



## DAFTAR ISI

<b>BAB I MEMAHAMI ABNORMALITAS.....</b>	<b>1</b>
A. Kriteria Abnormal.....	1
B. Penyebab Abnormalitas.....	1
C. Psikologi Abnormal Sepanjang Sejarah.....	2
D. Metode Penelitian dalam Psikologi Abnormal.....	2
E. Pengalaman Manusia Mengenai Gangguan Psikologis.....	4
<b>BAB II KLASIFIKASI DAN RENCANA TREATMEN.....</b>	<b>6</b>
A. Klien dan Klinisi.....	6
B. Manual Statistik dan Diagnostik Gangguan Mental.....	7
<b>BAB III ASESMEN.....</b>	<b>19</b>
A. Definisi Asesmen.....	19
B. Pemeriksaan Status Mental.....	19
C. Tes Psikologi.....	23
D. Asesmen Perilaku.....	26
<b>BAB IV PERSPEKTIF TEORITIS.....</b>	<b>28</b>
A. Perspektif Psikodinamika.....	28
B. Perspektif Humanistik.....	33
C. Perspektif Sosiokultural.....	33
D. Perspektif Berdasarkan Perilaku dan Kognitif.....	34
E. Perspektif Biologis.....	34
<b>BAB V GANGGUAN KECEMASAN.....</b>	<b>35</b>
A. Gangguan Panik dan Agorafobia.....	35
B. Fobia Spesifik.....	36
C. Fobia Sosial.....	37
D. Gangguan Kecemasan Umum.....	38
E. Gangguan Obsesif Kompulsif.....	39
F. Gangguan Stres Akut dan Gangguan Stres Pasca-Trauma.....	41

<b>BAB VI GANGGUAN SOMATOFORM, FAKTOR PSIKOLOGIS YANG MEMPENGARUHI KONDISI MEDIS, DAN GANGGUAN DISOSIATIF...</b>	44
Gangguan Somatoform.....	44
Factor Psikologis yang Mempengaruhi Kondisi Medis.....	49
Gangguan Disosiatif .....	52
<b>BAB VII GANGGUAN SEKSUAL.....</b>	56
Paraphilia .....	56
Gangguan Identitas Gender.....	63
Disfungsi Seksual.....	64
<b>BAB VIII GANGGUAN MOOD.....</b>	69
Pengertian Gangguan Mood.....	69
Macam-macam Gangguan Mood.....	69
<b>BAB IX SKIZOFRENIA DAN GANGGUAN YANG TERKAIT.....</b>	74
Skizofrenia.....	74
Fase Skizoprenia.....	75
Karakteristik Skizofrenia.....	75
Tipe Skizofrenia.....	75
Gangguan Psikotik yang lainnya.....	79
<b>BAB X GANGGUAN KEPERIBADIAN.....</b>	84
Sifat Gangguan Kepribadian.....	84
Macam-Macam Gangguan Kepribadian.....	85
<b>BAB XI GANGGUAN TERKAIT PERKEMBANGAN.....</b>	93
Retardasi Mental.....	93
Gangguan Perkembangan Pervasif.....	94
Gangguan Pemusatan Perhatian dan Perilaku yang Mengganggu.....	96
Gangguan Belajar, Komunikasi dan Keterampilan Motorik .....	98
Gangguan Kecemasan Akan Perpisahan .....	101
Gangguan yang Terjadi Pada Masa Kanak-Kanak.....	101
<b>BAB XII GANGGUAN TERKAIT PENUAAN DAN KOGNITI.....</b>	104
Delirium .....	104
Gangguan Amnestik .....	105
Cedera Otak Traumatis.....	106

Demensia .....	106
<b>BAB XIII GANGGUAN TERKAIT PENGGUNAAN NARKOBA.....</b>	<b>113</b>
Sifat Penyalahgunaan Narkoba dan Ketergantungannya.....	113
Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Terkait Penggunaan Narkoba.....	113
Alkohol .....	114
Zat Selain Alkohol .....	115
<b>BAB XIV GANGGUAN MAKAN DAN GANGGUAN KONTROL- IMPULS.....</b>	<b>124</b>
Gangguan Makan .....	124
Gangguan Kontrol Impuls .....	127
Kecanduan Internet .....	134
Perilaku Melukai Diri Sendiri .....	134
<b>BAB XV ISU ETIKA DAN HUKUM.....</b>	<b>135</b>
Isu-Isu Etika .....	135
Masalah Forensik dalam Treatmen Psikologis .....	136

**BAB 1**  
**MEMAHAMI ABNORMALITAS**  
**Sekilas Pandang Sejarah dan Metode Penelitian**

Abnormalitas didefinisikan sebagai hal yang jarang terjadi (seperti kidal) atau penyimpangan dari kondisi rata-rata (seperti tinggi badan yang ekstrem). Dalam psikologi abnormal kriteria statistik semacam itu tidak dianggap relevan.

**A. Kriteria Abnormal**

Kriteria abnormalitas berdasarkan prosedur diagnosis terkini yang digunakan di komunitas kesehatan mental:

1. Distres yaitu pengalaman kesakitan emosional/fisik, merupakan sesuatu yang biasa terjadi dalam hidup. Suatu waktu tingkat kesakitan menjadi sangat besar hingga individu sulit berfungsi.
2. Impairment meliputi berkurangnya kemampuan seseorang untuk berfungsi pada taraf optimal atau pada taraf rata-rata.
3. Perilaku beresiko yaitu perilaku yang membahayakan atau mengancam kesejahteraan seseorang.
4. Perilaku yang tidak dapat diterima secara budaya dan sosial.

**B. Penyebab Abnormalitas**

Penyebab abnormalitas dikelompokkan menjadi tiga yaitu: biologis, psikologis dan sosiokultural.

<b>Tabel 1.1 Penyebab Abnormalitas</b>	
Biologis	Warisan genetik Kondisi medis Kerusakan otak Paparasi stimulus dari lingkungan
Psikologis	Pengalaman traumatis Asosiasi yang dipelajari Persepsi yang terdistorsi Cara berpikir yang salah
Sosiokultural	Gangguan dalam hubungan asmara Masalah dalam hubungan yang luas Huru hara politik atau sosial Diskriminasi terhadap kelompok sosial seseorang

### C. Psikologi Abnormal Sepanjang Sejarah

Sejarah memahami dan merawat manusia dengan gangguan psikologis dapat ditinjau melalui tiga tema yang berulang, yaitu: mistis, keilmuan, dan kemanusiaan. Tema mistis memandang abnormalitas sebagai akibat dari setan atau kepemilikan jiwa. Tema ini muncul pada masa prasejarah dan abad pertengahan. Tema keilmuan memandang abnormalitas sebagai akibat dari gangguan fisik ataupun psikologis dalam diri seseorang. Tema ini berasal dari Yunani dan Roma serta telah mendominasi sejak abad ke- 19. Tema kemanusiaan memandang abnormalitas sebagai akibat dari perlakuan yang tidak tepat oleh lingkungan sosial. Tema ini mendominasi pada masa pergerakan di abad ke- 18 dan masih dipertimbangkan pada lingkungan sosial saat ini.

### D. Metode Penelitian dalam Psikologi Abnormal

<b>Jenis metode ilmiah</b>	<b>Penggunaannya dalam mempelajari depresi</b>
Eksperimen	Efektivitas dari obat antidepresi dievaluasi dengan membandingkan skor pada tes yang mengukur depresi antara orang yang menerima obat dengan yang tidak menerima obat. <b>Tujuan:</b> untuk mengetahui apakah obat dapat bekerja lebih baik dibandingkan tanpa obat. <b>Keuntungan:</b> jika kelompok yang menerima obat menunjukkan kemajuan dibandingkan dengan yang tidak menerima obat, maka orang yang melakukan eksperimen dengan penuh percaya diri dapat membuat kesimpulan bahwa obat memiliki efek terapeutik. <b>Kerugian:</b> orang yang melakukan eksperimen mungkin mengalami kesulitan dalam menyembunyikan treatment pada orang yang menderita depresi.
Kuasi eksperimen	Membandingkan orang-orang yang memiliki perbedaan jumlah teman untuk mengukur depresi. <b>Tujuan:</b> untuk menentukan apakah kelompok yang memiliki perbedaan jumlah teman juga memiliki perbedaan tingkat depresi <b>Keuntungan:</b> ketika karakteristik orang dibandingkan, maka tidak dapat dimanipulasi. <b>Kerugian:</b> karena orang-orang yang ada dalam tiap kelompok tidak dipilih secara acak, orang yang melakukan eksperimen tidak dapat memastikan apakah mereka benar-benar memiliki kesamaan dalam segala hal, kecuali variabel yang relevan.

Korelasi	<p>Orang-orang yang mengalami depresi dites mengenai harga diri (<i>self-esteem</i>) untuk mengetahui apakah memiliki pandangan yang negatif mengenai diri mereka sendiri.</p> <p><b>Tujuan:</b> untuk meneliti hubungan antara depresi dengan keadaan psikologis lainnya.</p> <p><b>Keuntungan:</b> orang yang melakukan eksperimen dapat menentukan karakteristik psikologi lainnya yang menjadi karakter individu yang depresi.</p> <p><b>Kerugian:</b> orang yang melakukan eksperimen tidak dapat menentukan apakah depresi yang membuat orang memiliki harga diri yang rendah atau harga diri yang rendah menyebabkan depresi.</p>
Survei	<p>Kuesioner tanpa nama diberikan kepada ratusan orang yang meminta mereka untuk mengindikasikan apakah mereka memiliki simtom depresi.</p> <p><b>Tujuan:</b> untuk mendapatkan respons dari sampel yang <i>representative</i>, sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan untuk seluruh populasi.</p> <p><b>Keuntungan:</b> respons dari jumlah sampel yang banyak dapat diperoleh dengan jumlah kerugian yang sedikit.</p> <p><b>Kerugian:</b> pertanyaan yang diberikan kepada responden cenderung memiliki keterbatasan pada tingkat kedalamannya.</p>
Studi kasus	<p>Individu yang memiliki sejarah depresi digambarkan secara terperinci dengan penekanan pada perkembangan gangguan yang dialami oleh orang tersebut.</p> <p><b>Tujuan:</b> untuk memperoleh analisis yang mendalam dari satu individu tertentu untuk mendapatkan insight yang unik mengenai gangguan tertentu.</p> <p><b>Keuntungan:</b> banyak keadaan dalam kehidupan orang tersebut dan keadaan psikologisnya yang dapat dieksplorasi dengan tujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai individu tersebut.</p> <p><b>Kerugian:</b> apa yang menjadi ciri khas satu individu belum tentu menjadi ciri khas individu yang lain yang mengalami depresi.</p>
Desain subjek tunggal	<p>Orang yang depresi diberikan percobaan treatment tertentu dan dites setelah pemberian treatment tersenut untuk mengukur tingkat eektivitas treatment. Kemudian treatment dihentikan dan depresi diukur kembali. Siklus ini diulangi selama satu atau beberapa kali.</p> <p><b>Tujuan:</b> untuk menggunakan satu kasus tertentu dalam meneliti efek dari perubahan kondisi pada perilaku.</p> <p><b>Keuntungan:</b> dengan membandingkan penerimaan treatment terhadap orang-orang tertentu dengan dirinya sendiri, bukan dengan orang lain, perbedaan yang terdapat pada orang lain</p>

	<p>dalam riwayat kehidupannya atau kejadian yang terjadi baru-baru ini dapat diabaikan.</p> <p><b>Kerugian:</b> penelitian ini dapat menguras emosi individu karena harus melalui siklus secara terus-menerus, treatment yang diberikan dan dihentikan. Pada akhirnya, treatment mungkin dapat dipengaruhi oleh hasil treatment sebelumnya.</p>
--	---

### E. Pengalaman Manusia Mengenai Gangguan Psikologis

Gangguan psikologis tidak hanya memengaruhi individu yang menderitanya, namun juga keluarga, komunitas, dan lingkungan sosial. Individu-individu dengan gangguan psikologis diberikan stigma (label yang menyebabkan orang-orang tertentu mendapatkan sebutan berbeda, terganggu, dan terpisah dari anggota kelompok yang lain) yang menambah masalah sosial mereka. Anggota keluarga terpengaruh oleh perasaan tertekan yang dialami oleh orang tercinta mereka, dan juga turut merasakan stigma yang ada. Pada tingkat yang lebih luas, biaya sosial dan finansial dari masalah kesehatan mental tidak dapat diperkirakan.

<p><b>Tabel 1.3 Tujuan Kesehatan Mental Di Masa Depan</b></p>
<p>Masalah serius yang ditimbulkan oleh stigma menarik perhatian pemerintah federal yang kemudian mendirikan Commission on Mental Health. Komisi ini memberikan laporan pada tahun 2003 yang menyebutkan <b>enam tujuan kesehatan mental di masa depan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para warga Amerika perlu memahami bahwa kesehatan mental adalah hal yang penting bagi keseluruhan kondisi kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banyak orang dengan gangguan mental tidak mendapatkan perawatan.</li> <li>▪ Stigma mencegah seseorang mendapatkan perawatan yang mereka perlukan.</li> <li>▪ Diperlukan koordinasi yang lebih baik antara perawatan kesehatan mental dan perawatan kesehatan utama.</li> </ul> </li> <li>2. Perawatan kesehatan mental perlu didorong oleh konsumen dan juga keluarga: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistem kesehatan mental yang kompleks membuat banyak konsumen terkagum-kagum.</li> <li>▪ Konsumen dan keluarga tidak mengontrol perawatan diri mereka sendiri.</li> <li>▪ Konsumen dan keluarga memerlukan perawatan yang berdasarkan pada komunitas.</li> </ul> </li> <li>3. Pembedaan pada pelayanan kesehatan mental harus dihilangkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Populasi minoritas sering kali diabaikan.</li> <li>▪ Kaum minoritas mengalami kesulitan untuk menerima perawatan yang diperlukan.</li> <li>▪ Daerah pedesaan memerlukan peningkatan akses terhadap pelayanan</li> </ul> </li> </ol>

kesehatan mental.

4. Penyeleksian, pemeriksaan, dan referensi untuk pelayanan kesehatan mental secara dini harus dijadikan suatu kebiasaan:
  - Pemeriksaan dan treatment dini diperlukan sepanjang masa hidup.
  - Apabila tidak diatasi, gangguan yang muncul pada masa kanak-kanak dapat menimbulkan masalah di masa depan.
  - Sekolah dapat membantu penanganan masalah kesehatan mental.
5. Perawatan kesehatan mental yang sempurna harus diberikan dan penelitian harus dipercepat:
  - Penundaan antara penelitian dan penerapan terlalu jauh.
  - Kurangnya keuntungan yang ditawarkan oleh treatment yang tersedia.
  - Kebijakan pembayaran kembali (*reimbursement*) tidak mendorong pengalihan penelitian kepada penerapan.
6. Teknologi harus digunakan untuk mengakses perawatan kesehatan mental dan informasi yang terkait dengan hal berikut ini:
  - Akses kepada perawatan harus diperhatikan bagi daerah pedesaan dan pedalaman.
  - Teknologi informasi dapat meningkatkan sistem pencatatan medis.
  - Konsumen mungkin tidak memiliki akses kepada informasi kesehatan yang dapat dipercaya.

## **BAB II**

### **KLASIFIKASI DAN RENCANA TREATMEN**

#### **A. Klien dan Klinisi**

##### **1. Klien**

Pasien (*patient*) adalah sebuah istilah yang digunakan untuk merujuk kepada seseorang yang sakit, dan sesuai dengan model medis, seseorang yang secara pasif (dengan sabar) menunggu untuk dirawat. Beberapa orang termasuk mereka yang menerima treatment menolak penggunaan istilah pasien, karena terkait dengan penyakit. Mereka lebih memilih menggunakan istilah klien. Klien (*client*) merujuk pada orang yang mencari treatment psikologis, untuk menunjukkan fakta bahwa psikoterapi merupakan suatu proses kolaboratif.

Ketika kita membahas tentang istilah yang sesuai, penting untuk memahami bahwa seseorang bukanlah gangguan. Memanggil seseorang dengan sebutan “skizofren” menandakan bahwa individu tersebut sama dengan gangguan yang dideritanya dan hal ini menyembunyikan identitas individu tersebut sebagai seorang yang berada dibalik label yang diberikan. Sebuah frasa yang lebih sensitive adalah “seorang penderita skizofrenia”. Kata tersebut lebih menunjukkan penghargaan kepada individu yang bersangkutan dengan menyebutkan individu sebelum menyebutkan gangguan yang dideritanya.

##### **2. Klinisi**

Klinisi adalah seseorang yang lihai dalam mengobservasi manusia, ahli dalam hubungan manusia, fasilitator pertumbuhan, dan sebuah sumber yang membantu orang lain dalam menentukan pilihan hidup yang krusial. Seorang klinisi yang baik menilai orang lain, namun tidak secara arogan dan tetap sensitif, memiliki kepedulian untuk memahami dan memberikan tanggapan mengenai masalah dari orang yang datang untuk mencari bantuan. Para klinisi dapat ditemukan dalam beberapa jenis bidang pekerjaan, seperti: psikiatri, psikologi, kerja sosial, keperawatan, dan konseling keluarga. Mereka adalah para profesional yang terlatih menjadi pengamat perilaku yang objektif, fasilitator pertumbuhan, dan sumber daya bagi orang-orang yang menghadapi situasi-situasi yang sulit.

## **B. Manual Statistik dan Diagnostik Gangguan Mental**

Dalam membuat suatu diagnosis, para professional di bidang kesehatan mental menggunakan istilah dan definisi standar sebagai mana dimuat dalam *Manual Statistik dan Diagnostik Gangguan Mental (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-DSM)*, sebuah publikasi yang direvisi secara rutin untuk menjelaskan pengetahuan terbaru mengenai gangguan psikologis. Para klinisi dan peneliti menggunakan Manual Statistik dan Diagnostik Gangguan Mental edisi keempat (DSM-IV-TR) yang berisi deskripsi semua gangguan psikologis. Pada edisi terbaru penyusunan DSM telah berusaha memasukkan kriteria reliabilitas, sehingga diagnosis yang diberikan dapat diterapkan secara konsisten pada setiap orang yang menunjukkan serangkaian simtom yang khusus. Pada saat yang sama para peneliti berusaha meyakinkan validitas sistem klasifikasi, sehingga beragam diagnosis yang ada mewakili fenomena klinis yang nyata dan berbeda-beda. Perkembangan edisi terbaru ini, DSM-IV-TR, meliputi proses tiga tahap, yaitu penilaian yang komprehensif mengenai penelitian yang terpublikasi, analisis data penelitian secara seksama, dan uji coba lapangan. Penyusun DSM menyebut suatu fenomena sebagai sebuah gangguan mental jika hal tersebut signifikan secara klinis, jika mencerminkan suatu perilaku atau sindrom psikologis; jika berhubungan dengan distress, impairment, atau resiko; dan jika hal tersebut bukan merupakan pengecualian atau sanksi kultural. Panduan DSM-IV-TR didasarkan pada orientasi model medis, ketika suatu gangguan, baik fisik maupun psikologis, dipandang sebagai penyakit. Sistem klasifikasi bersifat deskriptif dan bukan berbentuk penjelasan, serta bersifat kategoris dan bukan dimensi. Diagnosis-diagnosis yang ada dikategorikan menurut area fungsi-fungsi yang relevan yang disebut sebagai Axis, yaitu Axis I (gangguan klinis), Axis II (gangguan kepribadian dan retardasi mental), Axis III (kondisi medis umum), Axis IV (masalah psikososial dan lingkungan), serta Axis V (penilaian fungsi secara global).

Proses diagnosis melibatkan penggunaan semua informasi yang relevan, sehingga tercapai sebuah label yang mencirikan gangguan klien. Pertama, para klinisi menyimak simtom yang dilaporkan oleh klien dan yang dapat diobservasi. Kriteria diagnostik dalam DSM-TR kemudian dilihat dan diagnosis alternatif dilakukan dengan proses diagnostik yang berbeda. Di luar label diagnostik, para

klinisi mengembangkan suatu formula kasus, suatu analisis terhadap perkembangan klien dan faktor-faktor yang mungkin memengaruhi kondisi psikologisnya saat ini. Para klinisi juga memperhatikan kontribusi etnik dan budaya terhadap masalah psikologis klien.

**Tabel 2.1 Gangguan-gangguan pada Axis I DSM-IV-TR**

<b>Kategori</b>	<b>Deskripsi</b>	<b>Contoh Diagnosis</b>
Gangguan-gangguan yang biasanya terdiagnosis pada masa bayi, anak-anak, atau remaja	Gangguan yang biasanya berkembang selama masa awal kehidupan, terutama melibatkan perkembangan dan maturasi yang abnormal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan belajar</li> <li>• Gangguan motorik, gangguan komunikasi, gangguan perkembangan persuasive (misalnya gangguan autisme)</li> <li>• Gangguan atensi dan gangguan perilaku yang merusak.</li> <li>• Gangguan kedut (<i>tic disorder</i>)</li> <li>• Gangguan eliminasi (<i>elimination disorder</i>)</li> </ul>
Delirium, demensia, amnesia, dan gangguan kognisi lainnya	Gangguan yang melibatkan kerusakan pada kognisi yang disebabkan oleh obat kimiawi tertentu atau kondisi medis tertentu lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium</li> <li>• Demensia (misalnya tipe demensia)</li> <li>• Gangguan amnesia</li> </ul>
Gangguan-gangguan mental yang disebabkan oleh kondisi medis tertentu	Kondisi yang ditandai adanya simtom mental yang diduga karena adanya akibat dari kondisi medis tertentu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan kepribadian karena kondisi medis tertentu</li> <li>• Gangguan mood karena kondisi medis tertentu</li> <li>• Disfungsi seksual karena kondisi medis tertentu</li> </ul>
Gangguan-gangguan yang berhubungan dengan penggunaan zat kimiawi	Gangguan-gangguan yang berhubungan dengan penggunaan atau penyalahgunaan zat kimiawi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan penggunaan zat kimia (misalnya ketergantungan obat-obatan dan penyalahgunaan obat-obatan)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan induksi zat kimia (misalnya keracunan zat kimia dan penolakan terhadap zat kimia tertentu)</li> </ul>
Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya	Gangguan yang melibatkan simtom psikotik (misalnya distorsi persepsi terhadap realita, kerusakan dalam proses berpikir, berperilaku afeksi dan motivasi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skizoprenia</li> <li>• <i>Schizophreniform disorder</i></li> <li>• <i>Schizoaffective disorder</i></li> <li>• Gangguan delusi (<i>delusional disorder</i>)</li> <li>• Gangguan psikotik singkat (<i>brief psychotic disorder</i>)</li> </ul>
Gangguan-gangguan mood ( <i>mood disorders</i> )	Gangguan yang melibatkan kekacauan mood	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan depresi mayor (<i>major depressive disorder</i>)</li> <li>• Gangguan distimik (<i>dysthymic disorder</i>)</li> <li>• Gangguan bipolar (<i>bipolar disorder</i>)</li> <li>• Gangguan cyclothymic (<i>cyclothymic disorder</i>)</li> </ul>
Gangguan-gangguan kecemasan ( <i>anxiety disorders</i> )	Gangguan yang melibatkan pengalaman kecemasan yang sangat kuat, kekhawatiran, atau ketakutan yang mengarah pada tingkah laku yang dilakukan untuk melindungi si penderita dari kecemasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan panik (<i>panic disorder</i>)</li> <li>• Agoraphobia</li> <li>• Fobia spesifik (<i>specific phobia</i>)</li> <li>• Fobia sosial (<i>social phobia</i>)</li> <li>• Gangguan obsesif-kompulsif (<i>Obsessive-compulsive disorder</i>)</li> <li>• Gangguan stres pasca trauma (<i>post-traumatic stres disorder</i>)</li> <li>• Gangguan kecemasan umum (<i>generalization disorder</i>)</li> </ul>
Gangguan-gangguan somatoform ( <i>somatoform</i> )	Gangguan yang melibatkan keluhan yang berulang dari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan somatisasi (<i>somatization</i>)</li> </ul>

<i>disorders</i> )	adanya simptom fisik atau permasalahan medis lainnya yang tidak ditunjang dengan adanya penemuan medis	<i>disorder</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan konversi (<i>conversion disorder</i>)</li> <li>• Gangguan nyeri (<i>pain disorder</i>)</li> <li>• Hipokondriasis (<i>hypochondriasis</i>)</li> <li>• Gangguan dismorfik tubuh (<i>body dismorphic disorder</i>)</li> </ul>
<i>Factitious disorders</i>	Suatu kondisi ketika simptom-simtom jasmani dan psikologis dimunculkan secara sengaja dengan tujuan untuk mendapatkan anggapan bahwa ia sedang sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Factitious disorder</i></li> <li>• <i>Factitious disorder by proxy</i></li> </ul>
Gangguan-gangguan disosiatif ( <i>dissociative disorders</i> )	Gangguan ketika integrasi normal kesadaran, memori, identitas, atau persepsi mengalami gangguan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amnesia disosiatif (<i>dissociative amnesia</i>)</li> <li>• Fugue disosiatif (<i>dissociative identity disorder</i>)</li> <li>• Gangguan depersonalisasi (<i>depersonalization disorder</i>)</li> </ul>
Gangguan-gangguan seksual dan identitas gender	Gangguan yang melibatkan kekacauan pada cara mengekspresikan atau pengalaman seksual yang normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfungsi seksual (misalnya gangguan rangsangan seksual [<i>sexual arousal disorder</i>])</li> <li>• Parafilia (misalnya fetisisme, pedofilia, <i>voyerism</i>)</li> <li>• Gangguan identitas gender (<i>gender identity disorder</i>)</li> </ul>
Gangguan-gangguan makan ( <i>eating disorders</i> )	Gangguan yang ditandai dengan permasalahan yang berat pada perilaku makan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anoreksia nervosa</li> <li>• Bulimia nervosa</li> </ul>
Gangguan-gangguan tidur ( <i>sleep disorders</i> )	Gangguan yang melibatkan adanya kekacauan pada pola tidur normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disomnia (misalnya insomnia, hipersomnia)</li> <li>• Parasomnia (misalnya gangguan mimpi buruk [<i>nightmare</i>])</li> </ul>

		<i>disorder</i> ], gangguan tidur berjalan [ <i>sleep walking disorder</i> ]).
Gangguan-gangguan kendali impuls ( <i>impulse-control disorders</i> )	Gangguan yang ditandai dengan adanya ekspresi perilaku impulsif yang berulang, sehingga individu dapat melukai dirinya sendiri atau orang lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelainan ekplosif berjeda (<i>intermittent explosive disorder</i>)</li> <li>• Kleptomania</li> <li>• Piromania (<i>pyromania</i>)</li> <li>• Perjudian patologikal (<i>pathological gambling</i>)</li> <li>• <i>Trichotillomania</i></li> </ul>
Gangguan-gangguan penyesuaian ( <i>adjustment disorders</i> )	Suatu kondisi yang ditandai dengan adanya perkembangan simptom emosional dan perilaku klinis yang signifikan dalam waktu 3 bulan yang diikuti dengan adanya serangkaian stresor yang tidak dapat diidentifikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan penyesuaian yang disertai kecemasan</li> <li>• Gangguan penyesuaian yang disertai mood depresi</li> <li>• Gangguan penyesuaian yang disertai gangguan perilaku</li> </ul>
Kondisi-kondisi lainnya yang menjadi fokus perhatian klinis	Kondisi atau permasalahan ketika seseorang mencari bantuan professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permasalahan dalam sebuah hubungan</li> <li>• Permasalahan yang berkaitan dengan pelecehan atau pengabaian</li> <li>• Faktor psikologis yang memengaruhi kondisi medis</li> <li>• Kondisi lain (misalnya kehilangan, permasalahan akademis atau pekerjaan, serta permasalahan dalam fase kehidupan)</li> </ul>

<b>Tabel 2.2 Axis IV DSM-IV-TR</b>	
<b>Kategori Permasalahan</b>	<b>Contoh</b>
Permasalahan dengan kelompok primer dukungan sosial: kanak-kanak	Kematian orangtua Masalah kesehatan yang dialami orangtua Pindah rumah Orangtua yang menikah kembali
Permasalahan dengan kelompok primer dukungan sosial: dewasa	Ketegangan dengan orangtua Perpisahan, perceraian, atau kerengganan, pelecehan fisik, atau seksual oleh pasangan
Permasalahan dengan kelompok primer dukungan sosial: orangtua-anak	Anak yang ditelantarkan Pelecehan seksual dan fisik kepada anak Orangtua yang terlalu protektif
Permasalahan yang berhubungan dengan lingkungan sosial	Kematian atau kehilangan seorang teman Isolasi sosial Tinggal sendiri Memiliki kesulitan dalam berakulturasi Penyesuaian diri terhadap transisi siklus kehidupan (seperti pensiun)
Permasalahan dalam bidang pendidikan	Permasalahan akademik Perselisihan dengan guru atau teman sekelas Buta huruf Lingkungan sekolah yang tidak adekuat
Permasalahan dalam pekerjaan	Pengangguran Terancam kehilangan pekerjaan Situasi kerja yang sulit Ketidakpuasan dalam pekerjaan Pekerjaan yang berubah Perselisihan dengan tetangga atau dengan pemilik tempat tinggal
Permasalahan ekonomi	Kemiskinan Keuangan yang tidak mencukupi Permasalahan kredit yang serius
Permasalahan yang berkaitan dengan akses mendapatkan pelayanan perawatan kesehatan	Asuransi kesehatan yang tidak memadai Pelayanan perawatan kesehatan yang tidak memadai
Permasalahan yang berhubungan dengan interaksi dengan sistem hukum/kejahatan	Ditahan Penahanan Korban kejahatan
Permasalahan psikososial lainnya	Mengalami bencana Kehilangan pelayanan dukungan sosial yang penting

<b>Tabel 2.3 Axis V: Global Assessment of Functioning Scale</b>		
<b>Rating</b>	<b>Level Simtom</b>	<b>Contoh</b>
91-100	Fungsi yang superior, tidak ada simtom-simtom	
81-90	Tidak ada simtom-simtom atau simtom yang minimal; secara umum individu berfungsi dengan baik disemua area; tidak lebih dari permasalahan sehari-hari	Kekhawatiran terjadi sekali-kali, misalnya kekhawatiran yang dapat dimengerti sebelum melakukan ujian atau merasakan kekecewaan karena mengalami kegagalan bidang atletik
71-80	Gejala yang muncul sementara waktu, simtom ringan yang muncul sebagai respons yang masuk akal terhadap situasi yang menimbulkan stres; tidak lebih dari gangguan ringan yang terjadi pada fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah	Kesulitan berkonsentrasi dalam mengikuti kegiatan yang menyenangkan; kesulitan tidur setelah menghadapi perselisihan dengan pasangannya
61-70	Simtom ringan atau mengalami beberapa kesulitan dalam fungsi sosial, pekerjaan dan sekolah	Insomnia ringan; depresi ringan
51-60	Simtom menengah atau mengalami kesulitan yang cukup berat dalam fungsi sosial, pekerjaan, dan sekolah	Serangan panic yang terjadi sesekali; konflik yang terrjadi dengan teman sekamar
41-50	Simtom yang serius atau gangguan yang serius dalam fungsi sosial, pekerjaan, dan sekolah	Adanya pikiran untuk bunuh diri; ketidakmampuan dalam mempertahankan pekerjaan
31-40	Gangguan yang serius pada pola pikir atau komunikasi atau gangguan berat pada beberapa area fungsi kehidupan	Cara berbicara yang tidak logis; krtidakmampuan untuk bekerja; mengabaikan tanggung jawab
21-30	Perilaku dipengaruhi oleh simtom psikosis atau kerusakan yang serius pada kemampuan berkomunikasi, dalam membuat pertimbangan, atau ketidakmampuan dalam melakukan fungsi kehidupan pada setiap area	Delusi atau halusinasi; tidak koheren; sibuk dengan pikiran bunuh diri; selalu berada di tempat tidur setiap saat setiap hari
11-20	Simtom yang berbahaya atau kerusakan yang sangat parah pada kemampuan berkomunikasi	Melakukan usaha bunuh diri, tanpa adanya harapan yang jelas untuk mati, membisu
1-10	Timbul perilaku menetap yang membahayakan bagi diri dan orang lain atau ketidakmampuan yang menetap untuk mempertahankan kebersihan	Kekerasan yang berulang; tindakan bunuh diri yang serius dengan harapan yang jelas untuk mati
0	Informasi yang tidak adekuat	

**Tabel 2.4 Sindrom Terkait Budaya dalam DSM IV-R**

Terdapat beberapa gangguan psikologi yang umum dihadapi, seperti depresi dan kecemasan. Meskipun dalam budaya tertentu ditemukan pola karakteristik dari gejala-gejala tersebut, banyak dari gejala tersebut yang memiliki kesamaan dengan satu diagnosis khusus dalam DSM IV-R. kondisi-kondisi ini disebut sindrom terkait budaya (culture-bound syndromes) yang merupakan pola perilaku abnormal yang terjadi berulang atau hanya dialami pada masyarakat atau budaya tertentu.

Sindrom terkait budaya dapat saja cocok dengan satu atau lebih kategori pada DSM IV-TR sebagaimana satu kategori didasari oleh DSM IV-TR terlihat sebagai sindrom terkait budaya karena spesifik pada masyarakat industry (contohnya anoreksia nervosa).

Tabel berikut menjabarkan beberapa penelitian mengenai sindrom terkait budaya dan bentuk distress yang dapat ditemui dalam praktik klinis di Amerika Utara yang mirip dengan kategori-kategori pada DSM IV-TR.

<b>Istilah</b>	<b>Lokasi</b>	<b>Deskripsi</b>	<b>Gangguan-gangguan pada DSM IV-TR</b>
<i>Amok</i>	Malaysia	Episode disosiatif dengan kemurungan yang dilanjutkan dengan kekerasan, agresif, dan mungkin terjadi keinginan yang meledak untuk melakukan pembunuhan atau kekejaman. Hal tersebut akan dipercepat dengan penghinaan; lebih sering terlihat pada laki-laki. Kembali pada kondisi sebelum terjadinya abnormalitas diikuti dengan ledakan perilaku.	
<i>Ataque de nervios</i>	Amerika Latin	Distres yang berhubungan dengan teriakan yang tidak terkontrol, tangisan, gemetar, dan agresi verbal, atau fisik. Disosiasi, serangan yang tiba-tiba, dan kemungkinan bunuh diri. Hal ini sering terjadi sebagai akibat dari kejadian yang menekan dalam keluarga. Hal ini akan kembali berulang pada kondisi sebelum terjadinya abnormalitas	Kecemasan Mood Disosiatif Somatoform
<i>Blis and colera</i>	Amerika Latin	Kondisi yang disebabkan oleh kemarahan atau kedukaan. Ditandai dengan terganggunya keseimbangan penting tubuh, mencakup ketegangan, sakit kepala, gemetar, teriakan, dan gangguan perut. Kelelahan kronis dan	

		kemungkinan kehilangan kesadaran.	
<i>Bouffee delirante</i>	Afrika Barat dan Haiti	Ledakan kegelisahan yang tiba-tiba dan perilaku agresif, bingung, serta kelelahan psikomotor. Kemungkinan terjadi paranoia, halusinasi visual dan pendengaran.	Psikotik singkat
<i>Brain fog</i>	Afrika Barat	Sulit beradaptasi, mengingat, dan berpikir, sering kali dialami oleh pelajar dalam merespons stres. Gejala lain mencakup rasa sakit pada leher dan kepala, adanya tekanan, serta mata menjadi kabur.	Kecemasan Depresi Somatoform
<i>Dhat</i>	India	Kecemasan yang hebat dan selalu merasa sakit yang berpusat pada pengeluaran sperma, pengeluaran warna urine, lemah, dan terjadi kelelahan yang ekstrem	
<i>Falling out atau blacking out</i>	Bagian selatan Amerika Serikat dan Karibia	Tiba-tiba ambruk, seringkali didahului dengan pusing. Kehilangan penglihatan dan kemampuan untuk bergerak sementara waktu	Konversi Disosiasi
<i>Ghost sickness</i>	Suku India Amerika	Obsesi akan kematian. Pikiran yang diwakili dengan mimpi buruk, kelemahan, ketakutan, kehilangan, hasrat, kecemasan, halusinasi, kehilangan kesadaran dan perasaan kekurangan napas	
<i>Hwa-byung (wool-hwa-byung)</i>	Korea	Perasaan yang timbul secara mendadak dari perasaan akan kemarahan sebagai akibatnya timbul gejala insomnia, kelelahan, panic, ketakutan akan kematian, perasaan putus asa (dysphoria), ketidaksanggupan mencerna makanan (indigestion), kehilangan hasrat, kesulitan bernapas (dyspnea), denyut jantung tidak teratur (palpitations), sakit-sakitan, dan perasaan sakit yang kuat di abdomen	
<i>Koro</i>	Malaysia	Suatu episode yang tiba –tiba dan kecemasan yang terjadi sangat kuat ketika penis atau vulva dan putting susu	

		akan menyusut, sehingga menyebabkan kematian
<i>Latah</i>	Malaysia	Hipersensitif saat terjadi kepanikan yang tiba-tiba, sering kali diiringi dengan gejala menirukan gerakan dan gesture orang lain (echopraxia), meniru kata-kata yang tidak sopan dari apa yang orang lain ucapkan (echolalia), mengikuti perintah orang lain, serta terjadi disosiasi, semua yang diuraikan termasuk karakter skizofrenia.
<i>Mal de ojo</i>	Budaya Mediterania	Mal de ojo diartikan sebagai mata setan dalam bahasa Spanyol. Anak-anak memiliki resiko yang terbesar; wanita dewasa memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan lelaki dewasa. Mal de ojo termanifestasi dari beberapa gejala, seperti tidur yang tidak tenang, menangis tanpa sebab yang jelas, diare, muntah, dan demam
<i>pibloktog</i>	Artik dan komunitas Eskimo Sub-Artik	Episode disosiatif yang tiba-tiba yang dihubungkan dengan serangan yang tiba-tiba dan koma. Selama terjadinya serangan, orang dapat merusak barang-barang, meneriakkan kata-kata cabul, memakan kotoran, dan menjadi berbahaya. Korban boleh jadi menarik diri untuk sementara waktu dari komunitas dan mengalami amnesia tentang serangan yang mereka alami.
<i>Qi-gong reksi psikotik</i>	Cina	Episode yang akut dengan adanya disosiasi dan paranoia yang dapat terjadi kemudian.
<i>Rootwork</i>	Bagian selatan Amerika Serikat, populasi Afrika Amerika dan Eropa, serta masyarakat Karibia	Interpretasi budaya yang ditandai dengan sakit yang mengarah pada kutukan, guna-guna, dan sihir, gastrointestinal, lemah, pusing, dan ketakutan akan diracuni atau dibunuh.
<i>Shen-K'uel</i>	Taiwan dan Cina	Gejala yang dicirikan pada kegagalan dalam menghasilkan sperma karena

<i>atau Shenkui</i>		berulang kali bersetubuh, masturbasi, dan pengeluaran pada waktu malam. Pusing, sakit pnggung, kelelahan, lemah, insomnia, mimpi yang berulang, dan disfungsi seksual. Kegagalan dalam menghasilkan sperma ditakuti karena mewakili hilangnya inti bagian vital, sehingga mengancam kehidupan seseorang
<i>Shin-byung</i>	Korea	Masalah kecemasan dan somatis diikuti oleh disosiasi serta dipengaruhi oleh arwah keluarga.
<i>Spell</i>	Komunitas Afrika Amerika dan Eropa di bagian selatan Amerika Serikat	Kondisi tak sadarkan diri ( <i>trance</i> ) dalam komunikasi dengan kerabat yang telah meninggal atau arwah yang mengambil tempat. Terkadang, berhubungan dengan perubahan kepribadian secara sementara.
<i>Susto</i>	Orang-orang latin yang berada di Amerika Serikat dan Meksiko, Amerika Tengah, serta Amerika Selatan	Sakit yang disebabkan oleh kejadian yang menakutkan karena perginya jiwa dari badan. Hal ini menyebabkan rasa tidak bahagia, sakit (sakit otot, sakit kepala, dan diare), ketegangan dalam peran sosial, gangguan nafsu makan dan tidur, kurang motivasi, harga diri rendah, serta kematian. Metode penyembuhan dengan memanggil kembali jiwa ke dalam badan dan membersihkan badan kembali serta penyeimbangan spiritual
<i>Taijin kyolusho</i>	Jepang	Ketakutan yang kuat akan ketidaksenangan akan salah satu bagian tubuh atau fungsinya. Malu atau merasa terhina dengan penampilan orang lain, bau, ekspresi wajah, atau gerakan.
<i>Zat</i>	Etiopia, Somalia, Mesir, Sudan, Iran, dan Afrika Utara serta masyarakat Timur Tengah.	Dipengaruhi oleh roh. Dapat menyebabkan disosiatif yang dicirikan dengan teriakan, tertawa, memukulkan, kepala pada bagian permukaan yang keras, bernyanyi, menangis, apatis, menarik diri, dan mengubah kebiasaan sehari-hari.

