimbingan	40
J. Modifikasi Perilaku Dan Pendekatan Kognitif Perilaku	41
K. Terapi Multisystemic.....	42
L. Terapi Perilaku Kognitif	42
M. Terapi Perilaku Emosif Perilaku.....	42
N. Gambaran Umum Unsur-Unsur Intervensi Krisis Terkait Dengan Kekerasan Seksual	42
BAB VI PELECEHAN SEKSUAL PADA ANAK.....	44
A. Penyalahgunaan Seksual Anak.....	44
B. Pencegahan Pelecehan Seksual Anak	44
C. Prevalensi Pelecehan Seksual Anak berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Ras, dan Kemampuan	45
D. Siklus Penyalahgunaan Seksual Anak	46
E. Intervensi Strategis untuk Korban Pelecehan Seksual Anak	47
F. Mengumpulkan Informasi untuk Laporan Awal Pelecehan Seksual Anak	47
G. Proses Pelaporan Pelecehan Seksual Anak	47
H. Perawatan Korban Pelecehan Seksual Anak	48
I. Dampak Strategi Penanganan Kekerasan Seksual Anak.....	49
J. Perpetrator Penyalahgunaan Seksual	49
K. Prevalensi dan Karakteristik Seksual Anak	49
L. Pelaku Kejahatan Sexual Anak	50
M. Konseling Sistem Keluarga	51
N. Gambaran Umum Unsur-Unsur Intervensi Krisis Yang Berhubungan Dengan Anak Penyalahgunaan Rakyat	51

BAB VII PERCERAIAN: INTERVENSI KRISIS DAN PENCEGAHAN DENGAN ANAK-ANAK BERCERAI DAN KEMBALI MENIKAH.....	54
A. Sekolah dan Perceraian.....	54
B. Bahaya Divorsi untuk Anak-Anak	55
C. Faktor-Faktor.....	57
D. Umur umum reaksi khusus untuk perceraian	59
E. Menyesuaikan model pencegahan Komprehensif.....	61
F. Intervensi Bimbingan Individu	61
G. Intervensi Kelompok	62
H. Menilai Referensi ke Grup dan Menentukan Konten Grup.....	64
BAB VIII BULLYING.....	66
A. Pengertian.....	66
B. Insiden Dan Prevalensi	66
C. Pengganggu.....	67
D. Bagaimana Anak-anak Menjadi Bullies Agresif	68
E. Faktor-faktor penyebab Bullying.....	68
F. Dampak- Dampak Akibat Sikap Bullying.....	69
G. Korban Bullying	69
H. Apa Yang Dapat Dilakukan Sekolah Terhadap Bullying.....	71
I. Berbagai Teknik Yang Dilakukan Untuk Mereduksi Perilaku Bullying	72
BAB IX EATING DISORDER	76
A. Pengertian Eating Disorder	76
B. Tipe atau kategori gangguan makan	77
C. Perspektif Perkembangan	80
D. Pencegahan.....	81
E. Treatment/Pengobatan.....	82
BAB X POPULASI KHUSUS.....	86
A. Individual.....	86
B. KELOMPOK	87
C. Pasangan / Keluarga.....	91
D. Ethis / Hukum.....	94
BAB XI WORKING WITH DIFFERENT CULTURES.....	98
A. Definisi Multikultural.....	98

B.	Tinjauan Umum Konseling Multikultural	98
C.	Aspek Sosial-Lingkungan	99
D.	Gangguan Komunikasi.....	100
E.	Kompetensi Multikultural	101
F.	Saran Konseling Umum	102
G.	Multicultural Counseling Dalam Konteks Penyelesaian Krisis.....	102
H.	Factor Yang Mempengaruhi.....	103
BAB XII COUNSELOR SELF CARE		108
A.	Counselor Self-Care.....	108
B.	Peduli Diri Dalam Konteks Profesi Kesehatan Mental.....	109
C.	Kehabisan Tenaga Dan Penyebabnya	111
D.	Pendekatan Perawatan Diri.....	112
E.	Komunitas Dukungan	113
F.	Contoh Kasus.....	115
DAFTAR PUSTAKA.....		118

BAB I

KONSEP DASAR KRISIS

A. Kondisi Krisis

Pendekatan berbasis krisis sudah mulai dikembangkan oleh beberapa tokoh terkenal sejak lama. Sandoval (2002) menyebutkan tiga tokoh yang berpengaruh dalam perkembangan pendekatan krisis adalah Lindemann, Erikson dan Gerald Caplan. Sejarah perkembangan pendekatan berbasis krisis ini dimulai sejak terjadinya kebakaran pada sebuah klub malam bernama Coconut Grove di Boston pada akhir tahun 1930-an. Kebakaran itu mengakibatkan banyak korban luka maupun meninggal. Seorang ilmuwan sosial bernama Lindemann melakukan observasi mendalam mengenai reaksi korban maupun keluarga korban. Observasi tersebut ditindak lanjuti dengan pendirian lembaga kesehatan mental di Wellesley, pembentukan dasar dan ide tentang krisis, intervensi krisis untuk peristiwa-peristiwa traumatis.

Krisis merupakan tekanan yang dialami seseorang dan berpengaruh negatif terhadap kemampuannya untuk berpikir, merencanakan dan mengatasi masalah secara efektif (Sugiyanto: tanpa tahun). Baldwin (dalam Sandoval: 2002) mengungkapkan adanya enam taksonomi krisis berdasarkan dampaknya pada individu. Taksonomi krisis tersebut meliputi:

a. *Dispositional Crises*

Baldwin menjelaskan klasifikasi pertama dalam krisis ialah *dispositional crises*. Krisis ini berkaitan dengan krisis percaya diri, berat badan dll. Krisis ini dapat ditangani dengan pemberian informasi.

b. *Anticipated Life Transitions*

Krisis ini dapat terjadi pada transisi kehidupan individu, seperti siswa baru masuk sekolah, perpindahan kelas, pindah sekolah, kalahiran saudara baru, kehamilan dll. Fungsi preventif dengan memberikan gambaran informasi tentang perbedaan apa yang akan dialami dalam masa transisi.

c. *Traumatic Stress*

Krisis ini merupakan krisis emosi yang dipicu oleh stress eksternal. Krisis ini sering muncul dalam situasi penyakit parah, kekerasan atau kematian tak terduga, ancaman kematian, perang, bencana alam atau bencana karena ulah manusia.

d. *Maturational-Developmental Crises*

Maturational-Developmental Crises berkaitan dengan situasi antar pribadi, masalah yang belum selesai dan upaya untuk mencapai kematangan emosi. Masalah yang muncul dapat meliputi ketergantungan, konflik nilai dan identitas seksual yang biasanya terjadi pada remaja.

e. *Crises Reflecting Psychopathology*

Krisis ini berhubungan dengan psikopatologi atau penyakit mental. Tugas konselor di sekolah adalah sebagai pencegah memburuknya penyesuaian anak dengan menjaga fungsi akademisnya.

f. Psychiatric Emergencies

Krisis ini biasanya sudah mengganggu fungsi umum individu, yang mengakibatkan individu sudah tidak kompeten memikul tanggung jawab pribadi.

Kondisi krisis dapat ditanggapi dengan cara yang berbeda-beda pada masing-masing individu, tergantung pada ketahanan individu itu sendiri.

B. Konseling Krisis dalam Bimbingan dan Konseling

Krisis merupakan fenomena perkembangan yang normal terjadi. Intervensi apa yang diberikan dalam kondisi krisis dapat mencegah masalah dalam perkembangan emosi dan pendewasaan. Gladding (2012): konseling krisis adalah penggunaan beragam pendekatan langsung dan berorientasi pada tindakan, untuk membantu individu menemukan sumber daya di dalam dirinya dan atau menghadapi krisis secara eksternal. Kondisi krisis memerlukan perlakuan khusus. CTSN dan National Center for PTSD (2006) menjelaskan terkait pertolongan psikologi pertama yang dapat dilakukan meliputi: menjalin hubungan dan kesepakatan, mengelola rasa aman dan nyaman, stabilisasi emosi, mengumpulkan informasi, menganalisis kebutuhan dan tujuan, dukungan sosial, informasi coping.

Konseling krisis dapat dilakukan dengan beragam pendekatan konseling pada umumnya seperti pendekatan *Person Centered*, behavioral, kognitif, SFBC, Realita dan lain sebagainya. Hanya saja, konseling krisis dilakukan secara singkat dan langsung pada saat itu juga, mengingat kondisi krisis yang berlangsung dalam jangka waktu tertentu saja.

Konseling krisis memerlukan konselor yang siap menghadapi kondisi krisis. Karena krisis dapat terjadi secara mendadak, maka diperlukan konselor yang tenang, peka terhadap kondisi lingkungan, mampu mengendalikan emosi, mampu mengambil keputusan dengan cepat serta menguasai keterampilan konseling krisis.

BAB II

LOSS, GRIEF, AND BEREAVEMENT

Bab ini membahas mengenai konseling krisis dengan individu yang sedang merasakan kehilangan, kematian, kesedihan dan dukacita yang mendalam. Penelitian yang dilakukan oleh Lindemann (1944) sebagai penelitian pertama mengenai bahasan ini. Lindemann melakukan penelitian pada tahun 1942 terhadap reaksi korban yang bertahan hidup dan keluarga korban dalam peristiwa kebakaran di klub malam *Boston "Cocoanut Grove"*. Reaksi korban yang bertahan hidup ini adalah seperti rasa bersalah yang mendalam dari orang-orang yang selamat karena tidak mampu menyelamatkan mereka yang meninggal. Lindemann mengidentifikasi tiga tugas orang yang ditinggalkan, (1) kebebasan ikatan kepada almarhum, (2) penyesuaian ke dalam kehidupan bahwa orang itu sudah tidak ada, dan (3) pembentukan hubungan baru. Lindemann percaya bahwa kesedihan selesai ketika orang yang berduka memutuskan hubungan dengan almarhum dan pindah untuk membentuk hubungan yang baru.

Hampir 25 juta orang Amerika meninggal setiap tahun (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit, 2014) yang pada saat itu meninggalkan jutaan suami, istri, ibu, ayah, saudara, anak-anak, teman, rekan kerja, paman, dan bibi yang berusaha mengatasi rasa kehilangan mereka.

C. Konsep loss, grief and bereavement

Kehilangan atau *loss* adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada kemudian menjadi tidak ada, baik secara sebagian atau keseluruhan. Kehilangan tidak selalu berkaitan dengan kematian, tetapi bisa juga karena kehilangan kesehatan (fisik dan mental), kehilangan pekerjaan, status, kehilangan harta benda, ditinggalkan anak-anak karena menikah atau pindah rumah, dan lain-lain. Bertha Simon menyatakan bahwa kematian seseorang dianggap sebagai kehilangan yang paling hebat. Hal ini, menjadi peristiwa yang sangat menguncang pikiran dan yang merupakan awal dari proses dukacita.

Sedangkan *grief* atau duka cita merupakan istilah yang mengindikasikan reaksi alamiah atau emosional yang terjadi pada individu akibat kehilangan,

perpisahan, perceraian maupun kematian. Duka cita juga bisa didefinisikan sebagai reaksi dari kehilangan seseorang yang memiliki hubungan dekat. Keyakinan spiritual dan agama dapat memengaruhi proses berduka dengan baik.

Bereavement adalah keadaan berduka yang ditunjukkan selama individu melewati reaksi. Atau *bereavement* ini merupakan periode setelah loss selama *grief* dan *mourning* berlangsung. *Mourning* ini adalah respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain. Berduka merupakan respon normal pada semua kejadian kehilangan. Kesedihan adalah pengalaman yang sangat pribadi tidak hanya mempengaruhi satu individu tetapi juga seluruh sistem keluarga dan dalam beberapa elemen masyarakat. Reaksi kesedihan bervariasi menurut budaya, individu, dan hubungan dengan orang yang sudah meninggal.

D. Tahapan Seseorang Saat Mengalami Penyakit Kronis

Pada saat seseorang di vonis atau mengalami penyakit kronis, Kubler Ross mengemukakan ada lima tahapan yang biasa dilaluinya yakni:

1. Tahap *Denial* (penolakan atau penyangkalan)

Yakni reaksi pertama individu ketika menghadapi kehilangan, merasa tidak percaya, shock, dan mengingkari kenyataan. Seringkali mengatakan "Bukan aku." "Keajaiban pasti akan datang kepadaku." Menurut Kübler-Ross, penolakan berfungsi sebagai fungsi protektif atau perlindungan pada tahap awal untuk meredam pukulan bahwa kematian tidak dapat terhindarkan.

2. Tahap *Anger* (kemarahan)

Pada tahap ini individu menolak kehilangan. Kemarahan yang timbul diproyeksikan atau ditunjukkan kepada diri sendiri, orang lain dan juga pada Tuhan. Biasanya seringkali mengatakan "Mengapa saya?" Kübler-Ross percaya perasaan seperti itu tak terhindarkan.

3. Tahap *Bargaining* (tawar-menawar)

Pada tahap ini terjadi penundaan kesadaran atas kenyataan dan membuat kesepakatan secara halus seolah hilang tersebut dapat dicegah. Individu ini berupaya tawar menawar dengan memohon kemurahan Tuhan untuk mendapatkan waktu yang lebih lama terhadap kehilangan yang tidak bisa

dihindari. Biasanya seringkali mengatakan "Ya, saya tetapi....". Tetapi seseorang tawar-menawar untuk waktu yang lebih lama, sering dengan melakukan perbuatan baik atau mengubah dengan cara tertentu.

4. Tahap *Depression* (depresi)

Pada tahap ini adalah awal dari penerimaan. Pada awalnya orang tersebut berduka atas penyesalan dan kerugian sebelumnya, tetapi ini berubah menjadi penerimaan atas kematian yang akan datang. Individu tersebut mulai menyelesaikan urusan-urusan yang belum selesai dan bersiap pergi dengan damai. Tetapi pada saat ini juga klien sering menunjukkan sikap menarik diri, dan tidak mau bicara.

5. Tahap *Acceptance* (penerimaan)

Pada tahap ini seorang sudah menerima keputusan terhadap apa yang hilang. Biasanya mereka mengatakan "Sekarang, kematian sudah sangat dekat. Tidak apa-apa." Mereka pun sudah mencapai keseimbangan emosional yang memungkinkan mereka menjalani minggu dan bulan terakhir mereka dengan kedamaian batin.

Kübler-Ross (1969) juga memperingatkan bahwa apa yang orang alami adalah lebih dari sekadar tahapan. Tidaklah cukup untuk mengidentifikasi tahapan-tahapannya, ia mengatakan "Ini bukan hanya tentang kehilangan nyawa tetapi juga kehidupan yang dijalani". Lima tahapan individu yang mengalami penyakit kronis dikembangkan oleh Kübler-Ross telah memberi kerangka kerja untuk perawat dalam memahami pasien yang kronis atau sekarat. Banyak konselor mendasarkan konseling kesedihan pada karya-karya awal ini. Tetapi hal tersebut menurut Kübler-Ross tidak berlaku untuk kematian yang disebabkan oleh bencana atau kematian mendadak karena tidak ada waktu untuk mengucapkan selamat tinggal dan orang yang akan meninggal tidak dapat melewati tahap-tahap bersedih.

E. Tugas untuk orang yang berduka menurut Worden

Worden (2009) mengungkapkan empat hal yang sebaiknya dilakukan oleh orang yang berduka:

1. Menerima kehilangan, menerima bahwa kematian itu nyata. Perasaan terkejut dan mati rasa, atau tidak sadar yang mendalam mungkin dirasakan dalam beberapa waktu. Kematian yang mendadak biasanya membuat sangat sulit untuk memahami bahwa kematian telah terjadi. Selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan setelah kematian, mereka dapat meraih telepon, memutar nomornya untuk memanggil orang yang Anda cintai. Saat itulah harus mengingatkan diri sendiri tentang kehilangan dan menerima bahwa orang yang Anda cintai sudah pergi. Ketika orang-orang mulai menerima hal ini, mereka akan mulai menerima kenyataan dari fakta bahwa orang yang mereka cintai tidak akan kembali.
2. Merasakan dan mengakui rasa sakit yang dirasakan adalah kedua hal yang diyakini Worden harus dilakukan orang. Beberapa orang menghilangkan rasa sakit dengan menyibukan diri pada pekerjaan atau aktivitas lain untuk tetap sibuk.
3. Menyesuaikan diri dengan lingkungan tanpa orang tersebut artinya orang harus belajar untuk melanjutkan hidup meskipun kehilangan orang yang disayangi di dunia mereka. Meskipun tidak mungkin untuk menggambarkan dengan jelas apa yang telah hilang, kekosongan seringkali mendalam. Misalnya pulang ke rumah menjadi kosong, kehilangan komunikasi dan persahabatan dengan orang yang dicintai.
4. Menginvestasikan kembali energi emosional dalam hubungan lain: Orang yang berduka dihimbau untuk secara emosional melanjutkan hidup tetapi tetap menghormati orang yang mereka cintai. Worden (2009) menganggapnya sebagai "tolak ukur dari reaksi kesedihan yang telah berakhir" ketika orang tersebut "dapat memikirkan orang yang meninggal tanpa rasa sakit".

Parkes dan Prigerson (2009) menunjukkan bahwa para *single mother* mungkin memerlukan tiga atau empat tahun untuk bergerak melalui proses kesedihan dan mencapai stabilitas dalam kehidupan. Selama waktu itu, mereka bekerja untuk memulihkan kembali ke tingkat keseimbangan. Berusaha sekuat

tenaga, dan menyibukkan diri akan menunda proses kesedihan (Worden, 2009).

Fase kerinduan menurut Bowlby (1971) sebagai hal yang normal, perasaan bahwa orang tersebut hadir dengan mereka atau menafsirkan suara bahwa orang yang mereka cintai terasa dekat. Misalnya, seorang wanita Iran berusia 50 tahun yang tinggal bersama putra yang sudah dewasa, setelah 10 tahun kematian suaminya dia terus sedih dan menyatakan keinginan untuk kembali ke kuburnya dan menggali suaminya dengan tangannya. Putra dan istrinya hanya ingin dia bahagia dan menjalani tahun-tahun bersama mereka dan cucunya. Konselor harus peka pada harapan keluarga mengenai apa yang mempengaruhi proses duka. Dalam penelitian klasiknya, Bowlby (1980) mencatat lima kondisi yang mempengaruhi kesedihan dan harus digunakan dalam penilaian intervensi krisis: (1) peran orang yang meninggal; (2) usia dan jenis kelamin orang yang berduka; (3) penyebab timbulnya kematian; (4) lingkaran sosial dan psikologis yang memengaruhi orang yang berduka pada saat kehilangan dan (5) kepribadian orang yang berduka.

F. Peran Orang yang Meninggal.

Sama seperti setiap hubungan dalam kehidupan seseorang adalah unik, demikian juga setiap kematian. Kedekatan hubungan, apakah orang yang meninggal itu adalah pasangan 30 tahun atau lebih, berapa lama lagi proses kesedihan akan terjadi. Beberapa kematian yang paling sulit diterima adalah kematian yang paling dekat dengan kita: anak-anak, orang tua serta pasangan hidup. Kematian seorang saudara kandung, juga dapat memiliki efek luar biasa pada sebuah keluarga. Konselor krisis didorong untuk mempertimbangkan kematian lain yang mungkin sangat sulit diterima.

1. Kematian seorang anak memiliki pengaruh yang menghancurkan pada seluruh keluarga. Anak-anak memainkan banyak peran dalam kehidupan orang tua mereka - secara sosial, psikologis, dan genetik. Jadi kematian anak-anak mengganggu keterikatan orang tua tidak hanya pada anak saat itu tetapi juga dengan impian dan harapan mereka untuk masa depan. Studi epidemiologis telah menemukan bahwa kematian anak membuat orang tua

lebih rentan terhadap depresi, penyakit, dan kematian dini karena perubahan sistem kekebalan tubuh. Seringkali, respons coping orang tua mungkin berfungsi untuknya tetapi mungkin memiliki pengaruh negatif pada pasangannya atau anak-anak yang masih hidup. Terkadang perilaku orang tua terhadap anak-anak yang selamat dapat berubah. Selain itu, orang tua ini mengalami kegagalan; tampaknya tidak wajar bagi mereka untuk menguburkan anak-anak mereka sendiri (Bryant, 2003).

2. Kematian orangtua. Cara di mana anak-anak berduka tergantung pada usia mereka, tingkat kognisi, perkembangan emosi, serta hubungan dengan almarhum. Anak usia lima hingga tujuh tahun sangat rentan karena kurangnya kemampuan kognitif untuk memahami sepenuhnya konsep dan keabadian kematian. Remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya mereka dan kebutuhan untuk ditemani. Mereka mungkin merasa terisolasi dan berbeda dari teman-teman mereka yang belum mengalami kematian orang tua.
3. Kehilangan saudara kandung adalah hal yang sulit. Ketika seorang saudara meninggal, seseorang kehilangan sebagian dirinya, karena tidak ada orang lain yang berbagi kenangan dan pengalaman masa kecilnya, juga tidak ada orang yang bisa diajak bicara tentang orangtuanya, sejarah keluarga, dan ingatan masa kecil lainnya.
4. Kehilangan Pasangan. Hilangnya pasangan bisa sangat menghancurkan. Ketika orang yang dicintai meninggal, adalah bagian normal dari proses berduka. Bagi sebagian besar wanita, membuat makna dari sisa hidup mereka menjadi fokus utama. Menurut mereka suatu kebutuhan untuk memahami kematian orang yang dicintai sebagai kondisi yang perlu untuk penyesuaian atau pemulihan.
5. Kehilangan hewan peliharaan. Kesedihan atas kehilangan hewan peliharaan dapat diperbesar karena terisolasi secara sosial. Namun, bagi anak-anak, kehilangan hewan peliharaan sering kali merupakan pengalaman pertama mereka dengan kematian. Sedangkan bagi orang lanjut usia yang hidup sendiri mungkin menjadi sangat bingung setelah

kematian hewan peliharaan. Menurut Toray (2004), peran konselor dalam kehilangan hewan peliharaan yang optimal adalah mengakui keterikatan manusia-hewan dan terampil dalam proses konseling untuk orang yang berduka. Seperti halnya jenis kehilangan lainnya, tujuan utama konseling adalah untuk mengurangi rasa kehilangan orang itu, mengurangi rasa sakit, penyesalan, rasa bersalah, dan kesedihan yang mengikuti kematian hewan peliharaan, dan membantu orang tersebut melanjutkan hidup. Beberapa orang mungkin memutuskan untuk mendapatkan hewan peliharaan lain, sementara yang lain mungkin mengambil waktu untuk menilai kembali komitmen yang diperlukan untuk memelihara hewan peliharaan lain.

G. Penyebab Kematian

1. Penyakit mematikan atau kronis. Penyakit yang berkepanjangan dapat menghabiskan sumber daya keuangan dan emosional keluarga. Membantu keluarga bergeser dari semangat juang sehingga diperlukan untuk memerangi penyakit dan mengadopsi sikap penerimaan atau melepaskan. Orang dengan penyakit kronis harus memiliki empat kebutuhan yang harus dipenuhi: (1) kebebasan dari rasa sakit: secara fisik, fokusnya harus pada perawatan yang nyaman dan mengurangi rasa takut; (2) harus memiliki kesempatan untuk membereskan urusan (3) mereka layak memiliki ruang dalam penerimaan pemisahan datang dari orang yang mereka cintai diakui, mereka diberi kesempatan untuk berduka untuk menebus kesalahan, dan untuk mengucapkan selamat tinggal kepada orang yang dicintai; dan (4) mereka layak memiliki orang-orang di sekitar mereka, untuk memiliki dukungan keluarga untuk diri mereka sendiri dan untuk anggota keluarga mereka yang lain (Corr, Nabe, & Corr, 2012). Konselor krisis dapat berperan dalam membantu anggota keluarga menangani setiap rasa bersalah atau penyesalan atas tindakan mereka dan akhirnya berdamai dengan yang kalah.
2. Kematian mendadak menciptakan masalah khusus. Tidak seperti kematian setelah penyakit yang berkepanjangan, kematian mendadak

membatasi anggota keluarga untuk berkesempatan berdamai dengan urusan yang belum selesai dan untuk berpamitan. Kehilangan yang tiba-tiba sering menyebabkan kesedihan yang intens.

3. Pembunuhan dan bunuh diri: penembakan, serangan teroris, bencana alam.

H. Bereavement Normal dengan Bereavement yang Tidak Normal (Rumit)

Dukacita, yang dialami sebagian besar orang beberapa kali sepanjang hidup, dianggap sebagai respons normal terhadap kematian orang yang saya cintai. Bereavement (berkabung) berkepanjangan atau rumit terjadi ketika gejala memiliki durasi yang tidak biasa atau tingkat keparahan dan mengganggu aktivitas kehidupan.

1. *Bereavement* Normal

Menurut DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) *bereavement* terjadi setelah kehilangan melalui kematian seseorang yang dekat. Keadaan atau duka meliputi serangkaian reaksi. Reaksi normal terhadap kematian orang yang dicintai dapat mencakup beberapa gejala yang mungkin menyerupai episode depresi mayor seperti kesedihan atau gejala somatik. Secara umum, orang yang berduka mengalami gejala depresi, tetapi pengalaman gejala tidak bertahan atau menyebabkan gangguan klinis yang signifikan terhadap kehidupan normal. Gejala somatik klasik yang mungkin dialami seorang pelayat termasuk tidur yang terganggu, kekurangan energi, dan gangguan nafsu makan. Gejala-gejala ini juga ditemukan pada depresi, namun depresi klinis berbeda dari kesedihan dalam beberapa hal. Rasa bersalah yang terkait dengan kesedihan cenderung sangat spesifik untuk kehilangan dan tidak merembes ke semua bidang kehidupan, seperti halnya depresi juga tidak menurunkan harga diri orang yang berduka. Depresi dapat terjadi bersamaan dengan berkabung, terutama jika orang tersebut memiliki riwayat atau diagnosis depresi klinis sebelumnya. Hanya dalam kasus tertentu disarankan rujukan untuk pengobatan. *Antidepressant* akan mengurangi emosi yang dialami dalam kesedihan dengan memantapkan rasa

sakit, tetapi mereka tidak akan membantu orang untuk berdamai dengan kehilangan keterikatan (Seligman & Reichenberg, 2011). Rujukan untuk perawatan medis harus dilakukan ketika kehilangan mempengaruhi fungsi normal individu dan kerugian dianggap melebihi keterampilan atau sumber daya coping saat ini. Konselor krisis sangat penting ketika menilai dan merujuk individu dalam kesedihan langsung mereka. Proses kesedihan adalah proses normal, dan seringkali untuk bergerak maju dalam proses penyembuhan akan mengalami perasaan yang terkait dengan kehilangan dan tidak mematikan perasaan melalui pengobatan. Melakukan hal itu hanya akan memperpanjang atau menunda proses kesedihan.

2. *Bereavement* Rumit/Tidak Normal

Meskipun sebagian besar reaksi berduka termasuk dalam kategori "tidak normal", akan tetapi mereka akan segera kembali ke tingkat fungsi sebelumnya. 10 hingga 15% orang akan terus mengalami reaksi kesedihan yang lebih bertahan lama (Amerika Psychiatric Association, 2013; Bonanno et al., 2007). Berduka yang rumit atau tidak normal dikategorikan berdasarkan tingkat keparahan dan durasi (melebihi 2 bulan) dan sering (tidak tepat) didiagnosis sebagai gangguan depresi mayor. Untuk membantu membedakan antara duka yang normal dan abnormal serta menggambarkan bagaimana memengaruhi kehidupan, American Psychiatric Association (2013) telah memperkenalkan kategori baru gangguan pada DSM-5. "Gangguan lain yang terkait trauma dan stres" (309,89). Diagnosis gangguan trauma dan stres dapat diterapkan pada individu yang mengalami pasca ditinggalkan oleh orang terdekat (kematian) menyebabkan tekanan signifikan dan gangguan klinis dan yang gejalanya sejalan dengan kesedihan yang berlarut-larut dan terus-menerus; paling sering diterapkan pada individu dengan kriteria diagnostik berikut (American Psychiatric Association, 2013)

- a. Individu tersebut memiliki hubungan yang erat dengan orang yang telah meninggal.

- b. Gangguan ini pada orang dewasa biasanya terjadi selama kurang lebih 12 bulan setelah kematian (kurang lebih 6 bulan untuk anak-anak), kerinduan yang terus-menerus kepada orang yang meninggal, kesedihan yang intens atau mendalam, menurunnya rasa senang, terlalu asyik dengan kematian,
- c. Gejala stress dan trauma sering terjadi. Gangguan ini jika dialami oleh orang dewasa setidaknya terjadi selama 12 bulan (setidaknya terjadi selama 6 bulan pada anak-anak). Kesulitan menerima kematian, mengalami mati rasa secara emosional, kesulitan dalam berpikir positif, marah terkait kehilangan, menyalahkan diri sendiri, keinginan untuk mati, kesulitan mempercayai orang lain, kerinduan yang berlebihan kepada orang yang telah meninggal, merasa terpisah, merasa hidup tanpa makna, kebingungan akan peran seseorang dalam hidupnya dan keengganan mengejar tujuan hidup.
- d. Individu tersebut mengalami gangguan pekerjaan, sosial atau gangguan signifikan lainnya.
- e. Reaksi berduka sesuai dengan budaya, agama, atau usia.

Menurut Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996) 8 minggu setelah kehilangan orang yang dicintai berisiko untuk mengembangkan kesedihan yang lebih rumit. Menurut literatur, klien dengan gejala kesedihan yang rumit mungkin terbebas dari intervensi sebelumnya, karena gejala-gejala ini menunjukkan hasil yang kurang menguntungkan dapat mengakibatkan peningkatan pengobatan, masalah terkait pekerjaan, pengembangan psiko-patologi, dan bahkan kematian. Peneliti kemudian menemukan bahwa kesedihan yang rumit termasuk penyebabnya seperti kurangnya dukungan sosial, status etnik-minoritas, dan psikopatologi yang sudah ada sebelumnya (Shear et al, 2011) Kerugian lain seperti perpisahan atau perceraian, dipecat dari job setelah 20 tahun, atau pensiun dapat menyebabkan hilangnya makna di dalam kehidupan.

I. Intervensi untuk Ketahanan dan Kehilangan

Penelitian terbatas pada intervensi yang efektif untuk proses berduka, ia memiliki praktik yang cukup umum untuk membantu klien "mengatasi" kesedihan mereka. Worden (2009) mencatat bahwa salah satu manfaat paling penting dari konseling kesedihan adalah mendidik klien tentang dinamika proses berduka, konselor Krisis harus membantu klien memahami bahwa tidak ada periode waktu yang ditentukan untuk proses berduka, bahwa kehilangan dan kesedihan adalah normal, dan prosesnya tidak linier melainkan datang dan pergi seperti gelombang. Intervensi yang efektif adalah untuk saling berempati. Klien merasa didengar dan tidak lagi sendirian, dan konselor krisis dapat kesedihan klien dengan cara yang empatik, tulus, penuh hormat, dan jujur.

Membantu orang-orang fokus pada menciptakan kembali kehidupan bermakna adalah fungsi paling penting dari proses berduk. Harapan memberi kita keberanian untuk hidup, bahkan harapan adalah orientasi semangat. Pekerjaan terbesar dari konselor krisis yang akan bekerja bersama klien yang berduka adalah membantu mereka memahami kehilangan, menerima perubahan yang tidak diinginkan atau diciptakan, dan mengembalikan makna pada kehidupan mereka. Mengetahui makna dan tujuan sering menjadi tujuan dari konseling jangka panjang setelah krisis stabil. Spiritualitas, agama, dan praktik berbasis agama juga merupakan bagian penting dari strategi coping. Konselor krisis, yang mungkin atau mungkin tidak didasarkan pada agama mereka sendiri, harus mendekati klien dengan hormat dan bermartabat, tanpa dakwah tentang iman mereka sendiri, dan dengan pengakuan akan batas-batas yang berlaku ketika melakukan tugas dan konseling spiritual.

