



GRAHA ILMU


PSIKOLOGI KLINIS

Dr. Elly Yuliandari, M.Si, Psi

PSIKOLOGI KLINIS

PSIKOLOGI KLINIS

Dr. Elly Yuliandari, M.Si, Psi

 GRAHA ILMU

PSIKOLOGI KLINIS

oleh Dr. Elly Yuliandari, MSi, psikolog

Hak Cipta © 2018 pada penulis

Edisi Pertama: Cetakan I ~ 2018



GRAHA ILMU

Ruko Jambusari 7A Yogyakarta 55283

Telp: 0274-889398; 0274-882262; Fax: 0274-889057;

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

ISBN: 978-602-262-983-2

Buku ini tersedia sumber elektronisnya

DATA BUKU:

Format: 17 x 24 cm; Jml. Hal.: x + 114; Kertas Isi: HVS 70 gram; Tinta Isi: BW; Kertas Cover: Ivori 260 gram; Tinta Cover: Colour; Finishing: Perfect Binding; Laminasi Doff.



KATA PENGANTAR

Psikologi Klinis mengalami perkembangan pesat dari masa ke masa. Tidak terhitung betapa pengaruh budaya dan perkembangan teknologi memberikan peran besar pada perkembangan ilmu Psikologi Klinis. Perkembangan situasi sosial memberikan peranan pada perilaku individu dalam bentuk pengaruh positif dan negatif. Berbagai bentuk gangguan mengalami pergeseran dari waktu ke waktu. Sehubungan dengan hal tersebut perlu ada upaya untuk memahami bagaimana Psikologi Klinis memberikan penjelasan mengenai perilaku, baik perilaku sehat maupun *illness behavior*.

Perkembangan Psikologi Klinis tidak akan lepas dari fenomena yang berkembang di masyarakat. Perkembangan teknologi, internet, budaya yang semakin global memberikan peran signifikan pada perkembangan situasi. Kondisi ini memberikan pengaruh pada perilaku individu dan masyarakat. Pada gilirannya hal ini memberikan peran pula pada perkembangan *proses assessment* ataupun *intervensi*. Sehubungan dengan hal tersebut dibutuhkan adanya upaya untuk bisa mengikuti perubahan dan perkembangan yang ada. Psikologi Klinis diharapkan akan mampu memberi jawaban akan tantangan pengembangan kesehatan mental di masyarakat. Buku ini dimaksud untuk memberikan kontribusi untuk memahami berbagai fenomena yang berkembang di masyarakat.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Sejarah Psikologi Klinis	3
1.2 Ruang Lingkup Klinisi	5
1.3 Kelompok Target	7
1.4 Asessment	7
1.5 Intervensi	8
1.6 Prevensi	9
1.7 Kualifikasi untuk Praktek di Bidang Klinis	11
1.8 Pengetahuan yang Diperlukan	12
1.9 Psokologi Klinis di Abad 21	13
BAB 2 SEHAT, SAKIT & WEEL BEING	17
2.1 Konsep Tentang Sehat	19
2.1.1 Medical Model	20
2.1.2 Psikologikal Model	21
2.1.3 Model Sosiologis	22
2.1.4 Definisi World Health Organization	24
2.2 Normal dan Abnormal	25
2.2.1 Pendekatan Deskriptif	25
2.2.2 Pendekatan Explanatory	28

2.3	Implementasi Tentang Pemahaman Abnormalitas	32
2.3.1	Setting Bidang Pendidikan	32
2.3.2	Dunia Kerja	33
BAB 3	ILLNESS, DISEASE, SICK, PSIKOPATOLOGI	35
3.1	Pendekatan Deskriptif	38
3.2	Pendekatan Explanatory	39
3.3	Interpersonal	45
3.4	Berbagai Model Konsep Psikopatologi	46
BAB 4	DIAGNOSIS	51
4.1	Data Penunjang Diagnosis	52
4.2	Elemen-Elemen Diagnosis	53
4.3	Diagnosis Sebagai Irisan Fenomena	53
4.4	Patologi Akut Versus Kronis	54
4.5	Level Diagnosis	55
4.6	Integrasi Tingkatan Diagnostik	55
4.7	Keluhan dan Diagnosis	56
4.8	Kepribadian & Diagnostik	56
4.9	Proses Dalam Psikodiagnostik	57
BAB 5	PEMERIKSAAN KLINIS	59
5.1	Proses Pemeriksaan Klinis	60
5.2	Tujuan Pemeriksaan Klinis	61
5.3	Fungsi Kepribadian	64
5.4	Referral	64
5.5	Faktor Pendukung Pemeriksaan Klinis	65
5.6	Kesalahan Dalam Melakukan Penilaian	68
5.7	Metode Pemeriksaan Klinis	71
5.8	Hubungan Antara Klinisi dengan Klien	72
5.9	Berbagai Pendekatan Teoritis Dalam Proses Pemeriksaan	73
5.10	Prinsip-Prinsip Dasar Dalam Mengkomunikasikan Hasil Pemeriksaan	77
BAB 6	WAWANCARA KLINIS	79
6.1	Riwayat Psikiatrik	79
6.2	Data Identifikasi	80