## **Perencanaan Treatment**

Jika suatu diagnosis telah ditetapkan, maka dibuatlah sebuah rencana treatment. Rencana treatment meliputi masalah-masalah yang menyangkut pengelolaan segera, tujuan jangka pendek, dan tujuan jangka panjang. Selain itu, direkomendasikan pula adanya suatu tempat treatment, seperti rumah sakit jiwa, layanan pasien rawat jalan, pusat rehabilitasi, program treatment harian, atau tempat lain yang sesuai. Bentuk treatment dibuat khusus dan mungkin melibatkan psikoterapi individual, terapi keluarga atau pasangan, atau terapi kelompok, atau terapi milieu. Klinisi juga akan melakukan pendekatan treatment dalam konteks dari perspektif teoritis yang sudah ada atau kombinasi beberapa perspektif. Setelah dibuat rencana treatment, klinisi menerapkan treatment tersebut dengan perhatian khusus pada fakta bahwa kualitas hubungan antara klien dan klinisi merupakan determinan yang penting, apakah terapi tersebut akan berhasil atau tidak. Meskipun banyak intervensi yang efektif, ada juga beberapa intervensi yang tidak efektif. Para profesional di bidang kesehatan mental mengetahui bahwa perubahan tersebut sulit dan banyak rintangan yang menghalangi dicapainya hasil yang positif.

## **BAB III**

### **ASESMEN**

#### **A. Definisi Asesmen**

Asesmen merupakan sebuah prosedur yang melibatkan evaluasi klinis terhadap seseorang dalam kerangka faktor-faktor psikologis, fisik dan sosial yang memengaruhi fungsi individu. Beberapa alat asesmen berfokus pada struktur dan fungsi otak, sementara alat lainnya menilai kepribadian, dan ada lagi yang berorientasi pada fungsi intelektual. Wawancara klinis merupakan alat asesmen yang paling abanyak digunakan untuk mengembangkan pemahaman terhadap klien, riwayat, serta aspirasi masa depan klien. Sebuah wawancara tidak terstruktur merupakan rangkaian pertanyaan terbuka yang membantu menentukan alasan klien mendapatkan treatment, simtom, kondisi kesehatan, latar belakang keluarga, dan riwayat hidup. Wawancara terstruktur yang didasarkan pada kriteria objektif terdiri atas serangkaian pertanyaan yang sudah terstandarisasi dengan kata-kata dan urutan yang sudah ditentukan sebelumnya.

#### **B. Pemeriksaan Status Mental**

Para klinisi menggunakan status mental (atau status terkini) untuk merujuk pada apa yang dipikirkan oleh klien, bagaimana klien berpikir, berbicara, dan berperilaku. Seorang klinisi menggunakan status mental (mental status examination) untuk memeriksa perilaku dan fungsi-fungsi seorang klien dengan perhatian khusus pada gejala-gejala yang dihubungkan dengan gangguan psikologis (Trzepacz & Baker, 1993)

Para klinisi menggunakan pemeriksaan status mental untuk mengevaluasi perilaku dan fungsi individu dengan perhatian khusus pada simtom-simtom yang berhubungan dengan gangguan psikologis. Klinisi mengevaluasi penampilan dan perilaku klien, orientasinya, isi pikirannya, gaya pemikiran dan bahasanya, afek dan moodnya, pengalaman-pengalaman yang berkaitan dengan persepsinya, kesadaran tentang dirinya, motivasinya, fungsi kognitifnya, serta insight dan penilaiannya.

**Tabel 3.1 Contoh-contoh Delusi**

Seluruh delusi berikut ini melibatkan suatu bentuk kepercayaan yang salah, yaitu mereka tidak konsisten dengan realitas eksternal dan tidak memiliki validitas bagi siapa pun kecuali orang yang memercayainya

<b>Tipe</b>	<b>Deskripsi</b>
Delusi kebesaran ( <i>grandeur</i> )	Suatu konsep berlebihan mengenai tingkat pentingnya seseorang. Rentang delusi tipe ini bergerak dari kepercayaan bahwa seseorang memiliki peran penting dalam masyarakat hingga kepercayaan bahwa orang tersebut sebenarnya adalah Yesus, Napoleon, atau Hitler.
Delusi dikendalikan ( <i>control</i> )	Perasaan bahwa seseorang dikontrol oleh orang lain atau bahkan oleh mesin atau peralatan tertentu. Sebagai contoh, seorang pria percaya bahwa perilakunya dikontrol oleh radio yang memaksanya untuk memunculkan perilaku yang berlawanan dengan keinginannya.
Delusi rujukan ( <i>reference</i> )	Kepercayaan bahwa perilaku orang lain, benda tertentu, atau kejadian-kejadian yang terjadi secara personal terkait dengan seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita percaya bahwa sebuah opera sabun benar-benar menceritakan kisah kehidupannya. Atau seorang pria percaya bahwa benda-benda yang diobral di pasar makanan lokal ditujukan khusus untuk mendukung program diet yang sedang dilakukannya.
Delusi kejaran ( <i>persecution</i> )	Kepercayaan bahwa orang lain atau orang-orang mencoba untuk mencelakai seseorang, keluarga orang tersebut, atau kelompok sosialnya. Sebagai contoh, seorang wanita merasa bahwa individu-individu yang tergabung dalam suatu kelompok politik liberal mencoba untuk merusak organisasi sayap kanan, tempat ia menjadi salah satu anggotanya.
Delusi menyalahkan diri sendiri ( <i>self-blame</i> )	Perasaan atau kekhawatiran tanpa justifikasi. Seorang pria merasa dirinya bertanggung jawab terhadap kelaparan di Afrika karena perilaku tidak menyenangkan tertentu yang ia rasakan pernah dilakukannya.
Delusi somatis ( <i>somatic</i> )	Kepedulian yang tidak tepat mengenai tubuh seseorang, biasanya terkait dengan suatu penyakit. Sebagai contoh, tanpa justifikasi apa pun, seorang wanita percaya bahwa ia menderita kanker otak. Sebagai catatan tambahan yang lebih ganjil, ia percaya bahwa banyak semut bersarang di dalam kepalanya dan memakan otaknya.
Delusi cemburu ( <i>infidelity</i> )	Suatu kepercayaan yang salah, biasanya terkait dengan kecemburuan patologis, termasuk masalah bahwa salah

	seorang pasangan tidak setia. Seorang pria sangat kasar terhadap istrinya dan memaksa sang istri untuk mengakui bahwa ia berselingkuh dengan tukang pos karena ia sangat bersemangat untuk mengambil surat-surat yang datang setiap hari.
<i>Thought broadcasting</i>	Ide bahwa pikiran seseorang disalurkan kepada orang lain. Seorang pria percaya bahwa mungkin pikirannya disalurkan oleh gelombang pada televisi atau radio.
<i>Thought insertion</i>	Kepercayaan bahwa pikiran-pikiran diselipkan ke dalam otak seseorang oleh suatu kekuatan yang berasal dari luar, sebagai contoh, seorang wanita menyimpulkan bahwa pikirannya bukan hanya miliknya semata, melainkan diselipkan ke dalam kepalanya untuk membuatnya kesal atau mengontrol dirinya.

**Tabel 3.2 Contoh-contoh Gangguan Pikiran**

<b>Tipe Gangguan Pikiran</b>	<b>Deskripsi</b>
Inkoheren ( <i>incoherence</i> )	Ucapan yang tidak komprehensif. Sebagai contoh, seorang klien yang ditanyakan bagaimana perasaannya menjawab, “ <i>the gutter tree ain’t here go far</i> ”.
<i>Loosening of association</i>	Aliran pikiran yang kasar, tidak fokus, dan tidak logis. Seorang klien merespons pertanyaan, “apa yang anda rasakan?” dengan “saya merasa cukup hari ini meskipun saya rasa tidak ada cukup kebaikan di dunia. Saya rasa harus berlangganan <i>National Geographic</i> ”.
Pemikiran tidak logis ( <i>illogical thinking</i> )	Pikiran yang dicirikan dengan kontradiksi dan penarikan kesimpulan yang salah. Sebagai contoh, seorang klien yang menyukai susu berpikir bahwa ia pasti bagian dari jenis kucing karena ia tahu bahwa kucing menyukai susu.
Neologisme ( <i>neologism</i> )	Kata-kata yang ditemukan oleh seseorang atau distorsi dari kata-kata yang ada ketika seseorang telah memberikan arti personal yang baru. Sebagai contoh, seorang wanita yang mengungkapkan kepeduliannya tentang fantasi bunuh diri yang dimilikinya mengatakan “saya tidak dapat menghindari pikiran-pikiran <i>gunly</i> tentang <i>murdeviuousness</i> ini”.

<i>Blocking</i>	Pengalaman ketika seseorang seperti kehilangan pikiran di tengah pidato yang membuatnya terdiam untuk beberapa saat, dapat beberapa detik, hingga beberapa menit
Sirkumstantialitas ( <i>circumstantiality</i> )	Percakapan yang tidak langsung dan tertunda dalam penyampaian inti masalah karena detil yang tidak relevan dan berlebihan. Dalam respons pertanyaan sederhana mengenai jenis pekerjaan yang ia lakukan, seorang pria menjawab dengan deskripsi yang sangat panjang mengenai pengalaman kerjanya selama 20 tahun.
Tangentialitas ( <i>tangentiality</i> )	Meninggalkan inti percakapan secara total. Sebagai contoh, ketika ditanyakan telah berapa lama ia mengalami depresi, seorang wanita mulai berbicara mengenai moodnya yang tidak bahagia dan ditutup dengan membiarkan kurangnya perhatian bagi orang yang mengalami depresi di Amerika Serikat.
Clanging	Cara berbicara ketika suara lebih mendominasi pembicaraan seseorang daripada isi dan pembicaraan itu sendiri. Ketika ditanyakan mengapa ia bangun sangat pagi, seorang pria mengatakan “The bell on my CLOCK, the smell from the SOCK, and the well was out of STOCK”.
Konfabulasi ( <i>confabulation</i> )	Fakta-fakta atau kejadian yang dibuat untuk mengisi pikiran seseorang. Hal ini bukanlah kebohongan yang disadari, namun merupakan usaha yang dimunculkan oleh individu untuk merespons pertanyaan yang diajukan dengan jawaban-jawaban yang terdengar seperti suatu kebenaran. Sebagai contoh, meskipun seorang klien tidak sepenuhnya yakin apakah ia telah memakan sarapan pada pagi itu, ia memberikan gambaran tentang sarapan yang biasanya ia makan dan bukan memberikan laporan mendetail tentang apa yang telah ia makan pagi tadi.
Ekolalia ( <i>echolalia</i> )	Pengulangan kata-kata atau frase-frase secara konsisten, seolah-olah seseorang mencoba mengejek atau memunculkan kesan sarkastis. Ketika seorang wanita ditanya oleh teman sekamarnya, “Jam berapa ini?” ia menjawab “jam...jam...jam...”

<i>Flight of ideas</i>	Pembicaraan yang cepat yang ditandai dengan akselerasi, perubahan topik secara mendadak, dan permainan kata-kata. Seorang pria dengan cepat berkata, “Saya harus pergi bekerja. Saya harus sampai disana secepat mungkin. Saya harus mendapatkan uang. Saya akan bangkrut”.
<i>Pressure of speech</i>	Pembicaraan yang sangat cepat dan terkendali, sehingga kelihatan seolah-olah individu memiliki dorongan yang kuat untuk melakukan menolong secara non-stop. Flight of ideas biasanya mencakup Pressure of speech.
Perseverasi ( <i>Perseveration</i> )	Pengulangan ide yang sama, kata-kata atau suara. Seorang wanita berkata, “Saya harus segera berpakaian. Saya harus segera berpakaian. Baju saya, baju saya, baju saya, saya harus segera berpakaian”.

### C. Tes Psikologi

Tes psikologi meliputi berbagai teknik untuk mendapatkan informasi mengenai fungsi psikologis yang dapat diberikan skor. Mereka yang mengembangkan dan melakukan tes psikologi mengikuti prinsip psikometri, seperti validitas, reliabilitas, dan standarisasi. Tes inteligensi, terutama skala Wechsler, menyajikan informasi berharga mengenai fungsi kognitif individu. Tes kepribadian, seperti inventori klinis *self-report* (misalnya MMPI-2) dan teknik proyektif (misalnya Rorschach) menghasilkan data yang berguna mengenai pemikiran, perilaku, dan emosi seseorang.

<b>Tabel 3.3 Kriteria Tes Psikologi Yang Baik</b>		
<b>Reliabilitas: Konsistensi Skor Tes</b>		
<b>Tipe Reliabilitas</b>	<b>Definisi</b>	<b>Contoh</b>
<i>Tes-retest</i>	Tingkat ketika skor tes yang diberikan seseorang pada suatu waktu sama dengan hasil tes yang diperoleh orang tersebut pada waktu yang lain.	Sutu tes kecerdasan harus memberikan skor yang sama bagi orang yang sama pada hari Selasa dan Kamis karena kecerdasan adalah suatu kualitas yang diasumsikan tidak akan berubah pada suatu waktu tertentu.

<i>Interjudge</i>	Tingkat ketika dua orang atau lebih memiliki suatu persetujuan mengenai bagaimana untuk mendapatkan skor pada suatu respons tertentu.	Pada skala 5 tingkat gangguan pikiran, dua orang pemberi skor harus memiliki nilai yang sama untuk suatu respons pasien jiwaan
Konsistensi internal	Bagaimana item-item dalam suatu tes berkorelasi satu sama lain.	Pada sebuah tes mengenai kecemasan, orang memberikan jawaban yang sama pada item-item yang didesain untuk mengukur seberapa cemas seseorang
<b>Validitas: seberapa baik suatu tes mengukur apa yang harus diukur</b>		
<b>Tipe validitas</b>	<b>Definisi</b>	<b>Contoh</b>
Isi	Seberapa baik suatu tes mencerminkan isi informasi yang ingin diigali.	Uji psikologi abnormal dari seseorang profesor berisi pengetahuan tentang psikologi abnormal dan bukan tentang pengetahuan musik tahun 1960-an.
Kriteria	Tingkat ketika skor tes terkait dengan cara yang diharapkan dengan pembandingan lain.	(lihat contoh spesifik berikut)
Konkruen	Seberapa baik nilai suatu tes terkait dengan ukuran lain yang dilakukan pada saat yang bersamaan.	Suatu tes tentang depresi harus menghasilkan nilai yang tinggi pada orang yang didiagnosis mengalami depresi.
Prediktif	Tingkat ketika nilai tes terkait dengan tampilan di masa depan	Seseorang yang memperoleh nilai tinggi pada ujian masuk sekolah diharapkan untuk mendapatkan nilai yang baik di sekolah.
Konstruk	Tingkat ketika suatu tes mengukur kualitas psikologi yang sesuai dengan kerangka teoritis.	Tes tentang depresi harus berkorelasi dengan karakteristik depresi yang dikenal, seperti rendahnya harga diri, rasa bersalah, dan rasa sedih.

**Tabel 3.4 Skala Klinis dan Validitas pada MMPI-2 dengan item yang diadaptasi**

<b>Skala</b>	<b>Nama skala</b>	<b>Isi</b>	<b>Item yang diadaptasi</b>
1	Hipokondriasis	Sibuk dan memperhatikan tubuh, ketakutan akan sakit dan penyakit, serta gelisah	Saya mengalami masa yang sulit dengan sakit kepala dan muntah-muntah
2	Depresi	Penolakan terhadap kebahagiaan dan perasaan berharga, keterlambatan psikomotor dan penarikan diri, kehilangan minat terhadap lingkungan sekitar, keluhan somatis, khawatir atau tegang, penolakan terhadap kemarahan, kesulitan mengendalikan proses berpikir	Saya harap saya bahagia seperti orang lain yang tampak bahagia di hadapan saya
3	Histeria	Reaksi histeris terhadap situasi stres. Berbagai macam keluhan somatis dan menyangkal adanya permasalahan psikologis, juga disertai dengan merasa tidak nyaman dalam situasi sosial.	Dimanapun saya berada kepala saya sering kali merasa sakit
4	Deviasi Psikopat	Kecenderungan asosial atau amoral, kurangnya rasa puas terhadap kehidupan, permasalahan keluarga, melanggar hukum, permasalahan seksual, memiliki kesulitan dengan pihak otoritas	Saya sering kali diminta ke ruang kepala sekolah karena perilaku saya yang buruk
5	Maskulin-Feminin	Batas yang menggambarkan stereotip individu terhadap tingkah laku dan sikap yang ditinjau dari peran seksualnya	Saya suka membaca cerita romantis (item pria)
6	Paranoid	Simtom paranoid, seperti munculnya ide-ide tertentu, munculnya perasaan telah dianiaya, pikiran yang berlebihan, curiga, sensitivitas	Saya akan lebih sukses jika orang lain tidak berlaku penuh dendam kepada saya

		yang berlebihan, opini dan sikap yang kaku	
7	<i>Psychastenia</i>	Keraguan yang berlebihan, kompulsi, obsesi dan ketakutan yang tidak masuk akal	Terkadang saya memiliki pikiran yang terlalu buruk untuk dibahas
8	Skizofrenia	Terganggunya pikiran, mood, dan perilaku	Saya memiliki pengalaman yang dapat dianggap aneh
9	Hipomania	Mood yang tinggi, berbicara dan gerakan motoric yang cepat, lekas marah, ide yang melayang, mengalami periode singkat depresi	Saya merasa bersemangat setidaknya satu kali dalam seminggu
0	Social interversion	Kecenderungan untuk menarik diri dari kontak sosial dan tanggung jawab	Saya biasanya tidak melakukan pembicaraan awal. Saya menunggu orang untuk berbicara kepada saya.
L	Skala Kebohongan	Self-presentation positif yang tidak realistis	
K	Koreksi	Dibandingkan dengan skala L, indikasi lebih terlihat dari adanya kecenderungan untuk menyangkal permasalahan psikologis dan menampilkan diri secara positif	
F	Frekuensi yang jarang	Menampilkan diri secara negative dan tidak realistis dengan cara memberikan respons pada berbagai item devian atau tidak normal.	

#### D. Asesmen Perilaku

Asesmen perilaku meliputi teknik pengukuran yang didasarkan pada perekaman perilaku seseorang, seperti self-report perilaku (cerita diri mengenai perilaku sendiri), wawancara behavioral, pemantauan diri, dan observasi perilaku.

Teknik psikologis-fisiologis dan fisiologis menilai fungsi dan struktur tubuh. Teknik psikologis-fisiologi meliputi pengukuran-pengukuran, seperti ECG, tekanan darah, EMG, dan pengukuran respons emosional lainnya. Pengukuran fisiologis meliputi teknik pencitraan otak, seperti EEG, CT scan, MRI, fMRI, PET, dan teknik lain untuk mengetahui abnormalitas di tubuh, terutama di otak. Teknik asesmen neuropsikologis menyajikan informasi tambahan mengenai disfungsi otak berdasarkan data yang diperoleh dari performa individu pada tes psikologi khusus seperti Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery.

## **BAB IV**

### **Perspektif Teoretis**

Perspektif teoritis memengaruhi cara klinisi dan para peneliti dalam menginterpretasikan serta mengorganisasikan observasi mereka terhadap perilaku.

#### **A. Perspektif Psikodinamika**

Perspektif psikodinamika merupakan orientasi teoritis yang menekankan pada determinan ketidaksadaran pada perilaku yang berasal dari pendekatan psikoanalisis Freud. Istilah *psikodinamika* digunakan untuk menggambarkan interaksi antara Id, ego, dan superego. Menurut ahli psikodinamika, orang menggunakan mekanisme pertahanan diri untuk menahan pikiran, insting, dan perasaan yang tidak dapat diterima keluar dari kesadaran. Freud menyatakan bahwa terdapat urutan perkembangan normal melalui serangkaian tahap yang ia namakan tahapan psikoseksual, setiap tahap memusatkan pada zona pemuasan kebutuhan seksual pada tubuh yang berbeda-beda: oral, anal, Phalik, dan genital.

Ahli teori post-Freudian seperti Jung, Adler, Horney, dan Erikson memisahkan diri dari teori Freudian karena mereka beranggapan bahwa Freud terlalu menekankan pada insting seksual dan agresi. Ahli teori relasi objek, seperti: Klein, Winnicott, Kohut, dan Mahler, menyatakan bahwa hubungan interpersonal terletak di dasar kepribadian, sehingga pikiran bawah sadar mengandung gambaran orangtua dan anak serta hubungan di luar orangtua dan anak.

Treatment dengan menggunakan perspektif psikodinamika menggabungkan teknik seperti asosiasi bebas, analisis mimpi, analisis transference, dan analisis resisten. Perdebatan yang serius mengenai prinsip dan teknik psikodinamika terus berlanjut, sebagian besar dalam debat ini memusatkan perhatiannya pada fakta bahwa konsep psikodinamika sulit untuk dipelajari dan diukur serta beberapa gagasan Freud dianggap tidak relevan dalam masyarakat kontemporer. Pendekatan terbaru yang berdasarkan teori relasi objek telah mengadaptasi konsep dari gaya kelekatan pada masa bayi untuk dapat memahami cara individu dewasa berhubungan dengan orang yang berarti dalam kehidupannya.

**Tabel 4.1 kategori dan contoh mekanisme pertahanan diri**

<b>Mekanisme pertahanan diri</b>	<b>Definisi</b>	<b>Contoh</b>
<i>High Adaptive Defenses</i> Humor	Respons yang sehat bagi situasi-situasi yang membuat stres  Menekankan aspek yang menyenangkan dari suatu konflik atau situasi yang menekan.	Maria menertawakan dirinya sendiri atas pengalaman yang memalukan ketika terpeleset si atas es saat sekelompok pria melihatnya
<i>Self-assertion</i>	Menghadapi situasi yang sulir dengan mengekspresikan perasaan atau pikiran secara langsung kepada orang lain.	Pedro mengatakan kepada ayahnya bahwa ia kecewa dan kesal ketika ayahnya berkata bahwa ia terlalu sibuk untuk hadir pada upacara kelulusan Pedro.
Supresi	Menghindari pikiran mengenai masalah-masalah yang mengganggu	Maureen membuat keputusan untuk tidak memikirkan masalah finansialnya ketika sedang belajar untuk ujian akhir.
<b>Mental inhibitions</b>	Pendekatan tidak sadar yang menolong seseorang untuk menjaga agar pikiran-pikiran, perasaan, kenangan, harapan, atau ketakutan yang mengganggu tidak memasuki area kesadaran.	
Displacement	Mengalihkan perasaan atau impuls tidak menyenangkan dari tingkat perasaan tersebut kepada seseorang yang lebih tidak mengancam atau kepada sebuah objek.	Setelah dikritik oleh atasannya, Fred tetap diam, namun kemudian meneriaki salah seorang anak buahnya tanpa alasan
Disosiasi ( <i>dissociation</i> )	Memecah kognisi, persepsi, atau proses motoric dari fungsi seseorang yang sebelumnya merupakan suatu kesatuan	Ketika dipermalukan di hadapan umum oleh pelatihnya di depan seluruh anggota tim hoki, Tim memilih memikirkan tentang suatu pesta yang akan dihidirinya nanti malam.
Intelektualisasi ( <i>intellectualization</i> )	Melakukan proses berpikir abstrak secara berlebihan dalam merespons suatu	Alih-alih memikirkan aspek tidak menyenangkan dari menempatkan sang ibu di

	masalah yang menyebabkan konflik atau stres.	panti jompo, Gabrielle berbicara panjang lebar mengenai keterbatasan dari sistem keamanan sosial.
Pembentukan reaksi atau reaksi formasi ( <i>reaction formation</i> )	Mengubah suatu perasaan atau hasrat tidak menyenangkan menjadi kebalikannya untuk membuat hal tersebut menjadi lebih dapat diterima	Jared yang diam-diam kecanduan pornografi, secara terang-terangan mengkritik guru SMU anak perempuannya yang memberikan tugas yang melibatkan sebuah novel dengan tema seksual.
Represi ( <i>repression</i> )	Secara tidak sadar menghilangkan harapan-harapan, pikiran, atau pengalaman tidak menyenangkan dari pikiran sadar.	Janine tidak mampu mengingat detail apa pun dari kecelakaan mobil traumatis yang pernah dialaminya.
<b>Minor Image-Distorting Defenses</b>	Distorsi dalam citra diri, tubuh, atau hal lain sebagai upaya untuk mengontrol harga diri.	
Devaluasi ( <i>davaluation</i> )	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan memberikan penilaian negatif terhadap orang lain.	Patrick menyatakan bahwa kesulitan berkomunikasi dengan kekasihnya terjadi karena kekasihnya tidak dewasa, memiliki IQ yang rendah, dan kurang gaya.
Idealisasi ( <i>idealzation</i> )	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan memberikan penilaian positif yang berlebihan terhadap orang lain.	Kathleen mengabaikan sikap tidak perhatian sang suami dengan meyakinkan dirinya serta orang lain bahwa sang suami tenggelam dalam pikiran-pikiran yang jenius dan kreatif.
<i>Omnipotence</i>	Merespons stres dengan bersikap superior kepada orang lain.	Semakin tinggi tekanan dalam pekerjaannya sebagai seorang pialang saham. Norman semakin sering berkata kasar kepada reaksi kerjanya.
<b>Pertahanan dengan cara menyangkal</b>	Menjaga pikiran, stresor, perasaan, impuls, atau tanggung jawab di luar batas kesadaran	

<b>(disavowal defenses)</b>		
Penyangkalan ( <i>denial</i> )	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan menolak untuk mengetahui suatu aspek realitas yang menyakitkan yang akan kelihatan jelas bagi orang lain	Alih-alih tenggelam dalam emosi menyakitkan mengenai diagnosis kanker yang baru diterimanya Candace bersikap seolah-olah tidak terpengaruh.
Proyeksi ( <i>projection</i> )	Memberikan karakter personal atau perasaan yang tidak menyenangkan kepada orang lain untuk melindungi ego seseorang yang memiliki atribut personal yang tidak menyenangkan	Tanpa menyadari reputasinya sebagai seseorang yang egois dan menyedihkan, Isabel sering kali mengeluh tentang rendahnya kualitas seseorang.
Rasionalisasi ( <i>rationalization</i> )	Menyembunyikan motivasi yang sebenarnya untuk pikiran, tindakan, atau perasaan dengan cara menawarkan kepastian atau sesuatu yang bermanfaat, namun tanpa penjelasan tepat	Untuk mengatasi kekecewaan atas kegagalan masuk tim bisbol. Peta meyakinkan dirinya bahwa ia tidak benar-benar ingin menjadi bagian dari tim lemah tersebut.
<b>Major image-distorting defenses</b>		
Splitting	Distorsi kasar terhadap seseorang atau orang lain	
	Menggolongkan tingkat afek yang berlawanan dan gagal mengintegrasikan kualitas positif dan negatif dari diri atau orang lain ke dalam suatu gambaran yang kohesif	Meskipun telah mengidolakan seorang profesor selama keseluruhan semester dan memperoleh nilai A dalam ujian, Marianne tetap memandang profesornya sebagai seseorang “yang kasar dan jahat”.
<b>Pertahanan dengan tindakan (<i>defenses involving action</i>)</b>		
<i>Acting out</i>	Respons terhadap konflik atau stres yang melibatkan suatu tindakan atau penarikan	
	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan suatu tindakan dan bukan dengan perasaan atau pikiran	Alih-alih mengatakan pada istrinya bahwa ia terluka oleh penolakan sang istri untuk melakukan hubungan seksual, Rafael memilih untuk membalas dendam dengan berselingkuh dengan seorang rekan kerjanya.

<i>Passive aggression</i>	Memunculkan suatu citra dihadapan public yang berupa kepatuhan berlebihan untuk menutupi resisitensi, kemarahan atau kebencian.	Kebencian Kevin terhadap pekerjaannya sebagai petugas kebersihan direfleksikan dengan cara membersihkan lingkungan kantor secara berlebihan, sehingga ara eksekutif sering kali terganggu oleh suara dan kehidupan yang muncul ketika ia sedang membersihkan kantor.
Regresi ( <i>regression</i> )	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan melakukan tindakan kekanak-kanakan.	Sebagai akibat dari ketidaksetujuan dengan rekan kerjanya. Andrienne berlari ke kamar mandi sambil menangis dan menunggu hingga seseorang datang dan menenangkan perasaannya yang terluka
<b>Pertahanan dengan melarikan diri dari kenyataan (defenses involving breaks with reality)</b>	Merspons stres atau konflik dengan melibatkan pikiran atau perilaku yang aneh	
<i>Delusional projection</i>	Secara delusi mengatribusikan sifat atau perasaan tidak baik kepada orang lain untuk melindungi ego seseorang dari atribut personal yang tidak menyenangkan	Meskipun Harry adalah seorang yang memusuhi setiap orang yang ditemuinya, ia meyakinkan dirinya bahwa para tetangganya membencinya dan berniat membunuhnya
<i>Psychotic distortion</i>	Mengatasi konflik emosional atau stres dengan cara melihat kepada interpretasi yang salah secara delusi terhadap kenyataan	Karena nilainya di sekolah mengalami penurunan, Yev membangun suatu kepercayaan bahwa semua professornya berniat menjatuhkan dirinya karena mereka ingin menyingkirkan imigran Rusia dari universitas tersebut.

## B. Pespektif Humanistik

Pusat dari perspektif humanistik adalah keyakinan bahwa motivasi manusia berdasarkan pada kecenderungan yang telah dibawahnya untuk berjuang bagi pemuasan kebutuhan diri dan dalam mencari makna hidup, gagasan yang berakar pada psikologi eksistensial. Terapi Carl Rogers yang berpusat pada pribadi memusatkan perhatiannya pada keunikan setiap individu, pentingnya membiarkan setiap individu untuk mencapai yang maksimal, dan kebutuhan individu untuk menghadapi secara jujur realitas pengalamannya di dunia. Aktualisasi diri dari Maslow memusatkan perhatian pada realisasi maksimum dari potensi individu terhadap perkembangan psikologis. Pada terapi *client-centered*, Rogers merekomendasikan bahwa terapis harus memperlakukan klient dengan penghargaan positif tanpa syarat dan empati, sambil menyiapkan model yang valid dan bersedia untuk mengungkapkan diri.

## C. Pespektif Sosiokultural

Para teoritikus dalam perspektif sosiokultural (*sociocultural perspective*) menekankan cara individu terpengaruh oleh orang lain, institusi sosial, dan kekuatan sosial yang berasal dari dunia yang mengelilingi mereka. Pendukung perspektif keluarga melihat individu sebagai komponen integral dari pola interaksi dan hubungan yang ada di dalam keluarga. Empat pendekatan utama adalah antar generasi, structural, strategis, dan berdasarkan pengalaman. Gangguan psikologis juga muncul karena adanya diskriminasi yang diasosiasikan dengan atribut seperti gender, ras, usia, atau tekanan yang diasosiasikan dengan kesulitan ekonomi. Individu juga dapat dipengaruhi dengan cara yang tidak baik oleh kesulitan sosial umum, seperti ketidakstabilan dan nilai-nilai yang tidak konsisten yang ada dalam masyarakat dan peristiwa sejarah yang merusak, misalnya revolusi politik, bencana alam, atau resesi ekonomi yang terjadi di seluruh bangsa. Tretmen dengan menggunakan perspektif sosiokultural ditentukan oleh banyaknya kelompok yang terlibat. Dalam terapi keluarga, anggota keluarga didorong untuk mencoba cara baru untuk saling berhubungan satu sama lain dan berpikir mengenai permasalahan yang mereka hadapi. Dalam terapi kelompok, orang berbagi cerita dan pengalaman mereka dengan orang lain dalam situasi yang sama. Terapi *milieu* memberikan

konteks ketika intervensinya adalah lingkungan, bukan pada individu, biasanya terdiri dari staf dan klien dalam suatu terapi komunitas.

#### **D. Perspektif Berdasarkan Perilaku dan Kognitif**

Menurut perspektif perilaku, abnormalitas disebabkan karena adanya proses belajar yang salah, menurut perspektif kognitif-perilaku (terkadang disebut dengan kognitif), abnormalitas disebabkan adanya proses berpikir yang maladaptive. Ahli behaviorisme berpendapat bahwa sebagian besar reaksi emosional diperoleh melalui pengondisian klasik. Pengondisian operan sesuai dengan penekanan Skinner mengenai penguatan, menyatakan bahwa mempelajari perilaku tidak terjadi secara otomatis. Proses memperoleh respons baru dengan mengobservasi dan melakukan imitasi perilaku orang lain yang disebut dengan modeling, telah dipelajari oleh ahli teori belajar sosial. Teori kognitif dari Beck menekankan pada gangguan dalam proses berpikir. Pada intervensi yang berdasarkan pada teori perilaku, klinisi berfokus pada perilaku yang dapat diamati., sementara mereka yang mengikuti perspektif kognitif bekerja dengan klien untuk mengubah pola berpikir yang maladaptif.

#### **E. Perspektif Biologis**

Dalam perspektif biologis, gangguan emosi, perilaku, dan proses kognitif terjadi karena adanya abnormalitas dalam fungsi tubuh, seperti gangguan pada otak, dan sistem saraf atau sistem endokrin. Faktor genetik seseorang juga dapat memberikan peranan penting terhadap munculnya gangguan tertentu. Sebagai usaha untuk mengukur peran relative faktor bawaan dan faktor lingkungan, peneliti telah menerima gagasan dari adanya interaksi antara genetic dan lingkungan sebagai contributor terhadap abnormalitas. Treatment berdasarkan model biologis melibatkan berbagai macam terapi somatic dengan treatment yang paling umum dilakukan adalah dengan menggunakan obat-obatan. Intervensi somatis yang lebih ekstrim melibatkan treatment psikosugeri dan elektrokonvulsif. Umpan-balik hayati merupakan intervensi somatik yang mengarahkan klien belajar untuk mengendalikan berbagai macam reaksi tubuh yang berhubungan dengan stres.

Dalam praktik kontemporer, sebagian besar klinisi menggunakan pendekatan yang integral yang mengharuskan mereka memilih aspek dari berbagai model, tidak hanya menyeleksi menjadi satu pendekatan. Tiga cara klinisi mengintegrasikan berbagai macam model adalah teknik dengan pendekatan eklektik, integrasi teoritis dan pendekatan faktor umum.

## **BAB V**

### **GANGGUAN KECEMASAN**

Gangguan kecemasan (*anxiety disorder*) suatu gangguan yang dicirikan dengan pengalaman ketergugahan fisiologis, kekhawatiran atau perasaan kosong, ketakutan berlebihan, penghindaran, dan terkadang ketakutan spesifik atau fobia. Orang yang mengalami gangguan kecemasan (*anxiety disorder*) dilanda ketidakmampuan menghadapi perasaan cemas yang kronis dan intens, perasaan tersebut sangat kuat sehingga mereka tidak mampu berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Mereka sulit menikmati situasi-situasi pada umumnya.