Intervensi kesedihan adalah model konseling kesedihan individual, subyektif karena tergantung dengan masa depan, latar belakang, masalah agama dan spiritual, dan sejarah keluarga serta kualitas individu, keadaan, dan kepribadian orang yang berduka. Membantu orang fokus pada menciptakan kembali keberadaan yang bermakna atau bergerak menuju makna baru menjadi fungsi terpenting dari proses berduka. Tidak ada yang dapat membantu meringankan kesusahan klien dan meningkatkan kualitas orang itu, krisis atau tahap perkembangan yang dialami manusia. Secara umum, proses berduka

berakhir ketika orang itu merasa lebih banyak harapan, mengalami ketertarikan baru pada kehidupan, mampu membahas kehilangan tanpa merasakan kehilangan.

Ketika keadaan kematian atau kehilangan tidak ada seorang pun di jaringan sosial korban yang pernah mengalami kehilangan seperti itu sebelumnya, hasilnya bisa berupa penarikan dan isolasi. Hilangnya empati dan koneksi ini menyebabkan orang itu menarik diri untuk memahami tragedi itu. Mereka mungkin dibanjiri perasaan kehilangan, bersalah, marah, malu, atau rentan. Namun tidak ada seorang pun di jaringan dukungan orang tersebut dapat berbagi dalam bentuk kehilangannya. Orang itu merasa sendirian dan dia percaya itu benar. Konselor yang melakukan pekerjaan kesedihan harus (1) mengenali keterbatasan mereka sendiri dan menerima keterbatasan dengan belas kasihan (2) bekerja untuk mencegah kelelahan dengan mempraktikkan meditasi mindfulness dan ikut merasakan duka serta (3) tahu bagaimana cara meminta bantuan, mencari pengawasan ketika diperlukan (Halifax, 2011; Renzenbrink, 2011; Worden, 2009).

J. Pemberitahuan kematian

Pemberitahuan kematian sering dianggap sebagai tugas yang paling tidak disukai bagi profesional mana pun. Memberitahu seseorang tentang kematian orang yang dicintai bisa berbeda, tidak hanya untuk orang yang menerima berita tetapi juga untuk orang yang memberikan pemberitahuan kematian. Selalu penting untuk memastikan bahwa orang yang memberikan pemberitahuan kematian tidak mengalami masalah kesedihan pribadi yang belum terselesaikan dan dapat memberikan rasa tenang dan semangat dalam pemberitahuan tersebut. Kesalahan pemberitahuan tentang kematian dapat menyebabkan trauma yang tidak pada tempatnya dan dalam beberapa kasus telah menyebabkan komplikasi medis. Sebelum pemberitahuan, hubungi anggota keluarga untuk konfirmasi. Dalam melaporkan kematian melalui komunikasi elektronik, pastikan tidak menyebabkan kekacauan lebih lanjut atau menghasilkan rumor. Dalam bahasa sehari-hari penting bahwa pemberitahuan kematian diberikan kepada korban dengan tenang, langsung

dan sederhana oleh konselor krisis. Informasi yang terlalu banyak atau tidak jelas dapat membuat orang yang selamat panik sebelum mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat. Konselor krisis dapat menunjukkan perhatian dengan menyatakan pemberitahuan dalam bahasa yang jelas dan singkat. Sebagai contoh. Ada berita buruk yang harus Anda sampaikan, seperti "Anak Anda, Jli, dalam kecelakaan mobil dan dia terbunuh." Penting untuk menghindari pernyataan yang tidak jelas seperti, "lill hilang, terluka," atau meninggal. Penting untuk memasukkan kesimpulan pasti tentang apa yang terjadi seperti "... dan dia terbunuh" atau tidak ada yang selamat untuk mencegah menyampaikan pesan harapan palsu untuk bertahan hidup. Salah satu hadiah terpenting yang dapat ditawarkan oleh konselor krisis kepada seseorang yang datang adalah ketenangan konselor krisis selama pemberitahuan kematian. Penting bagi konselor krisis untuk menyatakan bahwa mereka akan berusaha menemukan jawaban atas pertanyaan yang tidak dapat mereka jawab. Penting juga untuk menawarkan informasi tentang perencanaan pemakaman, proses duka cita yang normal, dan rujukan bagi mereka yang membutuhkan konseling dalam waktu dekat. Konselor krisis menindaklanjuti dengan meninggalkan nama dan nomor telepon mereka dengan selamat, atau informasi mengenai konselor yang merujuk, dan kontak tindak lanjut dengan korban dijadwalkan pada hari berikutnya.

BAB III

SUICIDE AND HOMICIDE CRISIS

A. Pencegahan sebelum, ketika, dan setelah terjadi

Ahli kesehatan mental bertanggung jawab dalam melindungi klien dari resiko yang bisa menyebabkan kematian yang di sebabkan oleh bunuh diri dan akibat jangka panjang yang di timbulkannya. Dalam perspektif yang sistematis prevensi dapat mempengaruhi intervensi, intervensi dapat mempengaruhi postvensi, dan postvensi dapat mempengaruhi intervensi, baik dalam tataran yang ringan maupun serius. Zero Suicide merupakan suatu program pelayanan pencegahan yang di terapkan dalam komunitas National Action Alliance for Suicide Prevention yang berkonsentrasi pada permasalahan bunuh diri.

Prevensi juga mempengaruhi konselor untuk pro aktif dan membentuk prosedur bagaimana mendeteksi resiko bunuh diri. Intervensi terlibat dalam pelayanan langsung kepada individu atau keluarga yang memiliki resiko yang akut atau kronis. Postvensi pernah dianggap sebagai upaya untuk melayani kebutuhan mereka yang memiliki trauma terhadap kegiatan bunuh diri. Dalam pandangan para ahli di masa kini, postvensi meliputi respon postventif dalam ruang lingkup yang lebih luas, tidak hanya kepada mereka yang kehilangan kerabat disebabkan karena adanya kegiatan bunuh diri, tetapi juga mereka yang hampir melakukan kegiatan bunuh diri.

American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) menyediakan layanan untuk orang yang selamat dari kegiatan bunuh diri, menaikkan kesadaran publik mengenai kegiatan bunuh diri, mendukung Survivor Day, menawarkan pelatihan dan konsultasi, dan menyediakan sumber penghasilan bagi orang yang selamat dari kegiatan bunuh diri dan orang-orang yang mendukung mereka.

A. Prevensi : pelayanan edukasi, kompetensi, dan tindakan

1. Pelayanan Edukasi

Pakar kesehatan mental dan umum berpendapat bahwa beban untuk melindungi masyarakat pada umumnya menjadi tanggung jawab semua orang. Banyak kesadaran masyarakat umum dan program kesehatan mental telah dimulai oleh masyarakat yang telah dipengaruhi oleh krisis personal dan mempunyai keinginan untuk membuat perubahan kepada yang lain.

Peran dari konselor krisis dalam hal penanganan dapat meliputi advokasi kesehatan mental, advokasi keadilan sosial, kampanye kesadaran publik melalui kegiatan komunitas, memberikan penulisan, penelitian, dan

pengembangan dari praktek berdasarkan fakta untuk intervensi, layanan profesional terhadap kegiatan bunuh diri, dan lain lain.

Gould (2010) mengevaluasi dan menyimpulkan bahwa program prevensi berbasis sekolah terdiri dari empat kurikulum berbasis fakta : 1) program kesadaran/edukasi, 2) program penyaringan, 3) program pelatihan gatekeeper, dan 4) program pelatihan peer gatekeeper.

2. **Kompetensi dan Tindakan**

Salah satu dari ukuran preventif paling penting yang bisa diambil oleh konselor krisis adalah dengan menjadi orang yang cukup terlatih dalam memberikan respon paling efektif terhadap kegiatan bunuh diri. Seorang konselor bisa mencari pelatihan yang berkaitan dengan hal tersebut melalui seminar, konsultasi, dan pengawasan, pengalaman yang intensif dalam bidang tersebut, dan sebagainya. Mereka yang berniat untuk menyediakan pelayanan yang lebih aman terhadap kegiatan bunuh diri mencari pelatihan melalui pelatihan Assessing and Managing Suicide Risk (ASMR) yang disediakan oleh SPRC.

3. **Intervensi**

Panduan sekolah kedokteran harvard untuk suicide juga memberikan informasi yang komprehensif. SAMHSA secara teratur menghasilkan sumber daya untuk para profesional kesehatan mental, termasuk produk-produk gratis dan dapat diperoleh dari pusat pengobatan penyalahgunaan zat seperti seri protokol peningkatan pengobatan (TIP).

Sering, kursus “penyegar” dan topik khusus dan webinar tersedia melalui perusahaan produksi pendidikan berkelanjutan dan melalui organisasi pencegahan bunuh diri online.

Sisa bagian ini berfokus pada membantu konselor yang melakukan intervensi dengan klien yang diagnosis tindak bunuh diri dengan menjawab pertanyaan, apa yang saya lakukan sekarang?

4. **Assesment (Penilaian)**

Tidak ada profil tunggal orang yang bunuh diri, dan tidak ada metode cookie cutter untuk merumuskan tingkat risiko bunuh diri seseorang. intervensi dimulai dan berlanjut dengan penilaian risiko bunuh diri yang efektif. granello dan granello (2007a) menegaskan bahwa perencanaan perawatan termasuk penilaian dan reassessment. 24 kompetensi inti AMR untuk penilaian dan manajemen individu yang berisiko bunuh diri meliputi rekomendasi berikut untuk dokter :

- a. menenun penilaian risiko ke dalam sesi secara berkelanjutan
- b. temukan faktor risiko dan faktor protektif
- c. mengidentifikasi apakah klien menunjukkan ide bunuh diri, perilaku, atau rencana untuk kekerasan yang diarahkan sendiri

- d. menilai adanya tanda-tanda peringatan risiko yang akan terjadi
 - e. berunding dengan orang agunan lainnya sesuai kebutuhan
 - f. merumuskan profil definitif tingkat risiko (AAS,2006a)
- perumusan risiko melibatkan pembentukan penilaian klinis yang tepat bahwa klien dapat berusaha atau mati karena bunuh diri segera atau lambat. dokter harus dapat menentukan akut (segera, mendesak, muncul, atau imminen) atau risiko bunuh diri kronis serta memprioritaskan dan mengintimidasi tayangan atau data ini ke dalam rencana manajemen perawatan atau perawatan termasuk pengembangan rencana keselamatan, sambil memperhitungkan data penting perkembangan, budaya, dan terkait gender yang relevan dengan klien..

B. PERSPEKTIF KOGNITIF-PENGEMBANGAN

Meskipun studi tentang perkembangan pemahaman anak-anak tentang bunuh diri jarang terjadi, ada literatur yang lebih substansial tentang perkembangannya Ide - ide tentang kematian yang mungkin berguna untuk memahami lebih lanjut sifat konsep bunuh diri. Meski membantu, peringatan Orbach dan Glaubman (1979) harus diingat ketika mempertimbangkan studi ini: Banyak anak menunjukkan perpecahan dalam konsep kematian; mereka mungkin memiliki konsep kematian impersonal yang matang, tetapi konsep yang agak kekanak-kanakan dari pribadi mereka sendiri kematian. Hanya eksplorasi aspek emosional dan pribadi konsep kematian bernilai secara diagnostik dan terapeutik. (hal. 677)

Nagy (1959) dan Anthony (1971) adalah yang pertama untuk mengatasi masalah tersebut konsepsi kematian anak. Meskipun tidak secara khusus Piagetian, temuan mereka cocok dengan kerangka teori Piaget. Koocher (1973, 1974) dan Wass (1982) menggunakan kerangka kerja Piaget untuk mengkonseptualisasikan data mereka. Semua setuju bahwa anak-anak melanjutkan setidaknya melalui tiga fase berbeda yang kira-kira setara dengan operasional pra-operasional, konkret, dan formal Piaget tahapan.

Safier (1964) mengklaim bahwa anak bungsunya (yang ia anggap pra operasi) melihat hidup dan mati dalam hal fluks atau interchange. Ini usia, kematian adalah "tidur" atau "istirahat," dan bersifat sementara dan dapat dibalik; oleh karena itu, anak tidak dapat mengkonseptualisasikan kematian sebagai tidak ada sehingga tidak mungkin termotivasi untuk mengambil hidupnya sendiri untuk mencapainya. Perspektif ini menawarkan wawasan mengapa bunuh diri sangat jarang terjadi pada anak di bawah 10 tahun.

1. Faktor Risiko Psikopatologis

Gangguan kejiwaan merupakan faktor risiko terpenting untuk bunuh diri. Perkiraan penelitian menunjukkan bahwa 90% dari semua bunuh diri berhubungan dengan kecanduan atau gangguan mental (Garland & Zigler, 1993). Di antara remaja gangguan yang paling sering adalah gangguan afektif dan perilaku, dan penyalahgunaan zat. Keracunan alkohol ditemukan sekitar setengahnya dari semua bunuh diri remaja. Juga, tampak bahwa gangguan kejiwaan adalah karakteristik dari sebagian besar, tetapi tidak semua, upaya bunuh diri (Moscicki, 1995).

2. Faktor Risiko Keluarga

Karakteristik keluarga yang meningkatkan risiko bunuh diri remaja termasuk riwayat bunuh diri keluarga, dan penyakit medis dan kejiwaan. Stres ekonomi, perselisihan keluarga yang signifikan, dan kehilangan keluarga juga dikaitkan dengan peningkatan risiko. Anak-anak yang bunuh diri mengalami lebih banyak perpisahan, perceraian, dan perkawinan orang tua. Para pelaku usaha bunuh diri sering melihat orang tua mereka acuh tak acuh, menolak, dan tidak mendukung (Davis & Sandoval, 1991; Moscicki, 1995; Pfeffer, 1989).

3. Faktor Risiko Biologis

Penelitian telah menemukan bahwa orang yang bunuh diri, dan bunuh diri dengan kekerasan percobaan (mis., mereka yang menggunakan cara yang lebih merusak), sering mengalami defisit dalam fungsi neurotransmitter serotonin (Davis & Sandoval, 1991). Berkurangnya aktivitas serotonergik sentral berkorelasi lebih tinggi dengan perilaku bunuh diri dibandingkan dengan diagnosis psikiatrik tertentu (Brown & Goodwin, 1986). Namun, hubungan sebab akibat antara serotonin dan perilaku bunuh diri belum ditetapkan. Ada kemungkinan bahwa perubahan dalam neurotransmitter ini terkait dengan karakteristik seperti impulsif atau kekerasan, dan bukan penyebab perilaku bunuh diri per (Moscicki, 1995).

4. Faktor Risiko Situasional

Meskipun faktor situasional secara populer dipandang sebagai penyebab bunuh diri, mereka tidak cukup. Hanya bila dikombinasikan dengan risiko lain faktor, seperti yang baru saja disebutkan, bahwa mereka menciptakan kondisi itu menyebabkan bunuh diri (Moscicki, 1995). Di antara anak muda, yang paling banyak seringnya tekanan yang mengarah pada perilaku bunuh diri adalah kehilangan atau konflik antarpribadi (khususnya dalam percintaan), masalah ekonomi, dan masalah hukum. Itu Peristiwa yang paling umum dari jenis ini adalah krisis disiplin (Pfeffer, 1989 Shaffer, 1974; Spirito, Overholser, &

Stark, 1989). Mungkin faktor risiko situasional terkuat di Amerika Serikat adalah adanya senjata api di AS rumah. Bahkan setelah faktor-faktor risiko lain diperhitungkan, kehadiran a pistol meningkatkan risiko bunuh diri. Ini benar terlepas dari jenis senjata, atau apakah senjata dan amunisi disimpan secara terpisah (Brent et al., 1991).

Pengetahuan tentang faktor risiko untuk bunuh diri, yang ditawarkan oleh penelitian bunuh diri, adalah sangat penting bagi para profesional kesehatan mental berbasis sekolah. Faktanya bahwa beberapa faktor ini bersifat internal dan mungkin sulit untuk diamati (biologis dan psikopatologis) menyoroti pentingnya melibatkan personel berbasis sekolah dalam pencegahan dan intervensi bunuh diri. Di samping

Orang tua, personil sekolah kemungkinan besar memiliki pengetahuan yang mendalam tentang siswa perlu mengidentifikasi faktor-faktor risiko ini. Juga, fakta bahwa beberapa faktor-faktor ini bersifat eksternal (keluarga dan situasional) menyoroti pentingnya memastikan bahwa personel berbasis sekolah jeli. Sekali lagi, di sebelah orang tua, personil sekolah adalah posisi terbaik untuk mengidentifikasi faktor-faktor risiko ini. Namun, memanfaatkan pengetahuan ini akan membutuhkan persiapan di pihak sekolah. Dengan demikian, pada bagian yang mengikuti penulis mengulas strategi untuk mencegah dan menanggapi perilaku bunuh diri.

5. Predisposisi Individual

Komponen pertama dari model Berman dan Jobes (1995) berfokus pada pelatihan berbasis keterampilan bagi kaum muda untuk mengurangi kecenderungan individu untuk bunuh diri. Jenis program spesifik adalah sebagai berikut: (a) keterampilan manajemen depresi, (b) manajemen kemarahan dan agresi, (c) pencegahan kesepian, (d) keterampilan memecahkan masalah interpersonal, (e) keterampilan peningkatan kompetensi, (f) keterampilan melihat yang kritis, dan (g) membantu mempelajari keterampilan perilaku.

6. Lingkungan sosial

Komponen kedua dari Berman dan Jobes (1995) pencegahan primer Program berfokus pada lingkungan sosial dengan menyediakan kesehatan berbasis masyarakat pendidikan, promosi, dan perlindungan. Jenis program spesifik yang diusulkan adalah berikut ini: (a) pencegahan putus sekolah dan peningkatan sekolah pm gram, (b) deteksi dini dan rujukan patologi orang tua, (c) pengganti program panutan, dan (d) pedoman media untuk melaporkan kisah bunuh diri.

7. Program Kesadaran

Program-program pendidikan bunuh diri umum adalah primer yang umum digunakan strategi pencegahan. Program-program ini, sering disebut sebagai "program kesadaran" berusaha untuk memberikan informasi seluruh tubuh siswa tentang bunuh diri faktor risiko dan cara mencari bantuan untuk diri mereka sendiri dan orang lain (Sandoval & Brock, 1996). Sejumlah kurikulum berbeda telah dikembangkan. Contoh dari strategi program pencegahan berbasis kurikulum adalah California Program Preoention Sekolah Bunuh Diri Muda (Departemen Pendidikan Negara Bagian California, Unit Iklim Sekolah, 1986). Pendekatan ini mencakup kegiatan yang dirancang (a) untuk meningkatkan kesadaran siswa tentang hubungan antara narkoba dan penggunaan alkohol dan bunuh diri remaja, (b) untuk mengajar siswa mengenali tanda-tanda kecenderungan bunuh diri pada diri sendiri dan orang lain dan fakta-fakta lain tentang bunuh diri remaja, dan (c) untuk memberi informasi kepada siswa tentang layanan pencegahan bunuh diri remaja yang tersedia bagi masyarakat.

Penting untuk dicatat bahwa ada kekhawatiran tentang hal ini program kesadaran berbasis sekolah (Brock & Sandoval, 1996). Secara khusus, itu telah dicatat bahwa di antara sebagian besar program pendidikan ada kecenderungan menormalkan perilaku bunuh diri. Dalam upaya nyata untuk membuatnya lebih enak untuk mencari bantuan untuk pemikiran bunuh diri, program ini menghadirkan bunuh diri sebagai Menanggapi stres yang bisa terjadi pada siapa saja. Telah dikemukakan bahwa pendekatan ini dapat mengakibatkan bunuh diri dipandang sebagai solusi "utama" untuk masalah (Garland, Shaffer, & Whittle, 1989; Garland & Zigler, 1993; Shaffer & Bacon, 1989). Juga, efek program tersebut pada siswa yang percobaan bunuh diri menjadi perhatian. Telah dilaporkan bahwa orang-orang ini mungkin bereaksi lebih negatif terhadap jenis kurikulum ini daripada mereka yang belum melakukan upaya bunuh diri (Garland et al., 1989; Shaffer et al., 1990).

8. Kesiapan Krisis

Strategi pencegahan primer akhir yang dibahas meliputi prosedur yang dirancang untuk memastikan bahwa personil sekolah siap menghadapi krisis peristiwa yang mungkin mengarah pada ide dan perilaku bunuh diri. Dengan memastikan bahwa sekolah siap untuk memberikan layanan intervensi krisis kepada siswa setelah krisis, seperti bunuh diri yang telah selesai, kemungkinan polisi adaptif Akan terjadi peningkatan. Contoh prosedur kesiapan krisis dapat ditemukan dalam buku Mempersiapkan Krisis di Sekolah (Brock, Sandoval, & Lewis, 2001).

Respons spesifik berbasis sekolah terhadap krisis yang ditimbulkan oleh perilaku bunuh diri dari orang penting lainnya disebut sebagai upaya bunuh diri. Setelah kematian mendadak dan tak terduga seperti itu, itu tidak biasa bagi beberapa orang untuk masuk ke negara krisis. Postvention mengidentifikasi dan membantu individu-individu ini untuk mengatasi secara lebih adaptif masalah-masalah yang ditimbulkan oleh bunuh diri. Secara bersamaan, postvensi juga membahas masalah penularan (mis., bahwa orang lain akan "diberi izin" atau didorong untuk menyalinnya tingkah laku). Karena itu, pencegahan juga dianggap sebagai bentuk pencegahan bunuh diri. Meskipun perilaku peniru seperti itu tidak biasa, potensi penularan bunuh diri tampaknya menjadi masalah unik bagi remaja (Davidson, 1989). Pencegahan yang efektif akan membutuhkan persiapan dan kesiapan (Brock, Sandoval, & Lewis, 2001).

BAB IV

PARENT – ADOLESCENT CRISES

A. Krisis Orangtua – Anak (*Parent – Adolescent Crises*)

Krisis antara orangtua – anak sering terjadi karena anak ingin dirinya merasa bebas dalam melakukan segala hal. Krisis sendiri memiliki arti tekanan yang dialami seseorang dan berpengaruh negatif terhadap kemampuannya untuk berpikir, merencanakan dan mengatasi masalah secara efektif, namun krisis bisa juga menjadi peluang. Krisis remaja dapat terjadi karena memilih teman, style pakaian, penggunaan narkoba dan alkohol, perilaku seksual, depresi, Tetapi masalah yang mendasarinya sering kali bahwa remaja ingin menuju ke posisi yang lebih setara dengan orangtua. Penting juga untuk dicatat bahwa karakteristik remaja sebagai periode yang penuh tekanan dan konflik tampaknya merupakan generalisasi berlebihan ketika diterapkan usia antara 13 dan 19 tahun. Meskipun hal ini bisa menjadi masa pergolakan, sebagian besar remaja bisa menghadapi periode ini dengan baik dan melanjutkan kehidupan mereka.

Sebuah ulasan terbaru oleh Arnett (1999) tentang remaja “badai and stress” menyoroti bahwa periode pengambilan risiko (termasuk cedera pada diri sendiri dan lainnya), dengan meningkatnya tingkat kejahatan bersamaan dengan meningkatnya tingkat penyalahgunaan narkoba sampai akhir remaja. Banyak konselor akan bertindak, remaja yang melanggar batas-batas hukum seperti penggunaan narkoba akan sering berbicara tentang niat mereka untuk mengendalikan perilaku ini setelah mereka menjadi 18 tahun dan akan diperlakukan sebagai orang dewasa oleh sistem hukum. Remaja juga memandang bahwa remaja sebagai masa pemberontakan terhadap otoritas di mana mereka kebal terhadap konsekuensi.

Ketika krisis terjadi, ada beberapa jalan intervensi kesehatan mental sekolah dalam jangka pendek dan berorientasi aksi parameter intervensi krisis. Intervensi krisis awalnya berfokus pada situasi saat ini dengan orientasi pemecahan masalah segera. Tujuannya adalah untuk menstabilkan kembali

suatu situasi sebelum pindah ke sikap lebih proaktif dan memperbaiki. Meski berorientasi keluarga akan mendorong profesional kesehatan mental untuk memasukkan secara bersamaan siswa dan orang tua, ini mungkin tidak selalu layak atau bahkan diinginkan. Spesifik intervensi untuk menangani krisis dapat fokus pada siswa atau pada orang tua saja. Dalam situasi lain, orang tua dan siswa mungkin perlu mendapatkannya komunikasi yang lebih efektif dan keterampilan pemecahan masalah melalui sesi terpisah sebelum datang bersama. Mungkin juga tepat untuk memasukkan yang lain dalam rencana intervensi seperti guru yang tindakan atau reaksinya terhubung ke acara krisis.

Bab ini membahas krisis orangtua-remaja dengan latar belakang dari anak yang tumbuh dalam sistem keluarga yang sehat. Karakteristik keluarga sehat meliputi batasan generasi yang jelas, dukungan dalam keluarga untuk mengubah peran dan harapan anak-anak sebagaimana mereka pola komunikasi yang matang dan konstruktif. Krisis "normal" dari remaja dapat menjadi lebih buruk ketika bersarang di dalam disfungsional keluarga. Jenis-jenis perilaku yang didefinisikan sebagai krisis, yang terlibat dan bagaimana mereka merespons, dan pola tradisional penyelesaian krisis muncul sebagian dari latar belakang keluarga dengan sejarah hubungan orangtua-anak. Potensi baru untuk meredakan krisis orangtua-remaja terletak pada kehadiran profesional kesehatan mental berbasis sekolah; psikolog sekolah, konselor, atau pekerja sosial.

B. Pandangan Intervensi Krisis

Dalam beberapa tahun terakhir telah terjadi peningkatan jumlah literatur pada intervensi krisis di sekolah-sekolah dan pada kualitas konseptualisasi dan pengembangan teori seputar intervensi krisis (Pitcher & Poland, 1992; Steele & Raider, 1991). Kebanyakan orang akan setuju dengan Aguilera dan Messick (1978) bahwa "Tujuan intervensi krisis adalah penyelesaian segera krisis. Fokusnya adalah pada hadir generik, dengan pemulihan individu ke tingkat fungsi sebelum krisis atau mungkin ke tingkat fungsi yang lebih tinggi"

Tapi apa itu "krisis langsung," dan bagaimana konsep ini berguna dalam hubungannya untuk krisis orangtua-remaja? Tentu saja, kejadian tidak akan

terjadi secara langsung seperti siswa secara lisan mengancam atau menyerang secara fisik guru, atau sekolah yang menghubungi orang tua untuk melaporkan bahwa remaja mereka pingsan mabuk di pesta dansa sekolah, umumnya akan diklasifikasikan sebagai krisis.

C. Konteks Keluarga Dalam Masa Remaja

Banyak ahli (Ames, 1988; Barkley, Edwards, & Robin, 1999; Dinkmeyer, McKay, McKay, & Dinkmeyer, 1998; Elium & Elium, 1999; Elkind, 1993; Ginott, 1969; Gordon, 1989) telah menyajikan informasi yang berguna kepada orang tua tentang cara menetapkan batas, mendisiplinkan, berkomunikasi, dan menegosiasikan perbedaan, serta bagaimana memisahkan kepedulian mereka terhadap perilaku anak dari kelanjutannya cinta dan dukungan anak.

Orang tua dapat sangat berbeda dalam gaya pengasuhan mereka dan dalam kesiapan mereka untuk menghadapi tantangan yang disajikan oleh remaja. Ulasan Amett terbaru yang sangat baik saat mengabdikan bagian "konflik dengan orang tua" tidak berurusan dengan dua arah dan sifat sistemik dari hubungan orang tua-remaja (Amett, 1999). Sebaliknya, Hughes dan Noppe (1991) menyatakan penghargaan untuk stres bahwa keluarga dengan remaja mungkin mengalami dalam hal kelipatan menuntut orang tua untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri, mungkin berurusan dengan orang tua mereka yang sudah tua, dan juga berusaha untuk mengatasi seorang remaja

Tulisan Erikson (1968) tentang masalah identitas remaja membantu para profesional dan bahkan orang tua untuk lebih memahami apa yang mungkin dialami remaja. Remaja itu mempertanyakan nilai-nilai family, identifikasi kelompok sebaya yang lebih kuat, dan reaktivitas emosional dipandang sebagai perjuangan remaja untuk membangun rasa identitas pribadi. Kebutuhan remaja untuk mengalami kompetensi dan kekuasaan juga menjadi kekuatan yang menggerakkan dalam hal remaja membentuk hubungan baru, mencari pengalaman baru, dan menegaskan dirinya lebih banyak dalam keluarga. Jones (1980) menggambarkan bagaimana remaja yang tidak mampu mencapai rasa signifikansi pribadi, kompetensi, dan kekuasaan cenderung menunjukkan masalah perilaku.

Psikolog sekolah juga harus membantu orang tua remaja merasa lebih baik tentang diri mereka sendiri, menerima seksualitas mereka, dan mengembangkan strategi mengatasi ingin menyesuaikan secara psikologis dengan peran baru mereka sebagai orang tua. Kunci untuk mengembangkan konsep diri yang lebih baik selama periode percobaan ini adalah melalui program konseling yang aktif dan berkelanjutan. Peran psikolog sekolah seharusnya untuk memberikan layanan kepada kedua orang tua.

D. Dinamika Krisis Remaja

Fungsi protektif dan pengendalian keluarga sebelumnya untuk anggota anaknya perlu berubah ketika anak-anak menjadi remaja (Elkind, 1984, 1994; Leigh & Peterson, 1986; Preto & Travis, 1985; Youniss & Smollar, 1985). Anak itu sekarang lebih mungkin untuk menantang batas-batas keluarga yang ada dalam hal nilai dan perilaku, kadang-kadang seperti yang disebutkan sebelumnya dengan logika yang sangat moralistik, atau dengan pernyataan individual seperti "Aku aku, bukan kamu," dan "Aku perlu putus apa yang tepat untuk saya." Jika orang tua menang dalam pergulatan berikutnya, maka pertumbuhan emosi remaja mungkin dibatasi. Jika remaja memenangkan perjuangan, maka nilai-nilai keluarga utama dapat ditolak secara grosir, membuat remaja lebih cemas dan tidak yakin dalam hal nilai-nilai pribadi. Ketika konflik orangtua-anak (benar-benar keluarga) meningkat ke tempat garis tak terhapuskan ditarik, misalnya, pada urutan "Jika Anda melakukannya -, Anda tidak lagi menjadi anggota keluarga kami," lalu, yang terlibat orang menjadi resistif dan masalah-masalah bisa dipolarisasi memaksa para pihak untuk bersikap kaku.

E. Strategi Pencegahan

Pencegahan yang Ditujukan pada Remaja Seperti disebutkan, ada juga peran sekolah dalam mengantisipasi krisis dan mengambil inisiatif. Sikap ini jelas berbeda dari pendekatan menunggu "hot line" krisis sampai seseorang meminta bantuan. Personil sekolah dapat menawarkan program yang bertujuan untuk memberikan keterampilan komunikasi yang lebih baik kepada para

remaja dan dengan menghadirkan kursus pendidikan kehidupan keluarga, yang mengajarkan diri mereka remaja untuk menjadi orang tua yang lebih efektif.

Membangun Keterampilan. Sejumlah program telah dilaksanakan di sekolah menengah untuk membantu remaja memahami diri mereka sendiri dalam hubungan mereka dengan orang tua mereka dan untuk mengembangkan cara komunikasi yang lebih efektif dan penyelesaian masalah. Banyak program yang dijelaskan dalam literatur cenderung merupakan program terbatas waktu yang berfokus pada pengajaran keterampilan komunikasi khusus remaja, antarpribadi, atau pemecahan masalah.

Sebuah program yang mengajarkan remaja untuk berurusan dengan orang tua mereka secara lebih dewasa dalam hal keterampilan verbal tertentu termasuk cara berdebat, menghibur, memberi saran, dan mengkritik. Model negosiasi interpersonal yang diusulkan melibatkan empat sosial kognitif keterampilan: (a) memberi label masalah, (b) menghasilkan solusi alternatif, (c) mengantisipasi konsekuensi untuk diri sendiri dan orang lain, (d) mengevaluasi hasil. Keempat keterampilan ini berinteraksi dengan empat tingkat strategi negosiasi antarpribadi. Model dan kurikulum tampaknya memiliki banyak janji melatih remaja, dan meskipun tidak secara khusus berfokus pada krisis orang tua-remaja, itu memang berhubungan dengan daerah itu sebuah program yang berjudul *Skills for Adolescence* dijelaskan oleh Gerler (1986) dan Crisci (1986). Ini melibatkan kurikulum semester panjang berurusan dengan 10 kekhawatiran remaja. Lebih dari 500 sekolah telah mengadopsi kurikulum dan beberapa hasil positif telah dilaporkan dari studi evaluasi. Sejumlah program lain telah dijelaskan dalam literatur dengan populasi anak yang berbeda, yang berfokus pada keterampilan pemecahan masalah dan komunikasi (Barkley et al., 1999). Ini mewakili prototipe dan model program yang dapat dimodifikasi dan diimplementasikan dengan remaja di sekolah sekitar konflik orang tua dan remaja.