6.3	Keluhan Utama	80
6.4	Riwayat Penyakit Sekarang	80
6.5	Riwayat Penyakit Sebelumnya	81
6.5.1	Riwayat Penyakit Keluarga	81
6.5.2	Riwayat Penyakit Medis Masa Lalu	81
6.6	Pemeriksaan Status Mental	81
6.6.1	Penampilan	82
6.6.2	Sikap selama wawancara	
6.6.3	Mood dan Afek	83
6.6.4	Kesesuaian	83
6.6.5	Bicara	84
6.6.6	Gangguan Persepsi	84
6.6.7	Pikiran	84
6.6.8	Tindakan Motorik	86
6.6.9	Intelek	86
BAB 7	DSM - IV	89
7.1	Konsep Tentang Gangguan Mental	92
7.2	Penggunaan DSM-IV	92
7.3	Multiaxial Asessment	92
7.4	GAF (<i>Global of Assessment of Functioning Scale</i>)	96
7.5	Diagnosis Multipel	97
7.6	Ciri Dasar	97
7.7	Pendekatan Deskriptif	97
7.8	Kriteria Diagnostik	98
7.9	Deskripsi Sistematis	98
7.10	Ketidak Pastian Diagnostik	98
7.11	Mengenai Keterbatasan DSM-IV	99
BAB 8	KESEHATAN MENTAL	101
8.1	Perlunya Layanan Kesehatan Mental Bagi Masyarakat	102
8.2	Layanan Kesehatan Mental Masyarakat	102
8.3	Peluang	102
8.4	Kesehatan Mental	104
8.4.1	Pendekatan Teoritik	104
8.4.2	Pendekatan Empirik	105

8.5	Aset Personal dan Sosial	106
8.6	Faktor-Faktor yang Menunjang	107
8.6.1	Keluarga	107
8.6.2	Peer	108
8.6.3	Budaya	108
DAFTAR PUSTAKA		109

-oo0oo-



SEHAT, SAKIT & WEEL BEING

"We are all munderers and prostitutes-no matter to what culture, society, national, class, nation we belong, no matter how normal, moral, mature we take ourselves to be"

"We are bemuse and crazed creatures, strangers to true our selves, to one another, and to the spiritual and world material-mad"

(Ronald D. Laing, 1967, 1971)

Mencapai kedamaian dengan diri sendiri adalah suatu perjalanan. Menjadi sehat tidak lepas dari upaya. Perjalanan untuk menjadi nyaman dengan diri sendiri dan kehidupan, dapat dilakukan dengan mengkritisi diri sendiri. Bisa pula dengan upaya bantuan profesional. Praktisi klinis meliputi orang-orang yang memiliki kepedulian terhadap sesama manusia. Aktivitas yang dilakukan berkait dengan kegiatan membantu manusia untuk mengatasi kesulitannya, beradaptasi dengan lingkungannya dan diri sendiri, mengatasi perasaan yang sedang bergejolak, dsb. Sehubungan dengan hal tersebut, klinisi akan memiliki kepedulian yang tinggi dalam menentukan orang yang perlu dibantu. Untuk itu dibutuhkan adanya pemahaman yang bersifat integrative tentang konsep sakit dan sehat.

Ada tiga istilah yang digunakan untuk menggambarkan diri seseorang, yaitu *health*, *disease*, *illness* atau *sickness*. *Health* mengacu pada kondisi dimana seseorang tidak mengalami *illness* ataupun *sickness*. *Health illness* atau *sickness* merupakan penghayatan pribadi dan bisa juga merupakan pranata sosial mengenai terganggu atau tidaknya seseorang. *Sickness* merupakan suatu kondisi yang didasarkan diagnosa yang diberikan profesional mengenai gangguan yang dimiliki seseorang setelah melalui serangkaian prosedur pemeriksaan yang sistematis.