#### **A. Gangguan Panik dan Agorafobia**

Orang dengan gangguan panik (*panic disorder*) mengalami serangan panik (*panic attack*), periode ketakutan dan ketidaknyamanan fisik yang sangat yang membuat mereka merasa kewalahan dan ketakutan oleh sejumlah sensasi tubuh yang menyebabkan mereka merasa kehilangan kendali. Beberapa ahli menjelaskan gangguan panik sebagai suatu “ketakutan terhadap rasa takut”, kondisi yang membuat individu menjadi sangat sensitif terhadap tanda awal dari serangan rasa panik dan ketakutan terhadap serangan tersebut mendorong individu untuk menjadi sangat khawatir dan menghindari serangan lain. Treatment yang berdasarkan pada sudut pandang kognitif-perilaku meliputi metode, seperti latihan relaksasi dan *in vivo* atau *imaginal flooding* sebagai suatu cara untuk memutuskan siklus negatif yang dimunculkan oleh ketakutan individu mengalami serangan panik. Pengobatan dapat juga membantu mengurangi gejala yang muncul, khususnya obat antikecemasan dan antidepresi.

### **Karakteristik diagnostik serangan panic**

Serangan panik adalah sebuah periode ketakutan yang kuat atau ketidaknyamanan selama seseorang mengalami empat atau lebih gejala yang mengikuti, berkembang dengan cepat dan mencapai puncaknya dalam 10 menit.

- Palpitasi, detakan jantung jantung, atau kenaikan rata-rata detak jantung
- Berkeringat
- Gemetar atau guncangan
- Sensasi napas yang pendek atau tercekik
- Sakit pada bagian atas tubuh atau perasaan tidak nyaman
- Mual atau distres pada bagian perut
- Perasaan pusing, tidak tenang, sakit kepala
- Perasaan yang tidak realistis (*derealization*) atau sebuah sensasi ketika orang merasa menjadi terpisah dari dirinya (*depersonalisasi*)
- Ketakutan akan kehilangan kontrol atau menjadi gila
- Takut akan menjadi sekarat
- Sensasi yang menggelikan atau mati rasa
- Dingin atau panas

Saat mengevaluasi situasi seorang klien yang mengalami serangan panik, klinisi harus sangat mempertimbangkan kemungkinan bahwa klien memiliki kondisi medis yang menyebabkan gejala-gejala tersebut. Gangguan fisik, seperti hipoglikemia, hipertiroidisme, tumor sekresi insulin, sakit pernapasan atau kardiovaskular dapat menyebabkan gejala-gejala yang menyerupai panik.

### **Karakteristik Agorafobia**

- Orang dengan kondisi ini mengalami kecemasan ketika berada dalam tempat-tempat atau situasi yang sulit untuk melarikan diri atau tidak nyaman, atau tempat ketika mereka tidak mampu untuk mendapatkan pertolongan terhadap gejala-gejala panik atau serangan panik. Agoraphobia umumnya ketakutan yang mencakup situasi, seperti berada di luar rumah sendiri, berada dalam sebuah kerumunan atau berada di jalan, sebuah jembatan, serta bepergian dalam sebuah bus, kereta api atau mobil.
- Orang-orang dengan kondisi ini menghindari situasi menakutkan atau bertahan dengan menandai gejala-gejala distres atau kecemasan yang menyebabkan serangan panik atau mereka membawa teman yang akan ada bersamanya dalam kejadian ketika mereka panik.

## **B. Fobia Spesifik**

Fobia spesifik adalah ketakutan irasional terhadap suatu objek atau situasi tertentu. Ahli kognitif-perilaku menekankan bahwa pengalaman belajar terdahulu atau suatu siklus negatif, pikiran maladaptif yang memicu munculnya fobia

spesifik. Treatment yang direkomendasikan oleh pendekatan perilaku atau kognitif-perilaku seperti *flooding*, desensitisasi semantic, *imagery*, *in vivo exposure*, dan *participant modeling* sebagaimana prosedur yang ditujukan untuk mengubah pikiran maladaptive individu seperti restrukturasi kognitif, *coping self-statements*, penghentian pikiran dan peningkatan efikasi diri. treatment yang didasarkan pada sudut pandang biologis melibatkan penggunaan obat-obatan.

<b>Karakteristik Diagnostik Fobia Spesifik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnosis ditandai pada orang yang mengalami dan memiliki ketakutan menetap yang berlebihan dan tidak beralasan pada objek atau situasi yang spesifik (misalnya terbang, ketinggian, binatang, dan melihat darah).</li><li>• Saat berhadapan dengan stimulus fobia, mereka mengalami kecemasan yang tiba-tiba, kemungkinan bentuk dari sebuah serangan panik.</li><li>• Mereka menyadari bahwa ketakutannya berlebihan dan tidak beralasan.</li><li>• Mereka menghindari situasi distres atau gangguan pada rutinitas normal, pekerjaan, dan aktivitas yang berhubungan dengan orang lain.</li></ul>

### **C. Fobia Sosial**

Fobia sosial adalah ketakutan dipermalukan oleh orang lain. Orang yang memiliki fobia sosial (*social phobia*) akan merasa sangat cemas, tidak hanya dalam situasi di atas, namun juga dalam semua situasi ketika orang yang memiliki fobia tersebut merasa diamati oleh orang lain. Karakteristik utama fobia sosial adalah tidak masuk akal dan ketakutan yang mencekam saat berada dalam situasi publik. orang yang mengidap fobia ini akan merasa bahwa salah satu perilakunya akan diejek dan dikritik oleh orang lain di sekitarnya. Selain itu orang tersebut mengetahui bahwa ketakutannya tidak masuk akal, namun ia tidak dapat menghentikan kekhawatirannya bahwa orang lain seakan-akan memeriksanya. Pendekatan kognitif-perilaku bagi fobia sosial memandang gangguan ini sebagai suatu ketakutan yang tidak realistis atas kritik yang menyebabkan orang dengan gangguan ini kehilangan kemampuan untuk berkonsentrasi pada penampilan mereka dan mengalihkan perhatian mereka kepada perasaan cemas yang mereka rasakan yang pada akhirnya menyebabkan mereka membuat kesalahan, sehingga dirasa menakutkan. Metode perilaku yang menyediakan *in vivo exposure* yang sejalan dengan restrukturasi kognitif dan pelatihan keterampilan sosial tampaknya merupakan cara paling efektif untuk membantu orang yang mengalami fobia sosial

ini. Penggunaan obat adalah cara yang direkomendasikan oleh sudut pandang biologis bagi kasus yang berat.

#### **Karakteristik Diagnostik Fobia Sosial**

- Orang-orang dengan diagnosis ini ditandai pengalaman atau ketakutan terus-menerus dari situasi sosial ketika menampilkan sesuatu yang membuatnya bertemu dengan orang-orang yang belum dikenalnya. Mereka merasa takut akan terlihat cemas atau bertindak hal-hal yang memalukan.
- Saat mereka berhadapan dengan situasi yang menakutkan, mereka mengalami kecemasan, kemungkinan dalam bentuk sebuah serangan panik.
- Mereka mengenali bahwa ketakutannya tidak masuk akal.
- Kondisi ini menyebabkan tekanan atau gangguan dalam situasi normal yang rutin, kegiatan sehari-hari, dan hubungan dengan orang lain.

#### **D. Gangguan Kecemasan Umum**

Seseorang yang didiagnosis mengalami gangguan kecemasan memiliki beberapa kekhawatiran yang tidak realistis yang menyebar ke berbagai bidang kehidupan. Pendekatan kognitif-perilaku bagi gangguan ini menekankan penyebab yang tidak realistis dari kekhawatiran ini dan memandang gangguan ini sebagai suatu siklus yang terbentuk dengan sendirinya. Treatment kognitif-perilaku merekomendasikan untuk memecah siklus kekhawatiran negatif ini dengan cara mengajarkan kepada individu teknik-teknik yang dapat membantu mereka mengontrol rasa khawatir tersebut. Perawatan biologis menekankan penggunaan obat-obatan untuk treatment gangguan ini.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kecemasan Umum**

- Diagnosis ini dirancang bagi orang-orang yang mengalami kecemasan yang berlebihan dan perasaan cemas yang sering muncul selama kurang lebih 6 bulan, memengaruhi sejumlah aktivitas atau situasi, seperti sekolah atau pekerjaan.
- Kekhawatiran, kecemasan, atau simptom fisik lainnya yang berhubungan menyebabkan stres yang signifikan atau ketidakmampuan.
- Mereka merasa kesulitan dalam mengendalikan perasaan cemas.
- Kecemasan dan kekhawatiran mereka diasosiasikan sekurang-kurangnya dengan tiga hal berikut:
  - Gelisah
  - Mudah merasa lelah
  - Sulit berkonsentrasi
  - Mudah marah
  - Otot yang tegang
  - Gangguan tidur

## E. Gangguan Obsesif Kompulsif

Obsesi (*obsession*) merupakan ide, pikiran, impuls, atau gambaran yang menetap dan mengganggu. Orang dengan obsesi menyadari fakta bahwa kognisi ini muncul dari pola pikir mereka yang terganggu dan mereka dengan putus asa berusaha untuk mengabaikan atau menekan pikiran yang mengganggu ini atau mencoba untuk memikirkan hal lain. Kompulsi (*compulsion*) adalah pengulangan perilaku dan memiliki tujuan tertentu yang dilakukan sebagai respons terhadap dorongan yang tidak dapat dikendalikan atau dilakukan berdasarkan suatu ritual atau seperangkat aturan yang membentuk stereotip. Tidak seperti obsesi yang dapat menyebabkan kecemasan, kompulsi dilakukan sebagai usaha untuk mengurangi kecemasan atau stres. Gangguan yang dikenal dengan gangguan obsesif kompulsif (*obsession-compulsion disorder-OCD*) melibatkan baik komponen obsesi yang berulang dan kompulsi yang secara signifikan mengganggu kehidupan individu sehari-hari.

Pada gangguan obsesif-kompulsif, individu mengembangkan obsesi atau pikiran yang tidak dapat dikontrol dan kompulsi yang merupakan perilaku berulang. Suatu pemahaman kognitif-perilaku mengenai gangguan ini memandang gejala yang terjadi sebagai hasil asosiasi yang dipelajari antara kecemasan dan pikiran atau perilaku yang secara temporer dapat menghasilkan berkurangnya rasa kecemasan. Sekumpulan bukti mendukung suatu penjelasan biologis bagi gangguan ini yang sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa gangguan ini disebabkan oleh kadar serotonin yang berlebihan. Perawatan dengan penggunaan obat seperti klomipramina tampak efektif meskipun metode kognitif-perilaku yang melibatkan *exposure* dan penghentian pikiran juga cukup efektif.

<b>Obsesi</b>	<b>Kompulsi</b>
Timbul dorongan untuk meneriakkan kata-kata cabul di dalam kelas yang sunyi saat sedang mengikuti perkuliahan.	Perasaan tersebut mendorong individu untuk memainkan tutup pulpen persisnya sebanyak lima kali setiap kali dorongan untuk meneriakkan kata-kata cabul tersebut muncul

Tidak dapat menyingkirkan pikiran telah meninggalkan kompor gas dalam keadaan menyala	Merasakan dorongan yang tidak dapat ditolak untuk memeriksa kompor gas persisi sebanyak 10 kali sebelum meninggalkan rumah
Kekhawatiran yang terus-menerus akan terjadi sesuatu yang buruk kepada anggota keluarga ketika sedang tidur	Menaiki tangga dengan urutan yang tetap tiga langkah ke atas diikuti dengan dua langkah ke bawah dengan tujuan untuk menyingkirkan bahaya
Ketakutan yang dirasakan terus-menerus dengan gambaran sebuah mobil yang akan menabrak trotoar dan membunuh pejalan kaki	Berjalan sejauh mungkin dari jalan aspal dan memakai pakaian yang terang, sehingga dapat dengan mudah terlihat
Ketika sedang membuat makan malam, tersiksa dengan perasaan bahwa makanan yang dimasak akan terkontaminasi	Mensterilkan semua peralatan memasa dalam air mendidih, menggosok setiap panci dan wajan sebelum meletakkan makanan di dalamnya, dan menggunakan sarung tangan karet ketika memegang makanan.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Obsesif Kompulsif**

- Orang dengan gangguan ini menderita, baik oleh obsesi ataupun kompulsi yang pada suatu titik dirasakan berlebihan atau tidak masuk akal oleh orang tersebut. Obsesi dan kompulsi ini menyebabkan stres yang menghabiskan waktu lebih dari satu jam setiap harinya atau mengganggu rutinitas normal, fungsi individu, aktivitas sosial, atau hubungan secara signifikan.
- Obsesi ditandai dengan empat karakter utama berikut:
  - Pikiran, impuls, atau gambaran yang berulang dan menetap yang dirasakan mengganggu dan tidak tepat oleh penderita, sehingga menyebabkan kecemasan atau stres.
  - Bukan hanya sekedar kecemasan yang berlebihan terhadap permasalahan hidup.
  - Berusaha untuk mengabaikan atau merepresi pikiran, impuls atau gambaran tersebut, atau menggantikannya dengan pikiran atau tindakan lain.
  - Individu memahami bahwa hal ini merupakan akibat dari pikirannya sendiri (bukan karena adanya keyakinan yang bersifat delusi yang merupakan pikiran yang dimasukkan ke dalam otak individu)
- Kompulsi didefinisikan dengan dua karakter utama
  - Pengulangan perilaku (seperti mencuci tangan, memeriksa sesuatu, melatakan benda sesuai dengan urutan tertentu), atau aktivitas mental (seperti: menghitung, mengulang kata-kata tertentu dalam hati) yang menyebabkan orang tersebut sebagai respons terhadap obsesinya atau

peraturan yang bersifat kaku

- Perilaku atau aktivitas mental yang dimaksudkan untuk mencegah atau mengurangi stres atau untuk mencegah peristiwa atau situasi yang menakutkan, tetapi perilaku atau aktivitas tersebut jelas berlebihan atau tidak berhubungan dengan cara yang realistis yang pada awalnya ditujukan untuk menetralkan atau mencegah.

## F. Gangguan Stres Akut dan Gangguan Stres Pasca-trauma

Pengalaman traumatis (*traumatic experience*) adalah peristiwa yang mendatangkan bencana atau peristiwa yang menyakitkan yang menimbulkan efek psikologis dan fisiologis yang berat. Peristiwa traumatis mencakup tragedi personal, seperti berada dalam kecelakaan yang serius, menjadi korban kekerasan, atau mengalami peristiwa bencana yang mengancam hidup. Peristiwa traumatis dapat terjadi dalam skala yang besar dan dengan segera dapat memengaruhi seseorang misalnya kebakaran, gempa bumi, kerusuhan, dan perang. Beberapa orang kemudian mengembangkan gangguan stres akut (*acute stress disorder*) setelah mengalami peristiwa traumatis.

Pada gangguan stres pasca-trauma individu tidak mampu pulih dari rasa cemas yang dikaitkan dengan suatu kejadian traumatis, seperti tragedi atau bencana, suatu kecelakaan, atau keterlibatan dalam suatu pertempuran. Efek pasca kejadian traumatis meliputi kenang-kenangan, mimpi buruk, dan pikiran-pikiran yang datang yang mengganggu usaha individu untuk menyangkal bahwa hal tersebut pernah terjadi. Beberapa orang mengalami respons yang lebih singkat, namun lebih mengganggu terkait dengan kejadian traumatis, kondisi ini disebut dengan gangguan stres akut, berlangsung selama 2 hari hingga 4 minggu dan melibatkan gejala seperti yang dialami oleh penderita PTSD (*post-traumatic stress disorder*) pada periode waktu yang lebih lama. Pendekatan kognitif-perilaku memandang gangguan ini sebagai hasil dari pikiran negatif dan maladaptif mengenai peran seseorang dalam terjadinya peristiwa traumatis, perasaan tidak efektif dan terasing dari orang lain, serta cara pandang pesimis terhadap kehidupan sebagai hasil dari pengalaman tersebut.

Treatment dapat melibatkan pengajaran kepada penderita PTSD mengenai cara mengatasi masalah baru, sehingga mereka dapat lebih efektif mengatasi stres dan kembali membangun hubungan sosial dengan orang lain yang dapat

menyediakan dukungan berkelanjutan. Suatu kombinasi dari berbagai macam teknik, seperti terapi suportif dan manajemen stres, serta teknik tidak tertutup misalnya *imaginal flooding* dan desentisasi biasanya cukup membantu.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Stres Akut**

- Gangguan tersebut yang muncul satu bulan setelah peristiwa traumatis menyebabkan stres dan *impairment* yang signifikan secara klinis yang terjadi antara 2 hari hingga 4 minggu. Diagnosis ini ditunjukkan kepada orang yang mengalami stres atau *impairment* yang signifikan yang diasosiasikan dengan melihat secara langsung peristiwa traumatis dalam kondisi berikut:
  - Mereka mengalami, menyaksikan, atau berkonfrontasi dengan peristiwa yang melibatkan ancaman kematian atau luka serius yang actual, atau ancaman fisik terhadap dirinya atau orang lain.
  - Mereka merespons dengan ketakutan yang besar, ketidakberdayaan, atau kengerian.
- Baik selama atau setelah peristiwa, individu mengalami tiga atau lebih simptom disosiatif berikut:
  - Perasaan tidak terhubung, mati rasa, atau kurangnya respons emosional.
  - Berkurangnya perasaan waspada terhadap lingkungan di sekitarnya, ia merasa seperti berada dalam mimpi.
  - Merasa tidak berada dalam kenyataan (*derealization*).
  - Perasaan merasa tidak terhubung dengan dirinya sendiri (*depersonalization*)
  - Ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari trauma (disosiatif amnesia)
- Mengalami kembali peristiwa traumatis melalui gambaran, pikiran, mimpi, ilusi, episode kilas balik, atau perasaan mengalami kembali peristiwa tersebut yang terus-menerus muncul, atau orang tersebut merasakan stres yang kuat ketika diperhatikan kembali dengan hal-hal yang mengingatkannya pada peristiwa tersebut.
- Individu menghindari stimulus yang dapat membangkitkan hal-hal yang menimbulkan trauma.
- Individu mengalami simptom kecemasan atau meningkatnya kepekaan, seperti sulit tidur, mudah marah, kurangnya konsentrasi, kewaspadaan yang berlebihan, respons terkejut yang berlebihan, dan ketidakberdayaan.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Stres Pasca-Trauma**

- Gangguan tersebut yang menyebabkan tekanan yang signifikan secara klinis atau *impairment*, dialami oleh mereka yang pernah mengalami kejadian traumatis dalam kondisi berikut:

- Mereka mengalami, menyaksikan, atau melawan suatu kejadian yang melibatkan kematian atau mengancam keselamatan jiwa atau cedera fatal, atau suatu ancaman fisik terhadap diri mereka atau orang lain.
- Mereka terspons dengan penuh ketakutan, ketidakberdayaan, atau kengerian.
- Selama setidaknya 1 bulan, terdapat suatu peluang mengalami kembali kejadian traumatis dalam satu atau dua cara berikut:
  - Pengulangan dan tekanan yang intens dari kejadian-kejadian traumatis
  - Mimpi tentang kejadian menakutkan yang berulang.
  - Berperilaku atau merasa seolah-olah kejadian tersebut berulang (seperti: ilusi, halusinasi, disosiasi kenangan).
  - Tekanan intens dengan focus pada pertanda internal atau eksternal yang menyimbolkan atau mirip dengan suatu aspek dari suatu kejadian tertentu.
  - Reaksi fisik dengan memfokuskan pada pertanda internal atau eksternal yang menyimbolkan atau mirip dengan suatu aspek dari suatu kejadian tertentu.
- Selama setidaknya 1 bulan, terjadi penolakan terhadap rangsang yang terkait dengan suatu trauma dan kekakuan dalam memberikan respons umum, sebagaimana diindikasikan oleh setidaknya tiga hal berikut:
  - Usaha untuk menghindari pikiran, perasaan, atau percakapan yang terkait dengan kejadian traumatis.
  - Usaha untuk menghindari aktivitas, tempat, atau orang yang membangkitkan terjadinya trauma.
  - Ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting dari suatu trauma.
  - Hilangnya ketertarikan untuk berpartisipasi dalam berbagai aktivitas.
  - Perasaan menjauh, terkucil dari orang lain.
  - Cakupan afeksi yang terbatas (seperti ketidakmampuan untuk merasakan cinta)
  - Perasaan masa depan yang suram (seperti pesimisme tentang karier, keluarga, dan kehidupan).
- Selama setidaknya 1 bulan, terjadi gejala menetap dari ketergugahan yang meningkat, sebagaimana diindikasikan oleh setidaknya dua hal berikut:
  - Kesulitan tidur.
  - Kemarahan tidak terkontrol.
  - Kesulitan berkonsentrasi.
  - Kewaspadaan berlebih.
  - Respons berlebihan yang mengejutkan

**BAB VI**  
**GANGGUAN SOMATOFORM,**  
**FAKTOR PAIKOLOGIS YANG MEMENGARUHI KONDISI MEDIS, DAN**  
**GANGGUAN DISOSIATIF**

**A. Gangguan Somatoform**

**1. Pengertian**

Kata *somatoform* diambil dari bahasa Yunani *soma* yang berarti “tubuh”. Dalam gangguan somatoform (*somatoform disorder*) orang memiliki simtom fisik yang mengingatkan pada gangguan fisik, namun tidak ada abnormalitas organik yang dapat ditemukan sebagai penyebabnya. Semua simtom memiliki dasar fisiologi apakah simtom tersebut berupa abnormalitas dalam emosi, pikiran, atau fungsi tubuh.

**2. Macam-macam Gangguan Somatoform**

**a. Gangguan Konversi**

Gangguan konversi (*conversion disorder*) melibatkan adanya dorongan yang tidak dapat diterima atau konflik yang sangat menyulitkan yang diterjemahkan kedalam simtom tubuh motorik atau sensoris yang menyatakan adanya kondisi neurologis atau medis lainnya. Ciri yang utama dari gangguan ini adalah kehilangan atau perubahan fungsi tubuh yang berada di luar kemauan individu karena adanya konflik atau kebutuhan psikologis yang menyebabkan individu merasakan stres yang serius atau tidak dapat berfungsi secara normal dalam kehidupan sosial, pekerjaan, atau area penting lainnya dalam hidup. Gangguan konversi dinamakan demikian karena adanya keyakinan psikodinamika bahwa gangguan tersebut mencerminkan penyaluran atau *konversi* dari energi seksua atau agresif yang direpresikan ke simtom fisik. Gangguan konversi sebelumnya disebut *neurosis histerikal* atau *histeria*, dan memainkan peranan penting dalam perkembangan psikoanalisis Freud.

Menurut DSM, simtom konversi menyerupai kondisi neurologis atau medis umum yang melibatkan masalah dengan fungsi motorik (gerakan) yang volunter atau fungsi sensoris. Beberapa pola simtom yang “klasik” melibatkan kelumpuhan, epilepsi, masalah dalam koordinasi, kebutaan dan *tunnel vision* (hanya bisa melihat apa yang berada tepat didepannya), kehilangan

indera pendengaran atau penciuman, atau kehilangan rasa pada anggota badan (anestesi). Beberapa orang yang mengalami amnesia disosiatif dan gangguan konversi menunjukkan ketidakpedulian yang mengejutkan terhadap simtom-simtom yang muncul yang sering disebut *la belle indifference*.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Konversi**

- Diagnosis ini diberikan pada orang dengan satu simtom atau lebih atau gangguan yang dengan sendirinya memengaruhi fungsi sensoris dan motoric yang menandakan individu berada dalam kondisi neurologis atau kondisi medis umum.
- Faktor psikologis dinilai berhubungan dengan kondisi tersebut yang dimulai atau diperparah akibat adanya konflik atau stresor.
- Kondisi tersebut tidak secara sengaja diciptakan atau dipalsukan.
- Setelah penyelidikan yang memadai, kondisi klien tidak dapat diatribusikan dengan kondisi medis pada umumnya, akibat penggunaan obat-obatan terlarang, atau secara kultur memberikan sanksi kepada perilaku atau pengalaman tersebut.
- Kondisi tersebut menyebabkan stres dan gangguan yang signifikan atau membutuhkan evaluasi medis.
- Kondisi tersebut tidak terbatas pada rasa sakit atau disfungsi seksual atau tidak juga dapat dijelaskan dengan gangguan mental lainnya.
- Tipe-tipe kondisi medis (1) gangguan atau simtom motoric, (2) gangguan atau simtom sensoris, (3) kejang atau sawan, dan (4) simtom atau gangguan campuran.

#### **b. Gangguan somatisasi**

Gangguan somatisasi (*somatization Disorder*) yaitu suatu gangguan yang tipe somatoform yang melibatkan berbagai keluhan yang muncul berulang-ulang, yang tidak dapat dijelaskan oleh gangguan fisik apapun. Keluhan-keluhan yang diutaraka biasanya mencakup sistem-sistem organ yang berbeda. Gangguan ini bermula pada masa remaja/ dewasa muda dan merupakan gangguan yang kronis dan menetap sepanjang hidup. Orang dengan gangguan somatisasi biasanya berasal dari kelas sosial ekonomi bawah dengan tingkat pendidikan yang rendah dan perkembangan psikologis yang kurang memadai.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Somatisasi**

- Diagnostik ini ditujukan kepada orang yang bahkan belum mencapai usia 30 tahun yang telah memiliki banyak keluhan fisik selama bertahun-tahun, sehingga mereka mencari treatment atau mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dalam kehidupan sosial, pekerjaan, dan area fungsi penting lainnya.

- Individu mengalami simtom dari setiap 4 kategori berikut:
  - Sakit: memiliki setidaknya 4 simtom riwayat sakit (seperti sakit kepala, perut, punggung, sendi, dada, rektum)
  - Gastrointestinal: memiliki riwayat setidaknya dua simtom gastrointertinal (seperti mual, kembung, muntah-muntah, diare)
  - Seksual: memiliki riwayat setidaknya satu simtom seksual atau reproduksi selain dari rasa sakit (seperti disfungsi ereksi atau ejakulasi, menstruasi yang tidak teratur, pendarahan saat menstruasi).
  - *Pseudoneurological*: memiliki riwayat setidaknya satu simtom atau gangguan yang menandakan adanya kondisi neurologis yang tidak terbatas pada rasa sakit (seperti simtom konversi, misalnya gangguan koordinasi atau keseimbangan, paralisis atau kelemahan pada daerah tertentu, kesulitan menelan, halusinasi, kehilangan indera peraba atau sensasi terhadap rasa sakit, simtom disosiatif)
- Salah satu dari (1) simtom tidak dapat diatribusikan seluruhnya dengan kondisi medis tertentu atau karena penggunaan obat-obatan tertentu atau (2) jika terdapat kondisi medis tertentu, keluhan, atau gangguan fisik merupakan hal yang dapat dipergunakan untuk dapat memperkirakan apa yang akan terjadi.
- Simtom-simtom tidak ditampilkan dengan sengaja.

### c. Gangguan nyeri (*pain disorder*)

Gangguan nyeri (*pain disorder*) yaitu suatu bentuk rasa sakit (yang menimbulkan rasa stres atau gangguan personal yang kuat) merupakan fokus utama yang dikeluhkan medis yang disampaikan oleh pasien. Para peneliti telah menyatakan bahwa gangguan nyeri yang kronis diperkirakan berada dalam suatu spectrum yang disebut dengan *internalizing disorder* yang mencakup mood, kecemasan, dan gangguan somatisasi (Krueger, Tackett, & Markon, 2004). Dengan kata lain orang dengan gangguan tersebut tidak secara langsung mengekspresikan konflik emosional mereka, tetapi lebih memilih untuk menyimpan pengalaman tersebut secara internal.

#### Karakteristik Diagnostik Gangguan Nyeri

- Orang dengan gangguan ini mengeluarkan rasa sakit pada suatu tempat atau lebih yang cukup parah, sehingga membutuhkan perhatian klinis.
- Rasa sakit mengakibatkan stres atau impairment yang signifikan.
- Faktor psikologis dinilai memiliki peran yang penting atas serangan, tingkat keparahan, penambahan, atau menetapnya rasa sakit.
- Rasa sakit yang dirasakan tidak sengaja dimunculkan atau dipalsukan.

- Kondisi ini sebaiknya tidak dimasukkan kedalam gangguan mental lainnya.
- Tipe gangguan ini adalah (1) akut jika terjadi kurang dari 6 bulan atau (2) kronis jika terjadi selama 6 bulan atau lebih.

#### **d. Gangguan Dismorfik Tubuh**

Orang dengan gangguan dismorfik tubuh (*body dysmorphic disorder- BDD*) terlalu disibukkan, bahkan hampir pada titik mengalami delusi, dengan gagasan jika tubuh mereka jelek atau cacat. Mereka sangat dipengaruhi stres mengenai pemikiran adanya masalah dengan tubuh mereka, sehingga pekerjaan, kehidupan sosial, dan hubungan mereka pun terganggu. Mereka mungkin meyakini bahwa ada sesuatu yang salah dengan tekstur kulit mereka, mereka memiliki terlalu banyak atau terlalu sedikit rambut pada wajah, atau terdapat kelainan bentuk pada hidung, mulut, rahang, atau alis mereka (Elisen, Philips, Coles, & Rasmussen, 2004). Sebagian besar kekhawatiran pada orang-orang tersebut lebih bersifat imajinasi. Pada kesempatan lain, mungkin terdapat abnormalitas pada bentuk tubuh mereka, tetapi kekhawatiran mereka terhadap hal tersebut dibesar-besarkan.

Para peneliti menilai gangguan dismorfik tubuh sebagai bagian dari spectrum gangguan yang mencakup kondisi seperti gangguan obsesif kompulsif dan gangguan makan (Philips & Kaye, 2007). Selain itu banyak orang dengan gangguan dismorfik tubuh juga mengalami gangguan kepribadian (Philips & McElroy, 2000). Teknik kognitif-perilaku dan teknik perilaku efektif dalam menangani klien dengan gangguan dismorfik tubuh (Williams, Hadjistavropoulos, & Sharpe, 2006). Pada beberapa kasus, pengobatan seperti yang digunakan untuk menangani gangguan obsesif kompulsif dan depresi menghasilkan keringanan simtom (Philips, Pagano, & Menard, 2006).

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Dismorfik Tubuh**

- Orang dengan kondisi ini disibukkan dengan gambaran adanya kekurangan pada penampilan mereka. Bahkan jika ada kekurangan kecil, maka kekhawatiran mereka menjadi berlebihan.
- Perhatian mereka yang berlebihan menyebabkan stres dan gangguan.
- Perhatian mereka yang berlebihan sebaiknya tidak dimasukkan ke dalam gangguan mental lainnya seperti anoreksia nervosa.

#### e. Hipokondriasis

Orang dengan hipokondriasis (*hypochondriasis*) meyakini atau memiliki ketakutan jika mereka memiliki penyakit yang serius, sedangkan pada kenyataannya mereka hanya mengalami reaksi tubuh yang normal. Menanggapi kekhawatiran orang dengan hipokondriasis (kira-kira 1 hingga 3 persen dari populasi secara umum), tes medis gagal dalam menegaskan asumsi jika mereka mengalami penyakit fisik yang serius. Orang tersebut cenderung membesar-besarkan permasalahan normal yang terjadi pada tubuh mereka.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Hipokondriasis**

- Orang dengan gangguan ini disibukkan oleh ketakutan jika mereka memiliki penyakit yang serius, atau terhadap gagasan terhadap hal tersebut yang disebabkan interpretasi mereka yang keliru terhadap simtom pada tubuh.
- Mereka tetap disibukkan dengan ketakutan mereka meskipun telah ada evaluasi medis yang tepat atau individu telah diyakinkan oleh pihak medis.
- Kekhawatiran mereka tidak berhubungan dengan intensitas delusi atau secara khusus berhubungan dengan kekhawatiran terhadap penampilan.
- Kesibukan mereka terhadap ketakutan menyebabkan stres atau gangguan yang signifikan.
- Gangguan ini setidaknya terjadi selama 6 bulan.
- Ketakutan mereka sebaiknya tidak diperhitungkan dengan gangguan mental lainnya.

#### f. Malingering

Malingering melibatkan kesengajaan memalsukan simtom penyakit fisik atau gangguan psikologis dengan motif tersembunyi. Tujuan pemalsuan simtom tersebut yaitu untuk mendapatkan keuntungan finansial atau menghindari suatu hukuman.

#### **Karakteristik Diagnosis Gangguan Malingering**

- Orang yang pura-pura sakit (*malingers*) secara sengaja memalsukan atau secara berlebihan membesar-besarkan simtom psikologis atau fisik.
- Mereka dimotivasi oleh keuntungan tertentu, seperti menghindari tugas militer, pekerjaan, mendapat kompensasi finansial, menghindari tuntutan kriminal, dan mendapatkan pengobatan yang tidak dibutuhkan.

#### g. Factitious disorder

Factitious disorder merupakan suatu gangguan dimana seseorang memalsukan simtom atau gangguan, bukan karena adanya tujuan untuk

mendapatkan keuntungan tertentu, tetapi karena adanya kebutuhan dalam diri individu untuk mempertahankan rasa sakit. Simtom dapat berupa simtom fisik atau psikologis atau juga dapat berasal dari kombinasi keduanya.

#### **Karakteristik Diagnosis Gangguan Factitious Disorder**

- Label ini diberikan kepada orang yang dengan sengaja menampilkan atau memalsukan simtom fisik dan psikologis.
- Motivasi dari individu ini adalah untuk mendapatkan peran sakit.
- Tidak ada keuntungan eksternal, seperti keuntungan ekonomi atau menghindari tanggung jawab.
- Sebagian besar simtom dapat berupa simtom psikologis, fisik, atau kombinasi dari keduanya.

Dalam usaha memahami dasar dari berkembangnya gangguan somatoform, para teoritikus mempertimbangkan masalah keuntungan primer dan sekunder. Gangguan somatoform juga dapat dilihat sebagai akibat dari saling memengaruhi antara faktor biologis, pengalaman belajar, faktor emosional, dan kognisi yang salah. Suatu kombinasi teknik treatment dapat digunakan yang mendorong klinisi berjuang membangun suatu hubungan yang penuh dukungan dan rasa saling percaya dengan klien yang mengalami gangguan somatoform.

#### **B. Faktor Psikologis Yang Memengaruhi Kondisi Medis**

Sebagian besar orang menyadari jika kondisi tubuh dapat dipengaruhi secara negatif oleh faktor psikologis. Berbagai macam permasalahan pada tubuh dapat disebabkan atau semakin bertambah parah karena individu mengalami kecemasan, depresi, dan bahkan kemarahan. Kategori diagnostik dari faktor psikologis yang memengaruhi kondisi medis pada DSM-IV-TR meliputi situasi ketika faktor psikologis dan perilaku memiliki pengaruh yang buruk terhadap kondisi medis. Faktor psikologis diantaranya: gangguan pada Axis I (misalnya gangguan depresi berat), simtom psikologis (misalnya kecemasan yang memperburuk kondisi asma), trait kepribadian (misalnya permusuhan), perilaku kesehatan yang maladaptive (misalnya diet yang tidak sehat), respons fisiologis yang berhubungan dengan stres (misalnya bisul yang memburuk karena stres), dan faktor-faktor psikologis yang kurang spesifik (misalnya permasalahan interpersonal). Para peneliti dan klinisi

telah memfokuskan diri pada proses-proses ketika orang belajar mengatasi pengalaman emosi yang mengganggu serta mereka telah mengembangkan teori dan teknik yang canggih untuk melakukan coping. Dalam bidang psikoneuroimunologi, para ahli sedang mencari jawaban terhadap pertanyaan kompleks yang menyangkut sifat hubungan pikiran-tubuh.

**Tabel 6.1 Gangguan Tidur**

Kategori DSM-IV mengenai gangguan tidur meliputi sejumlah kondisi yang menyoroti hubungan antara gangguan psikologis dan gangguan pada tubuh. Bagi beberapa orang, konflik dan stres dimanifestasikan melalui gangguan tidur. Bagi sebagian lainnya, gangguan tidur yang disebabkan oleh permasalahan neurologis dapat menimbulkan gangguan emosional. Gangguan tidur merupakan kondisi yang kronis yang menyebabkan stres emosional yang besar dan memengaruhi kondisi normal. Kesulitan tidur atau gangguan tidur dapat menyebabkan cedera, penyakit kronis, atau kematian, juga dapat mengurangi kualitas dan produktivitas dalam hidup. (McKnight-Eily dkk., 2008) meskipun gangguan tidur secara teknis tidak masuk ke dalam kategori faktor psikologis yang dapat memengaruhi kondisi medis, bahasan tersebut relevan pada diskusi kita mengenai topik ini.

<b>Gangguan</b>	<b>Simtom</b>
Disomnia ( <i>dyssomnia</i> )	Gangguan pada jumlah, kualitas, dan waktu tidur.
Insomnia primer ( <i>primary insomnia</i> )	Kesulitan yang kronis untuk tidur yang dapat mengambil berbagai bentuk, yaitu kesulitan tidur, sering kali terbangun, atau dapat tidur sepanjang malam, tetapi tidak merasa telah beristirahat.
Hypersomnia primer ( <i>primary hypersomnia</i> )	Kebutuhan yang besar untuk tidur, diperlihatkan dengan kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, ingin sekali tidur pada saat siang hari, mencuri-curi waktu tidur siang, dan tidak dengan sengaja tertidur.
Gangguan irama tidur sirkadian ( <i>circadian rhythm sleep disorder</i> )	Gangguan untuk tidur maupun berfungsi pada siang hari yang disebabkan karena adanya gangguan pada siklus normal tidur-bangun, biasanya terjadi karena adanya pergantian <i>shift</i> saat kerja atau <i>jet lag</i> .
Gangguan tidur terkait dengan pernapasan ( <i>breathing-related sleep disorder</i> )	Sangat mengantuk pada siang hari karena sering terbangun pada malam hari akibat adanya permasalahan pada pernapasan (misalnya dengkur keras, bernapas dengan terengah-engah, atau gangguan saat bernapas).
Parasomnia	Kondisi yang melibatkan perilaku abnormal atau

	gerakan tubuh saat tidur atau saat transisi tidur-bangun.
Gangguan mimpi buruk ( <i>nightmare disorder</i> )	Individu mengalami mimpi buruk yang sangat hidup secara berulang kali, sehingga individu terbangun dan memiliki ingatan yang jelas terhadap bayangan yang menakutkan dari mimpinya.
Gangguan terror tidur ( <i>sleep terror disorder</i> )	Kondisi ketika individu secara berulang kali bangun dari tidurnya yang nyenyak secara tiba-tiba dan dalam keadaan panic, menyebabkan munculnya kecemasan yang kuat, kebingungan, dan disorientasi yang menyebabkan individu tidak dapat mengingat kejadian ini pada pagi harinya.
Gangguan berjalan pada saat tidur ( <i>sleep walking disorder</i> )	Kondisi yang melibatkan episode bangun dari tidur yang berulang, biasanya berjalan dengan pandangan yang kosong dan kurangnya responsivitas terhadap orang lain, dan individu mengalami amnesia mengenai episode tersebut pada pagi harinya.
Narkolepsi	Pengalaman serangan saat tidur yang tidak dapat dikontrol yang dapat terjadi di mana saja dan kapan saja, biasanya berlangsung antara 10 hingga 20 menit.