F. Pendidikan Kehidupan Keluarga

Banyak sekolah menawarkan kursus pendidikan kehidupan keluarga, baik sebagai bagian dari kurikulum studi sosial atau sebagai bagian dari

pendidikan kesehatan. Maksud dari kursus ini, yang meliputi kegiatan simulasi seperti itu sebagai pasangan pembentuk, dan pengisian mereka dengan perawatan telur, adalah untuk memberi mereka wawasan tentang tanggung jawab dan keterampilan yang diperlukan orangtua yang efektif. Harapan dari program ini adalah untuk mencegah kehamilan remaja (Nitz, 1999)

G. Pencegahan Ditujukan Pada Orang Tua

Dalam konsultasi dengan seorang profesional kesehatan mental, seseorang dapat membayangkan orang tua yang menyajikan insiden spesifik dan memanfaatkan profesional kesehatan mental sebagai papan suara, membantu mereka untuk merefleksikan pemikiran mereka dan perilaku mereka juga sebagai sumber pengembangan keterampilan. Itu awalnya kontak terbatas dengan orang tua dapat dengan mudah diperluas menjadi rujukan ke kelompok pelatihan orangtua. Di banyak komunitas ada kelompok-kelompok pendidikan orang tua yang sedang berlangsung seperti Pelatihan Efektivitas Orangtua (Gordon, 1975).

Program-program ini membantu orang tua dalam memahami kerumitan hubungan orang tua-anak dan mendukung mereka dalam mengembangkan pandangan simpatik terhadap anak dan diri mereka sendiri dalam peran mengasuh anak. selain itu, orang tua biasanya ditawarkan keterampilan komunikasi dan intervensi khusus. STEP adalah program pelatihan sistematis berbasis ceramah dan diskusi yang berfokus pada tujuan sifat perilaku anak dan konsekuensi sosialnya. Dalam sembilan sesi, ia berusaha menanamkan rasa percaya diri yang lebih besar kepada orang tua sebagai orang tua dengan memberi mereka kerangka kerja untuk memahami anak dan alat mereka untuk berkomunikasi dengan mereka secara lebih efektif.

H. Strategi Intervensi

Seperti dibahas sebelumnya, profesional kesehatan mental sekolah mungkin memiliki beberapa siswa yang masuk ke dalam situasi krisis. Remaja dapat mendekati praprofesional dengan masalah, atau orang tua dapat menghubungi sekolah untuk mengekspresikan kekhawatiran tentang

apa yang mereka alami dengan remaja, atau bahkan pihak ketiga seperti teman siswa dapat menghubungi profesional. Kekhawatiran awal profesional kesehatan mental berkaitan dengan urgensi dan sifat situasi yang berpotensi mengancam jiwa dan juga hak-hak orang tua dan remaja

I. Intervensi Berbasis Sekolah

Intervensi Kelompok, Kelompok pendukung adalah alat yang berguna untuk membantu remaja dengan masalah umum mengungkapkan perasaan, mengeksplorasi pemikiran, menghasilkan solusi alternatif, dan mendapatkan rasa kontrol atas kehidupan mereka. Sup kelompok pelabuhan dapat dibentuk untuk siswa yang mengalami konflik dengan orang tua. Jika kelompok semacam itu ada di sekolah menengah sebagai kelompok yang sedang berlangsung, Intervensi individu, Keluarga yang memiliki riwayat keluarga sehat interaksi dan komunikasi dapat menangani krisis yang timbul, sesekali mencari bantuan dari luar. Banyak krisis yang datang ke perhatian staf sekolah berada pada titik di mana mungkin sejarah pola komunikasi yang tidak efektif telah membuat pihak-pihak yang terlibat relatif tidak berdaya dalam bekerja menuju penyelesaian tanpa partisipasi dari orang luar.

Mediator netral tetapi menghormati kedua belah pihak, terampil dalam hal ini proses mediasi, dan didedikasikan untuk menyelesaikan konflik. Kualitas-kualitas ini tampaknya memegang terutama benar untuk profesional kesehatan mental yang terlibat dengan orang tua dan remaja pada saat krisis. Krisis mereka nyata dan perlu ditanggapi dengan hati-hati dan dihormati oleh kesehatan mental profesional. Kedua belah pihak, orang tua dan remaja, biasanya merasa rentan dan defensif tentang sikap mereka dan perlu menerima pesan dari profesional bahwa masalah dan pikiran serta perasaan mereka valid intervensi khusus. Maksud intervensi krisis adalah untuk menstabilkan kembali sebuah sistem dan untuk mengurangi sifat krisis situasi. Setelah itu, keputusan lain harus dibuat sehubungan dengan mendirikan konseling program dengan individu yang terlibat, mengakhiri kontak, merujuk ke agen lain, atau memerankan beberapa opsi lain.

Bukan maksud untuk menghadirkan profesional kesehatan mental sekolah seseorang untuk siapa praktik terapi keluarga itu tepat. Tapi dalam konteks intervensi krisis, beberapa sesi dapat terjadi dengan melibatkan anggota keluarga masing-masing, kadang-kadang dengan siswa dan pertemuan orang tua bersama dan lain kali dengan siswa atau orang tua terlibat secara terpisah. Sesi ini gagal menjadi terapi keluarga tetapi dapat mengambil manfaat dari keakraban profesional dengan konsep dan teknik terapi keluarga (Fine, 1995; Fine & Holt, 1983; Green, 1985). Lain pilihannya adalah ketika siswa dan orang tua bertemu bersama profesional kesehatan mental dapat memilih untuk memiliki salah satu pihak lain meninggalkan ruangan. Itu profesional kemudian berupaya untuk menegosiasikan beberapa aspek dari situasi dengan orang yang tersisa di mana profesional dapat bertemu orang lain. Pada titik tertentu semua pihak akan bertemu bersama

J. kontak dengan remaja

Tantangan bagi konselor krisis adalah untuk terus mendukung dan bersimpati kepada siswa dalam apa yang dia alami saat di sekolah saat yang sama tidak berpihak secara aktif dengan siswa terhadap orang tua. Yang lain sisi koin, tentu saja, adalah bahwa profesional mendengar apa yang terdengar seperti distorsi, reaksi berlebihan, salah persepsi, atau pemikiran yang tidak tepat remaja, mungkin tertarik untuk berbicara dari sudut pandang orang tua Namun secara obyektif profesional kesehatan mental telah berusaha untuk merespons, ada kemungkinan yang baik bahwa remaja akan melihat profesional sebagai mengambil sisi orang tua dan mungkin tidak cukup simpatik ke posisi kepala. Hanya dengan bertindak secara konsisten dengan integritas seiring waktu, dapatkah kepercayaan pada penolong itu terbangun.

Karena elemen kunci seseorang yang mengalami krisis adalah kekurangan kesadaran akan opsi-opsi atau ia merasa bahwa seseorang tidak dapat menerima opsi-opsi, tanpa penguraian seorang profesional pada waktu yang tepat adalah mulai membantu remaja pertimbangkan opsi yang

tersedia. Pilihan penting terutama dalam cahaya konflik antara orang tua dan remaja adalah untuk mendorong remaja menuju keterlibatan dalam proses yang dapat menghasilkan opsi daripada tentu muncul dengan solusi konkret dalam sesi konseling krisis.

K. Kontak Dengan Orang Tua

Keputusan profesional kesehatan mental untuk bertemu sekali atau bahkan mengadakan beberapa sesi dengan orang tua harus didasarkan pada orang tua ' perlu ventilasi, untuk mengembangkan perspektif yang lebih positif tentang situasi, dan untuk memikirkan cara komunikasi yang lebih efektif dengan Internet remaja. Rekomendasi bagi orang tua untuk terlibat dalam sesi dengan profesional kesehatan mental tanpa remaja saya juga didasarkan pada keyakinan bahwa sifat hubungan pada saat itu tidak dapat secara bermanfaat dipengaruhi melalui memiliki orang tua dan remaja bertemu bersama. Orang tua masih dapat dibantu untuk meningkatkan kemampuan bernegosiasi mereka perbedaan dengan remaja dan secara tepat mendukung di saat krisis.

L. Dengan Orang Tua Dan Remaja

Ini pertemuan orang tua, remaja, dan profesional harus memungkinkan untuk ventilasi, harus mendorong interaksi antara orang tua dan remaja, dan harus juga menghadirkan profesi kesehatan mental dan peran kontrol kepemimpinan. Ada sejumlah teknik dan strategi yang berasal dari keluarga terapi yang dapat berguna dalam sesi intervensi krisis jangka pendek. Sebagai profesional kesehatan mental mengeksplorasi pandangan masing-masing ide tentang peristiwa yang terjadi, mungkin lebih bermanfaat untuk menghindari pertanyaan "mengapa" dan bertanya alih-alih "apa yang terjadi saat" pertanyaan. Pertanyaan semacam itu bisa sangat membantu mengungkap beberapa pola komunikasi dan perilaku dalam keluarga itu memicu konflik. Pertanyaan melingkar seperti itu juga menghindari menyalahkan dan sebuah Sikap "siapa yang benar" dan bantu keluarga membersto untuk melihat dan lebih memahami pola disfungsional.

Profesional juga dapat menggunakan teknik ini membingkai ulang untuk menghadirkan interpretasi yang lebih positif dan simpatik perilaku seseorang. Misalnya, ketika orangtua berbicara tentang betapa marahnya dia atau dia menjadi ketika remaja melakukan hal tertentu, positif membingkai ulang bisa dalam bentuk "Saya bisa melihat seberapa besar Anda peduli untuk anak Anda dan betapa ketakutan dan frustrasi yang Anda dapatkan ketika Anda yakin dia sedang mengatur dirinya sampai terluka". Contoh layanan tersebut dapat berupa terapi keluarga yang berkelanjutan program di klinik kesehatan mental setempat atau mungkin Program pendidikan kehidupan keluarga seperti yang ditawarkan melalui gereja lokal atau lembaga lainnya.

BAB V

KEKERASAN SEKSUAL

A. Kekerasan Seksual Dan Pemerkosaan

Kekerasan seksual adalah kejahatan yang didefinisikan oleh berbagai tindakan, tetapi tidak terbatas termasuk pada ancaman seksual, kontak seksual yang tidak diinginkan, dan pemerkosaan (Breiding et al., 2014). Kekerasan seksual terus menjadi kejahatan yang tidak dilaporkan. Pada tahun 1970-an, Organization for Woman (NOW) menarik perhatian pada masalah ini dengan mengembangkan gugus tugas pemerkosaan, yang dirancang untuk menyelidiki dan mendokumentasikan masalah yang mulai mengadvokasi perubahan kebijakan publik dan lembaga sosial, termasuk sistem pengadilan, pendidikan publik, dan lembaga penegak hukum.

Tugas-tugas ini Pada tahun 1970-an, *Organization for Victim Assistance (NOVA)* dibentuk, yang mengarah pada pengembangan National Coalition Against Sexual Assault (NCASA). Pada tahun 1994, *Violence Against Women Act (VAWA)* disahkan, yang merupakan serangan seksual federal pertama yang secara khusus dilakukan terhadap perempuan dan anak-anak (Roe, 2004). VAWA diotorisasi ulang pada tahun 1999, 2005, dan 2013. Dalam otorisasi terbaru VAWA menantang laporan bahwa dua pertiga dari itu berfokus pada kejahatan kekerasan, termasuk beberapa aspek undang-undang, seperti meminta lebih banyak dalam pelatihan hukum pertanggungjawaban untuk pemerkosa, memberikan hukuman yang lebih keras bagi pelanggar seks berulang, menciptakan undang-undang perisai kera federal, "menyediakan akses yang lebih mudah ke layanan seperti pemerkosaan dan perlindungan yang mengenali serangkaian perintah perlindungan yang lebih luas, membantu penegakan hukum, dan menyediakan lebih banyak layanan perlindungan bagi wanita di negara India.

B. Gambaran Umum Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual adalah "tindakan seksual yang dilakukan atau dicoba oleh orang lain tanpa secara bebas memberikan persetujuan kepada korban atau terhadap seseorang yang tidak dapat menyetujui atau menolak" (CDC, 2014b, hlm. 11) yang mencakup :

1. Selesai atau upaya penetrasi paksa korban,
2. Penetrasi korban yang difasilitasi alkohol / obat terlarang atau lengkap,
3. Menyelesaikan atau mencoba melakukan tindakan-tindakan paksa di mana korban dibuat untuk menembus pelaku atau orang lain,
4. Tindakan yang difasilitasi atau dilakukan dengan alkohol / obat-obatan di mana korban dibuat untuk menembus pelaku atau orang lain.
5. Penetrasi paksa non-fisik,
6. Kontak seksual yang tidak diinginkan,
7. Pengalaman seksual yang tidak diinginkan tanpa kontak. (CDC, 2014b, hlm. 11)

a. Non-kontak Pengalaman Seksual

Kontak fisik tidak selalu menjadi bagian dari kekerasan seksual. Bahkan, beberapa pengalaman seksual yang tidak diinginkan dapat terjadi tanpa sepengetahuan korban. Contoh-contoh dari pengalaman seksual yang tidak diinginkan yaitu (1) dipaksa ke dalam situasi seksual (mis. Melihat pornografi); (2) pelecehan seksual melalui komentar atau perilaku verbal baik dalam teknologi kasar atau kasar (misalnya, menyebarkan desas-desus, mengirim foto eksplisit); (3) ancaman kekerasan seksual untuk mendapatkan uang atau seks; dan (4) merekam, mengambil, atau menyebarluaskan materi eksplisit seksual tanpa sepengetahuan seseorang.

C. Penyerangan dan Pemerksaan Seksual

Para korban kekerasan seksual dapat memilih untuk tidak melaporkan karena beberapa faktor termasuk ketakutan pembalasan, kurangnya kepercayaan bahwa penegakan hukum akan membantu, dan keyakinan bahwa kejahatan adalah masalah pribadi dan harus ditangani secara pribadi. Menurut Survei Korban Kejahatan Nasional 2009 (Departemen Kehakiman AS, 2012),

90% korban pemerkosaan adalah perempuan. Selain itu, wanita dengan riwayat pemerkosaan sebelum usia 18 tahun dua kali lebih mungkin diperkosa ketika mereka dewasa.

1. Penyerangan Seksual

Kejahatan seksual termasuk serangan atau upaya percobaan yang umumnya melibatkan kontak seksual yang tidak diinginkan antara korban dan pelaku. Hukum negara berbeda-beda tentang bagaimana tingkat kekerasan seksual dikategorikan, sehingga penting bagi konselor krisis untuk mengetahui hukum di negara mereka. Sementara kekerasan seksual sering dianggap sebagai masalah seks. Ada beberapa bentuk kekerasan seksual, termasuk (1) pemerkosaan (penetrasi tubuh); (2) percobaan perkosaan; (3) kinerja paksa dari tindakan seksual (misalnya, seks oral, penetrasi tubuh pelaku); dan (4) cumbuan atau sentuhan seksual yang tidak diinginkan (RAINN, 2015).

2. Memperkosa

Biro Statistik Keadilan (2016b) mendefinisikan pemerkosaan sebagai hubungan seksual paksa termasuk paksaan psikologis maupun kekuatan fisik. Beberapa poin penting untuk diingat tentang pemerkosaan. Pertama, pemerkosaan hanyalah salah satu bentuk serangan seksual. Kedua, kekuatan fisik tidak selalu digunakan selama pemerkosaan; pelaku dapat menggunakan jenis kekuatan lain, seperti tekanan emosional, tekanan psikologis, atau manipulasi (RAINN, 2015). Ketiga, ada beberapa jenis pemerkosaan, termasuk penyerangan seksual yang difasilitasi oleh perkosaan kenalan, kekerasan seksual pasangan intim, dan pemerkosaan menurut hukum.

3. Perkosaan Kenalan

Istilah ini telah berkembang selama beberapa dekade terakhir dari apa yang pernah digambarkan sebagai "pemukosaan berkencan". Pemerkosa kenalan terjadi dalam populasi umum, itu paling umum di kampus-kampus. Tiga faktor utama yang muncul yang meningkatkan risiko wanita berpendidikan tinggi menjadi korban kekerasan seksual dan / atau pemerkosaan: (1) keracunan yang sering terjadi sampai pada titik inkubasi (2) status tunggal; (3) viktimisasi seksual sebelumnya.

D. Penyalahgunaan Seksual Yang Terfasilitasi Obat

Serangan seksual yang difasilitasi oleh narkoba biasanya dalam satu dari dua cara: (1) kekerasan seksual terjadi setelah korban secara sukarela menggunakan alkohol dan narkoba; atau (2) pelaku dengan sengaja menggunakan obat untuk melumpuhkan orang tersebut. Tiga obat yang paling umum digunakan untuk memfasilitasi kekerasan seksual adalah (1) alkohol; (2) obat resep (mis. Bantuan tidur, obat penenang, penenang otot), dan (3) obat jalanan (mis., Rohypnol, Gamma-Hydroxybutyric acid [GHB], Ketamine).

E. Peraturan Status

Tindak pidana perkosaan menurut undang-undang negara biasanya ditentukan berdasarkan persetujuan usia, usia minimum korban, perbedaan usia, dan usia minimum yang bisa dituntut. Usia persetujuan dalam undang-undang negara berkisar antara 16 hingga 18 tahun. usia minimum korban berkisar antara 12 hingga 18 tahun. Secara historis, undang-undang telah diberlakukan untuk melindungi anak di bawah umur yang tidak dapat memberikan persetujuan karena kurangnya kedewasaan. Sebagian besar perlindungan biasanya untuk wanita, untuk membantu mereka menghindari menjadi korban kekerasan seksual oleh pria yang lebih tua (James, 2009).

F. Jenis-Jenis Lain Kekerasan Seksual

1. Pelecehan seksual

Amerika Serikat. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC, 2016) mendefinisikan pelecehan seksual sebagai "kemajuan seksual yang tidak disukai, permintaan bantuan seksual, dan perilaku verbal atau fisik lainnya yang bersifat seksual" yang "secara eksplisit atau implisit mempengaruhi pekerjaan seseorang, secara tidak wajar mengganggu pekerjaan individu. kinerja, atau menciptakan lingkungan kerja yang mengintimidasi, bermusuhan, atau ofensif"(paragraf 2).

2. Menguntit

Menurut Biro Statistik Keadilan (2012), menguntit didefinisikan sebagai "tindakan yang diarahkan pada orang tertentu yang-akan menyebabkan orang yang masuk akal merasa takut" (hal. 1). Contoh spesifik dari

penguntit meliputi (1) melakukan panggilan telepon yang tidak diinginkan; (2) mengirim surat atau email yang tidak diinginkan atau tidak diinginkan; (3) mengikuti atau memata-matai korban; (4) muncul di tempat-tempat tanpa alasan yang sah; (5) menunggu di tempat korban; (6) meninggalkan barang yang tidak diinginkan, hadiah, atau bunga, dan (6) memposting informasi atau menyebarkan desas-desus tentang korban di Internet, di tempat umum, atau dari mulut ke mulut.

3. Perdagangan Seks: "Perbudakan Hari Modern"

Undang-undang Perlindungan Korban Trafiking (T VPA), disahkan pada tahun 2000, mendefinisikan anak di bawah umur 18 tahun yang terlibat dalam "aksi seks komersial" sebagai korban (Reid 8: Jones, 2011, hlm. 207). Banyak bukti menunjukkan bahwa anak-anak yang jatuh ke dalam industri perdagangan seks tidak memiliki kemampuan untuk membuat pilihan dan mempertahankan kontrol mengklasifikasikan mereka sebagai korban sejati, bukan kriminal.

4. Kekerasan Seksual dan Konseling Sekolah

Bekerja dengan populasi remaja, konselor sekolah profesional sangat mungkin untuk bertemu dengan siswa yang telah terpapar dengan kekerasan seksual. Masalah persetujuan mungkin ada dengan pertemuan remaja yang bersifat seksual. Dengan definisi luas tentang kekerasan seksual (mis., Kekerasan seksual, pemerkosaan, pelecehan seksual, penguntit), penting bagi konselor sekolah untuk mengetahui definisi kekerasan seksual dan peraturan yang menentukan tindakan yang diambil. OCR (2011) memberikan pedoman khusus untuk konselor sekolah:

- a. merancang seseorang dari pusat konseling sekolah untuk "siap dipanggil" untuk membantu para korban pelecehan atau kekerasan seksual kapan pun dibutuhkan.
- b. menawarkan konseling, kesehatan, kesehatan mental, atau layanan korban holistik dan komprehensif lainnya kepada semua siswa yang terkena dampak pelecehan seksual atau kekerasan seksual.

G. Efek Kekerasan Seksual

Burgess dan Holmstrom (1974) pertama kali menciptakan istilah sindrom trauma pemerkosaan untuk menggambarkan kelompok gejala yang dilaporkan oleh wanita yang diperkosa. Burgess dan Holmstrom menggambarkan dua fase berbeda dari respons wanita terhadap kekerasan seksual: (1) fase akut dan (2-) fase reorganisasi. Selama fase akut, korban mengalami tingkat stres yang tinggi, berlangsung dari Beberapa hari hingga beberapa minggu. Fase reorganisasi adalah proses integrasi jangka panjang, di mana korban mendapatkan kembali kendali atas kehidupan.

1. Efek Fisik Kekerasan Seksual

Reaksi fisik terhadap kekerasan seksual dapat bermanifestasi dalam berbagai keluhan somatik, termasuk nyeri kronis, gangguan tidur, kewaspadaan berlebihan, dan gangguan memori. Gangguan yang lebih parah seperti gangguan pencernaan, kanker serviks, dan cedera genital dapat terjadi. Menurut CDC (2015c), lebih dari 32.000 kehamilan per tahun adalah akibat dari kekerasan seksual.

2. Efek Perilaku Kekerasan Seksual

Korban kekerasan seksual dapat mengalami masalah kognitif atau perilaku dan mungkin memiliki ingatan dan / atau konsentrasi yang tidak jelas, termasuk kehilangan ingatan atau ketidakmampuan untuk detail-detail tertentu yang nyata dalam kehidupan mereka. Mereka mungkin memiliki ketidakmampuan yang nyata untuk berkonsentrasi pada tugas kerja dan kegiatan kehidupan sehari-hari lainnya.

3. Efek Emosi Psikologis Kekerasan Seksual

Para korban yang menunjukkan reaksi yang lebih banyak mengungkapkan secara terbuka menunjukkan emosi dengan menangis, menjerit, berteriak, atau bahkan tertawa. Mereka yang menunjukkan lebih terkontrol reaksi dapat menunjukkan sedikit emosi luar atau tetap sepenuhnya diam. Para korban mungkin mengalami berbagai macam emosi: (1) rasa bersalah karena selamat dari serangan itu, (2) menyalahkan diri sendiri karena tidak mampu menghentikan serangan itu, (3) rasa malu jika mereka memilih untuk tidak melaporkan serangan

itu, (4) penghinaan dengan keluarga dan teman-teman, (5) kecemasan tentang serangan lain, dan (6) depresi yang bermanifestasi sebagai ketidakmampuan untuk kembali ke fungsi normal dalam kehidupan sehari-hari.

Menurut RAINN (2015), korban pemerkosaan 13 kali lebih mungkin untuk menyalahgunakan narkoba, menunjukkan hubungan yang signifikan antara kekerasan seksual dan penggunaan narkoba. Selanjutnya, korban kekerasan seksual anak adalah risiko kecanduan yang lebih tinggi, yang dapat menyebabkan revictimization di masa dewasa, risiko untuk penahanan, risiko bunuh diri, dan komorbiditas dengan gangguan kesehatan mental (Asberg & Renk, 2013). Korban menunjukkan perasaan ketidakberdayaan yang mungkin dirasakan seseorang setelah mengalami seks. Layanan yang disediakan di ruang gawat darurat atau pusat krisis dapat mencakup :

1. Bukti pengumpulan dence,
2. Intervensi medis untuk mengobati kemungkinan masalah kesehatan,
3. Pemeriksaan oleh penguji perawat pelecehan seksual (perawat SANE), yang dilatih khusus untuk bekerja dengan para korban kekerasan seksual. Pusat krisis dapat menggunakan sukarelawan terlatih yang siap dipanggil untuk membantu para penyintas kekerasan seksual ketika para korban hadir di pusat krisis

H. Terapi Kognitif-Perilaku Yang Terfokus Trauma

Dibuat oleh Cohen, Mannarino, dan Deblinger (2006), terapi perilaku kognitif terfokus trauma (TF-CBT) spesifik dihabiskan untuk bekerja dengan anak-anak, remaja, dan keluarga mereka. Terdiri dari delapan komponen yang ditandai dengan singkatan PRAKTEK:

1. Psikoedukasi,
2. Keterampilan relaksasi dan manajemen stres;
3. Ekspresi dan modulasi yang efektif,
4. Penanganan dan pengolahan kognitif;
5. Narasi trauma,

6. Penguasaan in vivo trauma
7. Sambungkan sesi orangtua-anak, dan
8. Tingkatkan keamanan dan pengembangan di masa depan.

Ketika mempertimbangkan pengobatan untuk pelanggar seks, konselor harus mempertimbangkan tiga aspek. *Pertama*, dinamika klien harus dinilai melalui evaluasi psikologis yang komprehensif yang mencakup demografi, latar belakang keluarga, riwayat medis, tingkat pendidikan, sejarah militer, pengembangan, riwayat pekerjaan, dan riwayat kriminal. *Kedua*, kebanyakan pelanggar memasuki sistem kesehatan mental baik melalui peradilan pidana atau sistem perawatan kesehatan. Pelaku mungkin dirawat di rumah sakit karena penyakit mental atau dirujuk oleh pengadilan untuk mendapatkan perawatan. *Terakhir*, ada modalitas pengobatan khusus yang mungkin efektif ketika merawat pelanggar seks. Namun, penting untuk menyadari bahwa tidak ada modalitas pengobatan tunggal yang ditemukan sebagai treatment paling efektif untuk pelanggar seks (Groth, 2004 konselor harus mempertimbangkan persyaratan pengadilan dan kebutuhan spesifik dari setiap klien untuk mencegah ranjau pengobatan) dan mungkin menggabungkan perawatan untuk menemukan rencana tindakan yang berhasil.

I. Bimbingan

Berbagai metode konseling digunakan untuk mengobati pelanggar seks. Konseling individu, konseling kelompok, konseling keluarga, dan konseling perkawinan semuanya digunakan untuk membantu klien mengembangkan wawasan tentang perilaku dan pilihan mereka yang tidak pantas, yang biasanya dianggap berdasarkan pada konflik internal dan emosional (troth, 2001). Meskipun konseling mungkin merupakan pengobatan paling umum untuk pelanggar seks, ia memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, tidak ada bukti jelas bahwa jenis perawatan ini bekerja, terutama dalam isolasi. Kedua, fungsi intelektual klien dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk mengembangkan wawasan yang terkait dengan perilaku mereka; selain itu, kemampuan mereka untuk berpikir secara abstrak, serta tingkat kesadaran diri

mereka, sangat penting untuk keberhasilan konseling. Ketiga, kemampuan untuk mengembangkan hubungan konseling dengan klien adalah penting.

J. Modifikasi Perilaku Dan Pendekatan Kognitif Perilaku

Salah satu teknik modifikasi perilaku adalah meminta pelaku melakukan ejakulasi sambil berfantasi tentang pasangan dan pasangan seksual yang pantas; kemudian, pasca-orgasme, agar pelaku terus-menerus melakukan masturbasi selama satu jam tambahan ke fantasi yang melibatkan pasangan atau perjumpaan yang disukainya, (Miiler-Perrin & Perrin, 2007). Dalam kedua modalitas pengobatan, mengulangi teknik sampai perilaku dipadamkan adalah kunci keberhasilan. Menurut Jennings dan Deming (2013), teknik perilaku kognitif untuk kelompok tersebut harus secara efektif menangani sisi "perilaku".

1. Anak-anak dan Remaja sebagai Pelaku Seksual

Sebelum membuat rencana perawatan, penting bagi konselor untuk menilai apakah masalah perilaku seksual adalah sekunder dari trauma atau gangguan diagnostik. Jika perilaku seksual adalah sekunder dari pelecehan, pengobatan akan fokus pada perilaku sebagai gejala. Awalnya, sistem pengadilan anak-anak memiliki tujuan untuk membuat keputusan yang paling baik bagi anak dan untuk membantu membimbing "pelaku remaja menuju kehidupan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab dan patuh hukum" Dua faktor menentukan apakah seseorang akan diadili di pengadilan sebagai orang dewasa «remaja:" (1) usia pelaku pada saat pelanggaran, dan (2) pelanggaran yang dikenakan hukuman remaja.

2. Perawatan Pelanggar Seks Remaja

Target terapi untuk JSO adalah untuk mengurangi perilaku seksual bermasalah dan mengurangi tingkat residivisme. Ketika perilaku masalah seksual diidentifikasi sejak dini dan pengobatan diperkenalkan, hasilnya bisa sangat efektif. Konselor mendidik pengasuh tentang memberikan pengawasan dan menciptakan lingkungan nonseksual (mis., Ganti pakaian dengan pintu tertutup, memantau apa yang ada di televisi). "Peningkatan keterampilan manajemen perilaku pada orang tua mungkin jauh lebih

penting dalam pengobatan perilaku kekerasan seksual pada anak-anak daripada pendekatan klinis tradisional" (US. Department of Justice, 2014b, hal. 249).

K. Terapi Multisystemic

Terapi multisistemik (MST) adalah pendekatan komprehensif yang secara bersamaan menerapkan intervensi individual dalam empat domain: individu, keluarga, teman sebaya, sekolah, dan masyarakat. Mengobati JSO dengan MST mirip dengan mengobati pelanggar seks nonjuvenil (Borduin, Shaeffer, & Heiblum, 2009). Pengobatan MST untuk JSO secara signifikan mengurangi tingkat: (seksual dan nonseksual) setelah rata-rata tindak lanjut 3 hingga 9 tahun (Pullman & Seto, 2012).

L. Terapi Perilaku Kognitif

Dengan menggunakan CBT, konselor harus fokus pada restrukturisasi yang hati-hati "menyerang" pemikiran anteseden dan konsensus (menguatkan diri) setelah terlibat dalam perilaku seksual yang menyinggung. Pengobatan harus bantu ubah pikiran yang dimiliki individu setelah bertindak atas perilaku tersebut. Buat "putuskan" antara pikiran yang memaksakan diri mengendalikan diri dan perilaku seksual yang bermasalah.

M. Terapi Perilaku Emosif Perilaku

Terapi perilaku emosif rasional (REBT) juga efektif untuk mengobati JSO karena terapi ini memasukkan aspek emosional sebagai tambahan pada kognisi dan perilaku membantu individu menantang emosi mengatur emosi, dan mengubah perilaku. Menambahkan aspek emosional bantuan. JSO mengidentifikasi perasaan yang terkait dengan kesepakatan untuk terlibat dalam perilaku bermasalah seksual dalam kaitannya dengan kepercayaan remaja.

N. Gambaran Umum Unsur-Unsur Intervensi Krisis Terkait Dengan Kekerasan Seksual

Ketika berhadapan dengan krisis terkait dengan kekerasan seksual, penting untuk mengenali kembali bahwa reaksi korban akan bervariasi dan bahwa tidak ada satu reaksi pun yang menunjuk pada patologi. Para korban

kekerasan seksual mungkin memiliki banyak reaksi yang berbeda di antara spektrum terhadap trauma khusus mereka. Namun, penting untuk tetap waspada terhadap gejala-gejala gangguan umum yang mungkin timbul dari kekerasan seksual. Konselor juga dapat memperhatikan gejala sindrom trauma pemerkosaan.