Happiness penanda Well being

Berbicara tentang sakit dan sehat, bukan hanya meneropong individu dalam konteks pribadi namun juga keterkaitannya dengan lingkungan sosial dimana ia tinggal. Ada satu kondisi yang pada beberapa lingkungan dan budaya tertentu dianggap sakit mental (*mental illness*) namun pada lingkungan dan budaya lain dianggap sehat. Sehat dan sakit merupakan parameter yang digunakan di bidang medis. Pada kajian psikologi dikenal konsep kesejahteraan atau *well-being*. Kesejahteraan atau *well-being* yang dimiliki seseorang menggambarkan seberapa nyaman, bahagia dan produktif seseorang dalam hidupnya.

Konsep *well-being* mengacu pada fungsi sepenuhnya individu (*optimal psychological functioning*) dan aktualisasi kapasitas yang dimiliki. Hal ini bukan hanya menyangkut bagaimana individu menjalani keseharian hidupnya, namun juga menyangkut pembahasan mengenai bagaimana seseorang dapat menjalani kehidupan dengan kapasitas yang optimal. Menurut WHO

(2012) Kesehatan mental atau kesejahteraan psikologis (*psychological well being*) merupakan bagian integral dari kapasitas individu untuk menjalani kehidupan yang memuaskan, termasuk kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan, untuk belajar, bekerja atau mengejar minat, memanfaatkan waktu waktu luang dengan kegiatan menyenangkan, dan untuk membuat keputusan sehari-hari tentang pendidikan, pekerjaan, perumahan atau hal penting lain dalam hidup. Gangguan terhadap kesejahteraan mental individu dapat merugikan kapasitas dan pilihan ini, yang mengarah tidak hanya untuk mengurangi fungsi pada tingkat individu tetapi juga kerugian kesejahteraan yang lebih luas di tingkat rumah tangga dan masyarakat.

Ada berbagai debat mengenai apa yang dimaksud dengan optimalisasi pengalaman (*optimal experience*), karena hal ini dianggap relatif. Sepanjang seseorang bisa menjalani hidupnya dengan bahagia dan mampu berkarya, hal ini menunjukkan optimalisasi fungsi dirinya. Berbagai penelitian mengenai *well-being* semakin mengemuka. Penelitian yang ada menunjukkan bahwa *well-being* bukan sekedar tidak adanya kondisi *negative affect* atau perasaan negatif dalam diri seseorang, begitu juga *well-being* bukan sekedar absennya gangguan mental dalam diri inndividu (Cacioppo & Berntson 1999). Membahas tentang sakit, sehat, psikopatologi, pergeseran terjadi di tahun 1960 dimana topik bahasan mulai mengarah pada upaya-upaya yang bersifat prevensi, dan semakin berkembang hingga sekarang, penelitian-penelitian mengenai *well-being* (Diener 1984), dan promosi *wellness* (Cowen 1991) semakin mengemuka. Sehubungan dengan hal tersebut berbagai kajian yang bersifat memberikan dukungan terhadap terbentuknya *well-being* semakin berkembang. Penelitian yang ada tidak hanya membahas mengenai penyakit dan gangguan namun semakin beralih pada upaya-upaya yang bisa dilakukan untuk membuat seseorang bahagia dan produktif dalam hidupnya.

2.1 KONSEP TENTANG SEHAT

Pengertian tentang sehat memiliki berbagai dimensi. Pada umumnya pandangan tentang sehat dapat dilihat dari sisi medis. dalam pendekatan medis, parameter yang digunakan bersifat tunggal dan dikenakan pada seluruh manusia. Dalam hal ini parameter yang digunakan didasarkan

pertimbangan ilmiah yang dirasakan obyektif. Ada pandangan bahwa parameter yang digunakan untuk menetapkan apakah seseorang sehat, haruslah berdasarkan kajian yang dilakukan profesional. Bertolak belakang dengan pandangan ini, ada pendapat yang mengemukakan bahwa sehat merupakan kondisi yang bisa ditetapkan oleh diri sendiri. Artinya, sehat tidaknya seseorang akan sangat tergantung pada persepsi seseorang akan kondisi dirinya.