### **Karakteristik Diagnostik Faktor Psikologis Yang Memengaruhi Kondisi Medis**

- Diagnosis ini diberikan pada orang yang memiliki kondisi medis dan faktor psikologis yang memberikan pengaruh buruk terhadap kondisi medis dengan cara berikut:
  - Tidak ada hubungan waktu antara faktor psikologis dan awal munculnya permasalahan medis, apakah memperburuk kondisi medis atau memperlambat proses penyembuhan.
  - Faktor psikologis ini ikut memengaruhi treatment pada permasalahan medis.
  - Faktor psikologis menambah faktor resiko bagi individu.
  - Respons tubuh yang berhubungan dengan stres dapat memperbaiki atau memperburuk simtom permasalahan medis.
- Faktor psikologis dapat ditunjukkan dengan berbagai cara seperti pada simtom psikologis (misalnya depresi yang menghambat penyembuhan setelah operasi, kecemasan yang memperburuk kondisi asma), trait kepribadian (misalnya sifat permusuhan yang memberikan kontribusi terhadap penyakit jantung), perilaku kesehatan yang maladaptif (misalnya makan berlebihan), dan respons psikologis yang berhubungan dengan stres (misalnya ketegangan yang dirasakan pada sakit kepala).

## C. Gangguan Disosiatif/Dissociative Disorder

### 1. Pengertian

Gangguan disosiatif (*dissociative disorder*) merupakan sebuah kelompok gangguan yang ditandai oleh suatu kekacauan/disosiasi dari fungsi identitas, ingatan/kesadaran yang mempengaruhi kemampuan untuk mempertahankan sense of self yang terintegrasi. Oleh karena itu simptom-simptom tersebut dianggap lebih merefleksikan faktor psikologis dibanding faktor organis.

### 2. Macam-macam Gangguan Disosiatif

#### a. Gangguan Identitas Disosiatif

Gangguan identitas disosiatif (*dissociative identity disorder*) memiliki asumsi bahwa seseorang mengembangkan lebih dari satu jati diri dalam kepribadiannya. Kepribadian yang lain ini disebut **alter** dan inti kepribadian disebut dengan **host**. Kondisi ini mulanya disebut kepribadian ganda (*multiple personality disorder-MPD*). Pada gangguan identitas disosiatif, setiap alter memahami agar memiliki pola yang konsisten dan tetap dalam memaknai, berhubungan, serta berpikir mengenai lingkungan sekitar dan dirinya.

Karakteristik Diagnosis Gangguan Identitas Disosiatif
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnosis ini diberikan pada orang-orang yang memiliki dua atau lebih identitas atau kondisi yang terpisah, masing-masing dengan pola penerimaan yang menetap, berhubungan dengan, serta memikirkan mengenai lingkungan dan diri.</li><li>• Sedikitnya dua identitas atau kondisi kepribadian ini mengambil kontrol secara berulang pada perilaku orang tersebut.</li><li>• Orang tersebut tidak mampu meminta informasi personal yang penting, dapat dijelaskan dengan kondisi lupa yang normal.</li><li>• Gangguan ini tidak disebabkan karena substansi tertentu atau sebuah kondisi pengobatan.</li></ul>



#### b. Amnesia Disosiatif

Dalam amnesia disosiatif (*dissociative amnesia*) sebelumnya disebut amnesia psikogenik, orang menjadi tidak mampu menyebutkan kembali informasi pribadi yang penting, biasanya melibatkan pengalaman yang traumatis atau penuh tekanan, dalam bentuk yang tidak dapat dianggap sebagai lupa biasa.

Kehilangan ingatan ini juga tidak disebabkan oleh penyebab organis tertentu, seperti kerusakan pada otak atau kondisi medis tertentu, bukan pula efek langsung dari obat-obatan atau alkohol. Tidak seperti bentuk organis dari hendanya ingatan (seperti demensia yang diasosiasikan dengan penyakit alzheimer), ingatan yang hilang dalam amnesia disosiatif dapat kembali, meski gangguan ini bisa berlangsung selama beberapa hari, minggu bahkan tahun. Mengingat dalam amnesia disosiatif dapat terjadi secara bertahap tetapi serung kali muncul secara tiba-tiba dan spontan, seperti saat seorang tentara yang tidak dapat mengingat pertarungan beberapa hari setelahnya tiba-tiba dapat mengingat pengalamannya setelah dipindahkan ke rumah sakit yang jauh dari medan perang.

Ada empat bentuk amnesia disosiatif, masing-masing berhubungan dengan lingkungan tempat orang kehilangan ingatannya. Dalam **localized amnesia**, bentuk yang sangat umum adalah ketika individu lupa semua kejadian yang terjadi selama interval waktu tertentu. Biasanya interval waktu ini diikuti dengan cepat oleh kejadian yang sangat mengganggu, seperti kecelakaan mobil, kebakaran, atau bencana alam. Dalam **selective amnesia**, individu gagal mengingat kembali beberapa hal, tetapi tidak semua hal, detail kejadian-kejadian yang terjadi selama periode waktu tersebut. Orang-orang yang dapat selamat dari kebakaran dapat mengingat saat ambulans membawanya menuju rumah sakit, namun tidak dapat mengingat saat selamat dari rumah yang terbakar. **Generalized amnesia** adalah sebuah sindrom ketika seseorang tidak dapat mengingat semua hal dalam kehidupannya. **Continuous** mencakup kegagalan untuk mengingat kembali kejadian khusus dan mencakup waktu saat itu.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Amnesia Disosiatif</b>
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Orang dengan gangguan ini biasanya mengalami satu atau lebih episode akut yang membuat mereka tidak dapat untuk mengingat kembali informasi pribadi yang penting. Biasanya terjadi pada sebuah situasi lingkungan yang traumatis atau penuh tekanan. Secara umum hal ini tampak seperti lupa.</li><li>• Gangguan ini tidak tampak sebagai hasil dari gangguan mental lainnya, penggunaan substansi atau kondisi pengobatan atau neurologis.</li><li>• Gejala-gejala ini menyebabkan distress yang signifikan atau kondisi yang lemah.</li></ul> |
|---|

### c. Fugue Disosiatif

Fugue disosiatif, dahulunya disebut *psychogenic fugue*, sebuah kondisi yang menggambarkan kebingungan seseorang mengenai identitas dirinya secara mendadak dan melakukan perjalanan yang tidak diharapkannya. Usaha yang mungkin berani, berakhir hanya dalam beberapa jam atau hari atau bisa jadi berakhir beberapa minggu atau bulan. Orang dengan kondisi fugue tidak mampu mengingat kembali kisah yang mereka alami kisah yang mereka alami atau identitasnya dan beberapa bahkan mengambil identitas baru.

#### Karakteristik Diagnostik Fugue Disosiatif

- Orang dengan gangguan ini melakukan perjalanan dengan tiba-tiba dan tidak bertahap pergi dari rumah atau pekerjaannya serta tidak dapat mengingat kembali apa yang telah terjadi di masa lalu.
- Mereka bingung mengenai identitas pribadi atau mereka mengambil sebuah bagian atau sebuah identitas yang baru.
- Gejala-gejala ini menyebabkan distres atau impairment yang signifikan.

### d. Gangguan Depersonalisasi

Dalam gangguan depersonalisasi (*depersonalization disorder*), distorsi persepsi pikiran-tubuh terjadi berulang kali dan tanpa pengaruh obat-obatan. Periode stres yang kuat yang seperti waktu yang cepat setelah sebuah kecelakaan dapat juga menyebabkan sebuah episode depersonalisasi pada individu yang mudah diserang. Beberapa ahli telah menemukan bahwa pengalaman depersonalisasi secara umum mengikuti sebuah kejadian yang penuh tekanan dan muncul dalam ketenangan setelah kemarahan (Shader & Scharfman, 1989).

#### Karakteristik Diagnostik Gangguan Depersonalisasi

- Diagnosis ini diberikan pada orang dengan pengalaman yang persisten dan berulang akan perasaan terpisah dari proses mental dan tubuhnya, seolah ia bermimpi, dan seolah ia menjadi pengamat dari luar.
- Selama pengalaman depersonalisasi, mereka tetap menyadari realitas.
- Simtom-simtom ini menyebabkan distres atau impairment yang signifikan.
- Gangguan ini tidak terjadi akibat gangguan mental yang lain, penggunaan obat terlarang, atau kondisi medis atau neurologis.

Para ahli sepakat bahwa gangguan disosiatif umumnya muncul sebagai akibat dari trauma yang intens yang biasanya berhubungan dengan pengalaman kekerasan selama masa kanak-kanak. Treatment bergantung pada sifat gangguan disosiatif dengan tujuan integrasi terhadap komponen-komponen yang terbagi-bagi dari kepribadian dan kognisi individu. Hipnoterapi dan teknik psikoterapi yang lain umumnya digunakan untuk mencapai tujuan tersebut.

## BAB VII

### GANGGUAN SEKSUAL

Suatu perilaku seksual dikatakan abnormal jika (1) menyebabkan bahaya bagi orang lain, (2) menyebabkan individu mengalami stres atau impairment yang permanen dan berulang-ulang dalam area keberfungsian yang penting.

#### A. Parafilia

##### 1. Pengertian Parafilia

Istilah *parafilia* (*para* berarti salah atau abnormal dan *philia* berarti ketertarikan) secara harfiah berarti penyimpangan yang melibatkan objek daya tarik seksual manusia. Parafilia (*paraphilia*) merupakan gangguan yang menyebabkan individu memiliki fantasi hasrat seksual yang berulang dan intens, dorongan seksual, atau perilaku yang melibatkan (1) objek bukan manusia, (2) anak-anak atau orang yang tidak diizinkan, atau (3) penyiksaan atau penghinaan terhadap seseorang atau pasangan.

Skatologia melalui telepon ( <i>telephone scatologia</i> )	Melakukan telepon cabul
Nekrofilia ( <i>necrophilia</i> )	Mendapatkan kepuasan seksual dari melihat atau melakukan kontak seksual dengan mayat.
Zoofilia ( <i>zoophilia</i> )	Melakukan seks dengan binatang atau memiliki fantasi berulang melakukan seks pada binatang.
Koprofilia ( <i>coprophilia</i> )	Mendapatkan kepuasan seksual dari kontak dengan feses
Klismafilia ( <i>klismaphilia</i> )	Mendapatkan kepuasan seksual dari menggunakan enema (suntikan pada usus)
Urofilia ( <i>urophilia</i> )	Mendapatkan kepuasan seksual dari melakukan kontak dengan urine.
<i>Autagonistophilia</i>	Melakukan seks di depan orang lain
<i>Somnophilia</i>	Melakukan seks dengan orang yang sedang tidur
<i>Stigmaphilia</i>	Mendapatkan kepuasan seksual dari menusuk kulit atau tato.
<i>Autonepiophilia</i>	Memakai popok untuk mendapatkan kepuasan seksual

## **2. Macam-macam parafilia:**

### **a. Pedofilia**

Pedofilia (pedophilia), yaitu sebuah paraphilia yang dimiliki orang dewasa (16 tahun ke atas) yang tidak mampu mengontrol dorongan seksual terhadap anak yang belum matang secara seksual. Meskipun secara definisi pedofilia adalah ketertarikan pada anak-anak, kecenderungan seksual mereka dan perilaku mereka itu sangat bervariasi. Beberapa dari mereka tidak mengeluarkan impuls mereka, namun memiliki fantasi kecenderungan yang mengganggu untuk menganiaya anak-anak. Mereka yang melampiaskan dorongan pedofilianya melakukan tindakan-tindakan seperti menelanjangi anak, menyentuh alat kelamin anak, memaksa anak melakukan aktivitas oral-genital, dan berusaha memaksakan hubungan seksual melalui vaginal atau anal.

### **Treatmen bagi orang dengan pedofilia**

Para klinisi dan peneliti yang menggunakan perspektif biologis memiliki sedikit ketertarikan dalam memahami penyebab pedofilia disbanding dalam menemukan treatmen somatis yang akan mengurangi dorongan seksual individu. Konsekuensinya, sejumlah pendekatan ditujukan pada sistem endokrin, seperti memberi hormon wanita progesterone untuk mengurangi dorongan seks orang dengan pedofilia dengan menurunkan kadar hormone testosteronnya. Pendekatan lainnya adalah dengan memberikan antiandrogen yang dimaksudkan untuk memiliki efek yang sama. Pendekatan yang terbaru, peneliti telah mengembangkan suatu treatmen yang melibatkan pemberia zat yang dapat menurunkan sekresi testosteron dengan menghambat aksi kelenjar pituitari. Meskipun intervensi semacam itu kelihatannya memberi efek positif, hal tersebut merupakan hal yang penting untuk mengkombinasikan treatmen pengobatan dengan psikoterapi (Rosler & Witztum, 2000). Pendekatan lain memfokuskan diri pada faktor psikologis yang mengakibatkan pedofilia dengan penekanan pada sifat kepribadian pelaku pelanggaran seksual

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Pedofilia**

- Dalam kurun waktu setidaknya 6 bulan, orang dengan gangguan ini memiliki fantasi hasrat seksual yang berulang dan intens, dorongan seksual, atau perilaku yang melibatkan aktivitas seksual dengan satu atau lebih anak yang belum puber (umumnya anak berusia 13 tahun atau lebih muda).
- Orang tersebut melampiaskan dorongannya, dorongan seksualnya, atau fantasin yang menyebabkan distress atau impairment yang signifikan.
- Individu dengan gangguan ini setidaknya berusia 16 tahun dan minimal 5 tahun lebih tua dari anak yang menjadi korban.
- Perilaku pedofil si individu dapat dicirikan dengan ketertarikan seksual pada pria, wanita, atau keduanya.
- Perilaku pedofil dicirikan dengan dibatasi atau tidaknya pada inses saja.
- Perilaku pedofil dicirikan dengan terbatas atau tidaknya ketertarikan seksual pada anak-anak saja.

#### **b. Ekshibisionisme**

Ekshibisionisme melibatkan dorongan kuat dan berulang untuk menunjukkan alat kelaminnya kepada orang yang tak dikenal dengan tujuan mengagetkan, mengejutkan atau membangkitkan dorongan seksualnya. Orang tersebut dapat bermasturbasi sambil membayangkan atau benar-benar menunjukkan alat kelaminnya (hampir semua kasus terjadi pada pria dan korbanya hampir semua wanita). Menurut salah satu sudut pandang, ekshibisionis termotivasi untuk mengatasi perasaan malu dan terhina yang kronis. Perilaku ekshibisionisme yang dilakukan ekshibisionis tersebut menjadi penanggungan sementara dari perasaan tidak mampu dengan menyongkong perasaan ketidakmampuan pribadi (Silverstein, 1996). Penjelasan lain yang lebih behavioris mengaggap perilaku ekshibisionis sebagai hasil pengalaman pembelajara pada masa kanak-kanak, saat individu terangsang secara seksual ketika mempertontonkan dirinya dan merasa senang karena melihat distress pada orang lain yang disebabkan karena perilakunya yang tidak tepat tersebut. Dari waktu-kewaktu, pengulangan perilaku ini diperkuat hingga menjadi kecanduan.

#### **Treatmen bagi orang dengan ekshibisionisme**

Treatmen bagi ekshibisionis membutuhkan pendekatan yang komprehensif (Maletzky, 1997), sering kali melibatkan ketergantungan pada prinsip pembelajaran seperti *counterconditioning* atau pengkondisian aversif. Tambahan untuk intervensi

psikologis, bahwa paroxetine (Paxil) dapat membantu mengurangi perilaku kompulsif pada ekshibisionisme (Abouesh & Clayton).

<b>Karakteristik Diagnostik Ekshibisionisme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostik ini ditujukan terhadap orang yang dalam periode minimal 6 bulan memiliki rangsangan fantasi seksual yang intens, dorongan seksual, atau perilaku yang melibatkan mempertontonkan alat kelamin pada orang asing yang tidak menaruh curiga terhadap orang tersebut.</li><li>• Orang yang melampiaskan dorongan ini, dorongan seksual, dan fantasi seksual menyebabkan distress atau impairment yang signifikan</li></ul>



### c. Fetisisme

Fetis (*fetish*) adalah ketertarikan seksual yang kuat dan berulang terhadap objek yang tidak hidup. Orang dengan paraphilia fetisisme (fetishism) terkuasai oleh suatu objek dan mereka menjadi bergantung pada objek ini untuk mencapai kepuasan seksual, mereka lebih menyukai hal tersebut daripada memiliki intimasi seksual dengan pasangan. Partialism adalah parafilia lain yang dianggap oleh para ahli sebagai varian fetisisme, orang yang memiliki partialism hanya tertarik pada pemuasan seksual dari bagian tubuh yang spesifik seperti kaki. Fetisisme tampaknya berkembang dengan cara yang sama seperti ekshibisionisme, ketika pengalaman-pengalaman di awal kehidupan berakibat pada hubungan antara kesenangan seksual dan objek fetisisme.

Pengondisian kembali orgasmik (*orgasmic reconditioning*) adalah metode perilaku lainnya yang didasarkan pada proses belajar kembali. Dalam prosedur untuk menangani kasus ini, individu diperintahkan untuk merangsang dirinya dengan suatu fantasi terhadap objek yang tidak dapat diterima, kemudian melakukan masturbasi sambil melihat stimulus seksual yang tepat seperti gambar pasangan dewasa. Jika rangsangannya menurun maka ia boleh berfantasi lagi dengan objek yang tidak dapat diterima, namun ia hanya boleh mencapai orgasme saat fokus pada stimulus yang dapat diterima. Pada saat itu, individu diharapkan akan semakin berkurang ketergantungannya pada objek yang tidak dapat diterima dan semakin meningkat kepuasannya saat distimulasi dengan objek yang dapat diterima.

#### Karakteristik Diagnostik Fetisisme

- Dalam waktu setidaknya 6 bulan, orang dengan kondisi ini memiliki fantasi gairah seksual yang intens dan berulang, dorongan seksual, atau perilaku yang melibatkan objek tidak hidup.
- Fantasi, dorongan seksual, atau perilaku tersebut menyebabkan distress atau impairment yang signifikan.
- Objek fetis tidak terbatas hanya pada pakaian wanita yang digunakan sebagai pakaian pemicu atau benda-benda yang digunakan untuk stimulasi genital taktil seperti vibrator

#### d. Froteurisme

Istilah froteurisme (*frotteurism*) berasal dari bahasa Perancis *frotter* (menggosok-gosok) dan mengacu pada masturbasi yang melibatkan menggosok-gosok pada badan orang lain. Orang tersebut memiliki dorongan seksual yang intens dan berulang serta fantasi seksual terhadap menggosok-gosokkan dirinya pada orang lain atau memegang orang lain. Biasanya terjadi di tempat yang padat seperti terminal, bus atau kereta. Treatment untuk mengatasi gangguan ini meliputi penghilangan asosiasi-asosiasi tersebut melalui metode seperti *extinction* dan pengondisian terbuka.

#### Karakteristik Diagnostik Froteurisme

- Dalam waktu setidaknya enam bulan, orang dengan kondisi ini memiliki fantasi gairah seksual yang intens dan berulang, dorongan seksual, atau perilaku yang melibatkan menyentuh atau menggosok-gosokkan diri ke orang yang tidak dikenal
- Orang tersebut melampiaskan dorongan

#### e. Masokisme Seksual

Masokisme Seksual (*sexual masochism*) merupakan sebuah gangguan yang ditandai dengan ketertarikan mendapatkan kepuasan seksual dari mendapatkan stimulasi yang menyakitkan yang dikenakan pada tubuhnya sendiri, baik sendirian ataupun bersama pasangan. Lelaki dan wanita yang memiliki gangguan ini mencapai kepuasan seksual dengan cara-cara seperti: diikat dengan pakaian atau tali, melukai kulit dengan peniti atau pisau, atau memberikan kejutan listrik. Beberapa masokhis seksual tidak melampiaskan fantasi seksual mereka, namun merasakan distress karena kuatnya dorongan tersebut.

## f. Sadisme Seksual

Sadisme Seksual (*sexual sadism*) adalah kebalikan dari mashokisme seksual yang melibatkan mendapatkan kesenangan seksual dari melakukan aktivitas atau dorongan untuk melukai orang lain. Melihat dan membayangkan kesakitan orang lain merupakan hal yang menyenangkan bagi seorang sadis. Sadism seksual membutuhkan partner untuk membuat fantasi sadistisnya. Orang dengan gangguan ini dapat bergantian memerankan peran sadis dan masokhis. Istilah sadomasokhis (*sadomasochist*) mengacu pada orang yang mendapatkan kenikmatan seksual, baik dari yang memberi ataupun mendapatkan rasa sakit.

Aktivitas seperti memotong, memperbudakkan, menusuk dan memberi kejutan dapat berbahaya dan bahaya tersebut menambah kesenangan yang dirasakan sadomasokhis. Bahkan, hal yang lebih ekstrem adalah mencekik hingga kekurangan oksigen, menggunakan masker atau plastic yang menutup kepala, memberi jerat dileher, atau memasukkan gas nitrat yang menyebabkan *asphyxiation*. Terapi yang dapat digunakan yaitu terapi kelompok ataupun perorangan yang berfokus pada prinsip-prinsip pembiasaan perilaku serta pemberian faktor penguat bagi perubahan perilaku.

<b>Karakteristik Diagnostik Sadisme Seksual dan Masokisme Seksual</b>
<b>Sadisme seksual</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dalam waktu setidaknya 6 bulan, orang dengan kondisi ini memiliki fantasi gairah seksual yang intens dan berulang, dorongan seksual atau perilaku yang melibatkan tindakan nyata atau simulasi ketika mereka mendapatkan kenikmatan seksual melalui penderitaan psikologis atau fisik atau menyiksa orang lain.</li><li>• Orang tersebut melampiaskan dorongannya atau dorongan seksualnya dengan orang yang tidak resmi, atau dorongan seksual atau fantasinya tersebut mengakibatkan distress atau impairment yang signifikan.</li></ul>
<b>Mashokisme seksual</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dalam kurun waktu setidaknya 6 bulan, orang dengan kondisi ini memiliki fantasi gairah seksual yang intens dan berulang, dorongan seksual atau perilaku yang melibatkan tindakan nyata atau menyimulasikan tindakan disiksa, dipukul, diikat, atau dibuat menderita dengan cara lain.</li><li>• Fantasi, dorongan seksual, atau perilakunya tersebut menyebabkan distress atau impairment yang signifikan</li></ul>

### g. Fetisisme Transvestik

Fetisisme transvestik (*transvestic fetishism*) adalah sebuah sindrom yang hanya ditemukan pada laki-laki, ketika seseorang pria memiliki dorongan tidak terkontrol untuk menggunakan pakaian seorang wanita (disebut *cross-dressing*) sebagai usaha mereka untuk mencapai pemenuhan hasrat seksual. Kepuasan seksual ini memiliki suatu kualitas kompulsif dan menghabiskan energi emosional yang besar bagi individu yang bersangkutan. Perilaku ini sering disertai dengan masturbasi atau fantasi-fantasi yang menyebabkan pria tersebut membayangkan bahwa terdapat pria-pria lain yang tertarik padanya sebagai seorang wanita. Ketika tidak dalam keadaan *cross-dressed*, para pengidap kelainan ini tampak sama seperti pria normal lainnya dan dapat terlibat secara seksual dengan seorang wanita. Pada kenyataannya definisi bagi gangguan ini mengimplikasikan bahwa pria tersebut memandang dirinya sebagai seorang pria dan berorientasi heteroseksual.

<b>Karakteristik Diagnostik Fetisisme Transvestik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dalam kurun waktu setidaknya 6 bulan, pria heteroseksual dengan kondisi ini memiliki fantasi, ketergugahan seksual, atau perilaku yang melibatkan pemakaian pakaian lawan jenis secara berulang dan intens.</li><li>• Fantasi-fantasi, ketergugahan seksual, atau perilaku ini menyebabkan tekanan yang signifikan atau perasaan tidak mampu.</li></ul>



### h. Voyeurism

Kata *voyeur* berasal dari bahasa Prancis *voir* yang berarti melihat. *Voyeurism* adalah suatu gangguan seksual ketika individu memiliki suatu kompulsi untuk mendapatkan pemuasan seksual dari megobservasi ketelanjangan atau aktivitas seksual orang lain yang tidak menyadari bahwa mereka sedang dilihat. Gangguan ini lebih umum terjadi pada pria. Kegiatan mengintip merupakan bentuk pengganti dari pemuasan seksual mereka.

<b>Karakteristik Diagnosis Gangguan Voyeurism</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dalam waktu setidaknya 6 bulan, seseorang dengan kondisi ini memiliki fantasi yang membangkitkan gairah seksual secara intens dan berulang atau perilaku yang melibatkan perilaku mengobservasi seseorang yang tidak sadar sedang diobservasi yang sedang dalam kondisi telanjang, dalam proses membuka baju, atau sedang melakukan aktivitas seksual.</li></ul>

- Orang tersebut melampiaskan dorongannya, atau dorongan seksual atau fantasinya tersebut akan mengakibatkan distress atau impairment yang signifikan.

## B. Gangguan Identitas Gender

Istilah identitas gender (*gender identity*) merujuk pada persepsi individu sebagai seorang pria atau wanita. Walaupun demikian, identitas gender seseorang mungkin sesuai atau mungkin juga tidak sesuai dengan keadaan (*assigned*) atau jenis kelamin biologis (*biological sex*) sebagaimana tertulis dalam surat keterangan lahir. Peran gender (*gender role*) merujuk pada perilaku atau sikap seseorang yang mengindikasikan maskulinitas atau kefemininan dalam lingkungan sosial saat ini.

Orientasi seksual (*sexual orientation*) adalah sejauh mana seseorang secara erotis tertarik terhadap anggota dari jenis kelamin yang sama ataupun yang berlawanan dengan dirinya. Konsistensi dari orientasi seksual adalah tipikal, namun tidak universal; beberapa orang dapat berubah seiring berjalannya waktu atau sebagai akibat dari tekanan lingkungan.

### Karakteristik Diagnostik Gangguan Identitas Gender

- Seseorang dengan kondisi ini memiliki identifikasi lintas gender yang kuat dan cenderung menetap yang lebih besar dan hasrat untuk mendapatkan keuntungan kultural terkait dengan jenis kelamin yang lain.
- Pada anak-anak, gangguan ini tampak jelas pada 4 hal berikut, yaitu: (1) mereka berulang kali menyebutkan keinginan mereka untuk berjenis kelamin lain atau memaksa bahwa mereka memiliki jenis kelamin, lain, (2) anak laki-laki lebih menyukai berpakaian lawan jenis, sedangkan wanita lebih memaksa mengenakan pakaian yang menunjukkan stereotip maskulinitas, (3) mereka memiliki kegemaran yang kuat dan cenderung menetap terhadap peran lintas gender dalam permainan atau memiliki fantasi menetap tentang menjadi seseorang dengan jenis kelamin yang berbeda, (4) mereka memiliki hasrat yang intens untuk terlibat dalam permainan dan aktivitas yang secara stereotip dikaitkan dengan jenis kelamin lain, serta (5) mereka memiliki kegemaran kuat untuk bermain dengan orang dengan jenis kelamin lain.
- Pada remaja dan orang dewasa, gangguan ini termanifestasikan dengan gejala-gejala tertentu, seperti hasrat yang diungkapkan untuk menjadi jenis kelamin lain, seringnya berperilaku seperti jenis kelamin lain, dan pengakuan bahwa ia memiliki perasaan serta reaksi tertentu yang terkait dengan seseorang dari jenis kelamin lain.
- Individu dengan kondisi ini memiliki ketidaknyamanan menetap dengan jenis kelamin biologisnya.
- Gangguan ini terkait dengan suatu kondisi fisik yang melibatkan kebingungan terhadap jenis kelamin.

- Gangguan ini mengakhibatkan tekanan atau ketidaknyamanan yang signifikan.
- Ketertarikan seksual dapat kepada pria, wanita, keduanya, atau tidak keduanya.

### C. Disfungsi Seksual

Istilah disfungsi seksual (*sexual dysfunction*) merujuk kepada suatu abnormalitas dalam kemampuan merespons dan reaksi seksual yang dimunculkan oleh seseorang.

Fase	Pria	Wanita
Hasrat seksual Respons normal Disfungsi seksual	Tertarik pada aktivitas seksual Gangguan hasrat seksual hipoaktif, gangguan penghindaran seksual	Tertarik pada aktivitas seksual Gangguan hasrat seksual hipoaktif, gangguan penghindaran seksual
Perangsangan seksual Respons normal Disfungsi	Mencapai orgasme disertai dengan kontraksi ritmis prostat dan urine serta pengeluaran sperma. Gangguan orgasme pada pria, ejakulasi prematur.	Kontraksi ritmis pada vagina dan uterus. Gangguan orgasme pada wanita.

#### 1. Gangguan hasrat seksual hipoaktif

Individu yang mengalami gangguan hasrat seksual hipoaktif (*hypoactive sexual desire disorder*) memiliki ketertarikan yang sangat rendah terhadap aktivitas seksual. Individu tersebut tidak mencari hubungan seksual yang nyata, juga tidak membayangkan mereka memiliki hubungan tersebut, tidak juga mengharapkan suatu kehidupan seksual yang lebih aktif.

<b>Karakteristik Gangguan Hasrat Seksual Hipoaktif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seseorang dengan gangguan ini mengalami kekurangan fantasi serta hasrat untuk melakukan hubungan seksual yang menetap dan terjadi berulang-ulang, dengan penekanan pada faktor-faktor yang memengaruhi fungsi-fungsi seksual, seperti usia dan konteks kehidupan seseorang.</li> <li>• Gangguan tersebut menyebabkan distress yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.</li> <li>• Gangguan ini tidak terikat oleh gangguan lain, kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan.</li> <li>• Gangguan ini dapat terjadi dalam jangka panjang ataupun singkat, secara umum atau situasional, serta sebagai akibat dari faktor-faktor psikologis atau suatu kombinasi dari faktor fisik dan psikologis.</li> </ul>

## 2. Gangguan Penghindaran Seksual

Gangguan penghindaran seksual (*sexual aversion disorder*) dicirikan dengan ketidaksukaan yang aktif atau penghindaran terhadap kontak alat kelamin dengan seorang partner seksual menyebabkan tekanan personal atau masalah interpersonal. Penyebab utama dari gangguan ini menurut Master dan Johnson (Master, Johnson, & Kolodny, 1982) yaitu: (1) perilaku seksual yang sangat negative dari figur orangtua, (2) adanya sejarah trauma seksual, seperti perkosaan atau inses; (3) suatu pola tetap tekanan seksual yang selalu dimunculkan oleh seorang pasangan dalam hubungan jangka panjang serta (4) kebingungan identitas gender pada pria.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Penghindaran Seksual</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Seseorang dengan gangguan ini mengalami keengganan ekstrim dan berulang serta melakukan penghindaran terhadap kontak alat genital dengan seorang partner seksual.</li><li>• Gangguan ini menyebabkan distress yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.</li><li>• Gangguan ini tidak terkait dengan gangguan yang lain.</li><li>• Gangguan ini dapat terjadi dalam jangka panjang atau singkat, terjadi secara umum atau situasional, dan disebabkan oleh faktor psikologis atau suatu kombinasi dari faktor psikologis dan fisik.</li></ul>

## 3. Gangguan Rangsangan Seksual Wanita

Seorang wanita yang mengalami gangguan seksual wanita (*female sexual arousal disorder*) mengalami ketidakmampuan menetap atau berulang untuk mencapai respons lubrikasi dan pembengkakan normal sebagai pertanda gairah seksual pada saat melakukan aktivitas seksual. Hal ini memunculkan tekanan personal atau kesulitan interpersonal dengan pasangan. Hasrat untuk melakukan hubungan seksual tetap ada dan beberapa wanita yang mengalami gangguan ini mampu mencapai orgasme, terutama ketika klitoris mereka distimulasi secara intens seperti menggunakan alat bantu seksual.

## 4. Gangguan ereksi pria

Gangguan ereksi pria (*male erectile disorder*) melibatkan kegagalan total atau sebagian untuk menjaga ereksi pada saat melakukan aktivitas seksual yang terjadi

berulang yang menyebabkan seseorang merasa tertekan atau mengalami masalah interpersonal dalam hubungan intimnya.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Ereksi Pria**

- Pada pria dengan kondisi ini mengalami ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi secara menetap atau berulang hingga aktivitas seksual berakhir.
- Gangguan ini menyebabkan distrs yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.
- Gangguan ini tidak terikat oleh gangguan lain, kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan.
- Gangguan ini dapat berlangsung dalam jangka panjang atau jangka pendek, secara umum atau situasional, serta disebabkan oleh faktor psikologis atau suatu kombinasi sari faktor psikologis dan faktor fisik

#### **5. Gangguan Orgasmik Wanita**

Ketidakmampuan untuk mencapai orgasme atau suatu penundaan yang menekan dalam pencapaian orgasme menyebabkan gangguan orgasmik wanita (*female organic disorder*). Kondisi ini menyebabkan tekanan personal atau kesulitan interpersonal. Beberapa wanita tidak mampu mencapai orgasme dalam segala situasi, sedangkan bagi sebagian yang lain, masalah ini bersifat situasional. Mereka mungkin mampu mencapai orgasme melalui stimulasi mandiri atau dengan patner dalam perilaku seksual lain selain hubungan seksual.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Orgasmik Wanita**

- Para wanita dengan kondisi ini mengalami penundaan atau bahkan tidak mengalami orgasme sebagai suatu fase normal dari rangsangan seksual. Dengan mempertimbangkan keragaman pada tipe dan intensitas dari stimulasi yang memicu orgasme pada wanita, diagnosis hanya diperlukan pada kasus ketika kapasitas orgasme seorang wanita berada dibawah batas normal usianya.
- Gangguan ini menyebabkan distrs yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.
- Gangguan ini tidak terikat oleh gangguan lain, kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan.
- Gangguan ini dapat berlangsung dalam jangka panjang atau jangka pendek, secara umum atau situasional, serta disebabkan oleh faktor psikologis atau suatu kombinasi sari faktor psikologis dan faktor fisik

## 6. Ejakulasi dini

Seorang pria yang mengalami ejakulasi dini (*premature ejaculation*) mencapai orgasme melalui suatu hubungan seksual jauh sebelum yang diharapkan, mungkin bahkan sebelum ia melakukan penetrasi, sehingga ia tidak mencapai kepuasan seksual. Pria tersebut mungkin menikmati keintiman seksual dan tertarik kepada patnernya, namun segera setelah mencapai suatu titik perangsangan tertentu, ia akan kehilangan kontrol. Ejakulasi dini biasanya terjadi dengan semua patnernya karena masalah terletak pada kegagalan seorang pria untuk mempelajari kontrol yang disengaja terhadap refleks ejakulasinya (Kaplan, 1986, 1998).

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Ejakulasi Dini**

- Seorang pria dengan kondisi ini mengalami ejakulasi dengan stimulasi seksual yang minimal sebelum, pada saat, ataupun beberapa detik setelah penetrasi, sebelum ia mengharapkan ejakulasi tersebut datang. Keadaan ini bersifat menetap atau terjadi berulang kali. Perhatian diberikan kepada faktor-faktor yang memengaruhi durasi dari fase perangsangan, seperti usia seorang pria, situasi atau patner seksual yang baru, dan frekuensi aktivitas seksual yang dilakukan selama beberapa waktu terakhir.
- Gangguan ini menyebabkan distress yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.
- Kondisi ini tidak secara khusus merupakan efek dari penggunaan obat tertentu.
- Gangguan ini dapat terjadi untuk jangka waktu yang panjang atau pendek, terjadi secara umum atau situasional, dan karena faktor psikologis atau kombinasi dari faktor fisik dan psikologis.

## 7. Gangguan Nyeri Seksual

Gangguan nyeri seksual yang melibatkan perasaan sakit yang diasosiasikan dengan hubungan seksual, didiagnosis sebagai **dispareunia** (*dyspareunia*) atau **vaginismus**. Dispareunia yang memengaruhi pria dan wanita, meliputi rasa sakit yang terjadi berulang atau menetap pada alat kelamin sebelum, pada saat, atau setelah hubungan seksual. Vaginismus yang hanya memengaruhi wanita, meliputi kejang otot luar vagina yang berulang dan menetap.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Vaginismus**

- Para wanita dalam kondisi ini mengalami penutupan otot pada lapisan ketiga di luar vagian yang terjadi secara otomatis dan berulang atau bahkan menetap. Hal ini terjadi pada saat hubungan seksual tengah dilakukan.
- Gangguan tersebut menyebabkan distress yang signifikan atau kesulitan dalam hubungan interpersonal.
- Gangguan ini tidak terikat oleh gangguan lain, ataupun kondisi medis.
- Gangguan ini dapat terjadi dalam jangka panjang ataupun singkat, secara umum atau situasional, serta sebagai akibat dari faktor-faktor psikologis atau suatu kombinasi dari faktor psikologis dan fisik.

Disfungsi seksual dapat disebabkan oleh masalah fisik dan psikologis atau interaksi dari keduanya. Treatment disfungsi seksual melibatkan seperangkat intervensi psikologis yang melibatkan teknik-teknik terapi perilaku, kognitif-perilaku, dan terapi pasangan.