Intervensi yang digunakan selama situasi krisis mencakup serangkaian teori dan teknik, serta berbagai waktu dari tindakan pencegahan jangka pendek hingga tindakan pengobatan jangka panjang. Konselor harus menyadari bahwa ketika bekerja dengan krisis dan korban dari situasi traumatis, mereka mungkin membuka diri terhadap kelelahan, atau bahkan trauma yang dialami orang lain. Konselor juga harus memperhatikan reaksi mereka sendiri dan sejarah peristiwa traumatis dan mempraktikkan perawatan diri yang konsisten untuk menghindari trauma perwakilan dengan populasi ini.

BAB VI

PELECEHAN SEKSUAL PADA ANAK

Pelecehan seksual terhadap anak adalah salah satu kejahatan yang paling tidak diperhatikan. Konselor krisis yang melakukan intervensi dengan korban pelecehan seksual anak perlu menyadari banyak tantangan yang dihadapi orang-orang ini, praktik terbaik untuk perawatan, dan layanan dukungan yang tersedia di masyarakat setempat.

A. Penyalahgunaan Seksual Anak

Pelecehan seksual anak(CSA) memengaruhi anak-anak, keluarga, dan masyarakat di seluruh dunia. Meskipun ada upaya nasional di Amerika Serikat melalui National Data Abuse and Neglect Data System (NCANDS) dan National Incidence System (NIS), statistik yang tepat mengenai jumlah anak dan keluarga yang terkena dampak CSA sulit diperoleh. Perkiraan rata-rata kasus CSA tahunan berkisar dari 60.956 (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS, Administrasi untuk Anak-anak dan Keluarga, Administrasi untuk Anak-anak, Remaja dan Keluarga, Biro Anak-anak [Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan] AS, 2015) hingga 180.500 (Sedlak et al., 2010). Studi terbaru telah menemukan bahwa sekitar 20% perempuan dan kurang dari 30% laki-laki dilaporkan mengalami pelecehan seksual ketika anak-anak pernah mengungkapkan pelecehan terhadap pengungkapan lain dibuat, 63% perempuan dan 45% laki-laki mengatakan kepada teman daripada orang tua, guru, atau wartawan yang diamanatkan (Priebe & Svedin, 2010). tingkat kejadian CSA yang dilaporkan oleh lembaga pemerintah cenderung lebih rendah daripada tingkat kejadian aktual CSA. Juga, harus dicatat persentase rata-rata kasus penganiayaan anak yang dibenarkan yang hanya 9,0% (U.S. Departemen Of Health and Human Service, 2015), dari kasus-kasus yang dibuktikan dari CSA berkisar antara 2,7% hingga 62,5% dari semua kasus-kasus penganiayaan substansi.

B. Pencegahan Pelecehan Seksual Anak

Pendukung anak secara luas mengakui bahwa cara terbaik untuk menurunkan jumlah CSA adalah dengan lembaga dan individu yang melayani anak-anak, dan keluarga untuk memfokuskan upaya dan sumber daya mereka dalam mencegah CSA. Sekolah dan beberapa organisasi masyarakat di seluruh Amerika Serikat telah menanggapi tuduhan ini dengan menawarkan instruksi kelompok tahunan kepada siswa dalam mengenali perilaku orang dewasa yang berpotensi berbahaya, menegakkan batasan fisik dan psikologis pribadi, melepaskan diri dari mereka yang melanggar batas-batas itu, dan melaporkan orang dewasa yang aneh perilaku dan pelanggaran batas untuk orang dewasa yang peduli dan tepercaya. Meskipun program-program seperti "Bahaya Stranger" dan "Perasaan Tummy Lucu" telah meningkatkan jumlah pengungkapan pelecehan seksual setelahnya, tidak jelas apakah program seperti itu efektif dalam mencegah pelecehan. Namun, mereka yang berusaha untuk mencegah pelecehan seksual pada anak-anak harus program pencegahan yang melibatkan anak-anak yang bertindak untuk diri mereka sendiri dan menunjukkan kepada anak-anak lain bagaimana menegakkan batasan-batas pribadi dengan, menjauh dari, dan melaporkan orang-orang tersebut.

C. Prevalensi Pelecehan Seksual Anak berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Ras, dan Kemampuan

Perempuan disini tampaknya lebih sering menjadi korban CSA daripada laki-laki (lihat Aaron, 2012) telah konsisten dari waktu ke waktu, dengan beberapa iterasi pelaporan NIS tingkat dan studi retrospektif menggarisbawahi perbedaan gender ini. Satu studi menemukan bahwa sekitar 40% wanita sarjana perguruan tinggi dan 31% pria melaporkan riwayat CSA (Young et al., 2007). Saat ini di Amerika Serikat, sekitar 1 dari 3 wanita dan 1 dari 6 pria dilaporkan mengalami pelecehan seksual sebagai anak-anak (Hopper, 2010). Ketika mempertimbangkan jenis kelamin korban, penting juga untuk diingat bahwa laki-laki lebih kecil kemungkinannya untuk mengungkapkan CSA daripada perempuan (Sorsoli, Kia-Keating, & Grossman, 2008). Rata-rata usia viktimisasi bervariasi, dengan sumber yang melaporkan usia rata-rata 7 dan 12 tahun

(Trickett, 2006), tetapi statistik nasional menunjukkan tingkat pelecehan yang terbukti pada usia yang lebih tinggi, misalnya, 12 hingga 15 tahun.

Tidak seperti jenis kelamin dan usia (berpotensi), ras tampaknya tidak menjadi karakteristik yang berbeda dalam terjadinya CSA, dengan tingkat yang konsisten dari viktimisasi CSA untuk anak-anak dari semua ras (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS, 2009). Anak-anak kulit putih, bagaimanapun, memiliki proporsi yang sedikit lebih tinggi dari pelecehan seksual yang dilaporkan di tangan orang tua kandung daripada anak-anak dari ras atau etnis lain. Ini bisa jadi karena tingkat kejadian yang lebih tinggi, tetapi bisa juga dikaitkan dengan faktor-faktor seperti ketidakpercayaan yang lebih besar terhadap sistem yang terlibat dalam perlindungan anak atau ketergantungan pada sistem pendukung yang kurang diformalkan untuk menangani masalah-masalah CSA. Pelaporan oleh grup ini juga mungkin lebih tinggi. Akhirnya, anak-anak dengan cacat tertentu tampaknya lebih mungkin menjadi korban seksual daripada anak-anak lain. Secara khusus, anak-anak yang berisiko lebih tinggi adalah mereka yang buta, tuli, dan cacat intelektual. Kelompok-kelompok ini memiliki peningkatan prevalensi pelecehan, dapat dianggap memiliki kredibilitas yang lebih rendah di Mouradian, & McKenna, 2013), atau mungkin kurang memiliki kemampuan untuk mengungkapkan penyalahgunaan.

D. Siklus Penyalahgunaan Seksual Anak

CSA biasanya berkembang melalui siklus perilaku (Bennet & ODonohue, 2014). Proses ini dimulai ketika seorang pelaku mengidentifikasi seorang anak yang mungkin menjadi sasaran empuk karena semacam kebutuhan, kepasifan, atau sugestibilitas. Dalam kebanyakan kasus, begitu seorang anak telah diidentifikasi, pelaku akan mulai "merawat" anak tersebut untuk pelecehan seksual dengan mulai dengan kontak dan perilaku nonseksual dan secara perlahan semakin berkembang aktivitas dan perilaku seksual. Dengan memikat anak melalui penguatan (misalnya, mainan, permen, es krim, perhatian, tindakan kasih sayang yang menyimpang) dan hukuman (mis., Kemarahan, ancaman

terhadap anak atau orang yang dicintai anak), seorang anak dapat dipaksa masuk ke dalam hubungan yang kasar secara seksual.

CSA dapat memengaruhi kemampuan korban untuk membangun dan memelihara ikatan intim hingga dewasa, mereka yang mengalami CSA sebagai anak-anak kadang-kadang mungkin kurang mampu mengembangkan ikatan orangtua-anak dibandingkan dengan orangtua lain (Kim, Trickett, & Putnam, 2010) karena itu, mungkin kurang dapat mendeteksi bahwa ada sesuatu yang salah. Korban dari satu generasi mungkin memiliki tanggung jawab yang terinternalisasi atas pelecehan seksual mereka atau tidak memahami bahwa per pemohon CSA kemungkinan besar adalah pelanggar berulang. Pendidikan psiko tentang CSA, bahkan pada tingkat krisis, mungkin diperlukan untuk membantu mengurangi tingkat penyalahgunaan antargenerasi.

E. Intervensi Strategis untuk Korban Pelecehan Seksual Anak

ketika bekerja dengan para korban CSA, penting bahwa konselor memahami dinamika tidak hanya bekerja secara pribadi dengan klien tetapi juga bagaimana proses konseling dapat memengaruhi proses hukum dan layanan sosial serta para profesional yang mungkin juga bekerja dengan anak dan keluarga.

F. Mengumpulkan Informasi untuk Laporan Awal Pelecehan Seksual Anak

Konselor harus menyadari tidak hanya informasi yang mereka perlu kumpulkan untuk menerapkan kembali kasus CSA tetapi juga kebijakan CSA tempat mereka bekerja untuk berlatih secara legal dan etis. memberikan daftar pertanyaan yang berkaitan dengan informasi dan kebijakan yang harus diketahui oleh konselor saat melaporkan kasus CSA. Negara telah mewajibkan formulir pelaporan yang diamanatkan bahwa para penasihat, dalam situasi apa pun, harus ada, karena mereka akan diminta untuk menyerahkannya.

G. Proses Pelaporan Pelecehan Seksual Anak

Terlepas dari tanggung jawab hukum untuk melaporkan pelecehan dan penelantaran anak, mungkin ada saatnya profesional memilih untuk tidak melaporkan informasi tersebut. Namun, dapat menempatkan profesional dalam konflik dengan pedoman hukum dan etika, seperti CAPTA (American Counseling Association, 2014), yang membutuhkan pengungkapan kecurigaan

terhadap CSA. Penting bagi individu yang melayani anak dan remaja untuk menjadi penanggung jawab hukum dan etika konselor yang berpengetahuan luas tentang CSA. Ini termasuk mengetahui tidak hanya undang-undang yang mengatur pelaporan CSA dan undang-undang pembatasan untuk negara bagian mereka, tetapi juga kebijakan lembaga, organisasi, sekolah yang mereka praktikkan. Banyak negara memiliki sanksi kuat bagi wartawan yang diamanatkan yang tidak melaporkan dugaan kasus CSA.

Dalam proses pelaporan perlu adanya 48 jam pertama setelah ada alasan yang masuk akal untuk percaya atau suspect seorang anak yang mengalami pelecehan (Departemen Kesehatan AS, Layanan Kemanusiaan, 2015). Salah satu cara untuk membantu memberikan beberapa klarifikasi kapan diperlukan melaporkan adalah untuk mengembangkan hubungan profesional dengan dalam lembaga CPS lokal dan petugas hukum setempat yang mungkin menjadi korban CSA.

H. Perawatan Korban Pelecehan Seksual Anak

Meskipun konselor sering kali bukan bagian dari klien jangka panjang, mereka harus mewaspadai konselor profesional di masyarakat yang memiliki spesialisasi dalam merawat penyintas CSA serta pilihan perawatan yang tersedia. sejumlah kesulitan merawat penyintas CSA, berdasarkan berbagai tantangan yang anak-anak katakan secara verbal, mental, dan keadaan mereka saat ini; dan ketergantungan pada laporan orang tua dan guru, yang berbeda baik dari pengalaman satu sama lain tentang anak (Benuto & disajikan; pelecehan berlebihan biasanya dilayani melalui kombinasi konseling individu dan kelompok, jenis konseling yang ditawarkan dapat sangat bervariasi terapi perilaku-itive (CBT) terus menjadi yang paling umum digunakan dalam bekerja dengan klien CSA dalam mengobati anak-anak dan remaja dengan gejala pasca-trauma (Benuto & 'Donohue, 2015), oleh karena itu, strategi tersebut mungkin sebagian besar pendekatan CBT telah menjadi metode yang paling banyak digunakan untuk anak-anak dan stres, kegelisahan, atau perawatan adalah trauma- yang berjuang melawan depresi traumatis setelah mengalami pelecehan seksual CBT yang paling populer termasuk psikoedukasi, dan keterampilan

manajemen stres, proses dan persiapan kognitif, dan kerjasama. Setiap perawatan menggunakan pemaparan desensitisasi sistematis yang berkepanjangan) atau ferensi kognitif dengan cerita anak yang dapat memengaruhi kesaksian di pengadilan atau investigasi CPS, dan mencegah potensi retraumatization dari pelecehan seksual (van der Kolk, 2015).

I. Dampak Strategi Penanganan Kekerasan Seksual Anak

Bessel van der Kolk, seorang sarjana di bidang traumatis berhipotesis bahwa berbagai trauma psikis mungkin melebihi kemampuan anak untuk mengatasinya. Sebagai pelepasan dari pelecehan untuk bertahan hidup (van der Kolk, 2015) Oleh karena itu, jika anak-anak telah trauma dengan pelecehan mereka selama periode stabilisasi, keamanan, dan perawatan yang secara langsung menangani pelecehan. Banyak orang yang menjalani pengobatan memiliki dinamika dengan memberikan waktu untuk membangun dan menstabilkan keselamatan sebelum menangani harus memungkinkan memfasilitasi Lihat Studi Kasus 10.2, yang mempertimbangkan peran konselor sekolah dalam pelaporan.

J. Perpetrator Penyalahgunaan Seksual

Salah satu masalah yang mungkin sangat menantang bagi beberapa konselor yang mendapati diri mereka membangunkan reaksi negatif terhadap tindakan mereka. Mampu memberi pelaku CSA dengan egard positif positif tanpa syarat yang sama seperti populasi dlient lain mungkin menantang. Populasi ini menghadapi masalah sosial termasuk pembatasan perpindahan rumah serta respon emosional dan perilaku negatif dari keluarga yang kalah. Kejahatan pencegahan dalam perilaku dan teman, dan anggota dari Komunitas. Pada bagian selanjutnya

K. Prevalensi dan Karakteristik Seksual Anak

Pelaku CSA adalah pria dan wanita, dan mereka melakukan kejahatan seks terhadap anak-anak karena berbagai alasan. Beberapa di antaranya mungkin sejajar dengan alasan seks kekerasan seksual, motivasi pria dan wanita yang mungkin mendorong perilaku yang melakukan pelecehan seksual terhadap anak-anak atau remaja.

Jennings, Zgoba, Maschi, dan Reingle (2014) menunjukkan dengan kekerasan seksual atau sejarah pemerkosaan sebelum usia 16 tahun kemudian menjadi pelanggar. Ini adalah fitur penting dari CSA: meskipun sebagian besar program perawatan pelaku tidak membedakan intervensi mereka dengan riwayat pelecehan pribadi pelaku, ada kemungkinan bahwa menangani etiologi perilaku menyinggung mungkin memiliki wawasan untuk membangun program pengobatan yang lebih sukses dalam mengurangi tingkat residivisme. Penting bagi konselor krisis untuk mendidik orang tua tentang tanda, gejala, dan cycle dari pengorbanan yang dilakukan.

L. Pelaku Kejahatan Sexual Anak

Pelaku perempuan yang memiliki kecenderungan biasanya bertindak sendiri dalam mengorbankan anak-anak mereka sendiri atau anak kecil yang mudah diakses. Mereka biasanya selamat dari hubungan inses dengan masalah psikologis yang berkelanjutan dan fantasi seksual yang menyimpang atau paraphilic. Pelaku perempuan guru / kekasih memiliki pola perilaku yang lebih mengalami kemunduran, telah merenggangkan hubungan teman sebaya, dan menganggap diri mereka berada dalam hubungan romantis atau sebagai mentor seksual bagi para korban mereka, oleh karena itu menolak gagasan bahwa tindakan mereka mungkin bersifat kriminal.

Sejak itu, Vandiver dan Kercher (2004) dan Sandover dan Freeman (2007) menganalisis sampel yang lebih besar dari pelaku kejahatan seks perempuan di Texas dan melaporkan menemukan enam kelompok pelaku kejahatan perempuan, berbeda dengan karakteristik yang termasuk usia pelaku, usia korban, jenis kelamin korban, jumlah total penangkapan, setiap penangkapan narkoba, setiap masa penahanan, dan apakah pelaku ditangkap kembali setelah penangkapan karena pelanggaran seksual. Meskipun kedua penelitian memiliki beberapa perbedaan dalam kelompok yang diidentifikasi, pada kedua pelaku rata-rata jenis kelamin perempuan adalah Kaukasia di awal 30-an, dan usia rata-rata korban hanya di bawah 12 tahun. Dalam studi Sandover dan Freeman, keenam clusters menargetkan korban di bawah 18 tahun.

Penting untuk dicatat, bagaimanapun, bahwa kluster-kluster ini hanya termasuk perempuan yang telah ditangkap karena pelanggaran seks dan dicap sebagai pelanggar seks, dan dengan demikian mungkin tidak termasuk pelaku perempuan dari CSA yang belum ditangkap atau diidentifikasi. Perawatan Dewasa Pelanggar Seks Karena tidak ada panduan berbasis bukti tentang pendekatan yang paling efektif untuk bekerja dengan pelanggar seksual wanita (Gannon & Cortoni, 2010), fokus utama dari bagian perawatan ini adalah pada pelanggar pria, dengan "pelanggar seks merujuk pada pria kecuali secara spesifik dinyatakan sebaliknya. Ketika mempertimbangkan perawatan untuk pelanggar seks, konselor krisis harus menyusun pekerjaan untuk menargetkan berikut (1) intervensi yang sesuai untuk memenuhi tingkat risiko yang ditimbulkan oleh pelaku, (2) menargetkan kebutuhan perbaikan khusus dari pelaku, dan (3) menyesuaikan pendekatan kepada pelaku dengan cara yang responsif secara budaya.

M. Konseling Sistem Keluarga

Dalam kasus CSA pendekatan sistem keluarga untuk pengobatan dapat diambil misalnya, Program Perawatan Pelecehan Seksual Anak. Konseling yang berorientasi sistem ini mungkin melibatkan konseling individual untuk anak, orang tua yang tidak menyinggung, dan pelaku, terapi perkawinan; konseling dengan orang tua dan anak yang tidak ramah; konseling dengan pelaku dan anak; konseling kelompok; dan terapi keluarga dengan tujuan untuk memulihkan atau menyatukan kembali keluarga (Mohl, 2010). Perlu dicatat bahwa konseling keluarga dengan pelaku dan anak perlu dilakukan dengan sangat hati-hati.

N. Gambaran Umum Unsur-Unsur Intervensi Krisis Yang Berhubungan Dengan Anak Penyalahgunaan Rakyat

Keselamatan Segera setelah adanya pengungkapan, penting untuk memastikan keselamatan fisik dan emosi klien kecil. Tanggung jawab untuk keselamatan fisik anak sering diserahkan kepada penegak hukum atau lembaga lain begitu penyelidikan dimulai, meskipun keselamatan tidak boleh dijanjikan oleh konselor. Jika pengasuh utama bukan pelaku yang dilaporkan, maka tidak ada interaksi lebih lanjut antara anak dan pelaku yang terjadi sampai hukum

harus bekerja dengan pengasuh untuk memastikan bahwa Masalah Khusus dalam Pencegahan Krisis Intervensi atau pengadilan dapat menempatkan rencana keselamatan anak yang diperlukan ke tempatnya. Jika pelakunya adalah pengasuh penjaga, maka konselor harus melaporkan hal ini kepada CPS atau, dalam beberapa kasus, kepada penegak hukum. Menjamin keselamatan anak bisa lebih abstrak dan, oleh karena itu, kadang-kadang lebih menantang. Keselamatan dalam bentuk apa pun hanya dapat dijamin saat anak berada di kantor. Janji keselamatan palsu tidak harus dibuat untuk korban. Pertimbangan Diagnostik selama Krisis Konselor yang bekerja dengan anak-anak yang memiliki reaksi terhadap pelecehan seksual sangat spesifik untuk individu tersebut.

Beberapa orang mungkin mengalami gejala yang menyerupai kecemasan atau gangguan mood, tidur atau gangguan fisik lainnya, dan bahkan gangguan kepribadian. Mereka yang menderita pelecehan traumatis khususnya dapat hadir dengan gejala PTSD pasca-trauma dan gangguan stres lainnya. Selain itu, karena pelecehan seksual adalah kejahatan antarpribadi yang sering dilakukan oleh anggota keluarga, teman keluarga, dan orang dewasa yang dikenal dan dipercaya, gejalanya dapat muncul dengan cara yang konsisten dengan apa yang mungkin tampak seperti riwayat CSA harus menyadari bahwa gangguan disosiatif dengan anak pengasuhnya. Oleh karena itu, penting bahwa konselor berhati-hati untuk tidak membuat patologi perilaku menyajikan ketika jelas bahwa stres situasional seperti pelecehan seksual mungkin merupakan kekuatan operasi. Dalam suatu krisis, sebagian besar korban CSA bereaksi secara normal terhadap peristiwa abnormal.

Karena itu, memberikan diagnosis selama krisis biasanya tidak sesuai. Penting bagi konselor untuk mengetahui apakah klien memiliki masalah kesehatan mental atau medis yang sudah ada sebelumnya untuk dapat melakukan penilaian menyeluruh. Bagaimana seorang anak bereaksi mungkin diperumit oleh masalah kesehatan mental atau medis yang ada, dan mengetahui tentang masalah semacam itu memungkinkan konselor krisis untuk membuat rujukan yang tepat. Konselor harus melakukan riwayat perkembangan menyeluruh klien

kecil dan tetap peka terhadap indikator potensi pelecehan atau gaya kelekatan yang tidak teratur selama seluruh perawatan. Tidak jarang bagi anak-anak untuk mengungkapkan riwayat pelecehan seksual mereka kepada penasihat mereka dalam sesi pemutusan hubungan kerja. Keduanya menyadari intuisi sendiri tentang potensi pelecehan dan peka terhadap indikator pelecehan yang lebih konkrit dapat menempatkan konselor dalam posisi yang lebih baik untuk mengatasi pelecehan, terlepas dari pengungkapan riwayat pelecehan. Keterampilan Pelecehan Seksual Khusus-Anak-Anak.

Keterampilan Intervensi Keterampilan Khusus Keterampilan penting untuk menyediakan krisis konseling intervensi untuk anak-anak dengan riwayat pelecehan seksual adalah keterampilan yang sama yang diaktifkan ketika bekerja dengan klien yang mengalami jenis krisis lainnya. Mampu memperbaiki pengaruh dan isi kata-kata anak dengan terampil tanpa memberi makna tambahan adalah kunci untuk membantu mereka mengungkap cerita. Konselor krisis harus merasa nyaman dalam mengajukan pertanyaan tentang interaksi seksual untuk mengumpulkan informasi untuk membuat keputusan yang tepat tentang pelaporan yang diamanatkan dan juga untuk rujukan ke konseling jangka panjang. Disposisi konselor adalah sama, jika tidak lebih, penting selama intervensi. Kemampuan untuk tetap tenang dan tenang, hangat dan terbuka, meyakinkan dan tidak menghakimi sangat penting untuk menjaga hubungan terapeutik yang dapat membantu klien kecil mengatasi badai dari apa yang telah terjadi dan apa yang mungkin datang sumber daya tambahan pada CSA.

BAB VII

PERCERAIAN: INTERVENSI KRISIS DAN PENCEGAHAN

DENGAN ANAK-ANAK BERCERAI DAN KEMBALI

MENIKAH

Meskipun statistik menunjukkan bahwa tingkat perceraian di Amerika Serikat telah mendatar dalam 6 tahun terakhir, sejumlah besar keluarga terus mengalami perceraian setiap tahun (Shaw, Emery, & Tuer, 1993; Norton & Miller, 1992). Bahkan, perceraian dan perpisahan perkawinan adalah yang kedua setelah kematian orang tua sebagai peristiwa yang membuat stres bagi anak-anak muda (Coddington, 1972). Anak-anak yang tinggal di Amerika Serikat dihadapkan dengan korupsi orangtua setiap tahun (Emery & Forehand, 1996) dan spekulasi bahwa 25% anak-anak mengalami perpisahan orangtua pada usia 14 (Baydar, 1988), itu Sangat penting untuk memahami dampak perceraian terhadap anak-anak. Para peneliti telah menyelidiki bagaimana teknik intervensi krisis yang terbaik dapat diadaptasi untuk memperbaiki efek negatif, jangka panjang dari anak-anak gangguan keluarga (Goldman & King, 1985; filter, Pickar, & Lesowitz, 1984; PedroCarroll & Cowen, 1985; Stolberg & Cullen, 1983; Wallerstein & Kelly, 1980). Bahkan, banyak penelitian baru-baru ini menemukan bahwa masalah penyesuaian anak-anak yang bercerai sebagian dapat dipertanggungjawabkan oleh pengalaman anak-anak ini dalam pernikahan yang kemudian berakhir dengan perceraian.(Buehler et al., 1998; Kelly, 2000; Cummings & Davies, 1994; McNeal & Amato, 1998).

A. Sekolah dan Perceraian

Selama masa-masa gangguan keluarga atau konflik, sekolah dapat menawarkan pengasuhan dan kontinuitas bagi anak-anak serta tempat di mana tugas pengembangan yang sesuai dengan usia dapat ditempuh: Seorang anak berusia 7 tahun yang orangtuanya baru saja bercerai mengalami mimpi buruk. Dalam permainan rumah boneka, ia menunjukkan seorang anak lelaki terjaga di malam hari sementara yang lain tidur. Bocah itu berlari mengelilingi rumah dari

kamar ke kamar. “Aku bermimpi rumah itu berantakan, tetapi kadang-kadang aku punya mimpi yang bagus. Saya bermimpi bahwa saya di sekolah dan saya sedang membuat sesuatu. ” Bagi anak ini, lingkungan sekolah adalah lingkungan yang mendukung di mana ia dapat berkembang dan tidak terlalu terhalang oleh keasyikannya di rumah. Satu-satunya lembaga formal terpenting yang memberikan dukungan seperti itu di luar rumah adalah sekolah (Drake, 1981; Drake & Shellenberger, 1981; Kelly & Wallerstein, 1979). Karena sekolah sebagai suatu sistem dihadapkan dengan sejumlah besar keluarga yang berusaha mengatasi transisi yang disebabkan oleh perceraian, strategi untuk intervensi harus dirancang untuk mengatasi kebutuhan tidak hanya dari siswa secara individual yang terpengaruh, tetapi juga para siswa, guru kelas dan sekolah secara keseluruhan. Namun, sekolah dihadapkan dengan masalah dalam kemampuan mereka untuk menawarkan dukungan kepada siswa dari keluarga ini. Selain berurusan dengan kecemasan dan depresi pada siswa, banyak dari anak-anak ini mengembangkan masalah belajar dan perilaku karena tekanan dari gangguan keluarga.

B. Bahaya Divorsi untuk Anak-Anak

Perceraian, pemisahan, dan pernikahan kembali adalah pengantar topik paling cepat, perubahan struktural berganda dan membutuhkan adaptasi dari semua anggota keluarga. Kecemasan yang dialami pada saat ini meningkatkan kebutuhan anak akan “lingkungan penahanan” yang stabil (Winnicott, 1971), sementara sifat dari perubahan keluarga ini secara sementara tidak mempengaruhi kapasitasnya untuk menjadi orang tua (Wallerstein & Kelly, 1980), membuat anak rentan terhadap bahkan kecemasan dan depresi yang lebih besar. Karena perubahan yang diperlukan sangat besar, kemungkinan sistem keluarga akan mengalami kesulitan memberikan pengasuhan, mempertahankan keintiman, dan mengandung kecemasan. Untuk beberapa keluarga, kegagalan ini bersifat sementara, dengan pengestabilisasian struktur keluarga 2 hingga 3 tahun setelah pemisahan. Bahkan, anggota keluarga yang bercerai mungkin menemukan diri mereka dikecualikan dari jaringan sosial-keluarga yang memberikan dukungan dalam situasi krisis lainnya. Media dan publik sering

memandang keluarga yang diceraikan dan profesional kesehatan mental sebagai struktur dan lingkungan yang cacat serius, di mana keluarga yang sudah menikah atau utuh umumnya dianggap sebagai lingkungan yang lebih positif dan mengasuh bagi anak-anak.

Gejala anak-anak saat ini dalam keluarga utuh mirip dengan yang dilaporkan pada anak-anak dengan orang tua yang bercerai: melakukan gangguan, perilaku antisosial, kesulitan dengan rekan-rekan dan tokoh otoritas, depresi, dan masalah akademik dan prestasi (Cherlin et al., 1991; Elliot & Richards, 1991). Terlepas dari status perkawinan orang tua, konflik perkawinan yang tinggi yang dialami selama masa kanak-kanak telah dikaitkan dengan peningkatan depresi dan gangguan psikologis lainnya pada orang dewasa muda (Amato & Keith, 1991; Zill, Morrison, & Coiro, 1993). Banyak orang menggambarkan anak yang menjadi korban perceraian orangtua memiliki perubahan perilaku dan gangguan dalam kemampuan untuk belajar (Hetherington, Bridges, & Insabella, 1998; Guidubaldi, 19 & i; Wallerstein & Kelly, 1980).

Perceraian telah dikaitkan dengan kinerja akademik dan skor tes prestasi yang lebih rendah, anak-anak yang berasal dari keluarga tidak bercerai tidak memungkiri memiliki prestasi yang lebih tinggi dari anak-anak yang berasal dari keluarga bercerai (McLanahan & Sandefur, 1994). Guru melaporkan adanya peningkatan kegelisahan, agresi terhadap teman sebaya, kecenderungan untuk melamun, dan ketidak mampuan untuk berkonsentrasi setelah perceraian atau perpisahan orangtua. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa anak-anak dengan orang tua yang bercerai memiliki kehadiran di sekolah yang lebih buruk, menonton lebih banyak TV, melakukan lebih sedikit pekerjaan rumah, dan memiliki lebih sedikit pengawasan orangtua terhadap pola kerja sekolah mereka yang terutama disebabkan oleh gangguan keluarga (McLanahan, 1999).

Anak-anak dengan orang tua yang bercerai lebih kecil kemungkinannya untuk mendapatkan gelar sarjana, karena mereka kurang mendapatkan dukungan dari kedua orangtuanya. Sedangkan aspirasi orang tua untuk pencapaian pendidikan meningkat untuk remaja dalam keluarga yang tidak pernah bercerai,

tetapi aspirasi tersebut berkurang untuk anak-anak yang orangtuanya bercerai (McLana-han, 1999). Studi terbaru membandingkan perbedaan yang lebih kecil antara masalah penyesuaian dan prestasi anak-anak yang bercerai dan anak-anak dalam keluarga yang tidak pernah bercerai. Berbagai faktor termasuk usia anak, jenis kelamin, dinamika keluarga, dan sumber daya yang tersedia untuk dukungan, memiliki dampak besar pada bagaimana anak-anak mengatasi perceraian.

C. Faktor-Faktor

1. Faktor Risiko Terkait dengan Gaya Konflik Orang Tua

Penelitian jelas menunjukkan bahwa intensitas dan frekuensi pasca konflik orangtua, gaya konflik, cara penyelesaiannya, dan kehadiran penyangga untuk memperbaiki efek konflik tinggi adalah yang paling penting.(Kelly, 1994). Pada anak yang lebih besar dan remaja, tingkat keparahan konflik memiliki dampak terbesar dan paling konsisten pada penyesuaian. Konflik yang intens mengarah ke gejala yang lebih eksternal (ketidaktaatan, agresi, kenakalan) dan menginternalisasi (depresi, kecemasan, harga diri yang buruk) pada anak laki-laki dan perempuan, bila dibandingkan dengan anak-anak yang mengalami konflik intensitas rendah. Buehler et al. (1998) menemukan bahwa gaya konflik yang bermusuhan secara vertikal (misalnya, pengaruh fisik dan verbal, dan perilaku seperti menampar, menjerit, merendahkan, atau mengejek), lebih kuat terkait dengan perilaku eksternalisasi dan internalisasi pada anak-anak dari segala usia daripada gaya konflik terselubung. atau frekuensi konflik.