Membicarakan tentang sehat menyangkut manusia yang tentunya melibatkan aspek psikologikal dan psikososial. dalam hal ini tidak dapat dilepaskan dimensi persepsi individu sendiri. Membicarakan tentang konsep sehat akan sangat berkaitan dengan sikap, nilai dan perilaku yang berkembang. Masing-masing orang bisa punya pandangan yang berbeda tentang arti sehat. Sehat memberikan makna tanggung jawab akan diri sendiri. Sehat mengandung perspektif subyektif dan obyektif. Pandangan seseorang akan diri sendiri memberikan makna yang berarti akan kesehatan dirinya. Dirasakan penting untuk mengetahui pandangan seseorang akan kesehatannya selain mendapatkan pertimbangan dari ahli medis. Sehat berarti seseorang memiliki *well-being* yang baik.

Well-being memiliki dua makna filosofis. Pertama, disebut dengan *hedonism* (Kahneman, 1999) yang mengemukakan bahwa *wellbeing* merupakan hal-hal yang bersifat kesenangan dan kebahagiaan (*pleasure* atau *happiness*). Pandangan kedua, *wellbeing* menyatakan bahwa *wellbeing* bukan sekedar membahas tentang kesenangan atau *happiness*, namun lebih banyak menekankan pada aktualisasi potensi manusia, yang disebut *eudaimonism* (Waterman, 1993). Baik *hedonism* dan *eudaimonism* menggambarkan hal-hal positif yang dimiliki seseorang untuk bisa merasakan kesejahteraan dalam hidupnya.

2.1.1 Medical Model

Konsep tentang sakit dan sehat terkait erat dengan fungsi tubuh. Bila seseorang dinyatakan sakit identik dengan beberapa hal yang tidak beres dengan tubuhnya begitupun sebaliknya. Perlu dibedakan antara orang yang sakit (mengandung gangguan fisiologis) dan orang yang bermasalah. Orang yang sakit secara mental akan memiliki gangguan yang bersifat fisiologis pula. Bila tidak maka "lebih tepat" disebut problem kehidupan. Konsep yang

bersifat medis lebih menekankan pada universalitas, *generalizable science*. Ada pandangan bahwa hal-hal yang bersifat spesifik khas budaya tertentu akan tetap ditemukan prinsip universal yang melatar belakangnya. Beberapa ciri khas yang melatar belakangi *medical model* adalah sebagai berikut:

1. Ada sakit atau *disease* yang memiliki *etiologi*, *course* dan *outline*
2. *Disease* disebabkan faktor organik
3. Meskipun ada gejala psikologis namun tetap berkaitan dengan aspek fisiologis
4. Orang yang mengalami sakit bukan kesalahannya sendiri
5. Penyembuhan akan tergantung pada intervensi profesional
6. Sakit mungkin dialami individu dengan latar belakang budaya tertentu, namun pada dasarnya memiliki prinsip yang universal.

Pandangan dari sisi medikal ini memiliki kelemahan sebagaimana disampaikan berikut ini:

1. Menunjukkan penekanan biologis
2. Pasien dianggap pihak yang pasif
3. Tenaga medis memiliki otorita yang lebih besar
4. Dalam menangani gangguan dibutuhkan kualifikasi medis
5. Penekanan pada fungsi diagnosis
6. Ada tendensi *labeling* dan *stigmatisasi*
7. Mengabaikan kekuatan yang ada dalam diri individu

Pendekatan *medical model* ini menggambarkan seseorang yang sehat berarti absennya tanda-tanda yang mengarah pada gangguan ataupun sakit mental yang dialami. Sehat berarti tidak sakit.

2.1.2 Psikologikal Model

Pendekatan subyektif lebih menekankan evaluasi individu pribadi berhubungan dengan kesehatan yang dimilikinya. Pengukuran tentu bersifat subyektif karena berdasarkan tolok ukur sendiri. Seseorang yang merasa nyaman akan beranggapan dirinya sehat. begitu sebaliknya. kesehatan dari sudut pandang psikologis memiliki ciri sebagai berikut:

1. Adanya keterlibatan yang menyenangkan seperti halnya perasaan yang positif terhadap diri sendiri, dapat menerima diri sendiri dan memiliki perspektif yang baik dalam kehidupan sehari-hari.

2. Kenyamanan jangka panjang. Meliputi perasaan bahagia yang relatif menetap. Berkait dengan adanya asosiasi yang baik dengan diri sendiri, keluarga dan situasi kerja.
3. Tidak diganggu dengan perasaan tidak nyaman, seperti halnya kesepian, curiga, sakit hati karena kritik orang lain, dsb.