## BAB VIII

### GANGGUAN MOOD

#### A. Pengertian Gangguan Mood

Gangguan mood merupakan gangguan yang terjadi pada keadaan emosional atau mood seseorang. Orang dalam keadaan ini dapat mengalami gangguan ini dalam bentuk depresi, kegembiraan yang berlebihan atau kombinasi dari keduanya. Karakteristik gangguan depresi adalah individu merasa *dysporia* atau kesedihan yang berlebihan. Jenis gangguan mood yang lainnya disebut gangguan bipolar, individu mengalami pengalaman emosional yang berada di kutub yang berbeda depresi, perasaan gembira yang dinamakan euphoria (*euphoria*). Orang dengan gangguan mood mengalami episode simtom kesedihan yang berlebihan (*dysphoric*) atau kegembiraan yang berlebihan (*euphoric*), atau campuran dari keduanya. Berikut adalah beberapa cara yang dapat dilakukan dalam membuat karakteristik episode mood.

Pertama, klinisi mendokumentasikan tingkat keparahan dari episode dengan hal-hal yang spesifik seperti: ringan, sedang atau parah. Kedua, klinisi mendokumentasikan apakah yang terjadi adalah episode yang pertama, atau simtom yang terjadi berulang kali.

#### B. Macam-macam Gangguan Mood

##### 1. Gangguan Depresi

Gangguan depresi dibedakan menjadi dua macam yaitu gangguan depresi mayor (*major depressive disorder*) mencakup simtom depresi yang akut, tetapi pada waktu yang terbatas yang disebut sebagai episode depresi mayor, dan gangguan distimik (*distymic disorder*), berjuang dengan depresi kronis yang tidak terlalu parah.

##### a. Gangguan Depresi Mayor

Karakteristik Diagnostik Episode Depresi Mayor
<ul style="list-style-type: none"><li>Selama periode dua minggu, individu sering kali mengalami setidaknya lima simtom berikut yang melibatkan perubahan dari fungsi sebelumnya (setidaknya satu dari dua simtom yang disebutkan ddiawal harus ada).<ul style="list-style-type: none"><li>Mood depresi</li></ul></li></ul>

- Hilangnya minat atau kesenangan terhadap semua atau sebagian besar kegiatan sehari-hari
  - Turunnya berat badan yang signifikan tanpa disengaja serta meningkatnya atau menurunnya nafsu makan
  - Insomnia atau hypersomnia
  - Gerakan psikomotorik yang meluap-luap atau retardasi psikomotorik
  - Kelelahan atau hilangnya energi
  - Putus asa atau rasa bersalah yang tidak pada tempatnya
  - Kesulitan berkonsentrasi atau ketidakmampuan mengambil keputusan.
  - Munculnya pikiran yang berulang-ulang mengenai kematian atau bunuh diri.
- Simtom yang diperlihatkan bukan bagian dari episode campuran (manik/depresif) dan tidak berhubungan dengan kondisi medis.
  - Simtom menyebabkan stres dan impairment yang signifikan.

### b. Gangguan Distimik

Orang dengan gangguan distimik biasanya menarik diri dari orang-orang sekitar, menghabiskan waktunya dengan bersedih atau merasa bersalah, dan menampilkan perilaku amarah terhadap orang lain serta mudah marah.

#### Karakteristik Diagnosis Gangguan Distimik

- Pada periode yang berlangsung selama dua tahun, orang dengan gangguan ini mengalami mood depresi sepsnjang hari, selama beberapa hari, seperti yang dikemukakan oleh individu tersebut atau berdasarkan pengamatan oleh orang lain.
- Ketika depresi individu ini msetidaknya mengalami dua hal berikut ini: menurunnya selera makan atau makan berlebihan; insomnia atau hypersomnia; konsentrasi yang buruk atau kesulitan dalam mengambil keputusan; dan merasa putus asa.
- Selama periode 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja), individu selalu mengalami simtom ini selama 2 bulan berturut-turut.
- Individu belum pernah mengalami (1) episode depresi mayor selama dua tahun pertama dari munculnya gangguan, (2) episode manik, campuran atau hipomanik, (3) memenuhi kriteria untuk gangguan *cyclothymic*, (4) mengalami simtom pada saat terjadi gangguan psikotik kronis, dan (5) tidak mengembangkan simtom sebagai pengaruh langsung dari kondisi medis atau penggunaan obat-obatan.
- Simtom mengakibatkan stres dan gangguan yang signifikan.

## 2. Gangguan yang Melibatkan Perubahan Mood

Ada dua gangguan mood yang karakteristik utamanya adalah pada perubahan mood: gangguan bipolar dan gangguan *cyclothymic*

### a. Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar (*bipolar disorder*) melibatkan pengalaman kegembiraan ekstrem yang kuat dan sangat mengganggu, atau euphoria, mungkin karena adanya perubahan dalam episode depresi mayor. Ledakan ekspresi dari simptom ekstrem yang melibatkan peningkatan level berpikir, berperilaku dan emosional yang abnormal yang menyebabkan gangguan pada fungsi sosial atau pekerjaan disebut dengan episode manik (*manic episode*). Pada beberapa kesempatan, individu mengalami simptom psikotik, seperti delusi dan halusinasi. Individu mungkin juga mengalami episode campuran (*mixed episode*) yang ditandai dengan perubahan yang cepat antara periode manik dan periode depresif yang terjadi secara bersamaan yang berlangsung selama satu minggu.

<b>Karakteristik Diagnosis Episode Manik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Periode peningkatan mood yang terus-menerus yang terjadi secara abnormal, meluap-luap, atau individu mudah marah yang terjadi setidaknya selama 1 minggu.</li><li>• Selama periode ini, muncul 3 atau lebih simptom berikut (empat jika mood yang terlihat hanya mudah marah).<ul style="list-style-type: none"><li>- Meningkatkan harga diri atau individu merasa hebat</li><li>- Menurunnya kebutuhan untuk tidur</li><li>- Individu senang untuk berbicara</li><li>- Ide-ide yang mengalir atau pikiran yang sering berlomba</li><li>- Mudah teralihkannya perhatiannya.</li><li>- Meningkatnya aktivitas yang berorientasi pencapaian tujuan atau meningkatnya psikomotorik</li><li>- Keterlibatan yang berlebihan pada aktivitas</li></ul></li><li>• Simtom bukan episode dari episode campuran (manik/depresi) dan tidak berhubungan dengan kondisi medis atau penggunaan obat-obatan.</li><li>• Simtom menyebabkan stres atau gangguan yang signifikan atau keharusan bagi individu untuk mendapatkan perawatan rumah sakit untuk menghindari individu dari menyakiti dirinya sendiri atau orang lain.</li></ul>

### **Karakteristik Diagnostik Episode Hipomanik**

- Periode meningkatnya mood, mood yang meluap-luap, atau individu mudah marah yang terjadi setidaknya selama 4 hari yang jelas berbeda dengan mood normal yang dapat diamati oleh orang lain.
- Selama periode ini, terjadi tiga atau lebih simptom berikut (empat jika mood yang muncul adalah mudah marah).
  - Meningkatnya harga diri atau individu merasa sangat hebat.
  - Menurunnya kebutuhan untuk tidur
  - Individu senang untuk berbicara
  - Ide-ide yang mengalir atau pikiran yang saling berlomba
  - Mudah teralihkan perhatiannya.
  - Meningkatnya aktivitas yang berorientasi pencapaian tujuan atau meningkatnya psikomotorik
  - Keterlibatan yang berlebihan pada aktivitas yang menyenangkan dengan konsekuensi yang dapat menimbulkan kerugian.
- Tidak ada karakteristik psikotik, dan episode yang terjadi tidak terlalu parah untuk dapat menyebabkan impairment atau kebutuhan untuk mendapatkan perawatan rumah sakit.
- Simtom tidak berhubungan dengan kondisi medis atau pengaruh dari penggunaan obat-obatan.

### **Jenis gangguan bipolar**

Ada beberapa macam contoh gangguan bipolar dengan perbedaan yang utama yang ada pada DSM-IV-TR antara gangguan bipolar I dan gangguan bipolar II. Diagnosis gangguan bipolar I (*bipolar I disorder*) mendeskripsikan serangkaian gambaran klinis ketika individu mengalami satu atau lebih episode manik, dengan kemungkinan meskipun tidak dipastikan akan terjadi, mengalami satu atau lebih depresi mayor. Sebaliknya, diagnosis bipolar II (*bipolar II disorder*) mengindikasikan bahwa individu memiliki satu atau lebih episode depresi mayor dan setidaknya mengalami satu episode hipomanik.

### **b. Gangguan Cyclothymic**

Gangguan cyclothymic adalah kondisi yang kronis yang berlangsung setidaknya 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja). Pada permukaannya, beberapa orang dengan gangguan cyclothymic dapat bergaul dengan baik, dan mereka mungkin mengatakan jika periode meningkatnya energi adalah periode datangnya kreativitas. Sayangnya individu dengan gangguan tersebut sebenarnya sering merasakan stres atau gangguan pada pekerjaan atau hubungan interpersonal yang disebabkan adanya gangguan mood.

**Karakteristik Diagnostik Gangguan Cyclothymic**

- Selama setidaknya 2 tahun, orang dengan gangguan ini mengalami sejumlah periode dengan simtom hipomanik dan sejumlah periode dengan simtom depresif yang memenuhi kriteria episode depresi mayor.
- Selama periode 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja) individu tidak pernah mengalami simtom selama 2 bulan berturut-turut.
- Tidak ada depresi mayor, episode manik atau episode campuran pernah terjadi selama 2 tahun pertama dari munculnya gangguan ini.
- Simtom tidak berhubungan dengan gangguan ini, kondisi medis, atau obat-obatan.
- Simtom menyebabkan stres atau impairment yang signifikan

## BAB IX

### SKIZOFRENIA DAN GANGGUAN YANG TERKAIT

#### A. Skizofrenia

Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah gangguan dengan serangkaian simtom yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (*sense of self*), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal. Gangguan ini pertama kali diidentifikasi sebagai penyakit oleh dokter Prancis, Benedict Morel (1809-1873), dan secara sistematis didefinisikan oleh psikiater Jerman Emil Kraeplin (1895-1926). *Dementia praecox*, istilah yang digunakan, dianggap sebagai degenerasi otak (*dementia*) yang dimulai di usia muda (*praecox*) dan menyebabkan disintegrasi keseluruhan kepribadian. Kraeplin percaya bahwa gangguan halusinasi, delusi, dan perilaku ganjil yang terlihat pada orang-orang skizofrenia dapat dilacak pada abnormalitas fisik atau penyakit.

Psikolog Swiss Eugen Bleuler (1857-1939) menantang pandangan Kraeplin bahwa *dementia praecox* merupakan penyakit otak. Bleuler (1911) mengajukan perubahan dramatis, baik dalam nama maupun pemahaman gangguan tersebut. Menurut Bleuler, nama yang lebih tepat untuk gangguan ini adalah skizofrenia, sebuah istilah yang menggabungkan gagasan sentral pada pemahamannya mengenai gangguan tersebut: pecahnya (*schiz*) atau kurangnya integrasi antara fungsi-fungsi psikologis individu. Ciri-ciri gangguan skizofrenia menurut Bleuler yaitu:

1. Asosiasi: gangguan berpikir, dapat dibuktikan dari adanya ucapan yang melantur dan tidak koheren.
2. Afek: gangguan pengalaman dan ekspresi emosi misalnya tertawa secara tidak tepat dalam situasi sedih.
3. Ambivalensi: ketidakmampuan untuk membuat atau mengikuti keputusan.
4. Autisme: kecenderungan untuk mempertahankan gaya eksemtrik dari pemikiran dan perilaku egosentrik.

## B. Fase Skizofrenia

Selama periode 6 bulan terdapat fase aktif (*active phase*) dari simtom-simtom seperti delusi, halusinasi, ucapan yang tidak teratur, perilaku terganggu, dan simtom negative (misalnya ketidak mampuan bicara dan kurangnya inisiatif). Fase *prodromal (prodromal phase)*, yaitu suatu periode yang mendahului fase aktif selama individu menunjukkan deteriorasi/penurunan progresif dalam fungsi sosial dan interpersonal. Fase tersebut dicirikan dengan beberapa perilaku maladaptive, seperti penarikan diri dari lingkungan sosial, ketidakmampuan untuk bekerja secara produktif, keeksentrikan, tidak terawat, emosi yang tidak tepat, pikiran dan ucapan yang aneh, kepercayaan yang tidak biasa, pengalaman persepsi yang aneh, serta energy dan inisiatif yang menurun. Fase residu (*residual phase*), terjadi ketika terdapat indikasi gangguan berkelanjutan yang sama dengan perilaku fase prodromal. Di sepanjang durasi gangguan, orang dengan skizofrenia mengalami masalah serius di tempat kerja, dalam hubungan dan perawatan diri.

## C. Karakteristik Skizofrenia

<b>Karakteristik Diagnostik Skizofrenia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Orang dengan gangguan ini mengalami gangguan yang berlangsung setidaknya 6 bulan dan meliputi setidaknya 1 bulan simtom aktif, termasuk setidaknya 2 dari simtom berikut:<ul style="list-style-type: none"><li>- Delusi</li><li>- Halusinasi</li><li>- Ucapan yang tidak teratur</li><li>- Perilaku yang mengganggu atau perilaku katatonik.</li><li>- Simtom negatif, seperti afek yang datar atau kurangnya motivasi yang parah</li></ul></li><li>• Dalam porsi waktu yang signifikan sejak awal kemunculan simtom, orang-orang ini mengalami disfungsi dalam bekerja, hubungan, dan perawatan diri.</li><li>• Simtom-simtom tersebut tidak diakibatkan oleh gangguan lain, kondisi medis, atau penggunaan obat-obatan.</li></ul>

## D. Tipe Skizofrenia

Ketika simtom utama seseorang dengan skizofrenia adalah perilaku motoric yang ganjil, maka orang tersebut didiagnosis ke dalam skizofrenia tipe katatonik (*scizophrenia catatonic type*). Diagnosis skizofrenia tipe disorganisasi (*scizophrenia disorganized type*) dicirikan dengan kombinasi simtom yang meliputi

ucapan yang tidak teratur, perilaku terganggu, dan afek yang datar atau tidak sesuai. Bahkan, delusi dan halusinasi orang tersebut ketika muncul tidak koheren temanya. Individu dengan gangguan tersebut ganjil dalam perilaku dan penampilan mereka dan biasanya memiliki kelemahan yang serius dalam pekerjaan dan konteks sosial yang lain.

#### **Karakteristik Diagnostik Skizofrenia Tipe Katatonik**

Tambahan untuk kriteria diagnostik umum untuk skizofrenia, orang dengan gangguan skizofrenia tipe ini memiliki kondisi yang ditandai dengan gangguan psikomotorik yang meliputi minimal dua dari karakteristik berikut:

- Tidak adanya gerakan motoric atau stupor
- Aktivitas motoric tidak terarah yang berlebihan
- Mutisme atau negativism ekstrem (misalnya postur kaku atau penolakan terhadap perintah)
- Keanehan gerakan (misalnya postur yang ganjil) atau sikap yang aneh atau menyeringai.
- Ekolalia (pengulangan kata-kata atau frase tanpa guna) atau ekopraksia (pengulangan dengan menirukan gerakan orang lain)

#### **Karakteristik Diagnostik Skizofrenia Tipe Disorganisasi**

- Sebagai tambahan untuk kriteria diagnostik umum skizofrenia, orang dengan skizofrenia tipe ini memiliki (1) ucapan yang tidak teratur, (2) perilaku terganggu, (3) afek yang datar atau tidak sesuai.
- Diagnosis tidak diberikan pada orang-orang yang kondisinya sesuai dengan kriteria skizofrenia tipe katatonik.

Orang yang didiagnosis skizofrenia tipe paranoid (*scizhophrenia paranoid type*) diliputi oleh dengan satu atau lebih delusi yang ganjil atau mengalami halusinasi auditori yang berkaitan dengan suatu tema bahwa ia disiksa atau dilecehkan, tetapi tidak disertai ucapan yang tidak teratur atau perilaku yang terganggu. Halusinasinya biasanya berkaitan dengan isi delusi, tetapi fungsi kognitif dan fungsi afek cukup normal. Orang dengan tipe ini mengalami masalah interpersonal yang parah karena kecurigaan dan argumentatif mereka.

### **Karakteristik Diagnostik Skizofrenia Tipe Paranoid**

- Sebagai tambahan untuk kriteria diagnostik umum skizofrenia, orang dengan skizofrenia tipe ini dipenuhi dengan halusinasi auditori yang sering terjadi atau satu atau lebih delusi.
- Diagnosis tidak diberikan pada individu dengan simtom utama berikut ini: ucapan yang tidak teratur, perilaku terganggu, atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak tepat.

Pada beberapa orang dengan skizofrenia, simtom-simtom tersebut bercampur, dan klinisi tidak dapat mengklasifikasikan gangguan tersebut ke salah satu tipe baru saja kita diskusikan, suatu diagnosis skizofrenia tipe tidak terdiferensiasi (*scizhophrenia undifferentiated type*) digunakan ketika seseorang menunjukkan simtom skizofrenia yang kompleks seperti delusi, halusinasi, ketidakjelasan dan perilaku terganggu, namun tidak sesuai dengan kriteria skizofrenia katatonik (abnormalitas gerakan), tipe disorganisasi (afek yang terganggu atau datar), atau tipe paranoid (delusi ganjil yang sistematis).

### **Karakteristik Diagnostik Skizofrenia Tipe Tidak Terdiferensiasi**

Diagnosis ini ditujukan pada individu yang memiliki simtom umum skizofrenia, namun tidak sesuai dengan kriteria tipe paranoid, disorganisasi, atau katatonik

### **Karakteristik Karakteristik Diagnostik Skizofrenia Tipe Residu**

Diagnosis ini diberikan pada orang yang pernah mengalami episode skizofrenia setidaknya sekali, namun tidak lagi mengalami simtom-simtom utama (seperti delusi, halusinasi, ucapan yang tidak teratur, atau perilaku yang sangat tidak teratur atau perilaku katatonik)

Beberapa orang yang telah didiagnosis skizofrenia mungkin tidak lagi memiliki simtom psikotik yang menonjol, namun masih menunjukkan beberapa tanda gangguan tersebut. Meskipun mereka tidak mengalami delusi, halusinasi, ketidakjelasan, atau disorganisasi, mereka mungkin memiliki beberapa simtom, seperti ketumpuhan emosi, penarikan diri dari lingkungan sosial, perilaku eksentrik, atau pemikiran yang tidak logis, individu-individu seperti ini akan didiagnosis sebagai skizofrenia tipe residu (*scizhophrenia residual type*).

#### e. Aspek-Aspek Skizofrenia

Para peneliti dan klinisi telah mengeksplorasi cara-cara lain, menambahkan tipe-tipe diatas, dalam mencirikan bentuk skizofrenia yang berbeda. Banyak yang merasa bahwa kategorisasi yang ada sekarang gagal menangkap aspek yang esensial yang mendasari perbedaan simtom individu. Mereka juga memperhatikan tentang fakta bahwa kategorisasi subtype tidak valid di dunia nyata seperti yang seharusnya. Di sebagian besar DSM (2000), sebuah alternatif model dimensi tiga faktor telah diusulkan “karena keterbatasannya kegunaan subtype skizofrenia dalam cakupan klinisi dan penelitian”. Tiga faktor tersebut adalah (1) psikotik, (2) negative, (3) disorganisasi. Faktor psikotik relevan pada kasus ketika individu mengalami delusi dan halusinasi yang menonjol, faktor negative diterapkan pada kondisi yang dicirikan dengan simtom-simtom negative (misalnya afek datar, alogia, dan avolition). Faktor disorganisasi meliputi ucapan yang tidak terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi, dan afek yang tidak tepat.

<b>Faktor-faktor yang berhubungan dengan prognosis yang paling sering dijumpai pada orang dengan skizofrenia</b>
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Penyesuaian yang baik sebelum berkembangnya gangguan</li><li>• Onset yang akut</li><li>• Usia lanjut saat onset</li><li>• Insight yang bagus</li><li>• Wanita</li><li>• Kejadian yang memicu yang dikaitkan dengan onset simtom</li><li>• Adanya gangguan mood terkait</li><li>• Treatment dengan obat antipsikotik segerasetelah onset gangguan</li><li>• Konsistensi dalam mengikuti rekomendasi pengobatan</li><li>• Durasi singkat dari fase simtom aktif</li><li>• Keberfungsian yang baik antar episode</li><li>• Tidak adanya abnormalitas otak structural</li><li>• Fungsi neurologis yang normal</li><li>• Riwayat keluarga dalam gangguan mood</li><li>• Tidak ada riwayat skizofrenia dalam keluarga</li></ul> |
|---|

## F. Gangguan Psikotik yang lain

Gangguan yang seperti skizofrenia ini memiliki tiga ciri yang sama seperti skizofrenia: (1) masing-masing dalam bentuk psikosis yang mewakili keterputusan yang serius dengan realitas, (2) kondisinya tidak disebabkan oleh suatu gangguan kelemahan kognitif (misalnya gangguan alzheimer), (3) gangguan mood tidak menjadi simto utama. masing-masing gangguan memiliki aspek yang sama pada ciri tertentu skizofrenia, namun aspek lain dari gangguan tersebut seperti penyebab dan kondisi yang diduga, membedakannya dari skizofrenia. Lebih jauh lagi seperti skizofrenia memiliki penyebab yang berbeda, gambaran simtom yang berbeda, dan rekomendasi treatment yang berbeda pula.

### 1) Gangguan Psikotik Singkat

Gangguan psikotik singkat (*brief psychotic disorder*) adalah suatu gangguan yang dicirikan dengan onset tiba-tiba simtom-simtom psikotik yang berlangsung kurang dari satu bulan. Simtom-simtom tersebut sering kali bersifat reaktif, muncul setelah kejadian atau serangkaian kejadian yang menyebabkan stres, dan biasanya orang tersebut kembali ke fungsi normal.

Treatment bagi gangguan psikotik singkat biasanya terdiri dari kombinasi penggunaan obat-obatan dan psikoterapi. Para individu sering kali memerlukan penggunaan obat antikecemasan dan antipsikotik untuk waktu yang singkat agar mereka dapat kembali berfungsi secara normal. Pemilihan intervensi psikologis tergantung pada asal stresor apabila memang dapat ditelusuri.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Psikotik Singkat</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Selama setidaknya 1 hari, namun kurang dari 1 bulan, individu dengan gangguan ini mengalami setidaknya satu dari gejala-gejala berikut sebelum kembali berfungsi secara normal<ul style="list-style-type: none"><li>- Delusi</li><li>- Halusinasi</li><li>- Cara bicara yang tidak tertata</li><li>- Memunculkan perilaku katatonik atau terganggu</li></ul></li><li>• Kondisi ini tidak terkait dengan gangguan lain, kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan</li><li>• Kondisi ini dapat ditentukan oleh (1) stresor tertentu, (2) tanpa stresor tertentu, (3) dengan serangan yang muncul setelah melahirkan</li></ul>

## 2) Gangguan Skizopreniform

Istilah skizopreniform berarti bahwa suatu gangguan memiliki bentuk seperti skizofrenia, namun tetap berbeda dalam beberapa hal. Seseorang yang mengalami gangguan skizopreniform (*skizopreniform disorder*) memiliki dasar-dasar psikotik yang pada dasarnya sama dengan yang ditemukan pada skizofrenia. Hal yang membedakan adalah durasi munculnya gejala-gejala tersebut. Gejala gangguan skizopreniform berlangsung daripada gejala yang muncul pada gangguan psikotik singkat, namun masih lebih pendek apabila dibandingkan dengan apa yang didiagnosis oleh para klinisi sebagai skizofrenia.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Schizophreniform**

- Seseorang dengan gangguan ini menalami suatu episode (setidaknya berdurasi 1 bulan, namun kurang dari 6 bulan) dari setidaknya 2 gejala yang berkaitan dengan skizofrenia berikut:
  - Delusi
  - Halusinasi
  - Kata-kata yang tidak tertata
  - perilaku katatonik
  - simtom-simtom negative, seperti emosi yang sangat datar atau motivasi yang sangat rendah
- Simtom-simtom tersebut bukan disebabkan oleh gangguan lain, suatu kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan.

## 3) Gangguan Skizoafektif

Diagnosis dari gangguan skizoafektif (*skizoafektif disorder*) diberikan kepada seseorang yang mengalami suatu episode depresi mayor, suatu episode mania, atau suatu episode campuran pada saat yang bersamaan hingga mereka memenuhi kriteria diagnostik bagi skizofrenia.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Skizoafektif**

- Diagnosis ini sesuai untuk mereka yang mengalami suatu periode gangguan yang terus-menerus yang mungkin juga mereka mengalami suatu episode manik depresif, suatu periode mania, atau suatu periode campuran setidaknya 2 simtom yang berkaitan dengan skizofrenia berikut:
  - Delusi
  - Halusinasi

- Perkataan yang tidak terorganisasi
- Perilaku katatonik atau terganggu
- Gejala-gejala negative seperti emosi yang datar atau rendahnya motivasi
- Memunculkan perilaku katatonik atau terganggu
- Pada saat terjadi gangguan, orang ini telah mengalami delusi atau halusinasi tanpa adanya gejala gangguan mood selama setidaknya 2 minggu
- Simtom-simtom episode mood muncul dalam suatu porsi durasi aktif dan periode residu yang signifikan
- Simtom tersebut tidak disebabkan oleh gangguan lain, suatu kondisi medis, dan penggunaan obat-obatan

#### 4) Gangguan Delusi

Orang yang mengalami gangguan delusi (*delusional disorder*) memunculkan simtom psikotik tunggal yang menonjol-suatu sistem terorganisasi yang berisi kepercayaan yang salah. Meskipun mereka mengalami halusinasi, simtom seperti ini tidak menonjol. Mereka tidak menunjukkan simtom-simtom lain yang akan mengarah kepada diagnosis skizofrenia atau gangguan mood. Delusi yang mereka alami adalah sistematis dan menonjol, namun tidak terlalu aneh apabila dibandingkan dengan yang ditemukan pada penderita skizofrenia.

Terdapat lima macam gangguan delusi. Seseorang dengan tipe erotomania memiliki delusi bahwa orang lain, biasanya mereka yang menonjol, sangat jatuh cinta padanya. Tipe delusi kebesaran (*grandiose*) dicirikan dengan delusi bahwa individu adalah seorang yang sangat penting. Tipe pencemburu dicirikan dengan delusi bahwa partner seksual adalah seseorang partner yang tidak setia. Seseorang dengan tipe kejaran (*persecutory*) atau penganiaya memiliki kepercayaan bahwa mereka telah mengalami penganiayaan atau ditekan. Mereka yang bertipe somatis percaya bahwa mereka mengidap suatu penyakit atau bahwa mereka akan segera meninggal. Keterikatan mereka dengan kepercayaan tersebut sangat lekat.

#### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Delusi**

- Seseorang dengan gangguan ini memiliki delusi tidak aneh yang berlangsung setidaknya 1 bulan.
- Mereka tidak pernah memunculkan simtom yang berkaitan dengan skizofrenia sebelumnya, selain itu halusinasi taktil dan olfaktori yang mungkin ada yang terkait dengan tema-tema delusi.

- Mayoritas dapat berfungsi dengan baik, dna perilakunya pun tidak aneh.
- Apabila gangguan mood terjadi bersamaan dengan munculnya delusi, durasinya mungkin hanya singkat.
- Simtom-simtom tersebut tidak disebabkan oleh suatu kondisi medis atau penggunaan obat-obatan.
- Dapar bertipe erotomania, kebesaran, pencemburu, penganiaya, somatic, campuran, dan tidak terspesifikasi.

## 5) Gangguan Psikotik Terbagi

Pada gangguan psikotik terbagi (*shared psychotic disorder*), satu atau beberapa orang mengembangkan suatu sistem delusi sebagai suatu hasil dari kedekatan hubungan dengan seorang penderita psikotik yang delusi. Biasanya, dua orang terlibat dalam gangguan tersebut, dan istilah *folie a deux* (kebodohan berdua) diberikan pada pasangan tersebut. Terkadang terdapat tiga orang atau lebih dari keseluruhan anggota keluarga yang mengalami gangguan tersebut. Gangguan psikotik terbagi berkembang dalam konteks suatu hubungan yang dekat yang terdapat suatu sejarah ketergantungan patologis. Seorang yang nonpsikotik menjad terbiasa dan mengkonsumsi kepercayaan irasional yang ada. Apabila dua orang yang mengalami gangguan tersebut dipisahkan, seseorang yang sebelumnya tidak menderita psikotik akan cenderung kembali keberfungsian dan cara berfikir yang normal.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Psikotik Terbagi**

- Diagnosis ini tetap ddiberikan pada kasus-kasus yang menggambarkan kondisi seseorang yang mengembangkan suatu delusi yang mirip dengan delusi yang telah terbangun dalam diri seseorang yang terlibat dalam hubungan dengan mereka.
- Gangguan ini tidak disebabkan oleh gangguan lain, suatu kondisi medis, ataupun penggunaan obat-obatan.

**Treatmen Skizofrenia.**Teori-teori mengenai penyebab skizofrenia berfokus pada interaksi antara biologis dan pengalaman, dengan perhatian khusus kepada dugaan adanya kerentanan. Skizofrenia memiliki suatu tingkat pewarisan yang tinggi, dan para peneliti secara aktif berusaha untuk mengidentifikasi gen-gen tertentu yang

mendorong kerentanan terhadap gangguan ini. Para peneliti biologi telah berfokus pada abnormalitas struktur dan fungsi otak, faktor genetik bawaan, penanda biologis, dan stressor biologis. Penurunan dalam proses kognisi telah diidentifikasi terjadi pada para penderita skizofrenia, termasuk abnormalitas dalam *sustained attention*, *sensory gating*, dan *antisaccade eye movements*. Intervensi psikologis yang paling umum digunakan untuk individu dengan skizofrenia adalah berasal dari sudut pandang perilaku yang mengasumsikan bahwa banyak kesulitan yang dihadapi oleh banyak individu dengan skizofrenia adalah karena mereka telah mengalami pola perilaku yang aneh dan maladaptive. Para peneliti yang bekerja pada perspektif sistem keluarga akan berfokus pada sistem peran, interaksi dan pola komunikasi dalam lingkungan keluarga tempat individu dengan skizofrenia tumbuh. Beberapa model treatment komprehensif yang ada saat ini melibatkan treatment biologis, intervensi psikologis terutama dalam bentuk teknik perilaku, serta intervensi sosial yang berfokus pada terapi teman sebaya dan keterlibatan keluarga.

## BAB X

### GANGGUAN KEPRIBADIAN

#### A. Sifat Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian (*personality disorder*) meliputi sebuah pola maladaptive dari pengalaman batin dan perilaku yang bertahan lama, kembali ke masa remaja dan masa dewasa yang termanifestasi sedikitnya dua area berikut ini: (1) kognisi, (2) pengaruh, (3) fungsi interpersonal, dan (4) pengendalian impuls. Pola yang tidak fleksibel tersebut terlihat dalam berbagai situasi pribadi dan sosial, dan menyebabkan distress atau kelemahan. Karena gangguan kepribadian melibatkan keseluruhan struktur individu, para klinisi biasanya memersepsikan gangguan tersebut sebagai gangguan psikologis yang paling menantang untuk diterapi. Gangguan kepribadian menyebabkan kelulutan intrapsikis dan interpersonal yang besar yang berakibat pada kelemahan yang berlangsung lama. Mendiagnosis gangguan kepribadian adalah hal yang sulit karena banyak gangguan kepribadian yang memiliki ciri yang sama, sehingga menyebabkan masalah pada validitas dan reliabilitas diagnosis.

<b>Karakteristik Diagnosis Gangguan Kepribadian</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sebuah pola menetap dari pengalaman batin dan perilaku yang berbeda dari apa yang diharapkan oleh budaya seseorang. Pola ini termanifestasi setidaknya dua dari area berikut:<ul style="list-style-type: none"><li>- Kognisi-cara memersepsikan diri, orang lain, dan peristiwa</li><li>- Ekspresi emosi-jarak, intensitas, dan kecocokan akan ekspresi emosional</li><li>- Berfungsi secara interpersonal</li><li>- Kontrol impuls</li></ul></li><li>• Polanya kaku dan mencakup keseluruhan situasi personal dan sosial.</li><li>• Pola ini menyebabkan distress dan impairment.</li><li>• Polanya stabil dan bertahan lama, dengan onset yang dapat ditelusuri pada masa remaja atau saat memasuki masa dewasa awal.</li></ul>

## B. Macam-Macam Gangguan Kepribadian

### 1. Gangguan Kepribadian Antisosial

Orang dengan gangguan kepribadian antisosial kurang dalam hal mengikuti moral sosial atau standar hukum. Diagnosis tersebut awalnya berasal dari pendapat Cleckley mengenai psikopati, yaitu suatu tipe kepribadian yang ditandai dengan beberapa ciri, seperti tidak adanya rasa penyesalan, egosentrisitas yang ekstrem, kurangnya ekspresi emosi, impuls, dan tidak dapat dipercaya. Akan tetapi tidak semua orang dengan gangguan kepribadian antisosial adalah seorang penjahat. Sama seperti kasus semua gangguan kepribadian, karakteristik yang bermasalah pada gangguan kepribadian anti sosial bersifat menetap. Artinya, masalah mereka dimulai pada masa kanak-kanak yang terus berlanjut sampai masa dewasa.

#### Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Antisosial

Diagnosis ini diberikan pada orang dewasa yang di masa kecilnya melihat tingkah laku yang menyimpang dan pada usia 15 tahun telah memperlihatkan sebuah pola yang telah mendarah daging untuk tidak menghormati hak orang lain dan melanggarnya seperti yang diindikasikan berikut.

- Tindakan penyerangan yang berulang-ulang sebagai penyebab masuk penjara
- Ketidakjujuran seperti berbohong, pemalsuan identitas, menipu orang lain demi keuntungan dan kesenangan pribadi
- Impulsif dan gagal dalam membuat rencana masa depan
- Cepat marah dan agresif, misalnya perkelahian atau penyerangan yang berulang-ulang
- Tidak menghargai keselamatan diri sendiri dan orang lain
- Selalu tidak bertanggung jawab seperti berulang kali gagal dalam melakukan pekerjaan
- Kurang akan rasa penyesalan seperti tidak menyukai atau memperlakukan orang lain dengan buruk.

### 2. Gangguan Kepribadian Bordeline

Gangguan kepribadian borderline (*borderline personality disorder*) dicirikan dengan sebuah pola ketidakstabilan secara keseluruhan, paling banyak termanifestasi dalam hubungan, mood, dan rasa terhadap identitas diri (Burgmer, Jessen, & Freyberger, 2000).

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Borderline**

Diagnosis ini ditujukan kepada individu yang menunjukkan impulsif yang berulang dan pola menetap dari ketidakstabilan dalam hubungan interpersonal, citra diri dan afek yang dapat diindikasikan dengan lima atau lebih dari hal berikut:

- Usaha yang histeris untuk menghindari pengabaian yang nyata ataupun sekadar imajinasi
- Pola menetap dari hubungan interpersonal yang selalu berubah-ubah dan intens yang dicirikan dengan perubahan antara meneladani dan mengevaluasi.
- Gangguan identitas-citra diri dan rasa terhadap diri yang berubah-ubah
- Impuls setidaknya dalam dua area, seperti pengeluaran uang, seks, penyalahgunaan obat-obatan, dan menyetir sembarangan
- Perilaku bunuh diri yang berulang, gerak tubuh, ancaman, atau perilaku memutilasi diri sendiri
- Ketidakstabilan emosi, seperti episode kesedihan yang intens, mudah marah, atau kecemasan, biasanya bertahan selama beberapa jam atau terkadang beberapa hari
- Perasaan kesepian yang kronis
- Kemarahan yang intens dan tidak jelas, atau kesulitan menahan amarah, seperti sering marah, kemarahan yang konstan, atau perkelahian fisik yang dilakukan berulang
- Sesekali berpikiran paranoid yang terkait dengan stress yang dialaminya atau simptom disosiatif

### **3. Gangguan Kepribadian Histrionik**

Orang yang memiliki gangguan kepribadian histrionic memperlihatkan kepura-puraan mereka dalam perilaku kesehariannya. Perbedaan orang tersebut dengan orang yang menunjukkan perasaannya di saat yang tepat adalah dari sifat keadaan emosional mereka yang sepiantas lalu dan maksud mereka memperlihatkan emosi yang berlebihan adalah untuk memanipulasi oranglain daripada mengungkapkan perasaan mereka yang sebenarnya.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Histrionic**

Diagnosis ini diberikan pada orang-orang yang menunjukkan pola yang menetap dari emosi yang berlebihan dan mencari perhatian seperti yang terlihat dari 5 atau lebih indikator berikut:

- Ketidaknyamanan ketika tidak menjadi pusat perhatian
- Interaksi digolongkan pada perilaku seksual menggoda yang tidak tepat atau provokatif
- Perubahan yang cepat dan ekspresi emosi yang dangkal
- Menggunakan penampilan fisik untuk menarik perhatian
- Perkataan yang tekesan sangat berlebihan dan kurang terperinci

- Mendramatisasi diri, dibuat-buat, dan ekspresi emosi yang berlebihan
- Kesan yang tinggi
- Salah interpretasi dalam hubungan bahwa mereka lebih intim daripada mereka yang sebenarnya

#### 4. Gangguan Kepribadian Narsistik

Orang dengan gangguan kepribadian narsistik (*narcissistic personality disorder*) mempunyai maksud kepentingan yang tidak realistis, berlebihan, sifat ini dikenal dengan sebutan *grandiosity* (kebesaran diri). Karena mereka merasa dirinya begitu istimewa, mereka merasa bahwa hanya orang yang memiliki status tinggi yang dapat menghargai kebutuhan dan masalah khusus mereka.

##### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Narsistik**

Diagnosis ini ditujukan pada orang-orang yang menunjukkan pola yang meyakinkan tentang sesuatu yang berlebihan, membutuhkan penghargaan dan kurang berempati seperti yang terlihat dari lima atau lebih hal-hal berikut

- Waham kebesaran tentang pentingnya dirinya
- Tenggelam dalam khayalan akan kesuksesan, kekuasaan, kecerdasan, kecantikan, atau cinta yang ideal
- Kepercayaan bahwa mereka begitu “istimewa” bahwa mereka yang harus bergabung dengan orang lain yang dapat mengerti mereka
- Kebutuhan akan kebanggaan yang berlebihan
- Menuntut suatu hak
- Gaya interpersonal yang begitu eksploitasi
- Kekurangan rasa empati
- Iri pada orang lain atau percaya bahwa orang lain iri hati
- Perilaku dan sikap yang arogan

#### 5. Gangguan Kepribadian Paranoid

Orang dengan gangguan kepribadian paranoid (*paranoid personality disorder*) begitu curiga terhadap orang lain dan selalu berjaga-jaga terhadap kemungkinan bahaya atau kejahatan.

##### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Paranoid**

- Kecurigaan yang tidak beralasan bahwa orang lain memanfaatkan, mencelakai, atau membohongi mereka
- Tenggelam dalam keraguan yang tidak beralasan tentang kesetiaan atau loyalitas orang lain
- Keengganan untuk menceritakan rahasianya pada orang lain karena takut

bahwa informasi tersebut akan digunakan untuk melawan mereka

- Kecenderungan untuk membaca hal yang tersembunyi atau hal yang mengancam dari penilaian atau peristiwa yang tidak berbahaya
- Kecenderungan untuk memendam dendam
- Persepsi mengenai seragam pribadi yang tidak muncul pada orang lain dan kecenderungan bereaksi dengan alasan serangan yang besar
- Kecurigaan terus-menerus yang tidak beralasan tentang kesetiaan suami/istri atau partner seksual

## 6. Gangguan Kepribadian Skizoid

Gangguan kepribadian skizoid (*schizoid personality disorder*) dicirikan dengan ketidakacuhan sosial dan hubungan seksual, seperti dalam pengalaman dan ekspresi emosional pada cakupan yang terbatas. Orang dengan gangguan tersebut lebih memilih sendiri dari pada bersama dengan orang lain, dan mereka kelihatan kurang berhasrat untuk diterima atau dicintai bahkan oleh keluarga mereka sendiri. Keterlibatan seksual dengan orang lain memiliki sedikit daya tarik, seperti yang diduga, orang lain merasa mereka dingin, pendiam, menarik diri, dan terasing, belum lagi orang yang memiliki skizoid biasanya tidak waspada, dan khususnya tidak peka terhadap perasaan dan pemikiran orang lain.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Skizoid**

Diagnosis ini ditujukan pada orang-orang yang menunjukkan pola pemisahan hubungan yang menetap dan tingkat emosi yang terbatas, seperti yang terlihat dari empat atau lebih hal-hal berikut:

- Kurang berhasrat atau menikmati hubungan yang akrab
- Sangat menyukai melakukan aktivitas sendiri
- Sedikit tertarik atau tidak sama sekali terhadap pengalaman seksual dengan orang lain
- Kurang menikmati semua atau sebagian besar kegiatannya
- Tidak memiliki sahabat karib atau orang kepercayaan, ataupun hubungan singkat
- Ketidakacuhan dalam memuji atau mengkritik orang lain
- Mempunyai emosi yang dingin, tidak terpengaruh, atau emosi yang datar

## 7. Gangguan Kepribadian Skizotipal

Orang yang memiliki gangguan kepribadian skizotipal (*schizotypal personality disorder*) adalah orang yang unik, eksentrik, dan aneh dalam cara berpikir, berperilaku, dan berhubungan dengan orang lain, bahkan cara mereka berpakaian. Pendapat-pendapat mereka yang aneh dapat mencakup pemikiran dan

kepercayaan gaib terhadap peristiwa batin, seperti kewaskitaan dan telepati. Mereka mungkin mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan persepsi yang tidak biasa dalam bentuk ilusi. Isolasi sosial, keeksentrikan, komunikasi yang ganjil, dan penyesuaian sosial yang buruk dihubungkan dengan gangguan kepribadian skizotipal menempatkannya ke dalam spectrum skizofrenia (Camisa dkk., 2005). Menurut pandangan tersebut, simtom gangguan kepribadian skizotipal menunjukkan bentuk laten (*latent*) skizofrenia yang berarti bahwa orang dengan simtom skizotipal rentan untuk mengembangkan sepenuhnya psikosis jika terlibat ke dalam keadaan hidup yang sulit yang menantang kemampuan mereka untuk terus berhubungan dengan kenyataan.

<b>Kriteria Diagnostik Gangguan Kepribadian Skizotipal</b>
<p>Diagnosis ini diberikan kepada orang yang memperlihatkan suatu pola sosial dan penurunan interpersonal yang ditandai oleh ketidaknyaman akut dan penurunan kapasitas untuk hubungan akrab, serta mereka mengalami distorsi kognitif dan persepsi serta memiliki perilaku yang eksentrik sebagaimana diindikasikan oleh lima atau lebih hal-hal berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ide-ide yang aneh</li> <li>• Kepercayaan yang aneh atau pikiran tentang keajaiban yang memengaruhi perilaku mereka (misalnya dapat membaca pikiran)</li> <li>• Pengalaman persepsi yang tidak biasa, termasuk ilusi tubuh</li> <li>• Pikiran dan ucapan yang aneh</li> <li>• Kecenderungan untuk selalu curiga atau paranoid</li> <li>• Penarikan afek atau pemberian afek yang tidak tepat</li> <li>• Penampilan atau perilaku yang aneh atau eksentrik</li> <li>• Kurangnya teman dekat atau teman karib selain saudara langsung</li> <li>• Kecemasan sosial berlebih yang cenderung dikaitkan dengan katakutan paranoid</li> </ul>

## 8. Gangguan Kepribadian Menghindar

Orang dengan gangguan kepribadian menghindar hampir selalu menjauh dari hubungan sosial, khususnya menghindari setiap situasi yang terdapat potensi adanya ejekan atau luka personal, dan mereka menghindari kegiatan yang bukan merupakan bagian dari kebiasaan mereka sehari-hari. Terkadang mereka membayangkan bencana besar sebagai hasil dari kegiatan baru dan menggunakan hal tersebut sebagai alasan untuk menghindari situasi-situasi baru yang membuat mereka dapat menjadi bahan tontonan orang lain. Merasa yakin bahwa secara sosial

mereka berada di bawah orang lain, mereka menjadi sangat sensitif terhadap penolakan dan ejekan, serta menganggap komentar sekecil apapun sebagai suatu kritik. Sebagai hasil dari keinginan mereka untuk menghindari penolakan dari orang lain, mereka cenderung menyendiri.

Gangguan kepribadian menghindar terletak pada kontinum yang bergerak dari rasa malu yang dirasakan pada kepribadian normal hingga gangguan kecemasan yang dikenal dengan fobia sosial. Menurut pandangan tersebut, gangguan kepribadian menghindar adalah suatu bentuk fobia sosial yang lebih parah (Rettew, 2000), mungkin dibedakan dari fobia sosial oleh adanya simtom introver dan depresi (van Velzen, Emmelkamp, & Scholing, 2000).

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Menghindar</b>
---

Diagnosis ini diberikan kepada seseorang dengan suatu pola penghalangan sosial, perasaan tidak cukup baik, dan terlalu sensitif terhadap evaluasi negative sebagaimana diindikasikan oleh empat atau lebih hal-hal berikut:
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Menghindari kegiatan yang melibatkan kontak interpersonal intens karena takut akan kritikan, penolakan, atau tidak diterima</li><li>• Tidak bersedia terlibat dengan orang lain kecuali adanya kepastian bahwa ia akan disukai</li><li>• Menarik diri dari hubungan akrab karena takut dipermalukan atau diejek</li><li>• Selalu merasa akan dikritik atau ditolak dalam situasi sosial</li><li>• Terhalang dalam situasi interpersonal yang baru karena merasa tidak cukup baik</li><li>• Memandang diri sebagai seseorang yang tidak layak secara sosial, tidak menarik diri, atau inferior terhadap orang lain</li><li>• Menolak untuk mengambil resiko personal atau mencoba aktivitas baru karena takut dipermalukan</li></ul> |
|---|

## 9. Gangguan Kepribadian Dependen

Individu dengan gangguan kepribadian dependen (*dependent personality disorder*) sangat tergantung kepada orang lain dan pasif, sehingga mereka mungkin menerima kebalikan dengan apa yang mereka inginkan karena orang lain menjadi tidak sabar menghadapi ketidakmandiriannya. Merasa yakin bahwa mereka tak cukup baik, mereka bahkan tidak dapat membuat keputusan yang paling sepele bagi diri mereka sendiri.

<b>Karakteristik Gangguan Kepribadian Dependen</b>
<p>Orang dengan gangguan ini akan memiliki kebutuhan berlebih untuk diperhatikan yang mendorong mereka menjadi patuh, bergantung, dan takut terhadap perpisahan sebagaimana diindikasikan oleh lima atau lebih hal-hal berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan membuat keputusan sehari-hari tanpa nasihat dan kepastian</li> <li>• Kebutuhan terhadap orang lain untuk mengambil alih tanggung jawab bagi sebagian besar area kehidupan</li> <li>• Kesulitan mengekspresikan ketidaksetujuan dengan orang lain karena takut kehilangan dukungan atau penerimaan</li> <li>• Kesulitan memulai suatu tugas atau proyek karena rendahnya kepercayaan diri dalam hal penilaian atau kemampuan</li> <li>• Kecenderungan untuk mendapatkan dukungan dan pemeliharaan dari orang lain, hingga tingkatan ketika ia bersedia melakukan sesuatu yang tidak menyenangkan</li> <li>• Merasa tidak nyaman atau tidak mampu ketika sendirian karena merasa takut tidak mampu merawat orang lain</li> <li>• Mencari hubungan lain sebagai sumber harapan dan dukungan segera setelah suatu hubungan berakhir</li> <li>• Terjebak dalam ketakutan untuk ditinggalkan dan harus mengurus dirinya sendiri</li> </ul>

## 10. Gangguan Kepribadian Obsesif Kompulsif

Orang dengan gangguan kepribadian obsesif kompulsif (*obsessive-compulsive personality disorder*) terus menerus bergulat dengan perhatian yang berlebihan mengenai keteraturan dan detail-detail kecil dalam kehidupan mereka sehari-hari. Orang tersebut merasa tidak mampu bergerak akibat ketidakmampuan mereka untuk membuat keputusan. Selain itu orang tersebut juga sangat perfeksionis dan tidak fleksibel serta mengekspresikan hal tersebut melalui sejumlah cara maladaptif. Dalam usaha memenuhi kesempurnaan yang tidak tercapai, mereka menjad terjebak dalam cara berpikir yang penuh kekhawatiran, dan perilaku mereka tidak fleksibel hingga menjadi kaku.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Kepribadian Obsesif Kompulsif</b>
<p>Diagnosis ini diberikan pada orang dengan pola keterpakuan terhadap urutan, kesempurnaan, serta control mental dan interpersonal yang menetap pada saat diperlukan fleksibilitas, keterbukaan, dan efisiensi sebagaimana diindikasikan oleh empat atau lebih hal-hal berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpaku pada detail, aturan, urutan, organisasi, jadwal hingga inti dari suatu kegiatan hilang</li> <li>• Perfeksionis hingga memengaruhi penyelesaian tugas</li> <li>• Kesetiaan berlebih terhadap pekerjaan dan produktivitas hingga menghilangkan kegiatan bersenang-senang dan pertemanan (bukan karena</li> </ul>

keterbatasan ekonomi)

- Kecenderungan untuk menjadi sangat teliti, cermat, dan tidak fleksibel dalam masalah moral, etika, dan nilai-nilai (bukan karena budaya atau agama)
- Ketidakmampuan untuk melepaskan benda-benda yang tidak penting atau telah digunakan
- Menolak untuk mendelegasikan tugas kepada orang lain kecuali jika mereka setuju untuk melakukan suatu hal dengan cara tertentu
- Pelit terhadap diri dan orang lain
- Kaku dan keras kepala

## BAB XI

### GANGGUAN TERKAIT PERKEMBANGAN

#### A. Retardasi Mental

Retardasi mental (*mental retardation*) adalah suatu kondisi yang hadir sejak masa kanak-kanak, dicirikan dengan fungsi intelektual umum yang secara umum yang secara signifikan berada di bawah rata-rata (70 ke bawah). Sebagai tambahan bagi kelemahan intelektual, orang dengan retardasi mental memiliki beberapa kelemahan kemampuan yang signifikan, seperti ketrampilan sosial, penilaian, komunikasi, dan kapasitas untuk merawat diri. Retardasi mental dapat muncul dari kondisi yang diwariskan atau suatu kejadian atau penyakit terjadi pada masa perkembangan. Meskipun tidak dapat disembuhkan, intervensi sejak dini dapat meningkatkan perkembangan kecerdasan dan fisik sari orang dengan kondisi tersebut.

<b>Tabel 11.1 Klasifikasi Retardasi Mental Berdasarkan Skor IQ dan Kompetensi Perilaku</b>			
Kompetensi perilaku			
Tingkat Retardasi	Rentang IQ	Prasekolah (0-5 tahun)	Usia sekolah (6-19 tahun)
Ringan	50/55-70	Dapat mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi; retardasi minimal pada area sensoris-motorik; seringkali tidak diketahui bedanya hingga usia lebih tua.	Dapat mempelajari keterampilan akademis hingga level kelas 6; dapat dibimbing untuk konformitas sosial.
Menengah	35/40-50/55	Dapat bicara atau belajar berkomunikasi; kesadaran sosial yang rendah, keterampilan motoric sedang, dapat diajari latihan keterampilan menolong-diri; membutuhkan beberapa pengawasan.	Dapat dilatih keterampilan dan pekerjaan; kemungkinan tidak dapat naik diatas kelas 2; beberapa kemandirian di tempat yang familier
Berat	20/25-35/40	Perkembangan motoric yang buruk dan keterampilan bahasa yang minimal; umumnya tidak dapat dilatih keterampilan menolong diri; komunikasi sedikit.	Dapat belajar bicara atau berrkomunikasi; dapat dilatih keterampilan dasar menolong-diri; dapat dilatih melakukan kebiasaan yang sistematis.

Sangat Berat	Di bawah 20 atau 25	Retardasi yang besar, dengan kapasitas keberfungsian yang minimal dalam area sensoris-motorik; membutuhkan perawatan yang intens.	Ada beberapa perkembangan motoric; dapat merespons latihan menolong-diri yang sangat terbatas.
<b>Karakteristik Diagnostik Retardasi Mental</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan onset sebelum usia 18 tahun, orang dengan retardasi mental memiliki fungsi intelektual dibawah rata-rata sebagaimana didemonstrasikan oleh pengukuran IQ yang berada pada kisaran 70 atau dibawahnya.</li> <li>• Mereka memiliki deficit atau impairment berulang dalam fungsi adaptif setidaknya pada 2 area dari area-area berikut ini: komunikasi, perawatan diri, kehidupan rumah, keterampilan sosial/interpersonal, penggunaan sumber daya komunitas, pengarahan diri, keterampilan akademis fungsional, kerja, waktu luang, kesehatan, dan keselamatan.</li> <li>• Erajat keparahan berkisar antara ringan, menengah, berat, sangat berat.</li> </ul>			

## B. Gangguan Perkembangan Pervasif

Gangguan perkembangan pervasif (*pervasive developmental disorder*) dicirikan dengan adanya impairment yang parah pada beberapa area perkembangan (misalnya interaksi sosial atau keterampilan komunikasi) atau adanya perilaku, minat, dan aktivitas ganjil yang ekstrem.

### 1. Gangguan Autistik

Gangguan autistik (*Autistic Disorder*) dicirikan dengan adanya impairment besar pada kemampuan individu untuk berkomunikasi dan terhubung secara emosional dengan orang lain. Teori yang menyatakan bahwa autisme memiliki penyebab biologis didukung oleh bukti yang mengarah kepada pola pewarisan keluarga, sebagaimana penelitian terhadap ukuran dan struktur otak. Meskipun teori-teori psikologi tidak dapat menjelaskan penyebab gangguan autistik, pendekatan-pendekatan tersebut cukup berharga terkait dengan intervensi, khususnya yang ditujukan untuk menyediakan peralatan yang diperlukan oleh orangtua dan guru untuk memodifikasi perilaku maladaptif dari autis.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Autistik</b>
Dengan onset sebelum usia 3 tahun, individu dengan gangguan tersebut mengalami penundaan atau abnormalitas fungsi interaksi sosial, bahasa komunikatif, atau bermain yang serius; lebih jauh lagi, mereka memperlihatkan setidaknya 6 simptom dari 3 kelompok berikut:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impairment secara kualitatif dalam interaksi sosial yang terlihat oleh</li> </ul>

setidaknya dua dari hal-hal berikut ini:

- Impairment dalam penggunaan beberapa perilaku nonverbal, seperti ekspresi wajah, postur tubuh, kontak mata;
- Kegagalan untuk mengembangkan hubungan pertemanan yang normal;
- Kurangnya timbal balik sosial atau emosional;
- Impairment secara kualitatif dalam komunikasi yang terlihat oleh setidaknya satu hal dari hal-hal berikut ini:
  - Penundaan atau kurangnya perkembangan bahasa ucapan;
  - Impairment kemampuan untuk memulai atau terlibat dalam suatu percakapan;
  - Penggunaan bahasa yang stereotip dan repetitif atau penggunaan bahasa yang aneh;
  - Kurangnya permainan spontan atau permainan yang melibatkan peniruan sosial.
- Pola perilaku, minat, dan aktivitas yang sangat repetitif dan stereotip yang terlihat oleh setidaknya satu hal dari hal-hal berikut ini:
  - Terobsesi pada pola minat yang stereotip dan sangat terbatas;
  - Ketaatan yang tidak fleksibel terhadap rutinitas atau ritual yang tidak fungsional;
  - Pergerakan motorik yang stereotip dan repetitif (seperti mengepakkan tangan atau pergerakan tubuh yang kompleks);
  - Terobsesi oleh bagian objek tertentu.

## 2. Gangguan Perkembangan Pervasif lainnya

Pada gangguan Rett (*rett's disorder*) yang terjadi pada hampir sebagian wanita, anak tumbuh dan berkembang secara normal hingga 5 bulan pertama kehidupannya; tetapi diantara 5 bulan hingga 4 tahun terjadi beberapa perubahan yang mengindikasikan kemunduran sistem saraf dan kognitif. Pertumbuhan kepala anak terlihat melambat; hal tersebut disertai dengan hilangnya kemampuan tangan, diikuti dengan pergerakan tangan yang janggal (misalnya gerakan tangan seperti meremas), hilangnya keterikatan sosial dengan orang lain, pergerakan tubuh dan cara berjalan yang tidak terkoordinasi, retardasi psikomotorik dan ketidakmampuan bahasa yang parah. Seseorang anak yang mengalami gangguan disintegrative pada masa kanak-kanak (*childhood disintegrative disorder*) berkembang normal pada 2 tahun pertama, namun sebelum mencapai usia 10 tahun mulai kehilangan kemampuan bahasa dan kemampuan motoric serta berbagai fungsi adaptif yang lain, termasuk kontrol terhadap keinginan untuk buang air besar. Deterorasi serius juga menjadi jelas pada interaksi sosial dan komunikasi anak tersebut yang disertai dengan pola perilaku, minat dan aktivitas yang repetitif dan stereotip.

Anak dengan gangguan asperger (*asperger's disorder*) mempertahankan perkembangan kognitif dan bahasa, namun mengalami kemunduran dalam interaksi sosial. Selain itu mereka mengembangkan pola perilaku, minat, dan aktivitas yang repetitive, terbatas, dan stereotip. Sejak tahun-tahun awal kehidupan mereka, individu dengan gangguan asperger umumnya memiliki pengalaman interpersonal yang terganggu yang menghasilkan kegagalan penyesuaian diri dan kemunduran dalam hubungan.

### C. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Perilaku yang Mengganggu

#### 1. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (ADHD)

Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (*attention-deficit/hyperactivity disorder-ADHD*) adalah suatu gangguan yang melibatkan ketidakmampuan untuk memperhatikan dan hiperaktivitas-impulsivitas. Masing-masing komponen gangguan tersebut didefinisikan dalam beberapa kriteria perilaku. *Ketidakmampuan untuk memperhatikan* dicirikan dengan perilaku seperti keteledoran, lupa terhadap aktivitas harian, dan masalah perhatian yang lain. Komponen hiperaktif dan impulsif dapat dipisahkan dalam subtype hiperaktif dan impulsif. Hiperaktif (*hyperactivity*) dicirikan dengan kegelisahan, rasa tidak pernah lelah, bergerak yang tidak perlu, kesulitan untuk bermain dengan tenang, dan berbicara berlebihan. Impulsivitas (*impulsivity*) terlihat pada individu yang memunculkan jawaban dengan segera, tidak dapat menunggu giliran mereka, dan menginterupsi atau memaksa kepada orang lain.

<b>Karakteristik Diagnostik Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (ADHD)</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan onset berbagai simtom serius sebelum usia 7 tahun yang menyebabkan kemunduran dalam setidaknya 2 kondisi, pada individu dengan kondisi tersebut memperlihatkan suatu pola kurangnya kemampuan memperhatikan suatu pola kurangnya kemampuan memperhatikan atau hiperaktivitas-impulsivitas.</li> <li>• Kurangnya kemampuan memperhatikan dicirikan oleh suatu pola yang terdiri dari setidaknya 6 dari simtom berikut yang telah muncul setidaknya selama 6 bulan: (1) membuat kesalahan atau gagal untuk menghadapi detail; (2) memiliki kesulitan dalam mempertahankan perhatian; (3) tidak mendengarkan ketika diajak berbicara; (4) tidak mengikuti instruksi atau tanggung jawab; (5) mengalami kesulitan mengorganisasikan aktivitas; (6) menghindari tugas-tugas yang memerlukan usaha mental yang terjaga; (7) menghilangkan benda-benda yang penting bagi suatu tugas; (8) mudah terganggu; (9) sering kali pelupa.</li> <li>• Hiperaktivitas-impulsivitas dicirikan oleh setidaknya 6 dari simtom berikut yang</li> </ul> |
|--|

telah menetap untuk setidaknya 6 bulan dan terjadi pada subkelompok hiperaktif atau subkelompok impulsif.

- Hiperaktif dicirikan oleh simtom-simtom, termasuk (1) seringkali gelisah atau menggeliat-geliat; (2) seringkali meninggalkan tempat duduk yang sebenarnya tidak diperlukan; (3) sering berlari atau mendaki secara berlebihan pada saat tidak diperlukan; (4) sering kali memiliki kesulitan bermain atau terlibat dalam kegiatan yang menyenangkan; (5) sering kali disebut “berlari” atau berperilaku seolah-olah “digerakkan oleh suatu motor”; (6) seringkali berbicara berlebihan.
- Impulsif dicirikan oleh simtom-simtom, termasuk (1) sering menjawab pertanyaan sebelum pertanyaan selesai dikemukakan; (2) sering mengalami kesulitan untuk menunggu giliran; (3) sering kali menginterupsi atau menyerobot.
- Tipe-tipe yang ada termasuk (1) tipe kombinasi; (2) tipe dominan tidak diperhatikan; (3) tipe dominan hiperaktif-impulsif.

## 2. Gangguan Tingkah Laku

Gangguan tingkah laku (*conduct disorder*) yaitu suatu kondisi yang dicirikan oleh kejahatan terhadap hak orang lain yang terjadi berulang dan menetap. Para individu yang mengalami gangguan tingkah laku melanggar hak orang lain dan norma atau hukum sosial. Kenakalan mereka termasuk mencuri, sering membolos, lari dari rumah, berbohong membakar sesuatu, merusak dan menerobos masuk, kejahatan fisik terhadap orang lain atau binatang, serangan seksual, dan perampokan. Para individu tersebut, banyak dari mereka yang menggunakan obat-obatan dan alkohol, dapat bertindak seorang diri atau berkelompok. Ketika ditangkap, mereka menyangkal kesalahan mereka, menyalahkan orang lain, dan tidak bersedia menanggung konsekuensi dari perilaku mereka.

Para peneliti mencoba untuk memahami penyebab gangguan tingkah laku dengan berfokus pada interaksi gen dan lingkungan berdasarkan pada asumsi, sebagaimana yang ditemukan pada gangguan kepribadian anti sosial, bahwa suatu faktor genetic bawaan memperbesar resiko individu ketika dihadapkan pada lingkungan yang keras.

## 3. Gangguan Perilaku Menentang

Anak-anak dan remaja yang mengalami gangguan perilaku menentang (*oppositional defiant disorder*) memperlihatkan suatu pola perilaku negative, penuh kekerasan, dan beesikap membangkang yang menghasilkan masalah serius dalam keluarga dan di sekolah. Gangguan tersebut jauh lebih ekstrem jika dibandingkan dengan sifat pemberontak yang umum ditemukan pada anak-anak dan remaja, dan gangguan ini terjadi lebih dari satu fase. Para anak muda dengan gangguan tersebut

sering kali kehilangan kontrol terhadap emosi mereka, berselisih paham, menolak untuk melakukan apa yang diminta, dan sangat mengganggu orang lain. Mereka sangat sensitif, pemarah, gemar berkelahi, pendendam dan cenderung membenarkan diri sendiri. Mereka juga cenderung menyalahkan orang lain dan bukan diri sendiri atas masalah yang mereka alami, atau mereka memaksa menyatakan bahwa mereka adalah korban dari keadaan. Beberapa anak muda yang berperilaku seperti ini cenderung lebih melawan terhadap orangtua dan berdiri sebagai orang luar, namun mayoritas mereka mengalami masalah dalam setiap aspek kehidupannya. Pada saat perilaku mereka terkait dengan performa mereka di sekolah dan hubungan sosial yang mereka miliki, mereka kehilangan respek di mata guru ataupun teman sebaya mereka. Kehilangan tersebut dapat membuat mereka merasa tidak cukup baik dan depresi. Gangguan ini biasanya mulai terlihat jelas pada usia 8-12 tahun. Anak laki-laki yang baru memasuki usia remaja lebih cenderung mengalami gangguan tersebut dibandingkan anak perempuan pada rentang usia yang sama, namun setelah masa pubertas, kecenderungan ini menjadi sama pada pria ataupun wanita.

#### **D. Gangguan Belajar, Komunikasi, Dan Keterampilan Motoric**

##### **1. Gangguan Belajar**

Gangguan belajar (*learning disorder*) adalah suatu keterlambatan atau kekurangan dalam keterampilan akademis yang jelas terlihat ketika pencapaian individu pada tes standar lebih rendah dari orang lain yang berada pada kelompok usia, tingkat pendidikan, dan tingkat kecerdasan yang sama. Gangguan belajar muncul pada tiga area yang terkait dengan keterampilan akademis: matematika, menulis, dan membaca.

Individu dengan gangguan matematika (*mathematic disorder*) mengalami kesulitan menghadapi tugas-tugas dan konsep matematis. Kelemahan dapat terlihat jelas pada keterampilan linguistic, seperti memahami istilah-istilah, symbol, atau konsep matematis, keterampilan yang berkaitan dengan persepsi seperti membaca tanda-tanda aritmetika, keterampilan memperhatikan seperti meniru nomor-nomor dengan benar, serta keterampilan matematis seperti mempelajari tabel perkalian. Anak pada usia sekolah yang mengalami gangguan tersebut dapat mengalami

kesulitan untuk menyelesaikan pekerjaan rumah. Orang dewasa dengan gangguan tersebut mungkin tidak dapat membuat neraca keuangan karena mengalami kesulitan melakukan perhitungan matematis sederhana.

Pada gangguan ekspresi tulisan (*disorder of written expression*), tulisan dicirikan dengan pengejaan dan struktur yang buruk, kesalahan dalam pemenggalan, serta ketidakteraturan dalam paragraf yang menyebabkan masalah serius bagi anak-anak pada berbagai bidang studi akademis. Bagi orang dewasa, gangguan tersebut dapat sangat memalukan, mungkin membatasi rentang kesempatan kerja bagi individu.

Gangguan membaca (*reading disorder*), umumnya disebut disleksia (*dislexia*) adalah suatu gangguan belajar yang dicirikan dengan individu menghilangkan, mengubah, atau menggantikan kata-kata ketika membaca dengan sangat lambat dan tersendat-sendat. Ketidakmampuan tersebut mencegah kemajuan anak dalam berbagai mata pelajaran.

## **2. Gangguan Komunikasi**

Gangguan komunikasi (*communication disorder*) adalah kondisi yang dicirikan dengan kelemahan dalam ekspresi atau pemahaman bahasa. Gangguan ekspresi bahasa (*expressive language disorder*) adalah suatu gangguan perkembangan yang dicirikan dengan masalah yang nyata pada ekspresi verbal. Anak dengan gangguan tersebut tidak memiliki kemampuan mengekspresikan diri mereka dalam cara yang sesuai dengan kelompok usia mereka. Hal tersebut dapat terlihat jelas pada gaya bahasa, termasuk dalam penggunaan kosakata yang terbatas dan tidak tepat, berbicara dalam kalimat yang singkat, dan memiliki struktur gramatikal yang sederhana, menghilangkan kata-kata atau frase penting, serta menyatukan kata-kata dalam susunan yang berantakan. Bagi beberapa anak, gangguan ini adalah kondisi perkembangan yang menunjukkan kemampuan berbicara yang terjadi pada usia yang lebih lambat dibandingkan usia rata-rata dan kemajuan yang dicapai pun lebih lambat dibandingkan usia rata-rata. Gangguan tersebut juga mungkin merupakan suatu hasil dari sakit medis atau masalah neuropsikologis yang disebabkan oleh trauma pada kepala.

Anak-anak dengan gangguan campuran penerimaan-ekspresi bahasa (*mixed receptive expressive language disorder*) mengalami kesulitan dalam

mengekspresikan dan memahami beberapa macam kata atau frase tertentu seperti arah, atau dalam bentuk yang lebih parah, kosakata dasar atau keseluruhan kalimat. Ketika berbicara, anak-anak tersebut memperlihatkan beberapa masalah komunikasi yang sama dengan anak-anak yang mengalami gangguan ekspresi bahasa. Gangguan ini juga dapat sebagai akibat perkembangan atau bawaan.

Kesulitan ekspresif dari beberapa orang dicirikan oleh ketidakmampuan mereka untuk memahami atau mengekspresikan bahasa, namun dengan kesulitan khusus pada pengucap. Seseorang dengan gangguan fonologis (*phonological disorder*) menggantikan, menghilangkan, atau salah mengucapkan suatu kata. Gagap (*suttering*) melibatkan suatu gangguan pada kefasihan dan pola ucapan normal yang dicirikan oleh verbalisasi, seperti pengulangan dan perpanjangan suara, kata-kata yang rusak, penahanan suara, penggantian kata-kata untuk menghindari kata-kata yang menimbulkan masalah, dan kata-kata yang diekspresikan dengan suatu tekanan berlebih.

### **3. Gangguan Keterampilan Motorik**

Gangguan utama dari gangguan keterampilan motoric adalah gangguan perkembangan koordinasi (*developmental coordination disorder*) yang dicirikan oleh kelemahan pada perkembangan koordinasi motoric. Anak dengan gangguan tersebut menghadapi masalah dalam pencapaian akademis dan kehidupan sehari-hari karena rendahnya koordinasi mereka, terlepas dari ketidakmampuan perkembangan lain (misalnya serebral palsi). Pada tahap awal kehidupan, anak-anak dengan gangguan perkembangan koordinasi mengalami kesulitan merangkak, berjalan, dan duduk. Ketika mereka berkembang, performa mereka pada tugas-tugas yang lain terkait dengan umur juga di bawah rata-rata. Mereka mungkin tidak mampu mengikat tali sepatu mereka, bermain bola, melengkapi suatu teka-teki, atau menulis dengan rapi. Gangguan tersebut relatif umum terjadi, dengan sebanyak 6 persen anak usia 5 tahun memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan ini (American Psychiatric Association, 2000).

## E. Gangguan Kecemasan Akan Perpisahan

Anak dengan gangguan kecemasan akan perpisahan (*separation anxiety disorder*) memiliki kecemasan yang intens dan tidak perlu mengenai keterpisahan dari rumah atau pengasuh. Sejak masa kelahiran, setiap tangisa bayi biasanya memicu perilaku untuk memberi perhatian pada orang dewasa. Ketika bayi berkembang pada tahun pertama kehidupannya, mereka mampu mengkomunikasikan kehidupan mereka kepada pengasuh dengan cara yang baru, setelah mereka belajar, meraih, merangkak, menggenggam, dan menggunakan ucapan verbal. Pada saat yang bersamaan, anak-anak mulai mengembangkan suatu kelekatan psikologis dengan orangtua mereka dan menjadi tertekan ketika orangtua mereka tidak ada (Ainsworth, 1989). Meskipun mayoritas anak-anak menjaga kelekatan yang kuat dengan orangtua mereka, mereka menjadi tidak terlalu tertekan ketika terpisah pada usia sekitar 18 bulan (Emde, Gaensbauer, & Harmon, 1976). Meskipun demikian banyak anak-anak tidak dapat mengatasi pengalaman kecemasan akan perpisahan, namun terus mengembangkan simtom gangguan kecemasan akan perpisahan.

## F. Gangguan Yang Terjadi Pada Masa Kanak-Kanak

### 1. Gangguan Makan Pada Masa Kanak-Kanak

Anak-anak dengan **pica**-suatu kondisi yang umumnya dihubungkan dengan keterbelakangan mental-memakan benda-benda yang sebenarnya tidak dapat dimakan, seperti cat, benang, rambut, dan kertas. Sebaliknya, pada gangguan **makan pada bayi atau masa kanak-kanak awal** (*feeding disorder of infancy or early childhood*), individu secara menetap gagal makan yang akhirnya mengakibatkan penurunan berat badan. Bentuk gangguan makan yang lain adalah **gangguan ruminasi** (*ruminatio disorder*) yang ditandai bayi atau anak-anak yang memuntahkan dan kemudian mengunyah kembali makanan setelah ditelan. Masing-masing gangguan makan tersebut berlangsung setidaknya selama satu bulanan tidak terkait dengan masalah diperut.

## 2. Gangguan Tic

Tic adalah suatu pergerakan yang cepat, terjadi tidak sadar, dan berulang-ulang. Terdapat beberapa macam gangguan tic, termasuk pergerakan tubuh atau getaran. Contoh tic motoric adalah kedipan mata, kedutan pada wajah, dan mengangkat bahu. Tic vocal mencakup batuk, mendengkur, mendengus, **kopropalia** (*coprolalia*) (kecarutan ucapan) dan decap lidah.

Gangguan tic lain seperti gangguan Tourette (*Tourette disorder's*), suatu kombinasi dari tic vocal dan pergerakan yang kronis yang lebih umum muncul pada pria. Seseorang dengan gangguan Tourette biasanya membuat pergerakan kepala yang tidak terkontrol dan terkadang juga menggerakkan bagian atas tubuhnya yang lain. Anak muda dengan gangguan tersebut, umumnya mengalami simtom psikologi lain, paling umum adalah simtom obsesif-kompulsif, kesulitan berbicara, dan masalah perhatian. Kelemahan pada mekanisme pertahanan otak pada korteks frontal dipandang terlibat dalam gangguan Tourette, suatu hal yang dibagi dengan gangguan obsesif-kompulsif dan ADHD (Wright dkk, 2005).

## 3. Gangguan Eliminasi

Anak-anak dengan gangguan eliminasi belum terlatih menggunakan toilet, jauh setelah mereka secara fisiologis mampu mempertahankan batasan dan menggunakan toilet secara tepat. Dalam enkopresis (*encopresis*) seorang anak yang setidaknya berusia 4 tahun berulang kali buang air besar di celana atau tempat lain yang tidak tepat. Anak dengan enuresis buang air kecil di celana atau tempat tidur pada usia ketika mereka diharapkan dapat menahan, hal tersebut bukanlah hal yang jarang terjadi, melainkan terjadi setidaknya 2 kali seminggu dalam setidaknya 3 bulan berturut-turut pada anak-anak yang berusia setidaknya 5 tahun.

## 4. Gangguan Kelekatan Reaktif

Gangguan kelekatan reaktif pada masa bayi atau kanak-kanak (*reactive attachment disorder of infancy or childhood*) adalah suatu gangguan parah pada kemampuan anak untuk berhubungan dengan orang lain. Beberapa anak dengan gangguan tersebut tidak terlibat dalam interaksi sosial atau merespons ketika diperlukan, mereka dapat berperilaku menghindar atau terisolasi. Anak-anak lain

memperlihatkan suatu gambaran simtom yang sangat berbeda, yaitu mereka tidak berbeda dalam kemampuan bersosialisasi, namun memperlihatkan kelekatan yang tidak tepat dengan orang lain. Gangguan dalam hubungan interpersonal tersebut muncul dari faktor pengasuh yang patologis, mungkin orangtua atau pengasuh mengabaikan kebutuhan fisik atau emosional anak pada masa awal perkembangannya. Sebagai alternative mungkin terdapat banyak perubahan pada pengasuh utama pada masa perkembangan awal, sehingga anak gagal mengembangkan kelekatan yang stabil.

## **5. Gangguan Gerakan Stereotip**

Anak-anak dengan gangguan gerakan stereotip (*stereotypic movement disorder*) memunculkan perilaku yang berulang dan terlihat terarah, seperti melambai, menggerakkan tubuh, memukul kepala, menggigit diri, dan mencubit diri mereka sendiri. Perilaku tersebut memengaruhi pemfungsian normal dan terkadang menyebabkan cedera tubuh.

## **6. Mutisme Selektif**

Pada mutisme selektif (*selective mutism*), anak secara sadar menolak untuk berbicara pada situasi tertentu, biasanya ketika terdapat suatu harapan untuk interaksi seperti di sekolah. Kondisi tersebut terlihat nyata pada suatu periode waktu tertentu, setidaknya 1 bulan dan berpengaruh secara signifikan pada pemfungsian normal. Anak-anak dengan gangguan tersebut dapat berbicara secara spontan pada beberapa situasi, namun menolak untuk berbicara pada kondisi yang lain.

## **BAB XII**

### **GANGGUAN TERKAIT PENUAAN DAN KOGNITIF**

Fungsi kognitif mencakup proses berpikir, kapasitas memori, dan kemampuan untuk mempertahankan sesuatu. Karakteristik utama gangguan kognitif meliputi gangguan berpikir, memori dan perhatian. Pada *DSM-IV-TR*, nama formal dari kelompok gangguan yang ditandai dengan sejumlah simptom tersebut adalah delirium, demensia, amnestik, dan gangguan kognitif lainnya.