Studi saat ini menunjukkan bahwa frekuensi konflik orang tua, salah satu langkah paling awal dan paling umum yang digunakan dalam penelitian perkawinan, juga mempelajari cara di mana ibu dan ayah dipengaruhi oleh konflik perkawinan dan perceraian. Para ibu dalam pernikahan berkonflik tinggi cenderung kurang hangat dan empatik terhadap anak-anak mereka, lebih banyak menolak, lebih tidak menentu dan keras dalam disiplin, dan menggunakan lebih banyak rasa bersalah dan kecemasan dalam mendorong

teknik-teknik disiplin, dibandingkan dengan para ibu dalam pernikahan konflik rendah.

Perilaku mengasuh anak lebih negatif ini juga dikaitkan dengan kesadaran sosial yang lebih buruk dan penarikan sosial pada anak (Belsky, Youngblade, Rovine, & Volling, 1991; Cummings & Davies, 1994; Fincham, Grych, & Osborne, 1994; Harrist & Ainslie, 1998 Kline et al., 1991). Para ayah dalam perkawinan berkonflik tinggi dengan menarik lebih banyak dari peran anak-anak mereka dibandingkan dengan ayah dalam perkawinan berkonflik rendah, dan cenderung tetap kurang aktif pasca kekerasan. Secara umum diterima bahwa ibu adalah pemegang hubungan anak ayah, baik selama pernikahan dan setelah perceraian (Doherty, 1998; Pleck, 1997).

2. Faktor Risiko Terkait dengan Jenis Kelamin

Dari penelitian selama tiga dekade terakhir, anak-anak dengan orang tua bercerai telah dilaporkan menjadi lebih agresif, impulsif, dan untuk terlibat dalam perilaku yang lebih antisosial, bila dibandingkan dengan sampel cocok dari anak-anak dengan orang tua tidak pernah bercerai (Kelly, 1994). Meskipun beberapa studi sebelumnya melaporkan bahwa anak laki-laki dari keluarga yang bercerai memiliki masalah yang lebih eksternalisasi daripada anak perempuan yang berasal dari keluarga yang bercerai. Sebaliknya, pada populasi secara keseluruhan anak laki-laki memiliki signifikan perilaku eksternalisasi daripada anak perempuan, terlepas dari struktur keluarga. Signifikansi adalah laporan sebelumnya bahwa depresi dan kecemasan yang lebih umum untuk anak perempuan daripada anak laki-laki sebagai akibat dari perceraian. Hetherington (1999) menunjuk kompleksitas masalah penyesuaian gender usia, dalam penyesuaian dan prestasi dalam anak laki-laki dan perempuan setelah perceraian ditemukan bervariasi menurut umur, sejak perceraian, jenis pengasuhan, dan jenis dan tingkat konflik orangtua.

3. Faktor Risiko Terkait dengan Umur

Temuan penelitian mengenai faktor risiko berkorelasi dengan usia anak pada saat perceraian dan lamanya waktu yang dihabiskan dalam rumah tangga yang bercerai bertentangan. Karya Hetherington, Cox, dan Cox (1978) mengemukakan bahwa efek lebih merugikan berhubungan dengan anak-anak dari usia muda, sebuah temuan yang didukung oleh Kurdek dan Berg (1983), yang melaporkan bahwa anak-anak yang lebih tua memiliki masalah penyesuaian lebih sedikit. The Guidubaldi studi (Guidubaldi, Perry, Clerninshaw, & McLoughlin, 1983) menunjukkan bahwa anak-anak perempuan yang lebih tua lebih baik menyesuaikan untuk perceraian dibandingkan anak perempuan yang lebih muda sebaliknya menjadi benar untuk anak laki-laki. Namun, dalam keluarga dengan konflik yang tinggi setelah perceraian, adalah anak-anak lebih sering transisi, akses bersama, masalah yang lebih emosional dan perilaku ada, khususnya di kalangan anak perempuan (Johnston, 1995).

4. Faktor Risiko Terkait dengan Penyesuaian Parental dan Lingkungan

Penutupan atau resolusi perceraian terjadi baik pada tingkat keluarga secara keseluruhan dan pada tingkat individu. Wallerstein (1983) dikonsepsi resolusi anak dari perceraian sebagai rangkaian tugas-tugas perkembangan. Tugas-tugas ini mengikuti urutan waktu tertentu dimulai dengan peristiwa kritis pemisahan orangtua dan berpuncak pada dewasa muda. Namun, terus-menerus, perselisihan perkawinan intens dan ketidakpuasan perkawinan, termasuk disiplin, agresi orang tua-anak, dan tanggapan afektif, pervasively merusak kualitas pengasuhan (Fincham et al., 1994), dan memiliki dampak negatif pada kemampuan anak untuk berhasil menguasai dan mengembangkan tugas-tugas mental yang berhubungan dengan resolusi perceraian. (Kurdek dan Berg, 1983) mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan orang tua yang mempengaruhi penyesuaian positif berikut perpisahan perkawinan. Lingkungan sekolah yang positif juga dapat memberikan penyangga penting ketika kehidupan rumah dan keluarga anak semakin kacau. Ketika beberapa faktor penyangga yang hadir pada saat perceraian, penyesuaian ditingkatkan.

D. Umur umum reaksi khusus untuk perceraian

1. Anak-anak prasekolah-TK

Dalam studi awal Wallerstein dan Kelly (1980), yang berfokus pada reaksi pasca perpisahan, mereka mencatat bahwa anak berusia 2 dan 3 tahun mengalami kemunduran dalam perilaku mereka. Balita-balita ini, yang bergulat dengan masalah penguasaan, sering kali kehilangan keterampilan toilet training yang baru-baru ini muncul dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan akan perpisahan, seperti perilaku melekat, atau kebalikan dari menjangkau terlalu cepat kepada orang asing. Kesalahpahaman tentang alasan putusnya perkawinan sering terjadi. Lebih jauh lagi, perasaan kehilangan dan kesedihan, ketakutan akan ditinggalkan, dirampas, kerinduan orang tua tanpa hak asuh, dan kebingungan tentang perceraian sering menimbulkan konflik bagi anak-anak di usia ini.

2. Anak Usia Laten

Wallerstein dan Kelly (1980) melaporkan bahwa awal SD anak usia sekolah (usia 7 sampai 8) muncul sedih, diamati menjadi sangat berduka, dan perasaan berpengalaman loyalitas split, fantasi tanggung jawab dan rekonsiliasi. Meskipun pemahaman mereka lebih besar dari perceraian, mereka tampaknya tidak dapat mengurangi penderitaan mereka, sebaliknya anak-anak usia laten yang lebih tua (9 sampai 10 tahun), meskipun mengalami perasaan kesepian, malu, amarah, penolakan, dan tak berdaya, bersama dengan konflik loyalitas lanjutan, muncul lebih mampu memanfaatkan intervensi dewasa. Kurdek dan Berg (1983) melaporkan bahwa 9 sampai 12 tahun bisa menyesuaikan diri lebih baik dengan perceraian.

3. Remaja

Springer dan Wallerstein (1983) meneliti tanggapan untuk bercerai dari populasi non klinis remaja muda, usia 12 sampai 14. Mereka menggambarkan keunggulan lima reaksi ini orang-orang muda pecahnya perkawinan: (a) kemampuan tertarik untuk menghadiri hubungan orangtua dan berkembang kemampuan untuk menilai setiap orang tua dan nya perilaku sebagai individu; (b) rasa yang mendalam kehilangan keluarga

utuh dan kehilangan harapan untuk apa keluarga yang mungkin telah; (c) kekhawatiran mendalam bahwa konflik orangtua terang-terangan akan menjadi publik, remaja mengalami malu; (d) peningkatan persaingan dengan saudara kandung disertai dengan peningkatan ketergantungan pada saudara sub sistem utuh; dan (e) kemampuan untuk menjaga jarak dari perselisihan orangtua.

E. Menyesuaikan model pencegahan Komperehensif

Dalam banyak kasus, keputusan untuk bercerai didahului oleh satu atau lebih pemisahan orangtua melibatkan kepergian salah satu orang tua dari keluarga yang ada (Bloom, Asher, & White, 1978). Biasanya, anak itu juga diharapkan untuk bisa membiasakan hubungan dengan pengganti orang tua berikutnya dan saudara kandung yang baru diperoleh. Meskipun layanan konseling langsung dengan siswa merupakan salah satu cara membantu mereka mengatasi stres, perspektif pencegahan yang lebih luas diperlukan seperti : membantu anak-anak mengatasi perceraian melalui intervensi kelompok dikembangkan bersama dengan Layanan Program Sekolah dari Pusat Keluarga dalam Transisi (Wallerstein & Kelly, 1980), intervensi berbasis sekolah kelompok kegiatan rating untuk anak-anak dari keluarga bercerai, bekerja sama dengan guru dan konsultasi, keterlibatan orang tua, kerjasama dengan administrator dan fakultas. Intervensi kelompok menjadi jalan bagi membantu menciptakan perubahan sistem untuk keluarga dalam transisi baik di tingkat sekolah dan keluarga.

F. Intervensi Bimbingan Individu

1. Pertimbangan Umum

Dalam artikel mereka tentang intervensi singkat, Kelly dan Wallerstein (1977) menggambarkan penilaian spesifik perceraian (khususnya berguna bagi psikolog sekolah). Mereka mengevaluasi faktor-faktor berikut: (a) prestasi perkembangan keseluruhan setiap anak; (b) setiap tanggapan anak dan pengalaman dengan perceraian; dan (c) sistem pendukung yang tersedia untuk setiap anak. Secara khusus, mereka prihatin dengan bagaimana anak memahami makna perceraian. Dalam

merumuskan intervensi berbasis sekolah untuk anak-anak dengan gangguan keluarga, hal-hal berikut harus dipertimbangkan: (a) anak muda mungkin mengalami serangkaian peristiwa kronis dan sangat menegangkan yang berlangsung dalam beberapa kasus; (b) seorang anak muda dapat mengalami seperangkat transisi berbesar secara tidak langsung seperti kehilangan rumah, perubahan lingkungan atau sekolah, dan sebagainya; (c) seorang anak muda dapat secara bersamaan kehilangan dukungan dari figur-figur ekstra familial dan secara khusus membutuhkan pemeliharaan dari orang dewasa yang empatik dengan siapa dia menghabiskan waktu; dan (d) kapasitas anak muda untuk mengatasi stres tergantung pada jenis kelaminnya, usia, mengembangkan temperamen mental, dan keterampilan memecahkan masalah.

2. Intervensi dengan anak-anak prasekolah

Wallerstein dan Kelly (1980) mengemukakan bahwa intervensi dengan anak-anak prasekolah, yang tidak memiliki sejarah kesulitan emosional, harus fokus terutama pada orang tua. Tujuan utamanya adalah untuk membantu orang tua berkomunikasi lebih efektif dengan anak prasekolah dan lebih memahami penyebab dari kesusahan anak. Seringkali, intervensi pencegahan melibatkan aspek-aspek dari kedua asuhan situasi dan kunjungan dengan orang tua tanpa hak asuh.

3. Intervensi Dengan Anak-Anak Sekolah Dasar Muda

Intervensi untuk kelompok usia ini perlu mengambil pemahaman tentang pemahaman realistis anak tentang dasar perceraian. Sama seperti anak-anak pada usia ini yang umumnya mengalami kesulitan dalam membicarakan masalah-masalah yang melibatkan perasaan kuat, mereka memiliki banyak kesulitan dalam membicarakan perceraian orang tua mereka.

G. Intervensi Kelompok

Dalam sebuah kelompok, mereka dapat mengurangi rasa malu tentang situasi keluarga mereka dan mengetahui bahwa mereka “bukan satu-satunya” (Roseby & Johnston, 1997), dengan demikian, menormalkan pengalaman

perceraian. Dimulai dengan karya Cantor (1977, 1979), kelompok konseling terbatas waktu telah digunakan untuk membantu siswa yang orang tuanya dipisahkan atau bercerai dan yang menunjukkan tanda-tanda gangguan perilaku. Efek positif dari intervensi kelompok terlihat baik secara klinis dan statistik.

1. Menyiapkan Grup

Bagian ini membahas masalah yang terlibat dalam melakukan intervensi kelompok langsung di lokasi sekolah dengan siswa sekolah dasar dan sekolah menengah pertama.

- a. Struktur Grup Kelompok bertemu sekali seminggu selama 50-75 menit selama periode 6-12 minggu.
- b. Heterogenitas Kelompok. Kelompok telah memasukkan anak-anak dari keluarga di mana gangguan awal berkisar antara 10 tahun hingga 3 bulan sebelum dimulainya intervensi kelompok. Anak-anak dengan jarak yang lebih jauh dari gangguan keluarga awal membantu anak-anak yang mengalami perceraian dan trauma yang lebih baru. Ini adalah temuan Kalter dan rekan-rekannya (Kalter, Schaefer, Lesowitz, Alpern, & Pickar, 1988).

2. Kerahasiaan

Anggota kelompok memiliki rahasia satu sama lain sebelum kelompok dimulai, seperti halnya orang tua dan guru mereka. Mengatasi masalah kerahasiaan dengan semua pihak sangat penting. Perpanjangan kelompok selama periode 10 hingga 12 minggu membantu mengatasi resistensi yang lebih besar terhadap pengungkapan yang disebabkan oleh fakta bahwa anak-anak melihat dan mengenal satu sama lain dalam konteks selain pengaturan kelompok.

3. Wawancara pra grup

Ketua kelompok melakukan wawancara individu dengan setiap peserta anak yang berlangsung antara 1 dan 2 jam. Wallerstein (1983) konseptualisasi resolusi anak perceraian sebagai serangkaian tugas perkembangan, Kinetic Family Drawing (KFD), Skala Coopersmith dari

Self-Esteem (Coopersmith, 1967), bersama dengan teknik penilaian perceraian spesifik (Wallerstein & Kelly, 1980), digunakan untuk mendapatkan informasi diagnostik yang diperlukan untuk menyusun intervensi kelompok.

4. Wawancara Paskelompok

Wawancara individu dilakukan dalam waktu 1 bulan dari sesi kelompok terakhir. Tujuannya adalah untuk mengevaluasi respons subyektif anak terhadap kelompok, untuk menawarkan kesempatan untuk membahas masalah keluarga dan sekolah tertentu secara lebih mendalam, dan untuk menawarkan anak kesempatan untuk meminta bantuan pemimpin kelompok dalam berurusan dengan orang dewasa yang signifikan dalam atau hidupnya.

5. Wawancara Tindak Lanjut

Kami telah melakukan tindak lanjut dengan siswa, orang tua mereka, dan peserta fakultas. Tingkat tindak lanjut bervariasi dengan informasi yang diberikan baik oleh fakultas atau melalui pengamatan kami sendiri tentang anak muda yang berisiko. Bergantung pada penyesuaian pasca perceraian siswa

H. Menilai Referensi ke Grup dan Menentukan Konten Grup

1. Partisipasi Orangtua

Semua orang tua diminta untuk mengisi kuesioner tentang anak mereka yang menanyakan riwayat sekolah, psikoterapi sebelumnya, deskripsi pengaturan hak asuh saat ini, dan pandangan mereka tentang kekuatan dan kelemahan anak. Orang tua diberitahu bahwa informasi tersebut akan dirahasiakan dan tidak akan menjadi bagian dari catatan sekolah anak. Termasuk dalam kuesioner adalah permintaan untuk menghubungi orang tua tanpa hak asuh anak. Dan hampir tanpa pengecualian diberikan untuk partisipasi anak dalam sebuah kelompok.

2. Partisipasi Guru

Keterlibatan guru yang konsisten merupakan aspek penting dalam menciptakan model pencegahan yang berhasil untuk sistem sekolah.

Meskipun bekerja langsung dengan keluarga, baik dalam intervensi kelompok atau individu harus dilakukan oleh seseorang dengan pelatihan kesehatan mental profesional. Efek kumulatif dari upaya konsultatif tersebut sangat besar. Pada tingkat pencegahan sekunder, guru-guru kelas yang terlibat dalam pendekatan ini telah datang dengan sikap informasi tentang keluarga-keluarga ini. tercermin dalam pendekatan mereka yang lebih bijaksana untuk mengenali apa mungkin anak mengalami depresi reaktif terhadap perubahan keluarga.

BAB VIII

BULLYING

A. Pengertian

Bullying adalah bentuk terorisme, yang dilakukan secara tak beralasan yang menyebabkan penderitaan dan ketidaknyamanan pada korban. Bullying merupakan bentuk agresi antisosial yang melibatkan beberapa pengganggu terhadap satu atau lebih korban. Masalah bullying telah lama terjadi di beberapa tempat yaitu, di tempat kerja (Adams, 1992; Dean, 1995), rumah (Bowers, Smith, & Binney, 1992; Dishion, 1990), di penjara (Irelandia & Archer, 1996; Williams, 1995), dan khususnya di sekolah-sekolah (Ahmad & Smith, 1990; Batsch & Knoff, 1994; Olweus, 1985).

Bullying bisa mempengaruhi semua orang yang ada disekitarnya termasuk mereka yang diganggu, pengganggu sendiri, pengamat yang menyaksikan bullying, dan anak-anak yang mendengar tentang hal itu. Ini menciptakan iklim ketakutan dan kecemasan yang berdampak pada pencegahan untuk belajar (Greenbaum, 1989). Bullying telah terjadi pada periode prasekolah (Moffitt, 1993; Schwartz, Dodge, & Coie, 1993) dan dapat terus berlanjut ke masa dewasa (Eron & Huessman, 1990). Banyak peneliti menggunakan varian minor dari definisi yang diusulkan oleh Olweus (1993): “Seorang mahasiswa sedang ditindas atau menjadi korban ketika ia terkena berulang kali dan dari waktu ke waktu untuk tindakan negatif pada bagian dari satu atau lebih siswa lain” (hal 9.).

Tindakan negatif adalah spektrum yang luas dari perilaku negatif mulai dari pelecehan nonverbal seperti tatapan dan melotot, melalui menggoda, ostracisms sosial, pelecehan seks, penghinaan etnis, larangan teritorial tidak masuk akal, perusakan properti, pemerasan, dan penyerangan fisik yang serius (Besag, 1989; Olweus, 1993; Ross, 1996).

B. Insiden Dan Prevalensi

Angka mengenai frekuensi intimidasi selama tahun-tahun sekolah sangat bervariasi. Perbandingan di seluruh studi dapat sebagian besar tidak valid oleh perbedaan nyata dalam definisi bullying, disertakan, jenis kuesioner, kata-kata item, sampling, dan perbedaan metodologis lainnya. Menjaga peringatan ini dalam pikiran, literatur jelas mendukung pernyataan berikut: 15% sampai 20% dari semua siswa akan mengalami beberapa bentuk intimidasi selama sekolah tahun mereka (Olweus, 1993; Ross, 1996; Smith & Sharp, 1994); antara 10% dan 20% dari anak-anak diganggu sering cukup bagi mereka untuk menganggapnya sebagai masalah serius (Boulton & Smith, 1994; Perry, Kusel, & Perry, 1988); dan intimidasi pada 1990-an lebih mematikan dan lebih banyak terjadi dibandingkan pada sebelumnya (Olweus & Alsaker, 1991). Ini mengikuti bahwa bullying mungkin merupakan bentuk paling umum dari kekerasan di sekolah-sekolah Amerika dan salah satu yang kemungkinan akan mempengaruhi jumlah terbesar dari siswa.

Meskipun intimidasi jelas merupakan masalah utama di sekolah-sekolah Amerika, sejak tahun 1990 telah menjadi keprihatinan dalam agenda pendidikan. Investigasi dalam bullying telah lambat untuk mengembangkan karena banyak orang Amerika menganggapnya sebagai kejadian normal, bagian dari proses pasti bergolak tumbuh. Untuk orang-orang ini korban diduga mendapatkan keuntungan dengan memiliki untuk bertahan itu, dengan menjadi “tangguh” dan dengan demikian lebih siap untuk efek samping kehidupan. Kesalahan-kesalahan di sini adalah bahwa jika banyak anak yang diganggu, maka intimidasi menjadi perilaku normal.

C. Pengganggu

Olweus' (1978) menyatakan bahwa anak laki-laki yang menggertak bukanlah kelompok yang homogen. Perbedaan di antara pengganggu agresif dan cemas penting karena subkelompok yang berbeda membutuhkan berbagai jenis intervensi.

1. Bullies agresif

Kebanyakan pengganggu milik kelompok bullies agresif (Olweus, 1993). Mereka lebih kuat dari rata-rata, sangat aktif, impulsif, tegas,

mengancam, dan mudah terprovokasi; sikap positif terhadap kekerasan mendasari perilaku mereka. Sebagai Dodge (Greenbaum, 1989) menyatakan, mereka melihat dunia mereka dengan mata paranoid. Mereka tidak memiliki empati bagi korban mereka dan merasa tidak ada penyesalan tentang tindakan mereka, sebagian karena persepsi mereka bullying insiden yang secara signifikan kurang parah dari itu korban mereka (Besag, 1989; Olweus, 1993; Ross, 1996). Olweus (1993) menemukan bahwa bentuk paling umum bullying di kelompok ini dimulai dengan tindakan nonfisik seperti kata-kata, gerak tubuh, dan penampilan.

Bully / korban memiliki gejala yang paling psikologis dan psikosomatis dan menyukai sekolah; pengganggu agresif juga memiliki skor sangat tinggi pada masalah psikosomatik dan tidak menyukai sekolah. Temuan tak terduga lain datang dari sebuah penelitian dari 410 remaja Finlandia berusia 14 sampai 16 (Kaltiala, Rimpela, Mattunen, Rimpela, & Rantanen, 1999).

D. Bagaimana Anak-anak Menjadi Bullies Agresif

Penyebab utama bullying terletak di rumah. Orang tua bullies sering agresif dan kasar satu sama lain dan model perilaku yang dapat menyebabkan anak-anak mereka menjadi bullies (Bandura, 1977). Pada bagian ibu, sering kali kurang kehangatan dan merawat anak (Olweus, 1993). Gaya orangtua disiplin yaitu, suatu hari anak tersebut dihukum untuk beberapa perilaku, hari berikutnya dia melakukannya lagi dan tidak ada yang terjadi. Bahkan ketika dia berperilaku baik di sana sering diberikan hadiah. Dengan pola ini dari membesarkan anak, anak tidak pernah tahu apa yang diharapkan. Dalam setiap situasi di mana ada ketidakpastian, dia mengharapkan yang terburuk dan bereaksi segera. Hal ini wajar bahwa ia akan melakukan bullying

E. Faktor-faktor penyebab Bullying

Potensi Faktor lainnya Temperamen. Beberapa anak yang mempunyai keaktifan tinggi, impulsif, mudah marah, dan memiliki toleransi yang rendah. Untuk Seorang anak dengan temperamen ini bisa menjadi pengganggu. Namun, dia juga bisa membantu untuk memodifikasi dan menyalurkan

tanggapan tersebut ke dalam perilaku yang dapat diterima (Thomas & Chess, 1977). Mereka juga sering lebih agresif, tidak sabar, dan amoral dibandingkan anak laki-laki pada umumnya. Meskipun pola perilaku konsisten dengan agresi antisosial, tidak ada bukti yang meyakinkan secara langsung menghubungkan ekstra kromosom Y bullying (Brock & Goode, 1996).

F. Dampak- Dampak Akibat Sikap Bullying

1. Cemas

Pengganggu cemas pengganggu ini terutama laki-laki, dengan pola kepribadian cemas dan kurang adanya kepercayaan. Secara keseluruhan, mereka adalah kelompok sedih. Mereka memiliki beberapa kualitas menyenangkan, rendah diri, dan masalah rumah. Mereka sering memiliki ledakan marah mengganggu berkontribusi untuk mengintip masalah, dan di sekolah mereka memiliki kesulitan besar berkonsentrasi. Mereka muncul untuk menggertak dalam upaya untuk mengimbangi perasaan mereka tidak mampu (Olweus, 1978, 1993).

G. Korban Bullying

Pada tahun 1984, Olweus memperkenalkan teori korban, yaitu, bahwa anak-anak diganggu karena seluruh sikap mereka label mereka sebagai target yang mudah yang tidak mungkin untuk membalas. Olweus (1993) tidak pernah menyarankan bahwa teori ini menjelaskan semua intimidasi, bagaimanapun, penerimaan populer itu cenderung mengaburkan keterbatasan. Faktanya adalah bahwa kedua teori memberikan kontribusi untuk memahami intimidasi (Ross, 1996). Salah satu laporan terbaik menjadi korban berasal dari Thompson dan Smith (1991) beberapa anak dan remaja menemukan diri mereka didorong ke memainkan peran korban dalam pola sosial yang muncul. Seperti anak-anak yang belajar untuk berperilaku dengan cara intimidasi dalam kelompok-kelompok sosial, sehingga banyak korban masuk ke dalam hidup sosial sebagai anak-anak dengan kecenderungan lebih rendah untuk berperilaku agresif atau bahkan tegas dan apa yang tampaknya menjadi kesulitan sedikit lebih besar dalam membuat hubungan sosial yang efektif dengan teman sebaya dan menemukan bahwa pola-pola interaksi sosial meninggalkan mereka di

pinggiran kelompok, menunggu untuk “memilih pada” oleh anak-anak tertadrik di dominasi menunjukkan dengan biaya yang sangat sedikit untuk diri mereka sendiri. Olweus (1984) mengidentifikasi dua jenis korban :

1. Korban Pasif

Dia melaporkan bahwa korban pasif kalah jumlah yang provokatif 4: 1. Perry et al. (1988), bagaimanapun, percaya bahwa kedua kelompok yang kurang lebih sama. begitu banyak korban masuk ke dalam hidup sosial sebagai anak-anak dengan kecenderungan lebih rendah untuk berperilaku agresif atau bahkan tegas dan apa yang tampaknya menjadi kesulitan sedikit lebih besar dalam membuat hubungan sosial yang efektif dengan teman sebaya dan menemukan bahwa pola-pola interaksi sosial meninggalkan mereka di pinggiran kelompok, menunggu untuk “memilih pada” oleh anak-anak tertarik di dominasi menunjukkan dengan biaya yang sangat sedikit untuk diri mereka sendiri. Korban pasif korban pasif biasanya kurang percaya diri, berhati-hati, sensitif, dan secara fisik lebih lemah dan lebih kecil dari rekan-rekan yang sama-usia mereka. Mereka sering memiliki selfconcepts miskin, ketakutan tidak mampu, keterampilan sosial tidak efektif, keterampilan interpersonal yang buruk, tidak ada rasa humor, dan sikap yang serius. Mereka merasa tidak mampu dan biasanya menyalahkan diri sendiri karena masalah mereka (Olweus, 1993; Perry et al, 1988;. Ross, 1996). Efek Jangka Pendek Korban Pasif. Efek pada korban ditindas yang segera dan berat sepanjang tahun sekolah (Besag, 1989; Ross, 1996). Ini adalah asumsi bahwa korban adalah “baik” Korban: Dia memberikan penghargaan kebutuhan pelaku intimidasi kekuasaan dengan menjadi tampak marah ketika diganggu, membayar untuk perlindungan segera dan secara lahiriah rela, dan tidak melaporkan ditindas kepada orang tua atau guru.

2. Korban Provokatif

Sebagian kecil korban provokatif, stabil, dan cukup agresif. Mereka menggoda dan mengejek, yang pemaarah, dan sering menciptakan masalah manajemen yang cukup di sekolah. Mereka jauh lebih tegas,

percaya diri, dan aktif daripada korban lain dan dicatat untuk memperpanjang pertarungan bahkan ketika mereka kehilangan. Efek negatif dari intimidasi sekolah tidak terbatas pada perlindungan utama tetapi, sebaliknya, menyebar ke kalangan pengamat yang menyaksikan intimidasi dan lainnya di sekolah yang mendengarnya. Kegelisahan yang ditimbulkan muncul karena pertanyaan tentang siapa yang akan menjadi berikutnya. Iklim ketakutan dapat meresap ke sekolah ketika tidak ada konsekuensi yang terlihat, jelas, dan efektif untuk intimidasi.

H. Apa Yang Dapat Dilakukan Sekolah Terhadap Bullying

Untuk menghentikan intimidasi, diperlukan intervensi yang dapat melakukan dua perubahan. Pertama, intimidasi harus dihentikan dan tindakan tegas dan tegas diambil untuk memastikan keselamatan para korban. Kedua, perilaku sosial para pengganggu dan korban harus diubah. Para pengganggu harus berhenti menyerang anak-anak lain dan mengarahkan energi mereka ke arah yang lebih positif. Para korban harus belajar untuk menjadi lebih asertif dan untuk memperoleh keterampilan verbal dan sosial yang sesuai dengan usia dan tingkat kelas mereka. Beberapa masalah perilaku sosial dapat dimodifikasi di dalam kelas tetapi yang lain, seperti korban belajar untuk menjadi lebih tegas, akan memerlukan intervensi kelompok pendukung, (Katz, 1993), idealnya dalam pengaturan sekolah tetapi tidak di dalam kelas. Sebelum kampanye seluruh sekolah dimulai, penting untuk memiliki kode etik beroperasi dengan lancar di sekolah. Sebuah kode etik adalah kebijakan disiplin sekolah secara keseluruhan dengan seperangkat aturan perilaku yang jelas.

Anak pemalu anak pemalu yang mulai TK dan anak yang lebih tua yang pemalu dan memasuki sekolah baru dengan populasi yang stabil beresiko tinggi untuk bullying (Ross, 1996). Kedua kelompok membutuhkan latihan terlebih dahulu dalam bahasa tubuh persahabatan. Idenya di sini adalah untuk memulai dengan aspek fisik yang lebih kasar sebelum beralih ke elemen yang lebih halus seperti pendekatan verbal kepada orang lain. Anak-anak yang pemalu (dan juga orang dewasa) biasanya tidak menyadari pesan yang

disampaikan melalui bahasa tubuh. Anak yang pemalu perlu diajari cara menyampaikan kesan yang ramah dan tegas melalui bahasa tubuh. Anak harus berlatih berdiri atau duduk dengan cara yang santai dan cukup dekat dengan anak lain, serta tersenyum pada anak-anak lain dan melakukan kontak mata dengan mereka (Zimbardo, 1982). Ketika perilaku ini menjadi nyaman, langkah berikutnya adalah untuk memperoleh keterampilan dan taktik untuk memasuki kelompok: dia perlu merasa nyaman memperkenalkan dirinya kepada anak-anak lain dan menunjukkan minatnya dengan pertanyaan yang tepat. Pada titik ini beberapa waktu harus dihabiskan untuk memahami bahwa kadang-kadang masuk akal bagi kelompok untuk menolak membiarkan anak lain bergabung dalam suatu kegiatan. Menjaga pertemanan membutuhkan serangkaian perilaku baru seperti bersikap mendukung teman sebaya, menunjukkan kepekaan dan kebijaksanaan saat yang tepat, mengelola konflik yang tak terhindarkan, dan menjadi teman yang setia. Situasi mengajar yang ideal untuk anak-anak yang pemalu adalah format kelompok dukungan kecil (Katz, 1993) dengan pertemuan dua kali seminggu selama sekitar satu jam pada suatu waktu. Pemimpin dapat melakukan permainan peran dengan satu anak sementara yang lain menonton dan membuat komentar menyetujui atau kritis tentang perilaku yang ditunjukkan oleh pemimpin. Peran harus kadang-kadang dibalik sehingga pemimpin kemudian memainkan bagian dari anak baru yang tidak terlalu kompeten dan salah satu dari yang lain menerima atau menolak tawaran pemimpin.

I. Berbagai Teknik Yang Dilakukan Untuk Mereduksi Perilaku Bullying

1. Mempromosikan Masalah di Umum (PIC)

Teknik ini memiliki aplikasi terbatas dalam hal ini sangat sesuai untuk para pengganggu dan korban dalam konflik yang sebelumnya memiliki hubungan netral atau positif yang mereka ingin hancurkan. Bagaimanapun, tanpa bantuan, pelaku intimidasi maupun korban tidak dapat mengambil langkah pertama menuju tingkat rekonsiliasi apa pun. Bagian dari PIC adalah milik khusus untuk korban yang tidak memiliki hubungan sebelumnya dengan penyiksa mereka (Hazler, 1996). Hazler

(1996) memperingatkan bahwa probabilitas teknik konseling ini efektif adalah terbesar ketika PIC merupakan salah satu bagian dari pendekatan yang ditetapkan untuk menangani masalah bullying. Semakin tepat dan terkoordinasi disiplin yang sedang berlangsung, semakin efektif PIC seharusnya.