Evaluasi psikologis ini menimbulkan kekuatan pada diri pribadi, bahkan pada saat seseorang secara fisik dinyatakan dalam kondisi buruk sekalipun, seseorang secara psikologis mungkin saja merasakan penghayatan yang berbeda dimana dirinya merasa sehat. Ada sisi-sisi positif yang tetap dirasakan. Pandangan psikologis ini dapat dinyatakan oleh individu sendiri dan tidak selalu tergantung pada profesional dalam menentukan sakit atau tidaknya seseorang.

Batasan psikologis ini bersifat samar, karena tidak ada kriteria yang pasti yang dapat dinyatakan sebagai pedoman baku. Batasan tentang gembira dan sedih, misalnya bersifat relatif. Seseorang bisa merasakan gembira dan sedih sekaligus dalam interval waktu yang tidak lama. Penghayatan psikologis mengenai sehat dan sakit analog dengan konsep *illness* atau *sickness*.



Mampu menikmati hari dengan bahagia

2.1.3 Model Sosiologis

Aspek kultural menjadi unsur penting dalam menentukan sakit dan sehat. Fokus pembedaan terletak pada kemampuan untuk menjalankan peran serta kegiatan sehari-hari. Berarti juga kemampuannya dalam

menjalankan peran dalam kehidupan sosialnya. Sakit atau sehat tidak hanya ditentukan oleh ada atau tidaknya simtom fisik yang dijumpai, namun juga meliputi kemampuan seseorang memberikan makna terhadap diri sendiri, juga kapasitasnya berhubungan dengan orang lain dalam bentuk partisipasi sosialnya. Sehat dan sakit tidak hanya ditentukan oleh ada atau tidaknya keterbatasan yang dimiliki. Perlu juga diperhatikan kapasitas yang dimiliki untuk berkembang secara optimum.

Penelitian membuktikan bahwa definisi tentang sehat, berbeda untuk golongan sosial yang berlainan, termasuk usia, gender dan persepsi tentang kesehatan yang dimiliki. Survey yang dilakukan oleh *Health & lifestyle survey* menunjukkan bahwa pria muda mendefinisikan sehat sebagai bentuk kekuatan fisik. Perempuan mendefinisikan sehat sebagai bentuk vitalitas atau energy untuk dapat melakukan sesuatu serta kemampuan untuk melakukan coping. laki-laki dan perempuan usia lanjut memiliki konsep sehat sebagai bentuk kenyamanan dan perasaan bahagia. Perempuan pada berbagai golongan usia menempatkan hubungan personal yang baik dengan orang lain sebagai kriteria untuk menentukan sehat atau tidaknya kondisi yang dialaminya (Brown, 2004). Pandangan sosiologis mengenai sehat dan sakit analog dengan konsep *illness* atau *sickness*



Kebahagiaan yang tercermin dalam komunitas

2.1.4 Definisi World Health Organization

WHO memberikan definisi yang bersifat spesifik tentang kesehatan seseorang, baik yang menyangkut fisik, psikologis maupun sosial. berarti kemampuan energy yang dimiliki dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, mampu berfungsi penuh sebagai manusia baik secara fisik, psikologis dan sosial maupun emosional. Sehat adalah aset aktivitas sehari-hari. Dengan kesehatan yang dimiliki seseorang akan memungkinkan seseorang menjalankan kegiatan yang produktif.

Pengukuran Tentang Sehat

John Wayne (1986) mengungkapkan 6 kriteria sebagai parameter kesehatan.

a. Fungsi Fisik.

Menyangkut ada atau tidaknya keterbatasan fisik yang dialami. Mampu tidaknya membantu diri sendiri, aktif, berpartisipasi dalam kegiatan fisik yang menunjang rutinitas aktivitas sehari-hari. Orang yang sehat tidak mengalami hambatan fisik.

b. Kesehatan Mental.

Berhubungan dengan perasaan nyaman dan mampu mengontrol emosinya sendiri dan tidak dijumpainya perasaan-perasaan negative yang mengganggu.

c. Sosial *well Being*.

Dapat menikmati hubungan interpersonal dengan orang lain secara aktif.

d. Fungsi Peran.

Tidak mengalami hambatan berhubungan dengan aktivitas sehari-hari baik di sekolah, lingkungan sosial maupun tempat kerja.

e. Persepsi Umum

Berkaitan tentang kesehatan. Pandangan diri sendiri tentang kesehatan pribadi.

f. *Syptom-syptom*.