#### **A. Delirium**

Delirium adalah kondisi yang terjadi sementara waktu yang menyebabkan individu mengalami tertutupnya kesadaran, sehingga mereka tidak menyadari apa yang terjadi di sekitar mereka dan tidak mampu untuk focus atau memusatkan perhatian. Selain itu, mereka juga mengalami perubahan kognitif yang mengakibatkan ingatan mereka kabur dan mengalami disorientasi. Kemampuan bicara orang yang mengalami delirium mungkin tidak karuan atau sulit dipahami, berpindah dari satu topic pembicaraan ke topik lainnya. Individu tersebut juga mengalami delusi, ilusi, atau halusinasi, juga gangguan emosional seperti kecemasan, euphoria, dan mudah marah.

Delirium disebabkan karena adanya perubahan pada metabolisme otak dan biasanya mencerminkan sesuatu yang abnormal sedang terjadi didalam tubuh. Berbagai macam faktor dapat menyebabkan delirium, termasuk keadaan mabuk karena pengaruh zat kimia tertentu atau penarikan diri, cedera otak, demam tinggi, dan kekurangan vitamin. Intervensi yang dilakukan berdasarkan pendekatan multidimensional dapat membantu mempercepat penyembuhan delirium. Pendekatan tersebut terfokus untuk memberikan edukasi pada staf asesmen, pencegahan, treatment, dan memahami kebutuhan pasien dengan delirium (Lundstrom dkk., 2005). Memberikan edukasi pada personel medis dan kejiwaan mengenai simptom delirium sangatlah penting bagi pencegahan dan deteksi awal yang keduanya dapat mengurangi konsekuensi negative bagi pasien usia lanjut (Weber, Coverdale, & Kunik, 2004).

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Delirium**

- Orang yang berada dalam keadaan ini mengalami gangguan kesadaran dengan menurunnya kemampuan untuk memusatkan perhatian, memoertahankan, atau mengalihkan perhatiannya yang berkembang selama beberapa waktu (mulai dari beberapa jam hingga beberapa hari) dan meningkat fluktuasinya saat siang hari.
- Mereka mengalami perubahan pada aspek kognisi (misalnya gangguan memori, disorientasi, gangguan bahasa) atau mereka mengembangkan gangguan persepsi yang tidak berhubungan dengan demensia.
- Delirium khususnya terjadi karenazat-zat kimia, atau terjadi karena berbagai penyebab.

### **B. Gangguan Amnestic**

Orang dengan gangguan amnestik (*amnestic disorder*) tidak dapat mengingat kembali informasi yang telah dipelajari sebelumnya atau tidak dapat menyimpan ingatan baru. Ketidakmampuan untuk memasukkan peristiwa yang baru saja terjadi ke dalam memori atau ketidakmampuan untuk mengingat kembali informasi penting dan sangat mengganggu karena individu merasa kehilangan identitas kepribadiannya. *DSM-IV-TR* memasukkan dua kategori utama gangguan amnestic: gangguan yang terjadi karena adanya kondisi medis yang umumnya terjadi dan gangguan yang terjadi karena penggunaan obat-obatan. Gangguan-gangguan tersebut juga terjadi pada penggunaan zat-zat tertentu atau pada kondisi medis, seperti trauma kepala, kekurangan oksigen, dan herpes. Ketika obat-obatan atau pengobatan menyebabkan gangguan kerusakan memori yang serius, kondisi ini disebut sebagai **substance induced-persisting amnestic disorder**.

### **Karakteristik Diagnostik Gangguan Amnestic**

- orang dengan gangguan ini mengembangkan kerusakan memori yang dapat terlihat dari ketidakmampuannya mengingat kembali informasi yang telah dipelajari sebelumnya atau ketidakmampuan untuk mempelajari informasi baru.
- Gangguan memori menyebabkan impairment yang signifikan dan menggambarkan penurunan fungsi pada tahap sebelumnya.
- Gangguan memori tidak hanya muncul pada saat delirium atau demensia.
- Kondisi ini khususnya terjadi karena adanya kondisi medis tertentu, penggunaan obat-obatan, atau penyebab lainnya yang belum jelas.

### **C. Cedera Otak Traumatis**

Kerusakan pada otak yang disebabkan karena adanya trauma disebut sebagai cedera otak traumatis (*traumatic-brain-injury-TBI*) yang dikenal sebagai penyebab utama dari disfungsi mental dan fisik. Simtom-simtomnya mencakup sakit kepala, gangguan tidur, sensitivitas pada cahaya dan suara, serta kurangnya kinerja kognitif pada tes-tes yang mengukur tingkat atensi, ingatan, bahasa, dan waktu reaksi. Individu-individu tersebut juga menderita depresi, kecemasan, ledakan emosional, perubahan mood, atau emosi yang tidak sesuai.

### **D. Demensia**

#### **1. Definisi Demensia**

Kata *dementia* berasal dari bahasa Latin *de* (artinya “pergi dari”) dan *mens* (artinya “pikiran”). Demensia (*dementia*) adalah bentuk kerusakan kognitif yang melibatkan penurunan yang terjadi terus-menerus pada fungsi memori dan kemampuan mempelajari informasi baru, kemampuan dalam berkomunikasi, memutuskan, dan koordinasi motoric. Selain dari adanya perubahan kognitif, orang dengan demensia mengalami perubahan pada kondisi kepribadian dan emosionalnya. Penyebab utama demensia adalah kerusakan otak yang besar dan terus meningkat. Kondisi lain yang dapat menyebabkan demensia, di antaranya penyakit vascular (pernapasan), AIDS, trauma pada kepala, zat-zat psikoaktif, dan berbagai gangguan neurologis lainnya. Demensia dapat ditemukan pada orang dengan berbagai usia, termasuk pada anak-anak.

#### **2. Karakteristik Demensia**

Simtom demensia dapat diawali dengan lupa yang bersifat ringan mungkin tidak terlalu diperhatikan dan tidak terlalu mengganggu. Akan tetapi, jika penyebab utama dari gangguan otak yang menyebabkan demensia tidak dapat diobati, simtom yang dialami seseorang dapat meningkat secara jelas dan dapat menyebabkan stress. Ketika kondisi demensia seseorang semakin buruk, secara bertahap mereka kehilangan kapasitas untuk dapat merawat diri mereka sendiri, untuk tetap berhubungan dengan apa yang sedang terjadi di sekitar mereka, dan dalam menjalani kehidupan normal.

### **a. Hilangnya Memori**

Hilangnya memori tanda awal terjadinya demensia adalah kerusakan ringan pada fungsi memori. Pada akhirnya, orang tersebut tidak dapat mengingat kembali informasi baru apa pun yang masuk.

### **b. Afasia, Apraksia, dan Agnosia**

Istilah afasia (*aphasia*) digunakan untuk menggambarkan hilangnya kemampuan untuk menggunakan bahasa. Afasia disebabkan oleh kerusakan pada daerah otak untuk berbicara dan berbahasa, dan kerusakan tersebut memengaruhi kemampuan individu untuk memproduksi dan memahami bahasa. Ada dua jenis afasia, yaitu afasia Wernicke dan afasia Broca. Afasia Wernicke (*Wernicke's aphasia*), individu mampu menghasilkan kata-kata, tetapi kehilangan kemampuan untuk memahaminya, sehingga verbalisasi yang dihasilkannya tidak memiliki arti apa pun. Sedangkan Afasia Broca (*Broca's aphasia*) memiliki gangguan dalam memproduksi bahasa, tetapi memiliki kemampuan yang baik dalam memahami bahasa.

Orang dengan apraksia (*apraxia*) kehilangan kemampuan dalam mengoordinasikan gerakan tubuh yang sebelumnya dapat ia lakukan tanpa mengalami kesulitan. Gangguan tersebut bukan karena adanya kelemahan pada aspek fisik atau penurunan fungsi otot, tetapi karena adanya kemunduran dalam fungsi otak. Agnosia adalah ketidakmampuan dalam mengenali benda-benda atau pengalaman yang sudah lazim meskipun individu tetap memiliki kemampuan dalam memahami elemen dasarnya.

### **c. Gangguan Pada Fungsi Eksekutif**

Fungsi eksekutif (*executive functioning*) mencakup kemampuan kognitif, seperti berpikir abstrak, merencanakan, mengorganisasi, dan melakukan perilaku tertentu.

## **3. Macam-macam Demensia**

### **a. Penyakit Alzheimer (Demensia Tipe Alzheimer)**

Hanya dalam persentase yang sangat kecil dari orang dengan usia lanjut yang mengalami demensia yang dikenal dengan dengan penyakit Alzheimer atau demensia

tipe Alzheimer. Istilah pikun sering kali disalahartikan dengan gangguan tersebut, atau pada umumnya diketahui sebagai proses penuaan. Istilah tersebut merupakan nama yang salah untuk digunakan, seolah-olah menyatakan secara tidak langsung bahwa proses penuaan mencakup hilangnya semua fungsi kognitif. Kemungkinan terjadinya penyakit Alzheimer pada diri individu dikehidupan masa depannya sangat kecil, tetapi bagi individu yang mengalaminya, penyakit tersebut memiliki konsekuensi yang sangat tragis. Beberapa sub tipe penyakit Alzheimer diidentifikasi oleh karakteristik gambaran klinis yang mencolok. Ketika klinisi memberikan salah satu spesifikasi dari sub tipe berikut ini: disertai dengan delirium, disertai dengan delusi, disertai dengan mood depresi, atau *uncomplicated* (untuk kasus ketika tidak ada dari karakteristik yang ditampilkan).

<b>Tabel 12.1 Tahap Penyakit Alzheimer</b>			
Bukan Alzheimer	Tahap awal	Tahap pertengahan	Tahap akhir
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sering melakukan sesuatu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hilangnya ingatan pada memori jangka pendek, biasanya hal-hal kecil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan yang lebih berat terjadi pada memori jangka pendek, individu mulai tidak dapat mengingat percakapan sama sekali atau nama jalan tempat ia tinggal, nama orang yang dicintainya, atau cara mengemudi mobil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan kognitif yang berat dan hilangnya ingatan pada memori jangka pendek</li> <li>Gangguan bicara</li> <li>Mengulangi percakapan secara terus-menerus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Salah meletakkan barang, seperti kunci, kacamata, tagihan, dan lembar kerja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak menyadari hal-hal yang hilang.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individu mulai mengalami kebingungan yang semakin berat, memiliki kesulitan berpikir secara logis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak dapat mengingat nama pasangan hidup, anak-anak, atau pengasuh atau nama hari dan bulan</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupa nama atau judul sesuatu, seperti buku. Film, nama orang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beberapa kerusakan, biasanya hal-hal kecil dalam mengingat informasi yang baru saja dipelajari.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilangnya beberapa bagian dari kesadaran diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan penalaran dan pengambilan keputusan sangat buruk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan kemampuan dalam mengingat kata-kata saat berbicara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merupakan hal-hal tertentu dan tidak dapat mengingat hal tersebut, seperti nama seseorang, teman baik, atau bahkan nama anggota keluarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teman dan keluarga menyadari gangguan pada memori</li> <li>• Terjadi disorientasi pada individu, tidak menyadari di mana ia berada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengabaian kebersihan personal</li> <li>• Perubahan kepribadian individu menjadi kasar, sangat cemas, gugup, delusi, atau bahkan paranoid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “<i>Absent-minded</i>” atau terkadang memiliki ingatan yang kabur mengenai detail tertentu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirumah dapat berfungsi secara normal, tidak terlalu mengalami kebingungan, tetapi mungkin mengalami permasalahan di kantor atau pada situasi sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan pada kemampuan untuk melakukan tugas sederhana bahkan aritmetika sederhana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mungkin membutuhkan bantuan tambahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melupakan sesuatu seperti perjanjian.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simtom mungkin tidak disadari oleh semua orang kecuali oleh pasangan hidup atau keluarga/teman dekat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semakin agresif atau pasif</li> <li>• Mengalami kesulitan tidur</li> <li>• Depresi</li> </ul>	

### Karakteristik Gangguan Demensia Tipe Alzheimer

- Orang dengan gangguan ini mengembangkan berbagai penurunan kognisi yang termanifestasi pada kerusakan memori dan setidaknya salah satu dari gangguan kognitif berikut ini: (a) gangguan bahasa, (b) berkurangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas motorik, (c) gagal dalam mengenali atau mengidentifikasi objek, (d) gangguan dalam fungsi eksekutif, seperti merencanakan, mengorganisasikan, atau kemampuan abstraksi.
- Rangkaian gangguan ditandai dengan adanya serangan secara bertahap dan penurunan kognitif yang terjadi terus-menerus.
- Gangguan kognitif menyebabkan impairment yang signifikan dan menggambarkan penurunan dari fungsi pada tingkat sebelumnya.
- Kerusakan ini tidak disebabkan oleh gangguan lainnya, kondisi medis, atau penggunaan obat-obatan dan tidak terjaud pada rangkaian kejadian delirium.

#### b. Demensia Yang Disebabkan Oleh Kondisi Lain

##### 1) Kondisi Fisik

Demensia dapat diakibatkan oleh berbagai macam kondisi fisik, termasuk penyakit menular, seperti neurosifilis, ensefalitis, tuberkolosis, meningitis, atau infeksi lokal pada otak. Demensia juga dapat disebabkan oleh anoksia (kurangnya oksigen yang masuk kedalam otak) yang dapat terjadi saat operasi di bawah pengaruh anestesi atau disebabkan karena keracunan karbonmonoksida. Anoreksia dapat memberikan efek yang berbahaya pada berbagai fungsi otak karena neuron dapat segera mati karena kekurangan oksigen. Efek emosional karena adanya keusakan pada otak yang disebabkan oleh anoksia mencakup menurunnya kemampuan pada aspek afeksi dan kehilangan sementara kesadaran akan dirinya serta depresi. Kemampuan seseorang untuk merencanakan, memulai sesuatu, dan dalam melakukan aktivitas tertentu dapat menurun secara drastis.

Bahkan zat kimia tertentu yang dicerna oleh orang tersebut, seperti obat-obatan dan terpapar oleh zat beracun yang ada di lingkungan sekitar, misalnya zat kimia industry, terkena uap yang kuat dari cat rumah, stirena (*styrena*) yang digunakan pada produksi bahan plastik, dan sulingan bahan bakar yang berasal dari petroleum, dapat mengakibatkan kerusakan otak dan mengakibatkan suatu kondisi yang disebut sebagai *substance-induced persisting dementia*.

Penyakit pick (*pick disease*) adalah penyakit degenerative yang jarang ditemukan berkembang secara progresif yang memengaruhi bagian frontal dan temporal pada korteks serebrum. Penyakit tersebut disebabkan karena adanya

akumulasi endapan protein yang tidak biasa pada neuron yang disebut sebagai *pick bodies*. Selain memiliki permasalahan pada memori, orang dengan gangguan tersebut memiliki hambatan sosial, memiliki perilaku yang tidak sesuai dengan norma, dan berperilaku secara agresif atau menunjukkan perilaku yang apatis dan tidak termotivasi.

Penyakit Parkinson (*Parkinson's disease*) melibatkan penurunan neuron di basal ganglia, struktur subkortikal yang mengendalikan gerakan motorik. Penyakit Parkinson berkembang secara progresif dengan karakteristik yang paling mencolok adalah adanya gangguan pada berbagai aspek motorik. Pada saat beristirahat, tangan, pergelangan kaki, atau kepala orang dengan penyakit tersebut dapat bergerak tanpa disadari. Otot menjadi kaku, dan orang tersebut memiliki kesulitan dalam bergerak, simtom yang dikenal dengan akinesia. Penurunan secara perlahan pada aktivitas motoric yang disebut dengan bradikinesia (*bradykinesia*) juga terjadi, seperti halnya penurunan koordinasi motorik.

*Lewy body dementia* pertama kali diidentifikasi pada tahun 1961, memiliki kesamaan dengan penyakit Alzheimer, yaitu adanya penurunan fungsi memori, bahasa, kalkulasi, dan penalaran secara progresif, serta penurunan fungsi mental lainnya akan tetapi, tingkat perkembangan penyakit terjadi lebih cepat dibandingkan penyakit Alzheimer. *Lewy bodies* adalah struktur *lewy bodies* ditemukan tersebar secara luas di seluruh otak. Belum jelas apakah kondisi yang dinamakan *Lewy bodies dementia* adalah penyakit yang sama sekali berbeda atau merupakan varian dari penyakit aalzheimer atau Parkinson (Serby & Samuels, 2004), meskipun beberapa orang menyebutkan jika penyakit ini adalah penyakit sejenis demensia kedua yang sering terjadi (McKeith dkk., 2004).

Frontotemporal dementia tidak ditunjukkan dengan penurunan pada fungsi memori seperti pada penyakit Alzheimer, tetapi ditandai dengan adanya pubahan kepribadian, seperti apati, kurangnya pengendalian diri, obsesif dan hilangnya kemampuan dalam membuat keputusan. Pada akhirnya, individu meninggalkannya kebiasaan dan kehilangan kemampuan dalam komunikasi.

Penyakit Huntington (*Huntington's disease*) terjadi karena adanya penurunan neurologis, gangguan yang dapat memengaruhi fungsi kepribadian dan kognisi. Setelah diselidiki, penyebab penyakit Huntington adalah adanya

abnormalitas pada kromosom 4 yang menyebabkan protein yang sekarang dikenal dengan Huntington, berakumulasi dan mencapai tingkat yang berbahaya bagi tubuh. Simtom awal muncul pada usia dewasa, antara usia 30 dan 50 tahun. Penyakit tersebut melibatkan matinya neuron pada struktur subkortikal yang mengendalikan aktivitas motorik.

Penyakit Creutzfeldt-Jakob (*Creutzfeldt-Jakob disease*) adalah gangguan neurologis yang diperkirakan karena adanya agen infeksi, sehingga menyebabkan terjadinya akumulasi protein di dalam otak. Simtom awal meliputi kelelahan, gangguan nafsu makan, gangguan tidur, dan kesulitan dalam berkonsentrasi. Seiring dengan semakin berkembangnya penyakit tersebut, individu menunjukkan meningkatnya tanda-tanda demensia dan pada akhirnya mati. Penyebab utama simtom tersebut adalah meluasnya kerusakan yang dikenal dengan ensefalopati spongiform (*spongiform encephalopathy*) yang artinya adalah lubang besar yang berkembang pada jaringan otak..

Penyakit lain terjadinya demensia adalah penyakit kardiovaskular yang memengaruhi penyediaan darah ke dalam otak. Kondisi seperti ini disebut demensia vaskular (*vascular dementia*). Demensia ini dapat terjadi setelah stroke, pada kasus seperti ini dinamakan dengan *acute onset vascular dementia*, tetapi jenis demensia vaskular yang sering terjadi adalah multi-infarct dementia atau MID yang disebabkan karena adanya serangan sementara pada aliran darah yang menuju otak karena adanya penyumbatan atau pecahnya arteri. Kerusakan yang terjadi pada arteri menyebabkan neuron yang ada di sekitarnya kekurangan darah dan oksigen, sehingga menyebabkan matinya neuron. Meskipun pada awalnya setiap infarc terlalu kecil untuk diperhatikan, sejalan dengan waktu, kerusakan yang progresif yang disebabkan infarc menyebabkan individu kehilangan kemampuan kognisinya.

## 2) Depresi

Sebagai tambahan dari kompleksitas dalam membedakan penyebab demensia dalam gangguan dengan Alzheimer adalah fakta adanya fakta jika depresi dapat memunculkan simtom yang serupa dengan simtom yang terlihat pada tahap awal perkembangan penyakit Alzheimer. Depresi juga dapat muncul berdampingan dengan penyakit Alzheimer, terutama pada tahap awal hingga pertengahan, ketika kognisi individu masih dapat berfungsi dengan baik, sehingga individu dapat

menyadari akibat yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut dapat meningkatkan risiko individu untuk mengalami penyakit Alzheimer, terutama di antara pria.

### **BAB XIII**

## **GANGGUAN TERKAIT PENGGUNAAN NARKOBA**

### **A. Sifat Penyalahgunaan Narkoba dan Ketergantungannya**

Narkoba (narkotika, psokotropika, dan obat terlarang) (*substance*) adalah suatu zat kimia yang mengubah mood atau perilaku seseorang ketika merokok, dsuntikkan, diminum, dihirup, mendengus, atau ditelan dalam bentuk pil. Orang-orang sering kali menggunakan obat dan zat kimia yang mengandung racun untuk mengubah kondisi psikologis mereka. Selain dampak psikologis yang merugikan individu dan keluarga, dampak ekonomi dari penyalahgunaan zat pada masyarakat sangat besar, dengan estimasi sekitar ratusan hingga miliaran dolar (Horgan, 2001). Hal lain yang penting adalah fakta bahwa banyak individu dengan gangguan terkait penggunaan zat juga menderita beberapa gangguan lain, khususnya gangguan mood (Grant, dkk., 2004).

### **B. Perilaku Yang Berhubungan Dengan Gangguan Terkait Penggunaan Narkoba**

#### **1. Gangguan Yang Disebabkan Penggunaan Narkoba**

*Substance intoxication* adalah perilaku maladaptif yang terjadi sementara atau perubahan psikologis karena akumulasi suatu zat tertentu di dalam tubuh. Kondisi *Substance intoxication* adalah suatu kejadian yang bersifat sementara sampai dengan periode ketika zat tersebut secara biologis berpengaruh dalam tubuh. Perilaku orang intoksikasi menjadi maladaptif yang berarti bahwa seseorang mengalami kemunduran signifikan dalam performasinya. Sebagai tambahan efek yang mengikuti penggunaan zat-zat tersebut, akan terjadi perubahan psikologis dan fisik yang juga terjadi saat sejumlah zat dihentikan, suatu reaksi yang disebut *substance withdrawal*. Seseorang dalam kondisi menarik diri dari penggunaan zat-zat ini akan mengalami distress yang signifikan atau merasa lemah di rumah, tempat kerja, atau dalam konteks kehidupan penting yang lain.

## 2. Gangguan Penggunaan Narkoba

Penyalahgunaan narkoba (*substance abuse*) didefinisikan sebagai pola maladaptif penggunaan narkoba yang terjadi dalam periode 12 bulan yang mengarah pada kemunduran signifikan atau bukti-bukti distress yang diikuti oleh satu atau lebih hal berikut ini: (1) kegagalan dalam melakukan tugas atau tanggung jawab, (2) menggunakan zat dalam situasi fisik yang berbahaya, (3) masalah-masalah hukum, atau (4) masalah-masalah interpersonal.

Konsep penyalahgunaan zat tidak mencakup pengertian mengenai kecanduan individu tersebut terhadap zat. Ketergantungan narkoba (*substance dependence*) adalah pola maladaptive dari penggunaan zat yang dimanifestasikan dengan gejala-gejala kognitif, perilaku, dan psikologis selama periode 12 bulan dan disebabkan oleh penggunaan zat tersebut secara terus-menerus.

### C. Alkohol

Sekitar 1 dari 7 orang warga Amerika memiliki sejarah penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol. Efek jangka pendek dari penggunaan alkohol dipandang menarik oleh banyak orang karena kualitas yang menyenangkan dari zat tersebut meskipun efek samping seperti *hangover* dirasakan mengganggu. Efek jangka panjang penggunaan dalam jumlah besar dirasakan mengkhawatirkan dan melibatkan kerusakan serius pada banyak organ tubuh, dan mungkin menghasilkan masalah medis serta demensia.

Para peneliti pada bidang ketergantungan alkohol adalah orang pertama yang mengusulkan model biopsikososial untuk menjelaskan perkembangan suatu gangguan psikologis. Dalam bidang kontributor biologis, para peneliti telah berfokus pada peran genetic mengingat fakta bahwa ketergantungan terjadi dalam keluarga. Garis penelitian tersebut telah berfokus pada penanda dan pemetaan genetis. Teori-teori psikologis berfokus pada konsep yang didapat dari teori perilaku, serta sudut pandang kognitif perilaku dan proses belajar sosial. Sebagai contoh, menurut model harapan yang diterima luas, orang dengan ketergantungan alkohol mengembangkan kepercayaan yang bermasalah mengenai alkohol pada awal kehidupannya melalui penguatan dan cara belajar berdasarkan observasi. Para peneliti dan teoritikus yang bekerja dalam sudut pandang sosiokultural memandang

stressor dalam keluarga, komunitas, dan budaya sebagai faktor yang mendorong seseorang untuk mengembangkan ketergantungan alkohol.

Treatment bagi masalah alkohol dapat datang dari berbagai tingkat dari ketiga perspektif tersebut. Dalam istilah biologis, obat-obatan dapat digunakan untuk mengontrol gejala-gejala penarikan, untuk mengontrol gejala yang dikaitkan dengan kondisi yang sudah terjadi yang sudah terjadi sebelumnya, atau untuk memicu mual setelah mengonsumsi alkohol. Berbagai intervensi psikologis digunakan, beberapa diantaranya didasarkan pada teknik perilaku dan kognitif perilaku. Alcoholics Anonymous adalah suatu program penyembuhan 12 langkah yang dibangun pada premis bahwa alkoholisme adalah suatu penyakit.

<b>Karakteristik Diagnostik Ketergantungan Narkoba</b>
--

Dalam waktu 12 bulan, orang yang mengalami ketergantungan narkoba menunjukkan setidaknya tiga karakteristik berikut:
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Toleransi</li><li>• Penarik diri</li><li>• Menggunakan zat tersebut dalam jumlah besar atau lebih lama dari waktu yang dimaksudkan</li><li>• Keinginan yang terus-menerus atau usaha yang gagal untuk menghentikan atau mengontrol penggunaan zat</li><li>• Sangat banyaknya waktu yang dihabiskan untuk aktivitas-aktivitas yang melibatkan mendapatkan, menggunakan, atau pulih dari penggunaan zat</li><li>• Berhentinya atau menurunnya aktivitas penting sebagai akibat dari penggunaan zat</li><li>• Terus menggunakan zat tersebut meskipun mengetahui mengenai masalah fisik atau psikologis akibat penggunaan zat tersebut</li></ul> |
|---|

## **D. Zat Selain Alkohol**

### **1. Stimulan**

Kafein adalah salah satu contoh zat dalam kategori obat-obatan yang disebut dengan stimulan (*stimulant*)-zat yang memiliki efek mengaktifkan sistem saraf. Stimulan yang dikaitkan dengan gangguan psikologis adalah amfetamina, kokain, dan kafein.

#### **a. Amfetamina**

Amfetamin adalah stimulant yang menyebabkan serangkaian efek, tergantung pada jumlah, metode dan durasi penggunaan, sebagaimana bentuk khusus obat yang dikonsumsi. Dalam jumlah sedang yang dikonsumsi dengan cara

diminum, amfetamin dan obat terkait menyebabkan euforia, meningkatkan kepercayaan diri, memberikan seseorang lebih banyak bicara, dan meningkatkan energi. Ketika dikonsumsi melalui suntikan ke pembuluh darah, amfetamin memberikan efek yang lebih kuat. Metamfetamina dapat pula dihisap seperti rokok, disebut juga es karena penampilannya yang berkilau seperti es, merupakan amfetamina yang sangat beracun dan dapat menyebabkan kecanduan.

#### **Karakteristik diagnostik ketergantungan amfetamina**

Dalam periode 12 bulan, seseorang dengan ketergantungan amfetamina memperlihatkan setidaknya tiga hal berikut:

- Toleransi
- Penarikan diri
- Penggunaan amfetamina dalam jumlah besar atau dalam periode lebih lama dari yang diniatkan
- Keinginan yang menetap atau usaha yang sia-sia untuk menghentikan atau mengontrol penggunaan amfetamina
- Waktu yang sangat banyak yang diberikan untuk aktivitas yang bertujuan untuk mendapatkan, menggunakan, atau menghentikan penggunaan amfetamina
- Penggunaan yang berkelanjutan terlepas dari pengetahuan bahwa amfetamina menyebabkan masalah fisik atau psikologis.

#### **b. Kokain**

Kokain menjadi obat pilihan bagi pengguna yang mencari kesenangan pada tahun 1980-an dan meluas hingga setiap segmen populasi. Ketersediaan *crack cocaine*, sesuatu kokain jalanan yang berbentuk Kristal dan tidak mahal yang biasanya dikonsumsi dengan cara dihisap seperti rokok telah menambah masalah yang ada. Dibandingkan dengan amfetamina, efek stimulasi kokain berlangsung lebih pendek, namun jauh lebih intens. Para pengguna mengalami efek terkuat pada 10 menit pertama setelah pengonsumsiannya, dan efek tersebut akan menghilang dengan cepat. Dalam dosis menengah, kokain memunculkan perasaan euforia, ketergugahan seksual, potensi, energi, dan kegembiraan berbicara. Pada dosis yang lebih tinggi, para pengguna dapat mengalami simptom-simptom psikotik, misalnya mereka dapat mengalami delusi, halusinasi, dan merasa bingung, curiga, serta terganggu.

### c. Kafein

Kafein adalah suatu obat yang telah digunakan oleh hampir semua orang. Kafein juga merupakan bahan dari berbagai macam obat, termasuk obat untuk mengurangi sakit kepala dan pil diet. Efek kafein terhadap mood dan kewaspadaan terjadi melalui caranya mengaktifkan sistem saraf simpatik. Bahkan setengah cangkir kopi dapat meningkatkan mood, kewaspadaan, dan kejelasan pikiran; peningkatan jumlah kafein yang dikonsumsi (hingga 3 atau 4 cangkir kopi) dapat memunculkan kecemasan dan rasa terganggu mirip dengan yang dimunculkan oleh penggunaan amfetamina. Setelah 4 hingga 6 cangkir kopi, individu dapat mengembangkan simptom-simtom yang mirip dengan serangan panic dan dapat mengalami stimulasi berlebih, kecemasan, rasa pusing, berdering di telinga, merasa tidak nyata, halusinasi visual, dan kebingungan.

<b>Karakteristik diagnostik keracunan kafein</b>
Kondisi yang terjadi setelah konsumsi lebih dari 250 mg kafein (lebih dari 2 atau 3 gelas kopi) ini menyebabkan tekanan atau penurunan signifikan, sebagaimana dimunculkan oleh setidaknya 5 hal berikut: <ul style="list-style-type: none"><li>• Perasaan tidak pernah lelah</li><li>• Perasaan cemas</li><li>• Ketergugahan</li><li>• Insomnia</li><li>• Wajah memerah</li><li>• Sering buang air kecil</li><li>• Gangguan gastrointestinal</li><li>• Kekejangan otot</li><li>• Gemetar ketika berbicara</li><li>• Detak jantung yang tidak teratur atau terlalu cepat</li><li>• Masa-masa tidak pernah lelah</li><li>• Kekakuan psikomotorik</li></ul>



## 2. Ganja

Mariyuana (disebut juga rumput, kanabis dan ganja) adalah obat ilegal yang paling banyak digunakan di Amerika Serikat. Mariyuana telah digunakan selama lebih dari 4.000 tahun di berbagai budaya di seluruh dunia. Cara paling umum untuk mengonsumsinya adalah dengan cara menghisapnya, namun dapat juga dimakan atau disuntikkan ke pembuluh darah. Ketika seseorang merokok

mariyuana, tingkat puncak darah tercapai dalam 10 menit, namun efek subjektif dari obat tersebut tidak muncul hingga 20 atau 30 menit berikutnya. Efek keracunan bertahan dari 2 hingga 3 jam, namun metabolisme THC dapat menetap dalam tubuh selama lebih dari 8 hari.

Orang mengonsumsi mariyuana untuk mengubah persepsi mereka mengenai lingkungan dan sensasi tubuh. Efek yang diinginkan mencakup relaksasi, suatu gairah seksual dan sensual yang lebih tinggi, serta peningkatan kesadaran terhadap rangsangan internal dan eksternal. Meskipun demikian, sejumlah perilaku maladaptif dan perubahan psikologis dapat terjadi, termasuk penurunan koordinasi, meningkatkan kecemasan, sensasi waktu yang terasa lebih lambat, kegagalan dalam memberikan penilaian serta penarikan diri dari lingkungan sosial. Kondisi yang mengganggu lainnya termasuk delirium, gangguan kecemasan yang dipicu oleh ganja, dan gangguan psikotik yang dipicu oleh ganja dapat juga berkembang. Perubahan tubuh terkait penggunaan mariyuana mencakup mata berair, peningkatan nafsu makan, mulut kering, dan data jantung lebih cepat. Kualitas dan intensitas dari pengalaman tersebut tergantung pada kemurnian dan bentuk obat yang dikonsumsi, seberapa banyak konsumsinya, serta tergantung pula pada harapan pengguna mengenai efek obat tersebut. Terdapat kontroversi besar mengenai efek psikologis dari penggunaan mariyuana. Dalam jangka pendek, terlihat bahwa mariyuana dapat memengaruhi proses atensi dan memori (Ilan, Smith, & Gevins, 2004).

<b>Karakteristik diagnostik ketergantungan ganja (mariyuana)</b>
--

Dalam periode 12 bulan, orang dengan ketergantungan ganja memperlihatkan setidaknya 3 dari hal-hal berikut:
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Toleransi</li><li>• Penarikan diri</li><li>• Penggunaan ganja dalam jumlah besar dalam periode yang lebih lama dari yang diniatkan</li><li>• Keinginan yang mendesak atau usaha yang tidak berhasil untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan ganja</li><li>• Menyerah atau mengurangi kegiatan penting karena penggunaan ganja</li><li>• Pemakaian yang berkelanjutan terlepas dari pengetahuan bahwa ganja menimbulkan masalah fisik dan psikologis</li></ul> |
|---|

### 3. Halusinogen

Halusinogen (*hallucinogens*) adalah obat-obatan yang menyebabkan abnormalitas persepsi yang dialami dalam bentuk ilusi atau halusinasi yang biasanya visual. Keracunan halusinogen menyebabkan perilaku maladaptif dan perubahan psikologis, seperti kecemasan, depresi, ide referensi, ketakutan untuk kehilangan akal, pikiran paranoid dan penurunan fungsi secara umum. Hal juga menonjol adalah perubahan persepsi, seperti intensifikasi persepsi, perasaan depersonalisasi, halusinasi dan ilusi. Respons fisik mencakup pembesaran pupil, peningkatan detak jantung, berkeringat, palpitasi jantung, pandangan yang kabur, tremor, dan tidak terkoordinasi. Bagi beberapa individu, reaksi yang muncul tergolong parah dan dapat menyebabkan gangguan yang dipicu oleh halusinogen, termasuk delirium, gangguan psikotik, gangguan mood dan gangguan kecemasan.

Halusinogen memiliki beberapa bentuk, baik alami maupun sintesis. Halusinogen yang paling sering digunakan adalah lysergic acid diethylamide (LSD), psilocybin (ditemukan dalam jamur halusinogen), dimethyltripethamine (DOM/STP yang merupakan kependekan dari “*serenity, tranquility, peace*”) methylenefioxymethamphetamine (MDMA) dan phencyclidine (PCP).

<b>Karakteristik diagnostik ketergantungan halusinogen (LSD)</b>
Dalam periode 12 bulan, orang dengan ketergantungan halusinogen memperlihatkan setidaknya tiga hal-hal berikut: <ul style="list-style-type: none"><li>• Toleransi</li><li>• Menarik diri</li><li>• Menggunakan halusinogen dalam jumlah besar atau suatu periode yang lebih lama daripada yang diharapkan</li><li>• Keinginan yang menetap atau kegagalan usaha untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan halusinogen</li><li>• Lebih banyak waktu yang diberikan untuk aktivitas yang melibatkan usaha untuk mendapatkan, menggunakan, atau menghentikan penggunaan halusinogen</li><li>• Penggunaan yang terus-menerus terlepas dari pengetahuan bahwa halusinogen menyebabkan masalah fisik atau psikologis</li></ul>

#### 4. MDMA

Zat MDMA yang memiliki nama umum ekstasi dan nama kimia 4-methylenedioxymethamphetamine. Zat MDMA adalah suatu obat sintetis ilegal yang diproduksi dalam suatu kapsul atau tablet, dan paling sering dikonsumsi secara oral. Efek dari obat tersebut berlangsung selama 3 sampai 6 jam, tergantung pada dosis, dengan efek puncak biasanya dicapai dalam 1 jam. Sensasi yang disebabkan oleh hadirnya berbagai agen perubahan pikiran yang umum dicampur dengan MDMA.

Zat MDMA terutama terkenal karena efek fisik dan psikologisnya yang menarik. Para pengguna memilih ekstasi sebagai obat pelukan, atau obat cinta, karena obat tersebut memberikan perasaan mendayu secara fisik dan hangat secara emosional, obat tersebut juga memberikan percikan energi yang memungkinkan seseorang berdansa semalam penuh. Perasaan menyenangkan tersebut tidak berlangsung lama, dan obat ini dapat memicu komplikasi medis serius. Karena MDMA menyebabkan kenaikan suhu badan, sering kali dalam suatu lingkungan yang sudah panas, pengguna dapat berakhir di ruang gawat darurat akibat hipertermia dan bahkan serangan jantung. Konsekuensi tersebut dapat menjadi fatal karena ketidakmampuan tubuh untuk meregulasi suhunya sendiri (Kalant, 2001).

Zat MDMA meningkatkan tingkat aktivitas serotonin, dopamine, dan norepinephrine dan menyebabkan zat-zat tersebut dikeluarkan dari tempat penyimpanan mereka yang pada akhirnya meningkatkan aktivitas otak. Serotonin memainkan suatu peran menonjol dalam regulasi mood, tidur, rasa sakit, dan selera makan. Pelepasan serotonin dalam jumlah besar menyebabkan penipisan neurotransmitter tersebut dalam otak; kemudian diperlukan beberapa waktu bagi neurotransmitter ini untuk kembali disimpan dalam otak. Ketika para individu mengonsumsi MDMA dalam dosis sedang sampai tinggi, penipisan serotonin dapat berlangsung lama dan menghasilkan efek perilaku abnormal. Para peneliti telah menemukan bahwa pengguna MDMA mengalami kesulitan mengode informasi ke dalam memori jangka panjang, mengalami penurunan kemampuan belajar verbal, mengalami penurunan memori jangka pendek, lebih mudah terganggu, dan kurang efisien dalam memfokuskan perhatian pada tugas yang kompleks (McCardle dkk., 2004; Wareing, Fisk, Murphy, & Montgomery, 2004).