2. Mendapatkan Kontrol atas Situasi Konflik

Konseling tidak dapat dimulai sampai terapis memperoleh kendali atas situasi konflik. Hal ini tidak dapat dimulai, misalnya, ketika seseorang masih aktif intimidasi lain. Prioritas utama harus diberikan untuk menurunkan ketegangan ke level amoderate. Terapis harus memberikan tingkat kekuatan fisik yang diperlukan atau intervensi verbal untuk menghentikan konflik yang sedang berlangsung. Untuk mencapai hal ini, terapis harus menilai situasi konflik secara akurat sambil menunjukkan perhatian yang wajar. Hal ini penting untuk menahan penilaian dari yang di salah untuk menyampaikan kepada para pejuang dan setiap penonton yang informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum keputusan akhir dibuat. Penekanan di sini adalah pada mendengar semua pihak. Dengan menunda penilaian terakhir, terapis memiliki lebih banyak kesempatan untuk mengembangkan hubungan kerja yang positif dengan semua orang yang terlibat.

3. Evaluasi Situasi Masalah

Melihat pelaku intimidasi pertama harus memfasilitasi pembangunan hubungan positif antara pelaku intimidasi dan terapis. Itu juga melindungi korban. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk menilai kebutuhan masing-masing serta kebutuhan umum untuk hubungan mereka. Pada titik ini setiap individu lain yang akrab dengan situasi tersebut juga harus diwawancarai. Mengevaluasi pandangan setiap orang tentang masalah itu penting jika langkah selanjutnya, proses intervensi langsung, adalah memulai dengan probabilitas keberhasilan terbesar.

4. Tahap Intervensi Langsung

Keputusan tentang intervensi langsung dibuat atas dasar berapa banyak setiap individu membutuhkan terapi pribadi, sosial, dan psikologis. Hal ini penting untuk menunda bekerja berpasangan atau kelompok yang lebih besar sampai terapis yakin bahwa individu adalah independen siap untuk melakukannya. Sebelum rapat gabungan protagonis harus memiliki keprihatinan pribadi mereka jelas diidentifikasi, memahami bagaimana pertemuan bersama akan membantu mereka, dan tahu mana masalah yang mereka miliki kesamaan. Tujuan terapi utama dari setiap pertemuan bersama adalah membangun hubungan yang baik, tetapi tidak harus ramah, antara kedua belah pihak. PIC Teknik menekankan model yang sedang berlangsung untuk perbaikan yang mengandalkan kurang dan kurang pada terapis untuk improvisasi hubungan dan lebih dan Mooren klien untuk melakukannya. Dua pertemuan bersama terakhir menandakan waktu proses penghentian. Pertemuan selanjutnya akan menetapkan panggung untuk yang terakhir. Dasar pemikiran untuk penghentian dan pratinjau sesi akhir harus didiskusikan. Dalam pertemuan akhir review sepenuhnya pengembangan klien dibuat dan jaminan yang diberikan bahwa bantuan tambahan tersedia jika terbukti perlu.

5. Konseling Berfokus pada Konseling yang berfokus pada solusi

Teknik terapi singkat yang menggunakan pemecahan masalah untuk mendorong perubahan dalam masalah sekolah dalam waktu yang relatif singkat. Ini berfokus pada perubahan kecil, seperti perbaikan yang dapat diatasi dalam masalah, tanpa harus bertujuan untuk menghilangkannya sepenuhnya. Terapis bertanya kepada siswa apa yang dia inginkan dari konseling, alih-alih membuat asumsi tentang tujuan siswa. Terapis selalu mencari input siswa sebelum menawarkan sarannya sendiri dan dia *tidak pernah berdebat* dengan siswa. Dia tidak memberi kuliah, menyelidiki, atau membujuk seperti yang dilakukan beberapa konselor, dan dia tidak pernah berfokus pada apa yang siswa lakukan salah. Alih-alih mencoba menantang posisi siswa, konselor bekerja sama dengan keyakinan siswa. Konseling yang berfokus pada solusi

menyatakan bahwa siswa telah memiliki sumber daya dan kekuatan yang diperlukan untuk memperbaiki situasi dan konseling yang efektif membantu mereka menemukan dan menerapkan sumber daya ini untuk masalah yang dihadapi.

6. Metode Intervensi Kelompok

a. Kelompok Pendukung

Kelompok pendukung akan ideal untuk para korban bullying dan ejekan (Arora, 1991; Besag, 1989). Selain memberikan dukungan emosional bagi para korban, salah satu tujuan dari pembentukan kelompok dukungan adalah untuk memperkenalkan perubahan perilaku yang akan memberi mereka perlindungan terhadap penindasan dan ejekan. Format kelompok sangat ideal untuk latihan bermain peran, bersama dengan pembalikan peran sebagai cara untuk menunjukkan kepada korban bagaimana rasanya menjadi pengganggu atau penggoda. Hal ini juga sangat baik untuk pelatihan tegas sebagai sarana mengubah cringing sikap khas banyak korban. Untuk pendekatan terhadap masalah yang menggoda lihat Ross (1996, hlm. 179-207) dan juga Phillips (1989), yang menawarkan saran yang sangat baik tentang pelatihan asertif untuk individu, yang juga dapat diterapkan pada kelompok

BAB IX

EATING DISORDER

A. Pengertian Eating Disorder

Eating disorder dapat didefinisikan sebagai pola makan abnormal, baik yang meliputi asupan makanan yang berlebihan maupun pembatasan asupan makanan dibawah batas normal yang terjadi akibat adanya masalah psikis atau emosional. Gangguan ini dapat dialami oleh siapapun, tidak mengenal usia maupun jenis kelamin. Namun berdasarkan statistik, lebih banyak wanita yang mengalami sindrom ini. Hal ini kemungkinan besar karena wanita cenderung lebih peduli terhadap penampilan serta bentuk tubuhnya.

Gangguan Makan (Eating disorder) menggambarkan penyakit yang ditandai oleh kebiasaan makan yang tidak teratur dan kesusahan berat atau kekhawatiran tentang berat atau bentuk tubuh. Gangguan makan mungkin termasuk asupan makanan yang tidak memadai atau berlebihan yang pada akhirnya dapat merusak kepercayaan diri seseorang. Bentuk-bentuk gangguan makan yang paling umum termasuk Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, dan Binge Eating Disorder yang dapat dialami wanita dan pria. Gangguan makan bukan karena kegagalan kemauan atau perilaku, melainkan mereka adalah penyakit medis yang nyata dan dapat disembuhkan. Gangguan makan sering terjadi selama masa remaja atau dewasa awal, tetapi beberapa penelitian menunjukkan bahwa gangguan makan dapat terjadi selama masa kanak-kanak atau dapat terjadi di masa dewasa. Selain itu, orang yang menderita gangguan makan bisa mengalami berbagai komplikasi kesehatan fisik, seperti contohnya penyakit jantung dan gagal ginjal yang dapat menyebabkan kematian.

Perempuan di Amerika Serikat membuat 90 sampai 95 klien yang didiagnosis sebagai memiliki gangguan makan (APA, 1996b). penilaian gangguan makan memerlukan memperoleh informasi secara umum tentang faktor-faktor yang saling berinteraksi, seperti faktor sosial budaya, pribadi, dan demografi, untuk secara akurat menilai gangguan makan yang individu. Sementara gangguan makan mirip dengan perilaku adiktif lainnya

(compulsiveness, ketidakberdayaan, keasyikan, menghindari perasaan, lega oleh penyalahgunaan zat), makanan tidak dapat benar-benar dihindari. Karena tumpang tindih kecenderungan dengan perilaku adiktif lainnya, konselor perlu menilai untuk penggunaan zat serta gangguan makan. Selain itu, tampaknya ada crossover antara gangguan makan dan penyalahgunaan seksual (MacDonald, Lambie, & Simmonds, 1995).

B. Tipe atau kategori gangguan makan

DSM-IV-TR mengklasifikasikan gangguan makan terdapat tiga tipe yaitu: anoreksia, nervosa, bulimia nervosa, dan gangguan makan yang tidak ditentukan lain (NOS). Kategori terakhir digunakan ketika kriteria untuk salah satu dari dua kategori lainnya belum terpenuhi :

1. Anorexia Nervosa

Menurut DSM-IV, anoreksia nervosa (AN) adalah hasrat seseorang untuk mencapai ukuran 0 (zero size), ketakutan yang berlebihan dalam kenaikan berat badan, dan terkadang mengalami gangguan menstruasi akibat kekurangan nutrisi (malnutrisi). Meskipun gangguan menstruasi tidak hanya disebabkan oleh malnutrisi, tetapi nutrisi sangatlah berperan penting dalam proses menstruasi. AN terbagi menjadi dua jenis. Dalam jenis restricting-type anorexia, penderita membatasi golongan makanan tertentu atau juga menolak untuk makan. Dan ada juga tipe diimana sang penderita memuntahkan kembali makanannya.

Diperkirakan 0,5 hingga 3,7 persen wanita menderita anoreksia nervosa dalam masa hidup mereka. Gejala anoreksia nervosa meliputi :

- a. Resistensi untuk mempertahankan berat badan minimal atau di atas berat normal untuk usia dan tinggi badan
- b. Meskipun begitu, takut akan bertambah berat atau menjadi gemuk kurang berat
- c. Gangguan pada cara berat atau bentuk tubuh seseorang berpengalaman, pengaruh berat atau bentuk tubuh yang tidak semestinya pada diri sendiri evaluasi, atau penolakan atas keseriusan tubuh rendah saat ini berat

- d. Periode menstruasi yang jarang atau tidak ada (pada wanita yang memiliki mencapai pubertas)

Orang dengan kelainan ini menganggap diri mereka sendiri kelebihan berat badan meskipun mereka sangat kurus. Proses makan menjadi sebuah obsesi. Kebiasaan makan yang tidak biasa berkembang, seperti menghindari makanan dan makanan, memilih beberapa makanan dan memakannya dalam jumlah kecil, atau dengan hati-hati menimbang dan membagi makanan. Penderita anoreksia mungkin berulang kali memeriksa berat badan mereka, dan banyak yang melakukan yang lain teknik untuk mengendalikan berat badan mereka, seperti intens dan kompulsif berolahraga, atau membersihkan dengan cara muntah dan penyalahgunaan obat pencahar, enema, dan diuretik. Gadis dengan anoreksia sering mengalami keterlambatan onset periode menstruasi pertama mereka. Anorexia nervosa adalah dimana klien tidak mempertahankan berat badan normal, takut naik berat badan, dan memiliki persepsi tubuh yang terdistorsi. Seperti yang dinyatakan sebelumnya, konselor perlu menilai faktor-faktor yang berkontribusi yang berbasis sosiokultural, genetik, kepribadian, dan keluarga dalam kaitannya dengan anoreksia nervosa.

2. Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa adalah gangguan pola makan dimana penderitanya makan secara berlebihan di atas batas kewajaran diikuti dengan perilaku seperti memuntahkan kembali makanan mereka ataupun menggunakan obat pencahar dalam upaya agar mereka kenyang tanpa harus bertambah bobot tubuh mereka serta diikuti oleh perasaan bersalah.

Diperkirakan 1,1% hingga 4,2% wanita memiliki bulimia nervosa dalam hidupnya. Gejala bulimia nervosa meliputi:

- a. Episode makan berulang yang ditandai dengan makan suatu jumlah makanan yang berlebihan dalam periode waktu yang terpisah dan oleh rasa kurang kontrol atas makan selama episode
- b. Perilaku kompensasi yang tidak tepat berulang untuk mencegah penambahan berat badan, seperti muntah yang disebabkan sendiri atau

penyalahgunaan obat pencahar, diuretik, enema, atau obat lain (membersihkan) puasa atau olahraga berlebihan.

- c. Pesta makan dan perilaku kompensasi yang tidak pantas keduanya terjadi, rata-rata, setidaknya dua kali seminggu selama 3 bulan
- d. Evaluasi diri terlalu dipengaruhi oleh bentuk dan berat badan Karena pembersihan atau perilaku kompensasi lainnya mengikuti episode pesta makan, orang dengan bulimia biasanya menimbang dalam kisaran normal untuk usia dan tinggi badan mereka.

Bulimia nervosa berarti klien yang memiliki nafsu makan berlebihan dan sering mengikuti perilaku ini dengan membersihkan (muntah atau menggunakan obat pencahar, diuretik, enema) atau berpuasa / berolahraga secara berlebihan. Ada dua jenis diagnosis ini: purging dan non purging. Kelainan makan ini lebih sering terjadi pada wanita. Sekali lagi faktor sosiokultural, keluarga, dan stres perlu dipertimbangkan dalam keseluruhan proses penilaian, dan bidang ini memerlukan meminta informasi dengan cara yang mendukung dan menerima.

3. Binge eating disorder

Menurut DSM-IV, kriteria binge-eating disorder (BED) merupakan makan berlebihan secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama, sama seperti BN, tetapi yang membedakan adalah BED adalah mereka tidak melakukan perbuatan seperti memuntahkan kembali makanan, penggunaan pencahar dan berpuasa secara berlebihan.

Survei masyarakat memperkirakan antara 2 persen dan 5 persen orang Amerika mengalami gangguan pesta makan dalam 6 bulan period.^{5,7} Gejala gangguan pesta-makan meliputi:

- a. Episode makan berulang yang ditandai dengan makan suatu jumlah makanan yang berlebih dalam periode waktu yang terpisah dan oleh rasa kurang kontrol atas makan selama episode
- b. Episode pesta-makan dikaitkan dengan setidaknya 3 episode berikut ini: makan jauh lebih cepat dari biasanya; makan sampai merasa tidak nyaman penuh; makan makanan dalam jumlah besar saat tidak merasa

lapar secara fisik; makan sendirian karena sedang malu dengan berapa banyak yang dimakan seseorang; merasa jijik diri sendiri, depresi, atau sangat bersalah setelah makan berlebihan

- c. Kesedihan yang nyata tentang perilaku makan berlebihan
- d. Makan pesta berlangsung, rata-rata, setidaknya 2 hari seminggu 6 bulan
- e. Pesta makan tidak terkait dengan penggunaan rutin perilaku kompensasi yang tidak pantas (mis., membersihkan, puasa, olahraga berlebihan)

Orang dengan gangguan pesta makan sering mengalami episode makan di luar kendali, dengan gejala pesta makan yang sama seperti mereka yang menderita bulimia. Perbedaan utama adalah bahwa individu dengan gangguan pesta makan tidak membersihkan tubuh dari kelebihan kalori. Karena itu, banyak orang dengan kelainan ini kelebihan berat badan untuk usia mereka dan tinggi. Perasaan jijik dan malu yang terkait dengan ini penyakit dapat menyebabkan pesta makan lagi, menciptakan siklus pesta makan.

C. Perspektif Perkembangan

Berkenaan dengan gangguan makan, perspektif perkembangan mempertimbangkan bagaimana kondisi ini muncul dari sosial budaya, biogenetika, kepribadian, keluarga, dan domain perilaku. Paradigma ini juga menekankan interaksi antara faktor-faktor yang berbeda (Attie & Brooks-Gunn, 1995).

Faktor- faktor ini sebagai berikut :

1. Biologis

Brooks-Gunn dan Reiter (1990) memberikan tinjauan menyeluruh dari peran proses pubertas dalam pengembangan dan asosiasi dengan gangguan makan. Fokus khusus diberikan untuk bagaimana hormonal perubahan mempengaruhi pertumbuhan. Secara khusus, penulis meninjau bagaimana tingkat sekresi hormonal ditekan ketika wanita mengalami cukupkerugianberat. Hal ini menyebabkan kurangnya siklus menstruasi yang kesuburan terganggu

2. Psikologis

Altman dan Lock (1997) mengkaji faktor psikologis dan perilaku terkait dengan gangguan makan. Secara khusus, mereka membahas bagaimana kesulitan makan anak-anak di usia yang sangat muda dikaitkan dengan masalah makan nanti. Para penulis juga membahas ciri-ciri kepribadian tertentu, seperti menjadi patuh, perfeksionis, berorientasi pada tujuan, pemalu, dan sombong, kadang-kadang dapat dikaitkan dengan pasien dengan anoreksia. Selain itu, anak-anak yang mengalami depresi dan yang telah terpapar pada sejumlah besar peristiwa kehidupan yang penuh stres daripada biasanya juga lebih mungkin untuk mengalami gangguan makan. Akhirnya, gaya lampiran tidak aman juga dibahas sebagai karakteristik yang diakui pada individu dengan gangguan makan.

D. Pencegahan

Mengingat meningkatnya prevalensi dan tingkat keparahan gangguan makan, ada minat yang tumbuh dalam mengembangkan program-program pencegahan berbasis sekolah di bidang ini (Rosenvinge & Borresen, 1999; Stewart, 1998). Tiga subkategori ada dalam ranah pemrograman pencegahan: (a) bertujuan pencegahan utama untuk mencegah gangguan dari pengembangan dalam populasi umum tanpa risiko yang teridentifikasi; (b) identifikasi sekunder pra-identifikasi awal dan pemilihan program yang diprogramkan untuk memenuhi kebutuhan individu atau kelompok yang berisiko lebih tinggi daripada populasi umum, dan (c) tertieranspesifikasi khusus -pertahanan untuk orang-orang yang berisiko tinggi, tetapi, tidak mungkin, tidak ada gejala, tetapi tidak dapat terdeteksi. & Nelson, 2000 Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998).

1. Pertama, para profesional pendidikan perlu menyadari bahwa gangguan makan adalah masalah serius dan kompleks. Pengungkapan, penyebab, dan perawatannya secara khusus meliputi perbedaan secara fisik, pribadi, dan sosial (yaitu, kekeluargaan). Oleh karena itu, harus dihindari jika mereka memikirkan hal-hal sederhana seperti “anoreksia hanya sebuah pembelaan. untuk perhatian ”atau“ bulimia hanyalah tambahan untuk makanan.

- ”Dengan kompleksitas ini, penting juga untuk mengenali bahwa program harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik anak muda di sekolah khusus (Shisslak, Crago, Estes , & Grey, 1996 Striegel-Moore & Stein-er-Adair, 1998).
2. Kedua, program pencegahan tidak boleh dianggap "hanya masalah perempuan" atau "sesuatu untuk para gadis." Terlebih lagi, keduanya pria dan wanita harus memahami bahwa obyektifikasi dan bentuk-bentuk lain penganiayaan wanita dengan berkontribusi secara langsung dari dua fitur yang mendasari gangguan makan: obsesi dengan penampilan dan mempermalukan tubuh seseorang (Keelet al., 1997).
 3. Ketiga, upaya pencegahan akan gagal, atau lebih buruk, secara tidak sengaja mendorong pola makan yang tidak teratur, jika mereka berkonsentrasi hanya pada peringatan orang tua dan anak-anak tentang tanda-tanda, gejala, dan bahaya gangguan makan. Misalnya, distribusi informasi yang menggambarkan tanda dan gejala gangguan makan. Mereka mungkin menyediakan obat-obatan dengan cara inovatif untuk mengubah penampilan fisik mereka (misalnya, membersihkan atau menggunakan pil diet untuk menurunkan berat badan), sehingga mengakibatkan peningkatan pada gangguan makan. Oleh karena itu, setiap upaya untuk mencegah gangguan makan juga harus mengatasi: (a) obsesi budaya kita dengan kelangsingan sebagai masalah fisik, psikologis, dan moral; (B) makna terdistorsi baik feminitas dan maskulinitas dalam masyarakat saat ini; dan (c) pengembangan harga diri dan harga diri orang (Rosenvinge & Borresen, 1999).

E. Treatment/Pengobatan

Orang dengan kelainan makan jarang mencari pengobatan secara sukarela. Paling masuk perawatan di bawah paksaan dari kerabat, teman, atau sekolah yang khawatir profesional yang telah membujuk mereka ke kantor terapis. Sedikit relawan sejati biasanya mencari bantuan dari keasyikan makanan, depresi, atau kecemasan daripada gejala kelainan makan. Seringkali, yang pertama Tugas konselor adalah membantu pasien mengatasi penolakan

mereka terhadap perubahan. Tujuan pengobatan untuk penderita anoreksia dan bulimia berlaku untuk aspek medis, gizi, psikologis, dan keluarga dalam kehidupan mereka. Secara khusus, harus ada penambahan berat badan yang memadai dan kembali ke kesehatan fisik, dimulainya kembali kebiasaan makan seimbang gizi, resolusi terdistorsi kognisi, masalah citra tubuh, citra diri dan kondisi komorbiditas, dan fokus pada individuasi, hubungan keluarga, dan masalah konflik orangtua-anak (Robin, Gilroy, & Dennis, 1998).

Mempertimbangkan berbagai tujuan, berbagai terapi telah dilakukan diusulkan. Namun, penelitian belum menentukan satu pengobatan pilihan untuk gangguan makan. Selain itu, tidak ada studi psikofarmakologis yang terkontrol dengan baik dari pasien dengan gangguan makan telah dilakukan (Gillberg & Rastam, 1998). Psikoterapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi perilaku kognitif, dan pendekatan multidimensi memiliki semuanya telah diakui sebagai bentuk pengobatan yang dapat diterima. Namun, tidak ada penelitian konklusif yang menentukan tingkat kemanjuran dari berbagai bentuk terapi ini.

1. Psikoterapi Individu

Robin dan rekan (1998) meninjau pengobatan gangguan makan di anak-anak dan remaja. Para penulis menyatakan bahwa psikodinamik jangka panjang terapi mungkin merupakan perawatan rawat jalan yang paling sering digunakan untuk anoreksia nervosa di Amerika Serikat. Mereka menunjukkan bukti yang menunjukkan bahwa pendekatan psikologi diri yang berorientasi ego telah terbukti bermanfaat secara klinis. Pendekatan ini telah mengalami evaluasi yang ketat secara acak ditugaskan, perbandingan terkontrol dengan Terapi Sistem Keluarga Perilaku. Selain itu, terapi individu ditemukan lebih unggul daripada terapi keluarga pada penambahan berat badan (tetapi bukan fungsi psikoseksual atau status gizi) untuk mereka yang menjadi anoreksia pada usia 19 atau lebih. Crisp (1997) memberikan alasan rinci untuk melihat anoreksia sebagai “penerbangan dari pertumbuhan.” Ia kemudian menawarkan saran spesifik dan terperinci untuk bekerja dengan pasien, termasuk psikoterapi dan saran diet.

Meskipun garing berfokus pada terapi individu, ia juga memberikan beberapa informasi tentang terapi keluarga dan kelompok. Eisler dan rekan (1997) melakukan studi tindak lanjut 5 tahun pada ancl rexics yang berpartisipasi dalam percobaan sebelumnya terapi keluarga dan individu. Hasil menunjukkan bahwa terapi suportif individu bekerja paling baik untuk pasien dengan lateanset anorexia nervosa dibandingkan dengan onset dini. Walaupun itu mungkin untuk mendeteksi manfaat jangka panjang dari psikoterapi individu, beberapa dari perbaikan ini dapat dikaitkan dengan hasil alami penyakit.

2. Terapi Keluarga

Eisler dan rekan (1997) juga menyarankan bahwa terapi keluarga paling efektif dengan kelompok individu tertentu dengan anoreksia nervosa: mereka dengan onset dini dan riwayat singkat. Sargent, Liebman, dan Silver (1985) menulis alasan untuk terapi keluarga untuk anoreksia. Penulis memberikan langkah-langkah perawatan khusus dan mengatasi masalah khusus yang mungkin timbul (mis., kurangnya kemajuan, keluarga orang tua tunggal). Bab ini adalah bagian dari teks klasik tentang anoreksia dan merupakan sumber penting meskipun agak ketinggalan zaman. Robin et al. (1998) melaporkan bahwa Dare dan Szmukler (1991) mendekati terapi keluarga untuk remaja dengan anoreksia nervosa menekankan keluarga sebagai sumber daya yang harus dimobilisasi untuk membantu anak muda yang kelaparan. Terapis menahan diri untuk tidak mengungkapkan pandangan tentang etiologi kondisi tersebut, tetapi menyarankan bahwa keluarga tersebut dihadapkan dengan masalah yang tidak diketahui. 408 JIMERSON, PAVELSKI, ORLISS asal yang bukan kesalahan mereka, tetapi itu akan membutuhkan semua sumber dayanya untuk mengatasi. Ketika terapi ini dibandingkan dengan individu yang mendukung terapi, terapi keluarga memiliki hasil yang lebih baik untuk onset dini (sebelum usia H), durasi pendek (kurang dari 3 tahun) jenis anoreksia (serupa untuk hasil yang ditemukan di Eisler et al. [Artikel 1997]). Secara umum, penelitian mereka mendukung efektivitas perawatan yang berorientasi

keluarga. Para penulis menyarankan sejumlah masalah penting untuk diingat: gunakan nonblaming istilah, mengarahkan orang tua untuk bertanggung jawab atas rutinitas makan anak mereka, mempertahankan program kenaikan berat badan perilaku terstruktur, setelah pemberian kenaikan berat badan kontrol bertahap untuk makan kembali ke anak, dan begitu pasien mulai menambah berat badan, memfokuskan perawatan pada topik yang lebih luas seperti otonomi, konflik orangtua-anak dan interaksi keluarga.

3. Kelompok terapi

Carfinkel dan Garner (1982) memberikan tinjauan menyeluruh tentang aspek multidimensi anoreksia nervosa. Mereka menyarankan agar terapi kelompok dilakukan dilembagakan ketika gejala kelaparan sudah mulai berkurang. Mereka Penelitian telah menemukan bahwa kelompok pelatihan asertif bermanfaat bagi pasien karena mereka memungkinkan mereka untuk menampilkan ekspresi yang lebih langsung dan sesuai mempengaruhi dalam pengaturan yang terkontrol. Mereka menyatakan bahwa tujuan dari kelompok-kelompok ini adalah untuk memberikan pengaturan di mana pasien dapat mendiskusikan perasaan mereka terhubung dengan gangguan dan bagaimana hal itu mempengaruhi mereka, dalam pengaturan di mana mereka bisa diterima dan dipahami. Selain itu, grup harus menyediakan dukungan pelabuhan, model koping, umpan balik teman sebaya, dan pendidikan. Penulis juga catat manfaat terapi kelompok untuk orang tua.

4. Terapi perilaku kognitif

Robin et al. (1998) menyatakan bahwa dalam pendekatan kognitif-perilaku untuk pengobatan anoreksia nervosa (Garner, 1986), terapis harus fokus menggunakan restrukturisasi kognitif untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang menyimpang tentang arti berat, bentuk, dan penampilan, yang diyakini mendasari diet dan takut bertambahnya berat badan. Para penulis menyatakan bahwa sedikit kerja empiris telah dilakukan dengan pendekatan kognitif-perilaku untuk anoreksia nervosa, dan bahwa tidak ada pekerjaan ini yang dilakukan pada anak-anak atau remaja.

BAB X

POPULASI KHUSUS

Populasi khusus individu, kelompok, keluarga berpasangan, dan komunitas masing-masing dapat menjadi topik dalam buku teks di kanan mereka sendiri. Daripada membanjiri pembaca dengan kekayaan informasi yang tersedia tentang perawatan dalam konteks ini, informasi yang diberikan akan memberikan gambaran umum tentang prinsip-prinsip dasar dan orientasi secara umum dan kemudian secara khusus mereka menerapkannya dalam situasi konseling krisis. Sumber daya yang disebutkan di akhir bab disediakan untuk membantu mengelola kekayaan informasi yang tersedia. Tujuan dalam bab ini adalah untuk meninggalkan pembaca dengan "rasa" dari masing-masing populasi khusus ini, yang mungkin mendorong pembaca untuk lebih mengeksplorasi pekerjaan konseling krisis dalam konteks ini.

A. Individual

Dalam hubungan dengan klien, konselor, secara keseluruhan, berusaha membantu klien melalui periode krisis dengan memberikan dukungan (Roberts, 2005). Juga, karena krisis adalah pengalaman terisolasi di mana seseorang merasa sangat sendirian, konselor berusaha menarik klien kembali ke komunitas manusia dimulai dengan konseling individu. Hubungan konseling individu adalah hubungan di mana klien dapat mulai percaya lagi dan merasa kurang terisolasi dan sendirian; klien dapat membangun hubungan ini dalam proses recovery dari krisis.

Penulis yang berbeda memberikan saran tentang teknik khusus yang dapat membantu menyesuaikan dengan klien individu dalam situasi krisis. Beberapa di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Ketergantungan pada bahan kimia: perawatan rawat inap / rawat jalan (James. 2008)
2. Posttraumatic stress disorder (PTSD): terapi multimodal menekankan terapi perilaku dan terapi perilaku-kognitif (James. 2008)
3. Burnout: BASIC ID (Lazarus, 1976 sebagaimana dikutip dalam James. 2008)

4. Trauma Trauma masa kanak-kanak: perawatan kognitif-perilaku yang berfokus pada trauma (Cohen, Berliner, & Mannarino, 2010)
5. Anak-anak yang mengalami trauma: seni ekspresif (Malchiodi, 2008).

MI (W. R. Miller & Rollnick, 2002) mendorong pendekatan pemberdayaan yang berasal dari sifat kolaboratifnya. Dalam Pendekatan ini, konselor memberikan tempat kosong, menunjukkan perbedaan, menghindari argument, berguling dengan resistensi klien, dan mendukung efikasi diri klien (persepsi kemampuan untuk bertahan) dalam mengembangkan hubungan konseling dan memfasilitasi kemauan untuk melakukan Perubahan. Mengenai kelelahan, klien dapat membuat perubahan dengan memutuskan untuk mengambil tindakan langsung (berurusan dengan stres lingkungan melalui terapi kelompok) atau tindakan paliatif (mengurangi gangguan kognitif dan emosional melalui latihan) (James, 2008). Menggunakan pendekatan MI dapat membantu klien lebih mudah mempercayai konselor dan kemudian terbuka untuk membuat perubahan yang diperlukan karena situasi krisis.

Tahap-tahap model perubahan dapat membantu konselor menilai tingkat kesiapan klien untuk berubah dan dengan demikian membantu menentukan pendekatan perawatan yang paling efektif. Tahapan-tahapan itu diantaranya adalah *precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance, and termination* (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Tahap ini mengacu pada persis seperti apa yang mereka gambarkan. Masing-masing klien.

Mengenai perspektif konseling, konselor perlu menghindari terjebak dalam perspektif model biomedis, di mana fokusnya adalah pada individu sebagai sumber masalah. Sebagai gantinya, mengambil perspektif kesehatan masyarakat yang lebih, di mana faktor sosial, *budaya*, dan lingkungan dianggap sebagai berkontribusi atau mengurangi dalam situasi krisis (Hoff, Hallisey, & Hoff, 2009). Inilah sebabnya mengapa populasi khusus lainnya diperiksa untuk sisa bab ini

B. KELOMPOK

1. Ikhtisar

Konseling kelompok dimulai setelah Perang Dunia 2 karena rasio klien yang membutuhkan konseling dengan jumlah konselor yang tersedia; untuk memberikan bantuan kepada mereka yang membutuhkannya, konseling kelompok digunakan (Hoff et al., 2009). Terapi kelompok adalah penciptaan kembali keluarga asal seseorang (Yalom, 1985). Ini berarti dalam pengaturan grup, klien secara alami akan memproyeksikan ke grup pengalaman mereka dalam keluarga di mana mereka dibesarkan. Ini juga merupakan mikrokosmos dari dunia nyata (Yalom, 1985). Dalam sebuah kelompok sangat sulit untuk mempertahankan "front" yang tidak akan terlihat oleh setidaknya satu anggota grup; kita tidak bisa tidak berada dalam kelompok karena kita berada di dunia nyata. Kita terjebak "menjadi diri kita sendiri" dalam kelompok. Pada akhirnya, kelompok dapat membantu klien dengan rasa keterasingan, karena mereka fokus pada pembentukan dan menjaga hubungan.

Krisis dapat muncul dalam setidaknya dua bentuk dasar dalam hal konseling kelompok. Pertama, krisis dapat terjadi sebagai bagian dari proses konseling kelompok. Klien mungkin datang ke konseling kelompok untuk meminta bantuan dan mungkin mengalami krisis sebagai bagian dari kelompok atau mengalami krisis pribadi di luar kelompok yang mereka bawa sebagai masalah kelompok. Kedua, kerangka konseling kelompok dapat dibentuk di sekitar krisis besar. Ada banyak contoh jenis kelompok ini (misal, Terkait bencana, masalah Spesifik seperti trauma, dll) Salah satu contohnya adalah konseling kelompok dengan anak-anak dalam menanggapi 9/11 (Haen, 2005). Bagian ini akan fokus pada kedua jenis grup.

2. Krisis dalam Konteks Konseling Kelompok

Sebelum membahas bagaimana untuk menangani jenis krisis kelompok ini, perlu diberikan komentar umum tentang kerja kelompok. Pertama, konselor memerlukan pelatihan khusus mengenai konseling kelompok yang membantu mereka dalam melihat pragmatik kelompok (jenis kelompok yang ingin mereka ciptakan. Kelompok, norma-norma kelompok) serta struktur perkembangan kelompok dalam hal tahapan kelompok. (masalah,

fungsi kepemimpinan, dll.). Beberapa saran umum untuk pekerjaan peta dibuat:

- a. Jika mungkin, minta setidaknya 15 sampai 20 menit untuk klien untuk menentukan apakah mereka sesuai. mendengar kebutuhan klien. mendidik tentang tujuan dan norma kelompok. dan bertemu dengan pemimpin (penasihat) kelompok.
- b. Dorong klien selama wawancara untuk "melakukannya dengan lebih baik" - untuk berlatih heheviore yang berbeda dalam kelompok maka mereka biasanya berlatih dalam kehidupan (mis., Jika klien diam. Dia harus memberi tahu: lebih banyak).
- c. Jika wawancara tidak dimungkinkan. nuke beberapa jenis koneksi individu dengan anggota grup baru sebelum grup atau segera selama grup pertama mereka (mis. berjabat tangan).
- d. Praktekkan integrasi aspek penyembuhan kelompok. seperti pemasangan harapan dan universalitas (faktor eksistensial umum untuk semua manusia) (Yalom 1985. 1985).
- e. Dorong kejujuran dan rasa hormat di antara anggota untuk menciptakan etmosphere penyembuhan dalam kelompok.
- f. Bekerja dengan reaktivitas emosional dan controli impuls yang buruk yang dapat bertindak sebagai pengaruh destruktif pada kelompok.

Saat mengembangkan kelompok. memutuskan kerangka kerja umum (sendirian atau dengan pemimpin bersama) tentang cara menangani krisis yang terjadi dalam kelompok. Ini mungkin krisis yang terjadi sebagai bagian dari sesi kelompok atau krisis yang terjadi di luar sesi yang perlu diproses oleh anggota sebagai bagian dari grup. Merencanakan ke depan tentang bagaimana menangani krisis seperti itu dapat bermanfaat bagi pemimpin dan anggota kelompok dalam jangka panjang dengan melindungi kepercayaan anggota dalam proses kelompok dan menjaga rasa komunitas yang kuat dalam kelompok. Dua bidang yang menjadi perhatian utama adalah: (1) anggota kelompok merasa dihukum / dikucilkan dan (2) menjaga rahasia. Ada kalanya seorang anggota dapat membuktikan perilaku yang

mengindikasikan bahwa mereka tidak cocok dengan kelompok (motivasi untuk berubah, intensitas masalah, dll.) Dalam hal ini, anggota kelompok mungkin perlu meninggalkan kelompok untuk keuntungan keseluruhan kelompok. Keputusan seperti itu tidak boleh dibuat ringan dan perlu, idealnya, untuk dinamai dengan konsultasi dengan profesional lain (kolega, penyelia, Mentor) dengan keputusan seperti itu, pemimpin kelompok perlu memastikan bahwa tindakan yang diambil tidak membuat anggota merasa dihukum / dikucilkan karena perilakunya dan / atau bahwa anggota lain melihatnya dengan cara itu. Selain itu, sementara anggota kelompok tidak perlu diberi tahu semua informasi tentang bagaimana situasi itu ditangani (mis. konfrontasi khusus dalam sesi individu tentang perilaku kelompok), perlu ada penghindaran rahasia: karena merusak dinamika pengikisan kepercayaan ini dapat diatur dalam grup.

Terakhir, krisis dapat terjadi dalam kelompok karena tahap perkembangan kelompok. Corey (1995) menyajikan empat tahap kelompok: Initial Stage-Orientation and Exploration (Stage 1), Tahap Transisi-Berurusan dengan Perlawanan (Tahap 2), Tahap Kerja-Kohesi dan Produktivitas (Stage 3), dan Tahap Final Konsolidasi dan Terminasi (Tahap 4). Setiap karyawan memiliki tugas perkembangan dan fungsi kepemimpinan yang berbeda. Leader kelompok yang efektif perlu: untuk memahami dinamika setiap tahap dan bagaimana membantu kelompok dalam memenuhi tugas tahap I itu: Untuk melanjutkan ke tahap berikutnya. Inilah sebabnya mengapa pelatihan khusus dalam pengembangan kelompok diperlukan oleh pemimpin untuk memastikan kesejahteraan kelompok yang ditemuinya dan bahwa dinamika penyembuhan terjadi untuk semua anggota kelompok. Pemahaman tentang fungsi-fungsi kepemimpinan yang diperlukan pada tahap-tahap ini dapat mengurangi atau mengandung krisis yang terjadi dalam proses kelompok.

4. Kelompok Counseling Krisis Spesifik

Kelompok-kelompok ini fokus pada membantu klien menyelesaikan krisis melalui proses kelompok; klien fokus pada krisis dan dibatasi berapa banyak sejarah individu dan perasaan yang mereka ungkapkan. Kelompok-

kelompok ini dapat membantu klien mencari tahu mekanisme koping yang mereka kekurangan melalui interaksi kelompok; merasa percaya diri dan terkendali; mengurangi isolasi yang mereka rasakan dalam krisis; dan bermanfaat bagi klien sebanyak mungkin jika ada sejumlah konselor yang tersedia untuk membantu dalam krisis (Hoff et al, 2009). Mereka membantu klien mengekspresikan perasaan, memahami krisis, mengeksplorasi sumber daya / solusi, dan menentukan strategi yang dapat mengurangi risiko di masa depan. Saran khusus mengenai pembentukan kelompok-kelompok ini adalah membatasi jumlah sesi (beberapa ahli mengatakan enam sesi, yang lain merekomendasikan untuk mempertimbangkan masing-masing individu, kemampuan koping dan sumber daya eksternal dalam hal jumlah sesi) dan minta klien menghadiri satu atau dua kali seminggu selama satu setengah hingga dua jam untuk maksimum sepuluh sesi (Hoff et al, 2009). Ketika bekerja dengan jenis-jenis kelompok, terutama yang melibatkan pembekalan stres insiden kritis (CISD) (Mitchell & Everly, 1999) dan manajemen insiden insiden kritis (CISM) ~ terintegrasi. pendekatan multifaset (Mitchell & Everly, 1999 ; Mitchell & Everly, 2001) -ada beberapa peringatan tambahan, dan saran (Everly, Latins, & Mitchell, 2005). Pertama, anggota kelompok mungkin terpapar dengan bahan traumatogenetik yang mungkin tidak terpapar dengan mereka. 0 ° pemimpin perlu memastikan kelompok terbentuk secara alami atau bahwa anggotanya! telah terkena tingkat trauma yang serupa. Kedua, pemimpin perlu memberikan pemberdayaan informasi terkait krisis pendidikan untuk mencegah anggota kelompok yang sangat berkemampuan mengembangkan tanda dan gejala terkait krisis yang mereka pelajari tentang pendidikan dalam kelompok. Ketiga, ventilasi katarsis mungkin terlalu banyak bagi beberapa anggota, sehingga konselor perlu menilai kerapuhan pada klien dan menghindari teknik yang dapat menimbulkan emosi yang luar biasa besar bagi klien (penyelidikan mendalam, interpretasi, niat paradoks).

C. Pasangan / Keluarga

Couplé / keluarga mengalami krisis seperti individu (Hoff et al., 2009). Seperti dalam konseling kelompok pasangan atau keluarga mungkin datang ke konseling karena suatu krisis, atau suatu krisis mungkin meningkat Sementara mereka sedang dalam proses konseling. Pembaca ingin mencatat bahwa individu yang dalam krisis cenderung menerima bantuan lebih cepat daripada kelompok atau keluarga (Roberts. 2005). Bagian ini akan membahas krisis pasangan / keluarga, dimulai dengan tinjauan singkat tentang perspektif sistemik konseling pasangan / keluarga, dan kemudian akan memeriksa beberapa faktor spesifik yang berkaitan dengan pekerjaan pasangan dan keluarga.

Individu sebagai bagian dari pasangan atau keluarga berada dalam interaksi konstan dengan Ong yang lain dan, oleh karena itu, saling mempengaruhi. Sistem "pasangan" dan "keluarga" mengembangkan kekuatan kehidupan mereka sendiri, mereka lebih dari individu yang membentuk mereka karena interaksi yang mempengaruhi di antara mereka .Konselor yang bekerja di bidang ini, kemudian, perlu peka terhadap interaksi antara anggota dan perlakuan interaksi »daripada anggota individu. Masalah dilihat dari keseluruhan sistem dan interaksi dalam sistem (Stanton & Heath. 1997). Hal ini sangat penting karena pasangan dan keluarga dapat hadir dengan sendirinya. perilaku pasien yang diidentifikasi, pembawa gejala keluarga (Hoff et al., 2009). Klien disajikan sebagai "masalah" untuk konselor dalam kehidupan nyata dalam 'hubungan pasangan, atau dalam hubungan keluarga - -Dimana individu saling mempengaruhi satu sama lain dan membentuk hubungan secara berkelanjutan.Klien yang sebenarnya adalah hubungan pasangan / keluarga dalam gejala yang disajikan, mempertahankan fungsi pasangan suami istri.

Dalam hal perspektif sistemik, setiap orang. hidup dalam konteks hubungan dalam hidupnya. Dari perspektif ini, konselor berusaha memahami bagaimana masing-masing individu berkontribusi terhadap krisis yang muncul dengan sendirinya. Fokusnya adalah pada bagaimana pasangan atau fungsi keluarga, daripada pada mengapa ada masalah: Bagaimana hubungan dalam sistem menjaga masalah tetap hidup? Karena itu! konseling adalah upaya untuk

memahami pandangan subyektif dan interaksional dari masing-masing individu yang terlibat dalam situasi krisis, daripada menemukan realitas objektif dan kausal masalah. Perilaku individu diperiksa dalam konteks hubungan, dengan penekanan pada eksplorasi pola-pola perilaku baik individu dan pasangan / keluarga saat mereka berdampak pada Krisis (Winek, 2009)

Mengenai bagaimana pasangan yang mengalami krisis masuk ke dalam terapi, sering kali ada peristiwa yang telah membuat kewalahan salah satu atau kedua individu dalam hal kemampuan mereka untuk mengatasinya (Halford, 2001). Sering kali, itu adalah peristiwa besar seperti kematian, masalah keuangan, penyakit yang mengancam jiwa, konflik ekstrem (kekerasan pasangan intim), atau perselingkuhan. Ada kekhawatiran lain yang mungkin muncul sendiri, seperti masalah dengan komunikasi, konflik, keintiman, dll. Pasangan yang datang dengan krisis sering memiliki keterampilan hubungan yang buruk atau sikap defensif yang ekstrim yang mencegah keintiman (Snyder & Mitchell, 2008).

Penilaian dalam konseling perlu dilakukan untuk menentukan apakah peserta masih memiliki perasaan positif satu sama lain; kemudian, fokuskan pada apa yang perlu segera: dilakukan; menunda keputusan jangka panjang: sampai dampak krisis berada di bawah kendali lebih besar; menyelesaikan krisis langsung; dan kemudian memutuskan apakah terapi pasangan yang sedang berlangsung diperlukan (Halford, 2001). Pendekatan pemecahan masalah dengan penekanan pada strategi perilaku-kognitif cepat yang membantu merestrukturisasi pikiran dan persepsi pasangan diperlukan untuk mencegah kerusakan fungsi pasangan lebih lanjut (Dattilio & van Hout, 2006; Schlesinger & Epstein, 2007). Williams, Edwards, Patterson, dan Chamow (2011) menyajikan "Delapan C untuk Fungsi dan Penilaian Pasangan: Komunikasi, resolusi konflik, Komitmen, Kontrak, Peduli dan kohesi, Karakter, Budaya, dan Anak-anak" sebagai kerangka kerja untuk penilaian pasangan.

Mengenai keluarga, keluarga dapat menjadi sumber dukungan atau sumber gangguan ekstrim (Hoff et al, 2009). Stres yang dialami oleh keluarga tergantung pada sumber daya di dalam dan di luar kesenangan, serta bagaimana

keluarga mendefinisikan peristiwa traumatis. Beberapa keluarga memiliki banyak masalah yang cukup kompleks, interaktif, dan disebabkan oleh berbagai faktor (Lawrence & Sovik-Johnston, 2010). Krisis keluarga “bersifat jangka pendek, luar biasa, dan dapat membuat stres” (Patterson, Williams, Grauf-Grounds, & Chamow, 2009, hlm. 117). Krisis keluarga bisa berupa peristiwa eksternal yang tidak terduga atau peristiwa perkembangan atau kematangan. Apa pun jenis krisis yang terjadi, pada intinya ada gangguan dalam fungsi keluarga.

Keluarga yang berfungsi tinggi melihat masalah sebagai akibat dari faktor yang berbeda. Mereka cenderung dan cenderung merespons situasi dengan cara pragmatis. Sementara keluarga yang berfungsi buruk cenderung fokus pada satu penjelasan masalah, mengunci satu penyebab masalah, dan menyalahkan dan 'mengkambinghitamkan' seseorang untuk masalah tersebut (Walsh, 2006). Konselor perlu menilai: (a) bagaimana keluarga mendefinisikan dan membingkai masalah dan (1) siapa yang disalahkan keluarga atas masalah tersebut. Konselor kemudian perlu menggunakan teknik yang membantu keluarga merenungkan penyebab masalah. Konselor perlu menyadari dinamika sistem keluarga, pola disfungsi dalam keluarga, dan masalah kekuasaan dan komunikasi dalam keluarga (NIDA, 2005). Beberapa presentasi dari berbagai krisis keluarga dan bagaimana memperlakukannya sebagaimana disajikan tersedia pada kecanduan alkohol (James, 2008) dan perpisahan / perceraian (Granvold, 2005; James, 2008). Intervensi krisis yang unik dari pandangan sistemik meliputi (Patterson et al., 2009):

D. Ethis / Hukum

Kedua area ini digabungkan di sini karena tumpang tindih yang dapat terjadi di antara mereka di area seperti kerahasiaan, dokumentasi, dan konsultasi. Meskipun ketiga bidang ini dapat melibatkan tumpang tindih yang luas, bidang konseling lain mungkin atau mungkin tidak memiliki banyak crossover. Mereka digabungkan dalam bagian ini untuk mengingatkan pembaca bahwa mungkin ada persilangan. Namun, etis dan masalah hukum ditangani secara terpisah dalam bagian ini karena variasi yang dapat terjadi dalam konteks konseling krisis

karena peran konselor, populasi klien, dan sejenisnya. Pembaca mungkin ingin merujuk pada bacaan tambahan dalam bidang etika dan hukum yang terkait, untuk konseling telepon dan Internet dan krisis sekolah (James, 2008), dan kekerasan pasangan intim dan menguntit, serta bekerja dengan remaja di bunuh diri dan kedaruratan psikiatri (Roberts, 2005) Untuk memudahkan aplikasi pembaca informasi ini, bagian ini tidak akan memiliki latihan atau kotak sepuluh saran praktis, tetapi akan dimasukkan sebagai bagian dari studi kasus yang datang pada akhir bagian ini. Memiliki pengacara sebagai kaki penolong bila diperlukan dan konsultan juga direkomendasikan. Masing-masing bidang ini, egal etis, perlu didefinisikan sebelum diskusi tentang masalah yang dapat muncul dalam konseling krisis. Prinsip etis dari orititasi profesional seseorang bertindak sebagai kemudi yang menuntun perilaku konselor, dan hukum sebagai versi formal dari keputusan moral suatu budaya. Pengakuan Moral adalah "keputusan konkret koselor buat dalam situasi yang didasarkan pada nilai-nilai (kepercayaan, sikap, dan perilaku) makna pribadi yang penting bagi mereka." (Miller, 2010, hlm. 359).

Idealnya, konselor krisis perlu memiliki hubungan lain dengan klien dalam krisis kecuali untuk hubungan yang terkait dengan krisis (Kanel, 2007). Namun, seperti halnya dengan persetujuan yang diinformasikan, ini mungkin bergeser tergantung pada konteks konseling krisis. Sebagai contoh, konselor praktik swasta yang sama mungkin hanya dapat memiliki hubungan konseling dengan klien, tetapi jika konselor tersebut berlatih di lingkungan pedesaan, konselor mungkin tidak memiliki pilihan selain S-Fanaan & Jadi memiliki beberapa jenis hubungan ganda misalnya, jika klien adalah satu-satunya kinerja baru jenis operasi tertentu yang dibutuhkan konselor. Hubungan-hubungan ini secara interen terjadi ketika seseorang berpraktek sebagai penasihat di komunitas pedesaan atau dalam "konteks pelanggan kota kecil adalah komunitas yang lebih besar (menjadi terapis gay dengan klien GL.BT) (Coombs, 200 sebagaimana dikutip dalam Miller, 2010, p 363). Area lain yang menjadi perhatian utama bagi konselor krisis adalah daerah Ada perbedaan yang perlu dibuat di sini antara kerahasiaan oletiality berarti bahwa informasi yang diperoleh dalam sesi

konseling ia menganggu bersama dengan orang-orang lain kecuali jika izin tertulis diberikan oleh klien. Amunisi hak istimewa dalam perlindungan hukum untuk kepentingan klien dalam bekerja dengan profesional tertentu di bawah hukum.

EthicalLegal menodai populasi khusus dari eounseling untuk menjaga kerahasiaan di dalam grup dengan meminta orang menandatangani formulir atau membuat konseling kelompok secara verbal, misalnya, konselor perlu memberi tahu bahwa ia akan menjaga kerahasiaan informasi dan dapat mendorong orang untuk Meminta identitas formalitas seperti itu dalam konteks konseling keluarga adalah kompleks dengan cara yang sama, perlu berbicara dengan klien tentang apa yang mereka diskusikan dengan sesi orang lain (Winek, 2009). Konselor harus jelas dengan fdentialitos mereka tetapi konselor mulai dari awal dalam pedoman tertulis mengenai batas-batas kerahasiaan. Ini sama pentingnya importir untuk menyatakan batas kerahasiaan dengan pasangan (Halford. 2001). Koordinator juga perlu mempertimbangkan bagaimana aspek-aspek seperti pengaturan dapat membentuk kebutuhan dan jenis persetujuan. Sebagai contoh, persetujuan untuk konseling mungkin diperlukan untuk konselor praktik pribadi, tetapi tidak untuk pekerja kesehatan mental bencana. banyak rasa bersalah dan takut terkait dengan laporan tersebut.

Penggunaan amandabiditas komposit dapat diterapkan pada orang tua ini: Orang tua harus bertanggung jawab atas perilaku (akibat yang ditimbulkan) dalam atmosfir belas kasihan untuk pertarungan mereka (mereka telah membuat kesalahan pedih karena rasa sakit dan ketakutan mereka). Tugas untuk berkabung berarti bahwa konselor perlu menentukan apakah ce Miller. 2010, p 260). Dalam situasi ini, konselor mungkin ingin berkonsultasi dengan perwakilan hukum profesional lainnya, membuat rujukan (o), menghubungi p dan menghubungi korban (B. S. Anderson, 1996). Selain berkonsultasi dengan prssionale tentang bagaimana menangani situasi ini dan membuat catatan tentang konsul krisis, konselor harus mengembangkan rencana untuk menangani situasi krisis kekerasan setelah waktu dengan berkonsultasi dengan para experta tentang kekerasan (James. 2008),. Mengenai masalah e, seperti HIVAIDS,

konselor erisis harus tetap mengetahui profesi dan pedoman hukum dalam menghadapi situasi ini.

BAB XI

WORKING WITH DIFFERENT CULTURES

A. Definisi Multikultural

Setiap konselor perlu belajar bagaimana mengatasi perbedaan, karena apa pun itu, itu artinya konselor merupakan salah satu anggota dari budaya tersebut. Oleh karena itu, setiap konselor perlu mengembangkan suatu pendekatan yang akan memfasilitasi pengembangan hubungan melintasi perbedaan antara konselor dan klien. Kapasitas untuk membangun hubungan keterkaitan sangat penting untuk konseling yang efektif secara umum, dan bahkan lebih penting dalam konteks konseling krisis di mana konselor ingin membangun hubungan ini secepat mungkin.

Salah satu kesulitan dengan konseling multikultural adalah bahwa definisi pun beragam. Di sini, multikultural didefinisikan sebagai bekerja dengan perbedaan. perbedaan, misalnya, mungkin dalam etnisitas atau orientasi seksual; apa pun konteks perbedaan antara klien dan konselor, penekanannya adalah pada kenyataan bahwa ada perbedaan di antara keduanya.

B. Tinjauan Umum Konseling Multikultural

"Budaya adalah jumlah total cara hidup kelompok" (el-Guebaly 2008, hal. 45). perbedaan budaya perlu dinilai, bukan ditakuti (McFadden, 1999). Karena pandangan kita tentang dunia membentuk bagaimana kita menilai dan tindakan yang kita ambil, konselor harus sadar, berpengetahuan luas, dan memiliki keterampilan konseling multikultural untuk membantu klien (lee, 2003). Lopez (1989) menggambarkan empat tahap pengembangan konselor dalam hal sensitivitas budaya:

1. konselor tidak menyadari perbedaan budaya
2. konselor telah meningkatkan kesadaran akan budaya klien dari sudut pandangya sendiri, tetapi mungkin tidak melihatnya dari pandangan klien.

3. konselor sangat berhati-hati dalam pertimbangan budaya, namun mungkin tidak melihat bagaimana perilaku klien dihubungkan dengan budaya
4. konselor lebih peka secara budaya dengan mengembangkan hipotesis tentang perilaku berdasarkan budaya klien tetapi juga terbuka untuk menguji hipotesis ini.

Konseling multikultural melibatkan konselor dan klien. jenis konseling ini bisa sangat sulit karena perjuangan untuk memahami dunia dari sudut pandang yang sama sekali berbeda. Konseling multicultural kemudian, melibatkan tantangan khusus untuk konselor. Dibutuhkan konselor untuk memiliki kesadaran diri, orang lain, dan budaya yang berbeda, serta menjadi fleksibel, terbuka, tanggap, dan mau belajar untuk membangun hubungan antara perbedaan. Itu tidak mengharuskan konselor untuk secara pribadi menyerahkan sistem nilai mereka untuk bekerja dengan klien, tetapi itu membutuhkan konselor untuk mengetahui keterbatasan mereka dan bersedia meminta klien untuk menjelaskan apa yang tidak dia pahami mengenai budaya tersebut.

Karena setiap orang adalah produk dari budaya di mana ia dibesarkan, semua konselor perlu belajar untuk bekerja dengan individu yang berbeda dari diri mereka sendiri. tidak ada yang bisa menjadi segalanya bagi semua orang. Oleh karena itu, item-item penting untuk diingat dengan konseling multikultural.

C. Aspek Sosial-Lingkungan

1. Kemiskinan

Kadang-kadang, kelompok yang berbeda mengalami penindasan bersama dengan pengalaman budaya mereka yang berbeda. Kelompok-kelompok individu yang tertindas sering mengalami pergulatan yang berbeda dalam hubungannya dengan status sosial mereka, seperti kemiskinan. pengalaman kemiskinan ini mungkin memiliki dampak yang signifikan terhadap perlakuan mereka.

Seorang konselor perlu mengetahui aspek-aspek sosial-lingkungan ini dan dampaknya terhadap konseling. Ketika klien berasal dari budaya yang berbeda, konselor harus berhati-hati untuk tidak menganggap bahwa ia

memiliki keunggulan budaya yang sama dengan konselor. Penting bagi konselor untuk menghindari anggapan bahwa klien memiliki lebih sedikit keunggulan budaya daripada konselor.

2. Isme dan prasangka

Individu dari kelompok budaya yang berbeda mungkin juga mengalami isme atau prasangka tentang status mereka di masyarakat. Isme adalah istilah yang digunakan untuk merangkum prasangka prasangka individu terhadap orang lain. Individu yang tertindas dapat secara langsung diserang secara fisik atau verbal, atau mereka mungkin mengalami pengalaman penyerangan nilai-nilai yang tidak mereka kenal di sekitar mereka.

3. Akulturasi

Individu juga mungkin mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan nilai-nilai budaya yang dominan yang menjadi sasaran mereka. Mungkin akan sangat bermanfaat jika bertanya pada orang-orang yang memahami bagaimana mereka mungkin merasa terasing dengan budaya tersebut.

4. Perilaku Normative

Multicultural juga memunculkan masalah perilaku normatif. apa yang normal apa yang khas untuk lingkungan tempat tinggal seseorang? seberapa banyak penyesuaian yang harus dilakukan seseorang agar cocok? pertanyaan-pertanyaan sulit ini perlu diperiksa pada awal konseling, namun jawaban yang mudah mungkin tidak muncul. Konselor perlu membantu klien menyadari masalah-masalah ini kemudian menentukan pada tingkat apa klien ingin atau perlu menyesuaikan diri dengan tekanan-tekanan ini. Beberapa klien mungkin lebih fleksibel dalam hal menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berbeda, sedangkan yang lain akan menolak untuk melakukannya.

D. Gangguan Komunikasi

Kegagalan komunikasi sering kali terlihat berdasarkan pada skema. Skema berarti system pengetahuan yang dimiliki seseorang konselor tentang bidang-bidang tertentu, seperti jenis orang dan situasi (mook,1987). Ada banyak hambatan untuk konseling multikultural yang mencakup perbedaan antara konselor dan klien (nilai-nilai, pandangan dunia Bahasa) ; stereotip

konselor klien serta perbedaan suku, kurangnya kesadaran tentang budaya dan kesesuaian harapan konselor, hingga akhirnya, klien tidak mempercayai konselor.

E. Kompetensi Multikultural

Atkinson, morten, dan sue (1993) melaporkan bahwa untuk mengembangkan kompetensi lintas budaya, konselor harus memeriksa sikap, kepercayaan, pengetahuan, dan keterampilan mereka sendiri dalam hal kesadaran akan nilai-nilai budaya dan mereka sendiri, kesadaran klien, pandangan dunia, dan strategi intervensi yang sesuai dengan budaya klien. Cross, bazron, dennis, dan isaacs (1989) mengembangkan kerangka kerja yang sama di mana konselor tidak dapat menguasai budaya, sensitive secara budaya, atau bersaing secara budaya dalam hal dimensi kognitif, afektif, dan keterampilan.

Ada Sepuluh kompetensi yg termasuk pengetahuan dan/ atau keterampilan dalam bidang ini:

1. Latar belakang klien
2. Masalah klinis perawatan yang tepat
3. Pengobatan yang tepat
4. Peran Lembaga/ penyedia
5. Kemampuan komunikasi
6. Penilaian kualitas
7. Bentuk rencana perawatan dan perawatan yang berkualitas
8. Penyediaan perawatan yang berkualitas
9. Penggunaan diri dan pengetahuan konselor dalam perawatan
10. Sikap konselor yang hormat dan terbuka untuk bekerja dengan orang lain berbeda dari diri sendiri

Kerangka teoritis mana pun yang diadopsi untuk mendorong pendekatan konseling multicultural, tujuannya adalah agar konselor mengembangkan kapasitas untuk bekerja dengan individu-individu yang berbeda dengannya.

Chung dan bemak (2002) memberikan sepuluh dimensi untuk setiap empati budaya yang berkembang dengan klien:

1. Benar-benar tertarik pada budaya
2. Memiliki kesadaran akan budaya klien
3. Menhargai perbedaan budaya dalam klien

4. Termasuk budaya sebagai bagian dari perawatan
5. Memahami dinamika keluarga dan komunitas
6. Termasuk komponen penyembuhan asli dalam pengobatan
7. Mengetahui sejarah kelompok budaya klien (termasuk social politik)
8. Mengetahui penyesuaian yang harus dilakukan secara psikologis untuk pindah budaya lain
9. Peka terhadap diskriminasi berkelanjutan yang dialami klien
10. Fokus pada mendaulatkan klien

Faktor penting lainnya adalah peran yang diambil konselor dalam terapi: Apakah konselor adalah individu yang penuh belas kasih atau yang kritis? Konseling multikultural selalu mencakup konflik dan perbedaan.

F. Saran Konseling Umum

Konselor yang ingin menjadi sensitif dan efektif dengan individu dari budaya lain perlu menyadari beberapa bidang. Pertama, mereka harus sadar akan budaya mereka sendiri dan bagaimana mereka mempengaruhi kehidupan mereka. Kedua, mereka perlu menyadari aspek sosial-lingkungan yang mungkin dialami oleh beberapa kelompok. Ketiga, konselor perlu bekerja terus menerus menciptakan suasana ramah dialog untuk memfasilitasi konseling lintas budaya yang berbeda.

Beberapa saran konseling multikultural tertentu mengikuti:

1. Memberikan lingkungan yang terbuka dan penuh hormat, khususnya yang menyangkut perbedaan budaya
2. Bersikap fleksibel.
3. Jadilah ahli dalam bidang konseling, tetapi tidak dalam kehidupan klien.
4. Membangun hubungan kepercayaan dengan klien. Jangan pura-pura Anda tahu apa yang tidak Anda ketahui.
5. Ingatlah bahwa seseorang dapat menjadi bagian dari beberapa budaya sekaligus.
6. Katakan, "Saya tidak tahu seperti apa rasanya"
7. Minta klien untuk mengajari anda apa yang tidak anda ketahui.
8. Jangan membuat masalah, tetapi mengatasinya muncul.
9. Jangan berkelahi dengan orang, tetapi menanggapi pernyataan mereka, jangan biarkan hal-hal berlalu begitu saja.
10. Bagikan pengalaman anda sendiri dari gangguan komunikasi jika itu terjadi
11. Minta maaf ketika anda salah
12. Pelajari cara berurusan dengan orang yang tidak menyukai Anda.
13. Meminta bantuan kepada orang lain
14. Pada intinya manusia sama atau mengesampingkan perbedaan

G. Multicultural Counseling Dalam Konteks Penyelesaian Krisis

Di luar pendekatan umum mengenai konseling multikultural seperti yang dibahas sebelumnya, ada sedikit tulisan tentang penerapan perspektif pada pekerjaan konseling krisis (kecuali, seperti yang dinyatakan sebelumnya, di beberapa bidang tertentu seperti kesehatan mental konseling). Bagian ini adalah ringkasan dari beberapa pendekatan umum yang dianjurkan dalam mempraktikkan konseling multikultural dalam konteks karakteristik yang dibutuhkan oleh konselor yang melakukan pekerjaan multikultural (Kiselica, 1998 sebagaimana dirangkum dalam James, 2008) adalah:

1. Mengetahui diri sendiri (terutama kita bias budaya sendiri).
2. Mengetahui status dan budaya kelompok.
3. Memiliki keterampilan untuk campur tangan secara budaya di tempat yang sesuai (dan fleksibel dalam hal memiliki dan menggunakan pendekatan alternatif).
4. Memiliki pengalaman bekerja dengan orang yang berbeda secara budaya.

H. Factor Yang Mempengaruhi

1. Usia

fokus utama dalam sesi ini adalah orang lanjut usia (usia 65 atau lebih), karena jika bersama dengan usia yang lebih muda (anak-anak, remaja) dapat terkena dampak krisis biasanya mereka terkena dampak krisis dari orang yang lebih dewasa atau karena hal tertentu. Faktor-faktor yang mempengaruhi beberapa notasi tentang anak-anak sebelum berfokus pada orang dewasa yang lebih lanjut. Anak-anak biasanya merespons dalam dua cara terhadap krisis (perubahan perilaku, regresi perilaku), dan krisis sangat menantang bagi mereka karena mereka dipaksa untuk mengatasi masalah yang secara perkembangan mereka tidak dilengkapi bagaimana cara mereka mengatasi masalah yang sedang mereka hadapi (Knapp, 2010).