Seiring berjalannya waktu, pengguna MDMA tingkat tinggi akan mengalami pelemahan kognitif residu yang terlihat ketika para peneliti mengontrol faktor lain seperti kecerdasan verbal, depresi, dan waktu sejak terakhir kali menggunakan obat tersebut (Halpern dkk., 2004).

## 5. Heroin dan Opioid

Opioid adalah obat-obatan yang terdiri atas zat-zat alami dan semisintesis serta obat-obatan sintesis. Morfin dan opium adalah opioid alami yang diperoleh dari bibit opium. Candu seperti semisintesis seperti heroin dihasilkan dari bibit opium dengan sedikit penambahan zat kimia. Meskipun mayoritas pengguna menyuntikkan heroin langsung ke aliran darah mereka, beberapa pengguna mulai mengonsumsi dengan cara dihirup, atau menghisap obat tersebut. Juga terdapat candu sintesis, termasuk metadon, kodein, dan obat-obat pabrik lain yang memiliki efek seperti morfin. Metadon (*methadone*) diresepkan untuk individu yang mengalami ketergantungan heroin untuk membantu mereka mengontrol kecanduan mereka secara lebih aman dan terkontrol. Kodein (*codein*) adalah penghilang rasa sakit yang umum diresepkan serta sebagai obat batuk.

Setelah disuntikkan dan dihisap, heroin mencapai otak, tempat heroin berubah menjadi morfin dan menyatu dengan reseptor opioid. Efek tersebut dirasakan oleh pengguna sebagai suatu keterburu-buruan, suatu perasaan yang beragam menurut jumlah obat yang dikonsumsi dan kecepatan obat tersebut menyatu dengan reseptor opioid. Sejalan dengan perasaan menyenangkan, pengguna juga mengalami serangkaian efek samping yang tidak menyenangkan, termasuk suhu tubuh yang meningkat, mulut kering, dan perasaan berat pada kaki dan tangan, mual, muntah, dan rasa gatal yang teramat sangat. Setelah efek awal-awal tersebut, terjadi perubahan psikologis dan fisik, termasuk perasaan mengantuk, fungsi kognitif yang rabun, serta perlambatan fungsi pernapasan dan jantung yang dapat menjadi fatal.

Terdapat sejumlah efek jangka panjang secara psikologis dan fisik dari penggunaan heroin. Penggunaan heroin dalam jangka panjang dapat memicu kondisi serius yang lain, termasuk delirium, gangguan psikotik, gangguan mood, disfungsi seksual, dan gangguan tidur. Juga terdapat efek fisik yang serius,

termasuk luka pada nadi, infeksi bakteri pada butir darah dan ruang jantung, infeksi kulit, dan penyakit hati atau ginjal. Kondisi kesehatan individu yang buruk serta efek negative dari heroin pada fungsi pernapasan dapat menyebabkan komplikasi paru-paru seperti pneumonia dan tuberkolosis. Sebagai tambahan zat yang dicampurkan kedalam heroin melibatkan zat yang tidak dapat larut yang dapat menyumbat arteri utama pada tubuh. Artritis dan masalah reumatologis lain dapat terjadi sebagai hasil dari reaksi imun terhadap zat-zat ini. Beberapa efek paling seirus dari penggunaan heroin dating dari masalah yang muncul karena penguasaan jarum suntik yang sama untuk beberapa pengguna heroin. Efek ini termasuk infeksi hepatitis, HIV, dan virus lain yang melewati darah. Pasangan seksual dan anak-anak para pengguna heroin kemudian menjadi tertular penyakit tersebut.

<b>Karakteristik Diagnostik Ketergantungan Candu (Heroin)</b>
---

Selama periode 12 bulan, orang dengan ketergantungan heroin memperlihatkan setidaknya 3 dari hal-hal berikut:
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toleransi</li> <li>• Menarik diri</li> <li>• Menggunakan heroin dalam jumlah besar atau suatu periode yang lebih lama daripada yang diharapkan</li> <li>• Keinginan yang menetap atau kegagalan usaha untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan heroin</li> <li>• Lebih banyak waktu yang digunakan untuk aktivitas yang melibatkan usaha untuk mendapatkan, menggunakan atau menghentikan penggunaan heroin</li> <li>• Menghentikan atau mengurangi kegiatan penting karena penggunaan heroin</li> <li>• Penggunaan yang terus-menerus terlepas dari pengetahuan bahwa heroin menyebabkan masalah fisik dan psikologis</li> </ul> |
|---|

## 6. Sedatif, Hipnotik, dan Anksiolitik

Sedatif, hipnotik, dan anksiolitik (obat-obatan antikecemasan) termasuk serangkaian obat yang memicu relaksasi, tidur, ketenangan dan menurunkan kesadaran terhadap lingkungan. Mereka tergolong ke dalam depresan otak. Istilah sedatif (*sedative*) merujuk pada obat yang memiliki efek menenangkan pada sistem saraf pusat, dan istilah hipnotik (*hypnotic*) merujuk pada kemampuan memicu rasa kantuk. Anksiolitik (*anxiolytic*) adalah antikecemasan yang memicu keadaan mental yang lebih tenang bagi penggunanya.

Keracunan akibat obat-obatan tersebut melibatkan perilaku maladaptif atau perubahan psikologis, seperti perilaku seksual atau agresif yang tidak sesuai, mood yang tidak stabil, ketidakmampuan untuk menilai, dan kemunduran fungsi-fungsi secara umum. Perubahan lain mencakup gejala-gejala, seperti suara yang tertelan, tidak terkoordinasi, berjalan tidak tegap, kemunduran dalam memori dan atensi, serta pingsan atau mungkin koma. Gejala penarikan dapat berupa getaran, insomnia, rasa mual, berkeringat, kekakuan psikomotorik, kecemasan, ilusi, atau halusinasi, dan mungkin kegagalan penyesuaian yang lebih besar. Pada kasus yang parah penggunaan kelompok obat tersebut dapat menghasilkan serangkaian gangguan yang terpicu, seperti gangguan mood, gangguan kecemasan, gangguan tidur, dan gangguan psikotik.

**Treatment penyalahgunaan dan ketergantungan narkoba.** Berbagai program treatment bagi orang dengan gangguan yang disebabkan oleh penyalahgunaan obat telah terjadi dalam perspektif biopsikososial. Treatment biologi dapat melibatkan resep bagi obat-obatan yang dapat mencegah atau mengurangi rasa lapar. Treatment perilaku melibatkan teknik-teknik seperti manajemen kontingensi, sedangkan teknik kognitif perilaku digunakan untuk membantu klien memodifikasi pikiran, harapan, dan perilaku mereka yang terkait dengan penggunaan obat tersebut.

## BAB XIV

### GANGGUAN MAKAN DAN GANGGUAN KONTROL IMPULS

#### A. Gangguan Makan

##### 1. Karakteristik anoreksia nervosa

Ada empat simptom yang menjadi ciri khas anoreksia nervosa. Pertama, orang dengan anoreksia nervosa (*anorexia nervosa*) tidak bersedia atau tidak mampu untuk mempertahankan berat badan minimal yang disebut sebagai berat badan yang setidaknya 85 persen dari berat badan dan tinggi orang yang bersangkutan. Kedua, orang dengan anoreksia nervosa memiliki ketakutan yang kuat untuk menambah berat badan atau menjadi gemuk meskipun mereka memiliki berat badan yang sangat rendah. Ketiga mereka memiliki distorsi persepsi mengenai berat badan mereka atau mengenai bentuk tubuh mereka, mungkin mereka juga menyangkal rendahnya berat badan mereka yang abnormal. Ke empat, wanita dengan anoreksia nervosa yang berada pada tahap *postpubescent* mengalami amenore, yaitu tidak mengalami tiga kali siklus menstruasi.

Beberapa individu anoreksia (dengan tipe tertentu) melakukan berbagai cara untuk menurunkan berat badan seperti penggunaan obat pencahar atau pil diet secara berlebihan dan melakukan olahraga secara kompulsif. Individu lainnya (pesta makan/tipe *purging*) makan secara berlebihan dan memaksa makanan tersebut dimuntahkan kembali (*purge*), atau mengeluarkan apa pun yang telah mereka makan. Membuat diri kelaparan seperti yang diasosiasikan dengan anoreksia nervosa menyebabkan sejumlah abnormalitas pada jasmani, seperti gangguan menstruasi, kulit kering, dan pecah-pecah, detak jantung yang melambat, menurunnya aktivitas gastrointestinal, serta otot yang melemah.

Secara harfiah, *anoreksia* berarti “tanpa nafsu makan”, istilah yang telah menyesatkan bahwa hilangnya nafsu makan bukanlah kunci ciri khas dari gangguan tersebut, setidaknya bukan merupakan faktor utama. Sebaliknya, orang dengan gangguan tersebut memiliki ketertarikan untuk makan dan selera makan yang normal meskipun mereka kesulitan dalam membaca isyarat lapar. Gangguan citra diri adalah karakteristik utama anoreksia nervosa. Saat penderita anoreksia melihat dirinya dicerminkan, mereka melihat gambaran orang yang kelebihan berat badan,

mereka tidak melihat kulit dan tulang yang terlihat jelas oleh orang lain. Bahkan anggota keluarga dari orang dengan gangguan tersebut, mengalami frustrasi berat karena mereka tidak mampu meyakinkan penderita jika ia benar-benar sangat kurus. Obesitas pada masa kanak-kanak, evaluasi yang berlebihan terhadap bentuk dan berat tubuh, serta tingkat ketidakmampuan menyesuaikan secara sosial juga terbukti sebagai predictor menetapnya gangguan makan (Fairburn dkk., 2003). Dengan semakin bertambahnya *baby-boomer* dan kecenderungan individu untuk tampil lebih muda, kemungkinan terjadinya pola gangguan citra tubuh dapat meningkat (Withbourne & Skultety, 2006).

## 2. Karakteristik Bulimia Nervosa

Orang dengan gangguan makan yang dikenal dengan nama **bulimia nervosa** adalah perilaku ekstrem antara makan sejumlah besar makanan dalam waktu singkat dan kemudian mengkompensasikan tambahan kalori yang masuk dengan memuntahkan kembali atau perilaku ekstrem lainnya. Episode makan secara berlebihan disebut sebagai **bing** dan memiliki ciri-ciri (1) memakan sejumlah makanan melebihi porsi makan yang biasa dimakan oleh kebanyakan orang dalam periode waktu 2 jam pada situasi tertentu, dan (2) rendahnya control individu dalam mengkonsumsi apa dan banyaknya makanan yang dimakan. Orang dengan bulimia nervosa juga melakukan perilaku yang tidak sesuai dengan tujuan untuk mencegah bertambahnya berat badan. Individu dengan **tipe purging** (*purging type*) berusaha untuk mengeluarkan makanan yang telah mereka makan dari tubuh, untuk melakukan hal tersebut, mereka memaksakan diri untuk muntah, menguras perut atau makan obat pencahar atau diuretik. Individu dengan **tipe nonpurging** (*nonpurging type*) mengompensasikan apa yang telah mereka makan dengan puasa atau melakukan olahraga yang berlebihan. Pada kedua kasus, individu terjebak dalam siklus pesta makan, diikuti dengan usaha untuk membersihkan diri mereka dari makanan yang pada awalnya memberikan kepuasan pada saat episode makan. Setelah mereka memuntahkan makanan, mereka kembali merasa lapar, dan sikluspun dimulai kembali.

Meskipun ada beberapa orang yang mengalami anoreksia nervosa dan bulimia nervosa sekaligus, ada dua karakteristik utama yang membedakan

gangguan-gangguan tersebut. Pertama adalah citra diri. Orang dengan anoreksia nervosa mengalami distorsi persepsi mengenai ukuran tubuh mereka. Meskipun mereka telah sangat kelaparan, penderita anoreksia tetap melihat diri mereka sebagai orang yang memiliki kelebihan berrat badan. Orang dengan bulimia nervosa memiliki persepsi tubuh yang akurat, tetapi tetap memiliki kekhawatiran terhadap bertambahnya berat tubuh. Perbedaan yang kedua adalah jumlah berat badan yang telah hilang. Orang dengan anoreksia nervosa memiliki berat badan yang secara signifikan berada dibawah normal tinggi dan berat yang seharusnya, sedangkan orang dengan bulimia nervosa memiliki berat badan rata-rata atau di atas rata-rata. Selain terjadinya dehidrasi yang disebabkan mengonsumsi makanan berlebihan dan memuntahkan makanan tersebut kembali, individu dengan bulimia menghadapi resiko kerusakan permanen pada gastrointestinal, berkumpulnya cairan pada tangan dan kaki, serta hancurnya otot dan jantung atau tidak befungsinya katup pada jantung.

### **3. Teori Dan Treatmen Gangguan Makan**

Abnormalitas biokimia dalam sistem neurotransmitter norepinefrin dan serotonin, mungkin dengan dasar genetik, dianggap terlibat dalam gangguan makan. Perspektif psikologis memandang gangguan makan sebagai gangguan yang berkembang pada orang-orang yang menderita kekacauan dan penderitaan batin yang berat, dan banyak terobsesi dengan masalah badan, sering kali berpaling ke makanan untuk mendapat rasa nyaman dan pengasuhan. Menurut teori kognitif, semakin hari orang yang mengalami gangguan makan menjadi terjerat dalam pola patologis mereka karena resiten terhadap perubahan. Dalam perspektif sosiokultural, gangguan makan dijelaskan dalam kerangka teori sistem keluarga dan lebih luasnya, dalam kerangka sikap sosial terhadap makan dan diet.

Treatmen untuk gangguan makan menuntut kombinasi berbagai pendekatan. Sementara pemberian obat, biasanya obat-obatan yang memengaruhi serotonin, kadang diresepkan, namun juga jelas bahwa psikoterapi juga dibutuhkan, khususnya psikoterapi yang menggunakan pendekatan kognitif-perilaku dan teknik interpersonal. Terapi keluarga, khususnya jika klien adalah remaja, juga dapat menjadi komponen penting dalam rencana intervensi.

<b>Tabel 14.1 Faktor Resiko Utama Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa</b>
<p><b>Faktor umum</b></p> <p>Wanita Remaja dan dewasa awal Hidup di lingkungan dengan budaya barat</p> <p><b>Faktor spesifik pada individu</b></p>
<p><b>Sejarah keluarga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan makan dengan tipe apa pun</li> <li>• Depresi</li> <li>• Penyalahgunaan zat kimia tertentu, terutama alkohol (bulimia nervosa)</li> <li>• Obesitas (bulimia nervosa)</li> </ul>
<p><b>Pengalaman masa lalu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pola asuh yang salah (terutama rendahnya interaksi, tingginya harapan, perselisihan dengan orang tua)</li> <li>• Pelecehan seksual</li> <li>• Diet dalam keluarga</li> <li>• Komentar kritis mengenai makanan, bentuk, atau berat tubuh dari anggota keluarga dan orang lain</li> <li>• Tekanan untuk menjadi kurus dalam lingkungan pekerjaan dan lingkungan olah raga</li> </ul>
<p><b>Karakteristik yang telah dimiliki sebelumnya</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendahnya harga diri</li> <li>• Perfeksionisme (anoreksia nervosa dan pada tingkat tertentu pada penderita bulimia nervosa)</li> <li>• Kecemasan dan gangguan kecemasan</li> <li>• Obesitas (bulimia nervosa)</li> <li>• Menstruasi dini (bulimia nervosa)</li> </ul>

## **B. Gangguan Kontrol Impuls**

Orang dengan gangguan kontrol impuls (*impulse-control disorder*) secara berulang kali menunjukkan perilaku berbahaya, mereka merasa tidak bisa menghentikan diri mereka sendiri dan mereka putus asa jika mereka dihalangi untuk melakukan perilaku impulsif tersebut. Perilaku impulsif sendiri pada dasarnya tidak berbahaya, bahkan kita akan bertingkah impulsif pada situasi tertentu. Gangguan kontrol impuls memiliki tiga karakteristik yang penting. Pertama, orang dengan gangguan tersebut tidak dapat menahan diri dari tindakan impulsif yang berbahaya bagi dirinya sendiri dan orang lain. Beberapa orang berusaha melawan impulsnya dan beberapa orang menyerah saat mereka merasakan dorongan untuk

melakukan tindakan tertentu. Tindakan yang dilakukan dapat bersifat spontan atau terencana. Kedua, sebelum mereka melakukan tindakan yang didasarkan pada impuls, orang dengan gangguan tersebut merasakan tekanan untuk bertindak, pengalaman kecemasan dan ketegangan tersebut hanya dapat dilepaskan dengan mengikuti apa yang diinginkan oleh impuls mereka. Beberapa orang dengan gangguan tersebut merasakan pengalaman stimulasi yang mereka samakan dengan kesenangan seksual. Ketiga, pada saat mereka melakukan tindakan impulsif, mereka merasakan kesenangan atau kepuasan yang dihubungkan dengan pelepasan ketegangan seksual (APA, 2000).

Individu dengan gangguan control impuls biasanya tidak mengalami konflik saat mengambil keputusan untuk melakukan perilaku tertentu karena mereka tidak melalui proses pengambilan keputusan yang rasional. Konflik, penyesalan, dan rasa bersalah, jika ada, biasanya muncul setelahnya.

### **1. Kleptomania**

Penderita kleptomania dikontrol oleh dorongan yang kuat untuk mencuri meskipun pencurian yang mereka lakukan tidak dimotivasi oleh keinginan untuk memiliki objek atau karena nilai dari objek yang mereka curi. Pada saat mencuri mereka merasakan pelepasan ketegangan yang memberikan kepuasan, dan mereka juga merasakan kesenangan sementara. Selain sensasi positif sementara, dorongan untuk mencuri terasa tidak menyenangkan, tidak diinginkan, mengganggu, dan tidak berguna. Orang dengan kleptomania akan mencuri apa saja, bahkan benda biasa seperti makanan, pakaian, perhiasan, kosmetik, CD, mainan, pulpen dan kertas, dan uang.

Para peneliti membuat spekulasi jika kurangnya serotonin menjadi dasar penyebab kleptomania, data yang diperoleh peneliti menyatakan jika kleptomania merupakan varian dari gangguan obsesif kompulsif untuk mencuri. Seperti halnya gangguan obsesif kompulsif, kleptomania berespons terhadap SSRI (Durs dkk., 2001).

Selain penggunaan intervensi farmakologis, klinisi juga melakukan treatment perilaku dalam membantu individu dalam mengendalikan dorongan mereka untuk mencuri. Dalam sensitisasi tertutup, klien diminta untuk membayangkan gambaran

aversif (misalnya muntah) ketika kompulsi untuk mencuri muncul. Selain itu klinisi juga dapat meminta klien menggunakan teknik *thought stopping*, ketika ada halangan internal untuk menolak pemikiran mencuri, sehingga dapat mencegah seseorang mengikuti dorongan tersebut.

<b>Karakteristik Diagnostik Kleptomania</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Orang yang berada dalam kondisi ini sering kali memiliki dorongan yang tidak dapat ditolak untuk mencuri, bukan karena rasa marah atau balas dendam, atau karena adanya delusi atau halusinasi atau untuk digunakan demi kepentingan pribadi atau karena adanya nilai tertentu dari barang tersebut</li><li>• Mereka merasakan ketegangan yang meningkat dengan segera sebelum mencuri.</li><li>• Mereka merasakan kepuasan, kesenangan, atau kelegaan pada saat mereka melakukan pencurian.</li></ul>



## 2. Judi patologis

Judi adalah aktivitas yang umum. Orang yang memiliki permasalahan judi patologis (*pathological gambling*) memiliki dorongan untuk berjudi yang lebih kuat dari kebanyakan orang, dan pada akhirnya, mereka menghabiskan sebagian besar hidup mereka untuk mengejar kemenangan yang besar. Judi patologis adalah kondisi yang serius dibandingkan pembelian tiket lotre yang biasanya terjadi atau keterlibatan dalam taruhan dengan kerja di kantor. Penjudi patologis disibukkan oleh pikirannya untuk berjudi hingga pada tingkat tertentu, sehingga sulit bagi mereka untuk tidak memikirkan taruhan dalam pikiran mereka. Usaha yang dilakukan berulang kali untuk mengendalikan perilaku judi, biasanya tidak berhasil, selama percobaan tersebut, mereka biasanya gelisah dan mudah marah. Mereka terjebak dengan pola *chasing*, ketika mereka melakukan taruhan sebagai usaha untuk mendapatkan kembali taruhan yang telah mereka hilangkan. Semakin tinggi tingkat gangguan yang dialami oleh individu, semakin banyak variasi judi yang dilakukan individu.

Pada akhirnya, gaya hidup judi mengambil alih seluruh hidup individu, tidak hanya aspek keuangan, tetapi juga kesehatan psikologis yang dilakukan pada saudara kembar yang saling bertentangan, tidak ada perbedaan penilaian tingkat kesejahteraan yang mereka rasakan. Akan tetapi si pejudi patologis akan memiliki

skor yang rendah pada sejumlah aspek kesehatan mental yang mencirikan kualitas hidupnya (Scherrer dkk., 2005). Menurut Robert L. Cluster (1982), psikiater yang pada tahun 1970-an membangun klinik pertama untuk memberi treatment pada pejudi patologis di Amerika Serikat, juddi berkembang melalui serangkaian tahap. Tahap pertama, pelaku hanya berjudi untuk mengisi waktu luang sebagai aktivitas sosial. Bergerak ke tahap selanjutnya yang merupakan awal dari pola perkembangan judi patologis, muncul ketika individu mulai memenangkan judi. Pada tahap tersebut, pejudi mendapat identitas sebagai seorang pemenang, dan semakin banyak keberhasilan yang akan diperoleh saat berjudi, dan identitas barunya semakin diperkuat. Jika pada tahap tersebut individu memperoleh kemenangan besar (*big win*), mendapatkan sejumlah besar uang dalam suatu taruhan, ia terdorong kedalam suatu pola kecanduan yang semakin sulit untuk dihentikan. peristiwa ini memberikan penguatan baik finansial maupun psikologis, sehingga individu semakin terobsesi untuk mendapatkan pengalaman tersebut kembali.

#### **Karakteristik Diagnostik Judi Patologis**

Orang dengan gangguan ini memiliki perilaku maladaptif judi yang menetap dan dilakukan berulang kali yang ditandai setidaknya dengan lima karakteristik berikut:

- Mereka disibukkan dengan judi
- Mereka harus menaikkan uang taruhan untuk mencapai tingkat kepuasan tertentu
- Mereka berulang kali gagal dalam usaha mereka untuk mengendalikan atau berhenti judi
- Mereka merasa gelisah atau mudah marah jika berusaha untuk mengurangi atau berhenti judi
- Mereka berjudi untuk menghindari masalah atau melepaskan emosi negatif
- Setelah kehilangan uang, mereka kembali berjudi untuk mendapatkan uangnya kembali
- Mereka berbohong kepada anggota keluarga, terapis atau orang lain dengan tujuan untuk menyembunyikan kebiasaan berjudi mereka
- Mereka melakukan tindakan ilegal seperti pemalsuan, penipuan, atau pencurian untuk membiayai kebiasaan judi mereka
- Mereka menempatkan hubungan signifikan mereka dalam bahaya atau kehilangan hubungan tersebut, bahkan pekerjaan, kesempatan pendidikan dan karir karena judi
- Mereka mengendalikan orang lain untuk bantuan keuangan agar membantu mereka dalam permasalahan keuangan yang disebabkan judi.

Dari perspektif biologis, pencarian kemenangan yang tiada henti dari si penjudi dapat dilihat sebagai suatu penggerak perasaan stimulasi dan kesenangan. Karakteristik kepribadian tertentu, seperti impulsif dan psikopat, tampaknya juga memberikan kecenderungan orang untuk mengembangkan kondisi tersebut. Faktor sosiokultural seperti menyebarnya perjudian legal dapat meningkatkan kecenderungan dari beberapa individu yang rentan untuk terbenam dalam perilaku seperti itu. Metode treatment yang mengombinasikan berbagai pendekatan tampaknya yang paling efektif. Pemberian obat seperti SSRI membantu bagi beberapa klien, sama halnya dengan teknik perilaku dan kognitif-perilaku. Banyak penjudi patologis yang mendapatkan keuntungan dari keikutsertaannya pada kelompok teman sebaya seperti Gambler Anonymous.

### 3. Piromania

Piromania yaitu kegugaman terhadap api berada di atas tingkat normal serta berubah menjadi dorongan yang kompulsif dan berbahaya untuk menyalahkan api dengan sengaja. Penderita piromania digerakan oleh hasrat mendalam untuk menyiapkan, membuat, dan melihat kebakaran. Gangguan tersebut tampaknya berakar dari masa kanak-kanak dan membuat perilaku kebakaran. Pada orang dewasa, penderita piromania biasanya memiliki disfungsi karakteristik yang serius, seperti masalah penyalahgunaan zat terlarang dan juga kesulitan relasi. Beberapa program treatment yang berfokus pada masalah psikologis yang lebih luas, seperti rendahnya harga diri, depresi, masalah komunikasi dan ketidakmampuan mengontrol kemarahan.

<b>Karakteristik Diagnostik Piromania</b>
---

Orang dengan kondisi ini terbukti menunjukkan karakteristik sebagai berikut:
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mereka secara sengaja dan berulang kali menyebabkan kebakaran</li> <li>• Mereka merasakan semacam ketegangan atau terbangkitnya aspek afektif sebelum menyalahkan api</li> <li>• Mereka kagum, tertarik, memiliki rasa ingin tahu, atau berminat dengan api, dan segala sesuatu yang berhubungan dengan api</li> <li>• Mereka merasakan kesenangan, kepuasan, atau kelegaan ketika menyalahkan api atau melihat atau berpartisipasi dalam peristiwa yang berhubungan dengan api</li> <li>• Kebakaran yang mereka lakukan tidak memiliki motif tersembunyi, seperti keuntungan keuangan, manifestasi ideologi politik, menyembunyikan aktivitas kriminal atau ekspresi kemarahan atau balas dendam.</li> </ul> |
|--|

#### 4. Impulsivitas seksual

Orang dengan impulsivitas seksual (*sexual impulsivity*) tidak mampu mengontrol perilaku seksual mereka, dan mereka merasa terdorong untuk sering terlibat dalam aktivitas seksual tanpa pandang bulu yang kemudian mereka sesali. Individu dengan kondisi tersebut umumnya menderita kondisi-kondisi tertentu, seperti depresi, gangguan fobia, atau penyalahgunaan zat terlarang, dan beberapa mengalami simptom disosiatif. Meskipun kondisi tersebut dapat dipahami sebagai gangguan yang berkaitan dengan terganggunya biokimia, sebagian besar ahli berfokus pada pengalaman-pengalaman di awal kehidupan. Treatment biasanya mengombinasikan komponen yang diperoleh dari pendekatan yang berorientasi pada insight, pendekatan perilaku, dan pendekatan system keluarga.

<b>Karakteristik Diagnostik Impulsivitas Seksual</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Orang dengan kondisi tersebut tidak mampu mengontrol perilakunya dan mereka merasa terdorong untuk berkali-kali terlibat dan tidak pandang bulu dalam melakukan aktivitas seksual</li><li>• Mereka mengalami sensasi menarik sebelum melakukan aktivitas seksual</li><li>• Mereka merasa berhadapan dengan kondisi distress mengenai perilaku mereka, melakukan aktivitas seksual, sering kali merasa sedih, putus asa, dan malu.</li><li>• Mengejar kompulsif seksual mereka mengganggu kemampuan mereka untuk melaksanakan tanggung jawab sosial dan pekerjaan yang normal.</li></ul>



#### 5. Trichotillomania

Dorongan untuk menarik rambut seseorang menjadi kompulsi pada orang dengan gangguan yang jarang terjadi yang disebut trichotillomania, dapat terlihat aneh dan jauh di luar perilaku manusia sehari-hari. Orang dengan trichotillomania memiliki dorongan yang tidak terbendung untuk menarik-narik rambut mereka. Gangguan tersebut disangkutkan dengan abnormalitas otak tertentu. Teoritikus pendekatan perilaku menganggap gangguan tersebut sebagai hasil dari penguatan yang diasosiasikan dengan pelepasan ketegangan setelah mengacak-acak rambut. Teoritikus sosiokultural terfokus pada perkembangan kondisi tersebut dalam konteks hubungan orangtua-anak yang terganggu, ketika anak yang kecewa melakukan perilaku dalam usaha untuk mendapatkan perhatian. Berbagai pengobatan untuk

menangani gangguan tersebut telah diuji meskipun para klinisi biasanya akan merekomendasikan agar treatment memasukkan terapi perilaku seperti pembalikan kebiasaan.

<b>Karakteristik Diagnostik Trichotillomania</b>
--

Orang dengan kondisi ini menunjukkan bukti dari karakteristik berikut:
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Mereka berulang kali mencabut rambut yang menyebabkan kehilangan rambut</li><li>• Mereka mengalami sensasi menarik ketegangan yang tiba-tiba sebelum mencabut rambut ketika mereka berperilaku menahan rambut untuk dicabut</li><li>• Mereka merasakan kesenangan, kepuasan, atau lega ketika mencabut rambutnya</li><li>• Perilaku mereka menyebabkan distress atau kelemahan yang signifikan</li></ul> |
|--|

## 6. Gangguan eksplosif intermiten

Orang dengan gangguan eksplosif intermiten merasakan ketidakmampuan berulang-ulang untuk menahan tindakan agresi menyerang dan merusak. Para teoritikus meyakini bahwa interaksi faktor biologis dan lingkungan menyebabkan kondisi tersebut. Dalam kerangka biologi, serotonin tampaknya disangkutpautkan dengan gangguan tersebut. Dalam kerangka faktor psikologis dan sosiokultural, para teoritikus terfokus pada penguatan kualitas pelepasan emosi, dan juga efek perilaku tersebut pada sistem keluarga dan hubungan dekat. Treatment gangguan tersebut dapat melibatkan pemberian resep obat meskipun metode psikoterapi juga dapat dimasukkan dalam intervensi.

<b>Karakteristik Gangguan Eksplosif Intermiten</b>
--

Orang dengan kondisi ini menyebabkan beberapa karakteristik berikut:
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Selama beberapa waktu, mereka tidak dapat menahan impuls agresivitas yang menyebabkan tindakan-tindakan penyerangan yang serius atau merusak</li><li>• Tingkat agresivitas selama masa tersebut secara nyata berada di luar proporsi setiap penyebab stressor</li><li>• Waktu terjadinya agresivitas pada mereka tidak berhubungan dengan gangguan mental atau fisik</li></ul> |
|--|

### C. Kecanduan Internet

Kecanduan internet merupakan kondisi kontrol-impuls ketika individu merasakan kebutuhan tidak tertahankan untuk melakukan aktivitas internet. Istilah diagnostik informal, *cyber-disorder*, telah dikembangkan oleh para praktisi dalam melihat masalah utama klinis yang terkait internet dan mencakup subtype berikut ini: (1) kecanduan *cyber-sexual* mencakup penggunaan Web yang berorientasi seksual secara kompulsif; (2) kecanduan *cyber-relationship* dicirikan dengan keterlibatan yang berlebihan dalam hubungan secara *online*; (3) kompulsif dalam jaringan, seperti judi, belanja, atau perdagangan secara *online*; (4) kelebihan informasi, mencakup *surfing* Web atau pencarian *database*; dan (5) kecanduan computer yang mencakup keterlibatan secara impulsif dalam bermain *game online* (Young, 2004). Model biopsikososial dapat digunakan untuk mengonseptualisasi kecanduan internet. Sebagian besar orang yang mengalami kondisi tersebut menolak treatment, namun beberapa orang dipaksa mencari bantuan oleh kekasihnya. Treatmentnya melibatkan terapi individu dan kadang kala terapi pasangan.

### D. Perilaku Melukai Diri Sendiri

Perilaku melukai diri sendiri (*self-injurious behavior*) adalah perilaku yang tidak diperbolehkan secara sosial, mencakup membahayakan diri, memutilasi diri sendiri, dan memotong yang dilakukan secara sengaja. Perilaku melukai diri sendiri yang memiliki banyak karakteristik yang sama dengan gangguan kontrol-impuls semakin menjadi perhatian para klinisi. Individu yang melakukan perilaku melukai diri sendiri yang membahayakan tubuh biasanya dihubungkan dengan disfungsi reaksi emosional terhadap masalah relasi, depresi, stress, kesepian atau korban seksual. Para klinisi yang menangani klien yang melukai diri sendiri membantu mereka menemukan cara yang lebih efektif untuk mengekspresikan emosi mereka dan meningkatkan pengalaman emosi positif mereka.

## **BAB XV**

### **ISU ETIKA DAN HUKUM**

#### **A. Isu-isu Etika**

##### **1. Peran dan Tanggung Jawab Klinisi**

Para klinisi memiliki peran dan tanggung jawab. Mereka diharapkan memiliki kompetensi intelektual untuk memeriksa, membuat konsep, serta menangani klien yang mereka terima dalam suatu program treatment, sebagai tambahan kemampuan emosional untuk mengatasi masalah-masalah klinis yang terjadi. Ketika mulai bekerja dengan klien, mereka harus mendapatkan kesediaan dari klien untuk meyakinkan bahwa klien memahami tujuan treatment, proses terapi yang akan dilakukan, hak-hak klien, tanggung jawab terapis, resiko treatment, teknik-teknik yang akan digunakan, masalah keuangan, dan batas kerahasiaan.

Kerahasiaan adalah suatu prinsip yang mengharuskan terapis untuk tetap menjaga agar terapi bersifat rahasia. Dengan hanya sedikit pengecualian, isi dari terapi dipandang sebagai sesuatu yang istimewa untuk dikomunikasikan, sehingga klinisi tidak diperbolehkan mengungkapkan informasi apapun mengenai klien dihadapan pengadilan tanpa izin tertulis dari klien tersebut. Pengecualian bagi kerahasiaan termasuk laporan yang dimandatkan dan tugas untuk memperingatkan. Para professional kesehatan mental diperintahkan oleh hukum untuk melaporkan informasi mengenai kekerasan atau penganiayaan pada anak atau orang lain yang tidak mampu melindungi diri mereka sendiri. Tugas untuk memperingatkan termasuk tanggung jawab klinisi untuk mengambil tindakan dan menginformasikan kepada seseorang calon korban mengenai niat klien untuk melukai orang tersebut.

Dalam hubungannya dengan klien, para klinisi diharapkan patuh kepada standar tertinggi etika professional. Mereka diharapkan menghindari hubungan yang tidak seharusnya, seperti keintiman seksual dengan klien, serta diharapkan menjaga netralitas dan jarak ketika berhadapan dengan klien. Dalam pandangan mengenai aspek bisnis dari praktek psikoterapi, para professional kesehatan mental menghadapi berbagai tantangan, khususnya ketika beroperasi dalam sistem penyaluran pelayanan kesehatan terpadu. Beberapa klinisi dipanggil untuk

menjalankan peran yang penuh tantangan etika (misalnya saksi ahli, evaluasi kekerasan pada anak dan evaluasi pada penderita demensia).

## **2. Komitmen Klien**

Komitmen (*commitment*) adalah suatu prosedur darurat untuk merawat seseorang yang jika tidak dirawat, maka dapat menyebabkan luka bagi diri atau orang lain sebagai akibat penyakit mental yang dialaminya (Brant, 1998). Konsep dari komitmen tersebut muncul dari prinsip hukum bahwa Negara memiliki otoritas untuk melindungi mereka yang tidak mampu melindungi diri mereka sendiri, secara hukum otoritas ini disebut *parens patriae*. Klien yang dirawat memiliki hak untuk diberikan treatment dalam lingkungan yang manusiawi dengan sarana yang memadai, serta tetap memiliki kebebasan dan keamanan. Klien juga memiliki hak untuk ditempatkan dalam suatu institusi yang tidak terlalu terbatas.

## **B. Masalah Forensik dalam Treatment Psikologis**

### **1. Insanity Defense**

*Insanity defense* merujuk pada argumen yang dimunculkan oleh seseorang pengacara yang mewakili kliennya bahwa karena adanya suatu gangguan mental, klien tersebut tidak seharusnya dikenakan tanggung jawab hukum bagi perilaku kriminal yang dilakukannya. Dalam suatu penelitian yang melibatkan 5.175 evaluasi kewarasan yang dilakukan di Virginia selama 10 tahun, para peneliti berfokus pada (1) atribut kriminal, klinis, dan demografis dari tersangka yang dipandang memenuhi kriteria tidak waras; (2) proses forensik dan kriteria hukum yang digunakan oleh klinisi yang melakukan evaluasi untuk mendapatkan opini psikologi hukum; (3) perbedaan dalam evaluasi kewarasan yang dilakukan oleh psikolog dan psikiater dalam hal proses ataupun hasil; dan (4) konsistensi dari opini-opini tersebut selama periode 10 tahun.

### **2. Kompetensi Untuk Menjalani Pengadilan**

Penentuan kompetensi untuk menjalani pengadilan (*competency to stand trial*) berdasar pada pertanyaan apakah seorang tersangka sadar dan mampu untuk berpartisipasi dalam proses criminal terhadap dirinya. Dengan kata lain, seseorang tidak seharusnya mencoba, didakwa, divonis atau dihukum ketika sebagai hasil dari

suatu penyakit mental, ia tidak mampu untuk memahami proses hukum atau membela dirinya sendiri (Brant, 1998). Untuk membuat penentuan tersebut, hakim memanggil seorang psikolog dan psikiater untuk melakukan suatu pemeriksaan terhadap tersangka dan untuk mengungkap kompetensi tersangka. Keputusan tersebut tidak pernah diambil secara mudah; pada kenyataannya, suatu penemuan yang menunjukkan kondisi tidak kompeten harus didasarkan pada serangkaian bukti; dengan kata lain, kualitas dan kuantitas dari bukti yang ada harus jelas mengarahkan kepada suatu kesimpulan bahwa tersangka tersebut mengalami gangguan atau sakit mental hingga ia tidak mampu memahami atau berpartisipasi dalam proses pengadilan (Brant, 1998). Tugas ahli kesehatan mental adalah mengevaluasi kapasitas kognitif, stamina emosional, dan simtom yang berkelanjutan dalam diri tersangka.