Orang dewasa yang lebih tua adalah kelompok yang kerentanannya dalam krisis dapat diperbesar dengan berada jauh dari masyarakat karena diskriminasi ekonomi, fisik, psikologis, (Sue & Sue, 2008a), yang juga meningkatkan kerentanan mereka, Tergantung pada sejauh mana bencana dan perlu ditangani, orang dewasa yang lebih tua mungkin mengalami penurunan dalam kemandirian mereka (Allen, & Galea, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi krisis yang berkaitan dengan usia kemudian perlu ditangani sebagai bagian dari konseling krisis. Beberapa saran penting dan spesifik untuk konseling pada orang yang usianya lebih tua adalah Ada dalam konteks bencana (Naturale, 2006). Pertama, konselor perlu menyadari bahwa pembatasan fisik dapat memengaruhi pencapaian mereka dapat memperburuk gejalanya. Kedua, konselor perlu memberi peringatan kepada dokter yang pernah menangani klien lanjut usia tersebut (yang menjadi klien kita), yang merupakan reaksi yang umumnya timbul pada pasien dewasa yang lebih tua (kesulitan tidur, depresi kecemasan).

2. Jenis kelamin

Seperti halnya orang dewasa yang lebih tua, fokus di sini adalah perempuan karena kerentanan mereka. Krisis dapat memburuk dengan berada di tekanan yang dimainkan dalam stereotip negatif dan diskriminasi sosial, finansial, dan bentuk-bentuk diskriminasi lainnya. Sue dan Sue (2008a) menyatakan bahwa perempuan biasa menghadapi status ekonomi, hambatan pilihan karir, penentuan waktu diskriminasi, standar tubuh yang tidak realistis, depresi, dan penuaan. Masalah-masalah ini diperburuk dalam situasi krisis. Misalnya, apakah seorang wanita akan mengalami krisis pada situasi kerja dengan membeda-bedakan kariernya yang terbatas dalam kaitannya dengan peluang dan penghasilan, yang pada gilirannya memicu perjuangannya dengan depresi. Dalam hal menanggapi kebutuhan perempuan dalam konseling krisis, akan sangat membantu bagaimana perempuan cenderung memandang diri mereka sendiri di dunia. Perempuan berkembang memiliki pengalaman hidup dalam konteks (J. B. Miller, 1986); untuk memahami diri mereka sendiri melalui penciptaan dan pemeliharaan hubungan (J. B. Miller, 1976). Seorang wanita perlu dipahami dan memahami orang lain yang penting dalam hidupnya; dan dia mendefinisikan kekuatan sebagai kepedulian dan memberi kepada orang lain dalam hidupnya (McClelland, 1975).

Seorang konselor harus dapat memperhatikan isu-isu yang berkembang dikalangan wanita serta masalah kekerasan dan pelecehan dan

isu-isu seperti depresi yang mungkin terkait dengan faktor-faktor seperti sarana ekonomi yang terbatas dan citra diri yang negatif (Sue & Sue, 2008b). Konselor krisis yang mendekati wanita dalam krisis yang dihadapinya sebagai anggota dengan kepekaan budaya terhadap realitas, pandangan dunia dalam hal hubungan, dan masalah dan kebutuhan spesifiknya, serta kesadaran. dari counterertransference-nya (konselor) sendiri, akan lebih mampu menilai dan mengatasi situasi krisis.

3. Orientasi Seksual

Orientasi seksual adalah pada kontinum yang berkisar dari ketertarikan sesama jenis ke ketertarikan lawan jenis (SAMHSA, 2003). Populasi yang termasuk dalam diskusi di sini adalah populasi gay, lesbian, biseksual, dan transgender (GLBT). Individu transgender, yang mengikuti peran gender lawan jenis atau saya lawan jenis, mungkin menemukan diri mereka tertarik pada pria atau wanita (salah satu atau keduanya); biasanya, "transgender" adalah istilah yang digunakan untuk individu yang akan melakukan pergantian tugas seksual. Seperti kelompok lain yang dibahas dalam bagian ini, klien GLBT mengalami penindasan dan diskriminasi. Mereka juga mungkin berjuang dengan identitas, keluar, penuaan, penyalahgunaan zat, dan masalah HIV (Sue & Sue, 2008a). SAMHSA (2003) merangkum beberapa masalah klinis yang dialami oleh populasi GLBT yang harus dipertimbangkan oleh konselor. Seorang konselor harus menyadari bahwa:

- a. Seorang klien mungkin memerlukan eksplorasi keadaan dan pengalamannya.
- b. Ada larangan hukum terhadap perilaku klien.
- c. Klien dapat mengalami diskriminasi.
- d. Klien mungkin memiliki homofobia terinternalisasi.
- e. Klien mungkin menjadi korban kekerasan dan kejahatan rasial.

Konselor krisis yang peka terhadap masalah-masalah ini dapat menilai dan memperlakukan GLBT dengan lebih baik dalam situasi krisis.

4. Pendekatan Umum

Sekali lagi, konselor krisis harus peka terhadap masalah-masalah kontra-transferensi dan masalah-masalah yang berkaitan dengan penindasan dan diskriminasi (misalnya, homofobia yang terinternalisasi, kejahatan rasial / kekerasan) yang mungkin memicu situasi krisis. Kedua, konselor perlu menunjukkan keterbukaan untuk membahas isu-isu yang berkaitan dengan diskusi orientasi seksual yang dapat mencakup konselor yang menjawab pertanyaan tentang orientasi seksualnya sendiri dan berbicara dalam bahasa inklusif yang tidak membuat asumsi mengenai orientasi seksual. Ketiga, konselor perlu membentuk rencana penengangan dalam hal masalah-masalah umum yang mungkin dialami oleh klien ini, mendukung ketersediaan, hubungan saat ini dan masa lalu dengan orang lain dan keluarga yang signifikan, kenyamanan dengan seksualitas, dan masalah yang berkaitan dengan karier, keuangan, dan kesehatan (Miller, 2010 , hal. 301), erm dari "tahap kehidupan, sesuai dengan kebutuhan spiritual dan keagamaan (Sue & Sue, 2008a).

5. Etnis

Tinjauan Etnis Dalam konseling ras / etnis minoritas, adalah bukti penting bahwa mereka memiliki lebih banyak masalah kesehatan mental daripada kelompok ras / etnis mayoritas (Atkinson, 2004). Pada saat yang sama, konselor perlu menyadari bahwa klien etnik minoritas ras mungkin telah kehilangan tempat tinggal, penahanan, penyalahgunaan narkoba, perawatan kesehatan yang buruk) pada klien ras / etnis minoritas yang lebih tinggi secara proporsional dalam krisis mungkin mengalami masalah yang meningkat terkait dengan mengingat bahwa tidak ada kondisi tertentu (tingkat disproporsional kemiskinan (Atkinson, 2004) .Konselor krisis, kemudian, dapat menyadari bahwa klien ras / etnis minoritas dalam krisis mungkin mengalami masalah yang meningkat terkait dengan ras yang telah mengakibatkan situasi krisis.

Keterbukaan untuk mendiskusikan ras dan etnis dalam peningkatan aliansi terapeutik dan hasil perawatan (Cardemil Battle, 2003). Namun, konselor perlu melakukan pendekatan diskusi semacam itu dengan

sensitivitas yang besar terhadap kemungkinan pemindahan dan kontra-transfer yang dapat muncul hanya berdasarkan diskusi ras / etnis dalam sesi tersebut.

Pada dasarnya, setiap klien perlu dilihat sebagai individu yang memiliki identitas uniknya sendiri dengan ras / kelompok etnisnya sendiri. Konselor perlu bertanya kepada klien tentang identitasnya yang unik serta bagaimana identifikasi ini dilakukan dalam hal jejaring dukungan sosial dan komunitas terkait ras / etnis. Pada dasarnya, konselor perlu mempelajari pandangan dunia klien melalui lensa ras / etnisnya, yang termasuk, tetapi tidak terbatas pada: (a) label, seperti yang dipilih oleh klien, dari kelompok etnisnya (B) tahap pengembangan identitas dengan mana klien mengidentifikasi (c) dukungan sosial dan masyarakat dan (d) jaringan secara teratur. Konselor perlu mempelajari “sistem akar” ras / etnis klien.

Enam saran untuk konselor yang melakukan pekerjaan multikultural berkenaan dengan ras / etnis adalah (Cardemil & battle, 2003):

- a. Hindari membuat asumsi tentang klien dan keluarganya tentang ras / etnis.
- b. Memahami bahwa terkait dengan pengembangan identitas dan akulturasi, klien mungkin berbeda dari anggota lain dari ras / kelompok etnisnya.
- c. Tentukan bagaimana perbedaan antara konselor dan klien mengenai ras / etnis dapat memengaruhi konseling.
- d. Memiliki kesadaran akan kemungkinan pengaruh pada hubungan konselor / klien dari kekuasaan, hak istimewa, dan dinamika rasis.
- e. Bersedia mengambil risiko untuk berbicara dengan klien tentang ras.
- f. Bersedia belajar tentang ras dan keragaman

BAB XII

COUNSELOR SELF CARE

A. Counselor Self-Care

Kecenderungan profesional kesehatan mental untuk mengabaikan pemeriksaan diri-yang perawatan diri adalah komponen-sepanjang perjalanan pengembangan profesional sampai tiba saatnya ketika ia mulai mempertimbangkan pertanyaan profesional eksistensial dari “apa apakah ini semua tentang?” dan “berapa harga yang mau saya bayarkan untuk profesi ini?” dalam pendidikan formal dan pelatihan profesional kesehatan mental yang akan bekerja dalam situasi stres tinggi, perawatan diri jarang dibahas (christopher, 2006). Kami biasanya dilatih untuk lebih melihat kebutuhan kami sebagai profesional kesehatan mental dan untuk fokus pada perawatan orang lain (O'Halloran & Linton, 2000).

Penting bagi kita di profesi kesehatan mental (mahasiswa dan profesional berpengalaman) untuk merefleksikan seluruh pengembangan profesional kita pada perawatan diri kita dan berkomitmen pada praktik ini di seluruh karier kita. Setiap profesional kesehatan mental rentan terhadap kemungkinan gangguan (Norcross & Barnett, 2008). Komitmen untuk perawatan diri dapat dengan mudah membantu kami menjadi profesional kesehatan mental terbaik yang kami bisa dan dapat mencegah kemungkinan gangguan dalam pekerjaan terapi kami. Kita perlu mempraktikkan perawatan diri dari awal pekerjaan kita (Bein, 2008). Itu dapat membantu kita mendengarkan kisah-kisah sulit yang diceritakan klien kita. Perawatan diri dapat meningkatkan ketahanan yang dapat menghilangkan kelelahan yang digambarkan sebagai "kelelahan empati" ketika luka profesional kesehatan mental diaduk oleh kisah hidup klien (Stebnicki, 2007).

Perawatan diri juga dapat membantu kita menemukan kerentanan psikologis, spiritual, dan emosional kita, sehingga kita bisa menjadi penyembuh luka terbaik yang kita bisa, menjembatani dunia kesehatan dan dunia penyakit. Mempraktikkan perawatan diri dapat memperkuat kerentanan

kita sehingga kita dapat: (a) secara efektif menarik penderitaan yang kita alami di dunia (Bein, 2008), dan (b) membuat pilihan, memberikan empati, dan mengalami stamina dalam terapi yang bermanfaat bagi kesejahteraan klien (Mander, 2009). Jika kita tidak mengembangkan strategi koping, kita dapat meninggalkan profesi kesehatan mental, bertindak disfungsi di tempat kerja - mungkin dengan tidak menetapkan batasan yang tepat - atau berlatih saat mengalami gangguan. Kita harus memperbarui diri dan memelihara kebahagiaan kita (Willer, 2009).

Misalnya, waktu luang berdampak pada pekerjaan dan kehidupan pribadi para profesional kesehatan mental dengan mendorong keseimbangan dan integrasi, meningkatkan kemampuan mengatasi dan kinerja kerja, dan menciptakan koneksi yang bermakna (Grafanaki et al., 2005).

B. Peduli Diri Dalam Konteks Profesi Kesehatan Mental

Kebanyakan kode etik profesi kesehatan mental memiliki bagian tentang perawatan diri profesional, tetapi karena kita memasuki profesi ini untuk belajar membantu orang lain, fokus ini menjadikan perawatan diri proses yang rumit mempraktikkan perawatan diri sementara kita merawat orang lain (Norcross & Barnett, 2008). Karena hubungan terapeutik adalah inti dari proses terapeutik, dan profesional kesehatan mental mengundang kualitas hubungan terapeutik, perawatan diri profesional kesehatan mental memiliki pengaruh penting pada terapi (Norcross & Barnett, 2008). Oleh karena itu, profesional kesehatan mental memiliki tanggung jawab etis dan moral untuk berkomitmen pada perawatan diri.

Kita yang bekerja di bidang kesehatan mental sebagai profesional tahu pentingnya perawatan diri. Bagaimana kita bisa menghindari melihat perawatan diri dari imperatif etis yang diidealkan dan sebagai gantinya menggunakan imperatif etis sebagai lebih dari panduan? Di sinilah pandangan filosofis kita tentang perawatan diri sangat penting. Kita dapat membaca tentang perawatan diri dan menjadi frustrasi atau putus asa karena "kekacauan" menjadi manusia. Kita mungkin ingin mempraktikkan perawatan diri yang lebih baik, tetapi kehidupan mungkin telah memberi kita tekanan pribadi atau

profesional di mana kita tidak memiliki kendali dan bahwa, pada dasarnya, membatasi praktik perawatan diri kita dalam hal waktu, energi, atau uang.

Dampak positif dari terhubung dengan sumber daya ini dapat memiliki efek penularan positif pada klien kami. Dengan memelihara diri kita sendiri, kita dapat memelihara klien kita (Hood & Ersever, 2009). Latihan diberikan di akhir bab ini untuk membantu pembaca mengklarifikasi sumber daya ini. Namun, itu adalah dasar dari perspektif perawatan-diri yang sangat penting dalam pendekatan kami untuk perawatan-diri. Jika kita mengambil informasi tentang perawatan diri dan menerapkannya pada diri kita sendiri dengan cara yang idealistis, kaku, berbasis formula, kita bisa berakhir dengan kritik diri negatif tingkat tinggi. Secara paradoks, kita telah meningkatkan stres yang sedang kita coba kurangi. Kita juga dapat mempraktikkan perawatan diri dengan "sempurna" sehingga pada dasarnya menjadi bumerang: kita tertekan karena kita berusaha merawat diri sendiri.

Resolusi untuk ikatan dan paradoks semacam itu mengenai perawatan diri adalah berpegang pada kebenaran yang bertentangan karena keduanya benar: kita memang perlu mempraktikkan perawatan diri agar menjadi profesional kesehatan mental terbaik kita: dan kita perlu mengakui di muka bahwa ini adalah cita-cita yang tidak dapat kita raih, karena kita adalah manusia yang bekerja dengan manusia di dunia yang tidak sempurna. Sekeras apa pun kita berusaha, kita akan melakukan kesalahan dan tidak dapat mencapai yang ideal. Kita perlu menghindari bencana kegagalan kita dan ketidakmampuan kita untuk mencapai standar perawatan diri yang ideal. Kenyataannya adalah bahwa kita memiliki kesulitan dan tekanan di luar kendali kita, seperti halnya klien kita, dan kita bekerja di dunia yang tidak sempurna yang tidak selalu menyediakan sumber daya yang cukup atau tepat untuk diri kita sendiri atau untuk klien kita.

Kita perlu berlatih "perawatan diri di jalankan", yang berarti kita perlu untuk personalisasi dan individualize praktek perawatan diri kami dengan pertimbangan batas realistis yang kita hadapi dalam halwaktu, tenaga, dan uang. Kami harus fleksibel dan mudah beradaptasi sesuai kebutuhan kita

berubah dan konteks mengubah hidup kita. Kita perlu membuat komitmen untuk berlatih perawatan diri melalui integrasi kegiatan perawatan diri kami ke dalam kehidupan kita sehari-hari, dengan mendengarkan tingkat stres dan menanggapi mereka. Kita perlu untuk mengatasi seluruh keberadaan kita (pikiran, tubuh, emosi, dan semangat) melalui praktek seperti meditasi, berbicara diri, dan fisik, olahraga.

Sebuah bagian dari pendekatan ini adalah inclusion, kemudian, pengampunan diri ketika kita tidak mencapai cita-cita kami perawatan diri. Semdes (1984) memberikan model pengampunan diri dengan empat strages:

1. Terluka: Kami menyakiti diri kita sendiri melalui kesalahan dan keburukan kami
2. Benci: Kami benci ourselves karena telah berbuat salah
3. Menyembuhkan: Kami menulis naskah kita sendiri; kita membiarkan lain untuk mencintai kita
4. Home: perpecahan kami dalam diri kita sendiri di sembuh

Praktek pengampunan diri berlaku untuk praktek-praktek perawatan diri bahwa kami sangat berharap kita lakukan lebih baik. Sebagai contoh, mungkin sangat penting bagi kami untuk menurunkan berat badan, tetapi keras seperti kita berusaha, kita terus struggle dengan rencana penurunan berat badan yang masuk akal. Di sinilah aksioma yang tercantum di atas dan model pengampunan diri sangat penting. Mereka dapat membantu kita mengembangkan rencana perawatan diri yang realistis dalam konteks situasi kita sekarang dan menghindari diri kecaman keras yang dapat dengan mudah berkembang dari tidak mampu memenuhi cita-cita kami. Terhubung dengan konsep pengampunan diri kasih sayang diri. Cukup kasih sayang berarti bahwa kita adalah jenis ourselves dan menunjukkan pemahaman untuk ourselves ketika kita mengalami kegagalan, ketidakmampuan, dan kemalangan; kita menanggapi penderitaan manusia di s secara seimbang (Neff, 2008).

C. Kehabisan Tenaga Dan Penyebabnya

Awalnya burnout istilah berasal dari pandangan kejiwaan pasien neing “terbakar” dari perspektif holistik di mana mereka benar-benar kelelahan

(Paine, 1982, p.16), dan kemudian istilah mulai diterapkan untuk bekerja situasi di mana relawan perawatan health menunjukkan tanda-tanda masalah havingmore dari klien mereka (Freudenburger, 1974, 1976. tulisan Freudenburger ini didasarkan pada pengalaman di lembaga masyarakat penyalahgunaan narkoba New York City. Sementara penyalahguna narkoba diberi label “burnouts”, Freudenberger menggunakan istilah “burnout” untuk menggambarkan pekerja pada tahun 1974 artikelnya, “staf Burnout”. Ada banyak definisi burnout sebagai menggambarkan oleh symptoms (negativisme, kelelahan, sinisme, dll .; Leviton, 1993) atau dimensi (“kurangnya prestasi pribadi, exhauston emosional, dan depersonalisasi dan deindividuation klien”; Maslach & Jackson,1986, seperti yang dijelaskan dalam kanel, 2007, hal.32)

D. Pendekatan Perawatan Diri

Mereka kalanya orang perlu membatasi melakukan hal-hal baru, seperti membentuk hubungan baru dan mengakhiri yang lama, dan hanya beristirahat sebanyak yang mereka bisa, makan makanan bergizi, bersama teman-teman yang menerima dan memelihara, merawat tubuh mereka sendiri , mencintai diri sendiri sebanyak yang mereka bisa, dan menjaga hal-hal sebagai diprediksi mungkin sampai mereka berada di tempat yang lebih baik untuk lagi risiko perubahan dan menjangkau orang lain (Schneider, 1984).

Description atas mundur strategis adalah contoh bagaimana perawatan diri dapat digunakan dalam menghormati diri, cara yang penuh kasih. Kadang-kadang hidup hanya memberi kita terlalu banyak, dan perlu kita hanya melakukan yang terbaik yang kami bisa untuk menangkap napas kita, Untuk berkumpul kembali.

1. Teknin Umum

Ada banyak teknik tersedia untuk perawatan diri. beberapa di antaranya diuraikan dalam bagian bacaan tambahan di wnd bab ini. Beberapa yang disorot di sini.

Sebuah Penyalahgunaan Zat dan Logam Pelayanan Kesehatan Administration (SAMHSA) (2005) brosur menyediakan sepuluh tips untuk manajemen stres yang efektif:

- a. Biasakan diri Anda dengan tanda-tanda stres

- b. Cukup istirahat, berolahraga secara teratur, dan menjaga pola makan yang sehat.
- c. Memiliki kehidupan di luar pekerjaan Anda
- d. Hindari tembakau, alkohol, narkoba, dan kafein berlebihan
- e. Dapatkan kekuatan dari iman, teman, dan keluarga
- f. Pertahankan selera humor Anda
- g. Memiliki rencana kesiapsiagaan pribadi
- h. Berpartisipasi dalam pelatihan yang ditawarkan di tempat kerja Anda
- i. Dapatkan pemeriksaan fisik rutin
- j. Minta bantuan jika Anda membutuhkannya

2. Teknik Spesifik

Strategi manajemen stres individu spesifik termasuk edukatif, relaksasi, dan teknik terkait, dan model perilaku kognitif. (Kilburg, Nathan dan Thoreson, 1989). Strategi edukatif adalah yang terkait dengan lokakarya yang biasanya melibatkan kegiatan informasi dan pengalaman tentang manajemen stres. Sebagai contoh, sebuah bengkel mungkin memiliki komponen kesadaran tubuh menggunakan akronim berhenti. Berhenti seperti pengukur suhu, bisa mengingatkan kesehatan mental profesional untuk tidak menjadi terlalu lapar, marah, kesepian, atau lelah. Dan untuk mengatasi setiap area yang diperlukan untuk perawatan diri. Teknik relaksasi adalah yang melibatkan bidang yoga, meditasi, pelatihan relaksasi, biofeedback, dan sejenisnya. Model perilaku kognitif adalah mereka yang memeriksa ide-ide orang yang mendorong gangguan.

E. Komunitas Dukungan

Agar tangguh, kita perlu memiliki komunitas dukungan (Discovery Health Channel & APA, 2002). Membina hubungan dan lingkungan yang berkembang yang mencakup rasa kebersamaan membantu kita mengatasi stres secara pribadi dan profesional. Menjadi ulet dan mampu menghadapi kesulitan menyatu dengan kualitas jaringan sosial seseorang (Hoff et al., 2009). Kita perlu, sebagai profesional kesehatan mental, untuk memeriksa jaringan dukungan kami untuk menentukan apakah ada yang cukup untuk

membantu menopang kami dalam pekerjaan yang kami hadapi. Beberapa jenis dukungan khusus dibahas di sini untuk membantu dalam penilaian diri profesional kesehatan mental; menjinakkan, menanyai, "memiliki teman" dan berkonsultasi dengan penyelia, mentor, atau kolega.

Meredakan adalah proses membicarakan pengalaman yang berhubungan dengan krisis (Weaver, 1995). Ini sering bersifat informal dan tidak terencana. Itu harus positif, mendukung, dan tanpa kritik; itu harus melibatkan individu yang telah mengalami krisis secara intens, dan harus mendorong sesedikit mungkin cerita perang (Hartsough & Myers, 1985). Para profesional kesehatan mental dapat menemukan sangat membantu untuk memiliki seseorang yang dengannya mereka dapat dengan cepat memproses suatu situasi krisis yang mereka tangani.

Pembekalan adalah pertemuan formal yang biasanya terjadi di suatu tempat antara 24 dan 72 jam setelah krisis, dengan fokus pada mengatasi salah satu pengalaman emosional yang tersisa dari acara tersebut (Weaver, 1995). Sangat bermanfaat bagi profesional kesehatan mental untuk berkonsultasi dengan profesional lain mengenai tekanan yang dialami saat menangani situasi krisis.

Cukup "memiliki teman" dalam situasi stres tinggi membantu seseorang mengatasinya. Norcross dan Barnett (2008) mencontohkan pentingnya konsep ini ketika mereka bertanya dalam status mereka tentang memelihara hubungan, "Siapa yang mendukung saya?". Jauh lebih mudah untuk mengatasi stres ketika seseorang memiliki teman, secara pribadi atau profesional, dan ketika kita dapat melihat orang lain sebagai "di pihak kita". Perspektif ini, perasaan tidak sendirian, dapat memberikan oasis dukungan dan pengasuhan bahkan dalam menghadapi stres terbesar. Kelompok swadaya yang saling membantu juga dapat menjadi sumber dukungan.

Counseling dengan supervisor, mentor, atau kolega juga dapat mengurangi rasa kesendirian seseorang dan meningkatkan rasa dukungan. Pengawasan dapat mengurangi stres pekerjaan (Kilburg, Nathan, & Thoreson, 1989). Profesional tenaga kesehatan mental dengan penyelia,

mentor, atau kolega yang tepercaya mungkin merasa sangat didukung dalam mengatasi stres yang dialami berkaitan dengan krisis pribadi atau profesional.

F. Contoh Kasus

Kasus perawatan-kehidupan-sejati berikut dalam menanggapi stres pribadi dan profesional diselingi dengan huruf tebal di mana bagian-bagian teks tentang perawatan-diri tercermin.

Selama tiga tahun seorang profesional kesehatan mental berusia 50-an mengalami sejumlah besar stres pribadi dan profesional. Tiga krisis terjadi selama periode delapan bulan, dan sebagai tanggapan terhadap stres ini, profesional kesehatan mental mulai bekerja dari jam 4:30 pagi sampai 10 malam Senin hingga Jumat selama lima bulan, dan kemudian menambahkan jadwal kerja yang sama ke hari Sabtu atau hari Minggu selama dua tahun. Ini adalah tanggung jawab yang tidak dapat dihindari atau didelegasikan karena sifat krisis.

Selama masa ini, banyak orang mengatakan kepadanya bahwa dia akan pingsan secara mental dan / atau secara fisik di bawah tekanan, atau bahwa dia akan pingsan setelah itu berakhir. Profesional kesehatan mental bertekad untuk menemukan cara untuk hidup dengan tekanan pribadi dan profesional, yang belum pernah dia alami sebelumnya dalam hidupnya.

Meskipun dia belum pernah menjadi atlet, dalam menanggapi stres dia mulai berolahraga di pusat kesehatan setiap hari (kecuali Sundays) dari satu dan seperempat jam menjadi satu setengah jam dan berolahraga dengan pelatih pribadi tiga kali seminggu (komunitas dukungan: kehidupan pribadi jauh dari stres). Atas saran pelatihnya, dia, yang belum pernah bertinju sebelumnya, mulai bertinju untuk mengatasi stres. Dia menemukan bahwa meskipun dia tidak bisa mengenai siapa pun, dia menyukai gerakan yang dia alami ketika memukul tas dan memukul bantalan yang dipegang oleh pelatihnya. Dia kemas selama dua tahun (aktivitas fisik). Ketika stressor tambahan dialami di tempat kerjanya setelah dua tahun, dan pelatihnya

bertanya apakah dia ingin mencoba hula hooping, dia, yang tidak pernah bisa hula hoop, mulai hula hooping untuk mengatasi stres (aktivitas fisik).

Karena dia belum pernah juga ke hula hoop, dorongan dari orang-orang muda di pusat kesehatan setempat sangat berarti baginya (dukungan masyarakat). Mereka mengatakan hal-hal seperti "Kamu bisa melakukan ini", dan "Kamu harus berlatih untuk menjadi lebih baik." Tampaknya dia tiga bulan belajar hula hoop ("Kemajuan, bukan kesempurnaan", "Bertanggung jawab atas usaha, bukan hasil "). Selama waktu itu, banyak orang asing memberikan nasihatnya tentang bagaimana hula hoop, karena dia sangat buruk dalam hal itu (dukungan masyarakat). Itu juga menjadi jembatan antara dirinya dan orang lain di mana, sekali lagi, orang asing akan menceritakan kisahnya ketika mereka melihat hula-nya hulu di pusat kesehatan: "Dulu aku bagus dalam hal itu," . "Atau" Saya masih remaja ketika hula hoop ditemukan " (dukungan komunitas).

Jadi apa hubungannya cerita ini dengan perawatan diri? Profesional kesehatan mental menemukan bahwa sulit untuk menganggap dirinya terlalu serius pada hari yang dia mulai dengan hula hooping (bermain; menjalankan gangguan dengan diri sendiri; humor). Dia juga menemukan bahwa dia sangat buruk di hula hooping sehingga dia tidak bisa melakukan apa-apa atau memikirkan hal lain ketika hula hooping selain hula hooping itu sendiri (mindfulness).

Setelah tiga bulan, ia belajar hula hoop- dan dua minggu kemudian pergelangan tangannya rusak parah sehingga harus dioperasi. Satu minggu setelah operasi, dia menemukan dia bisa hula hoop dengan satu tangan mulai berlatih hula hooping setiap hari, karena itu adalah salah satu dari beberapa bentuk latihan yang masih bisa dia lakukan dengan pergelangan tangan yang patah (latihan fisik). Hula hooping memberikan harapannya untuk pemulihan selama rasa sakit istirahat, operasi, dan rehabilitasi (bermain; menjalankan gangguan dengan diri sendiri; humor).

Dia mulai membawa hula hooping ke dalam presentasi profesionalnya dan pelatihan mahasiswa pascasarjana dan profesional

kesehatan mental selama empat bulan ke depan (selama pergelangan tangannya dalam gips), menggunakan hula hooping sebagai metafora untuk perawatan diri. Misalnya, saat istirahat di kelas musim panas, ia mengundang para siswa untuk hula hoop bersamanya di daerah berumput di luar gedung tempat dia mengajar. Dia menemukan bahwa hal itu mengundang kegembiraan bagi semua orang yang dia percayai sangat penting untuk perawatan diri. Karena itu sangat luar biasa untuk diskusi khas tentang perawatan diri, itu membebaskan dia dan peserta untuk berbicara tentang perawatan diri dalam perspektif yang lebih realistis dan menyenangkan.

Profesional dalam contoh kasus ini adalah saya, penulis teks ini. Begitu banyak kesembuhan dan begitu banyak diskusi menyenangkan tentang perawatan diri menghasilkan keputusan saya untuk memasukkan pengungkapan pribadi ini dalam teks ini. Ini adalah contoh yang sangat baik (tetapi bukan ide dengan cara apa pun) perawatan diri yang dilakukan dalam menghadapi stres yang signifikan. Deskripsi yang lebih detail dari banyak perjalanan diuraikan dalam artikel "Menumbuhkan Kapasitas untuk Kegembiraan melalui perawatan sendiri oleh Terapis: Contoh Praktek Harian" (Ersever, Atkins, & Miller, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

- Sandoval, Jonathan. 2002. *Handbook of Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools. Second Edition*. London : Lawrence Erlbaum Associates.
- Cherry, Lisa R. Jackson., and Bradley T. Erford. 2018. *Crisis Assessment, Intervention, and Prevention*. USA: Pearson Education.
- Kaneez, Salma. 2015. *Grief, Traumatic Loss and Coping Following Bereavement: Case Study of Women*. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 18-23.
- Riyadi, Sujono., dan Teguh Purwanto. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sandoval, Jonathan. 2002. *Handbook of Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools*. London : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Miller, G. 2012. *Fundamental of Crisis Counseling*. New Jersey: John & Sons, Inc.
- Geri, Miller. *Fundamentals of Crisis Counseling*. John Wiley & Sons. Inc: Canada. 1955.

KONSELING KRISIS

Buku ajar ini merupakan salah satu media yang disusun untuk memfasilitasi proses belajar mahasiswa Program Studi Bimbingan dan Konseling, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Ahmad Dahlan pada matakuliah bimbingan dan konseling krisis (BK Krisis). Mata kuliah BK Krisis ini merupakan salah satu mata kuliah pilihan yang dapat diambil oleh mahasiswa yang memiliki minat untuk mempelajari masalah krisis, yang pada semester selanjutnya akan diteruskan pada mata kuliah BK Narkoba, BK Kebencanaan dan Praktik dan Assessment BK Krisis. Buku ajar konseling krisis ini menguraikan terkait konsep dasar masalah krisis, beberapa isu yang seringkali tidak lepas dari masalah krisis dan konsep konseling krisis baik pada aspek assessment maupun intervensi.

Penyusunan buku ajar ini dimaksudkan untuk menjawab masalah mahasiswa terkait kesulitan memperoleh referensi dalam belajar mata kuliah BK krisis. Harapan penulis adalah, buku ajar ini dapat membantu memudahkan proses literasi mahasiswa dan memperkuat pemahaman terkait konsep krisis serta intervensinya.