Tidak dijumpainya simtom-simtom fisiologis maupun psikologis yang mengganggu diri sendiri atau orang lain

Untuk memastikan bahwa seseorang memiliki mental yang sehat, dibutuhkan stimulasi yang intensif berdasarkan perhatian (*care*). Kontrol (*control*) dan stimulasi intelektual *intellectual stimulation* serta sentuhan kehangatan afeksi (*affection*).

2.2 NORMAL DAN ABNORMAL

Adalah merupakan suatu kewajaran kalau kita menganggap diri sendiri sebagai orang yang normal, bahkan lebih normal dari orang lain, setidaknya hal ini merupakan cerminan bahwa kebanyakan orang berkeinginan untuk menjadi orang normal. Kata normal sendiri berasal dari bahasa latin, yaitu norma yang berarti *carpenter's square* yang bermakna aturan, pola atau standar. Menjadi normal berarti sesuai dengan suatu konsep tertentu. Menyebut dari konsep yang dimaksud berarti tidak normal atau abnormal. bentuk perilaku yang aneh, tidak biasa masuk dalam batasan tersebut. Normal dan abnormal, bagaimanapun merupakan suatu konsep. Konsep selalu bersifat relatif, karena bisa ditinjau dari berbagai sudut pandang.

Ada beberapa konsep yang membedakan normal dan abnormal. Batasan mengenai hal ini bisa dipilahkan menjadi pandangan yang bersifat penjelasan (*explanatory*) yang menguraikan mengapa suatu kondisi terjadi.

2.2.1 Pendekatan Deskriptif

Berikut ini beberapa batasan deskriptif yang digunakan menggambarkan "normal": (a) Tidak sakit, tidak ada simtom patologis, (b) Normal adalah kondisi ideal (utopia), (c) Menunjukkan mental yang sehat, aktualisasi diri yang prima dan fungsi diri yang penuh, (d) kondisi rata-rata yang dialami individu pada umumnya dan (e) memiliki fungsi penerimaan sosial (berkaitan dengan penyesuaian diri).

Pribadi yang sehat memiliki kerangka sebagai berikut: (a) sikap terhadap diri sendiri: memiliki kesadaran dan penerimaan diri, (b) Fungsi perkembangan berjalan dengan baik, (c) Ada integrasi dan keseimbangan, (d) memiliki otonomi, dapat menentukan sikap, (e) Persepsi yang realistis dan (f) *Environmental mastery*: mampu mencintai, menjalin hubungan baik, dapat menyelesaikan masalah dan menyesuaikan diri dalam lingkungan.

a. Batasan Moral

Merupakan salah satu frame yang digunakan untuk membedakan antara normal dan abnormal. dasar penentuan lebih didasarkan pada evaluasi atau penilaian sekelompok orang yang menggunakan kriteria tertentu sebagai batasan, yaitu kepatutan perilaku. Hal ini dijabarkan dalam bentuk perilaku baik dan buruk, menakutkan, memalukan, tidak bertanggung jawab dan menimbulkan masalah. kriteria yang terakhir ini yang digunakan sebagai batasan untuk mengatakan normal dan tidaknya perilaku seseorang. batasan moral ini banyak digunakan oleh berbagai kalangan baik oleh profesional maupun non-profesional.

b. Kerusakan dan gangguan fungsi tertentu

Orang yang abnormal diartikan sebagai individu yang memiliki keterbatasan kapasitas atau gangguan pada fungsi tertentu. Di rumah sakit atau institusi penanganan kesehatan mental banyak dijumpai orang-orang yang mengalami hal tersebut. mereka adalah orang yang terganggu atau orang-orang sakit yang memerlukan intervensi atau terapi tertentu. biasanya klien-klien di pusat rehabilitasi menyandang stigma sebagai kelompok orang sakit atau memiliki kelainan. Stigma ini biasanya tetap disandang meskipun telah dinyatakan sembuh dan keluar dari rumah sakit atau tempat perawatan.

c. Deviasi Sosial

Asumsi dasar yang digunakan untuk menggambarkan orang normal adalah berdasarkan standar yang banyak dijumpai pada kebanyakan orang. Semakin banyak orang yang menunjukkan kecenderungan tertentu seperti halnya gaya berpakaian, perilaku atau dandanan, menunjukkan bahwa konotasi yang digunakan bersifat normal. Individu yang menyimpang dari kebiasaan umumnya tidak dapat dikatakan sebagai normal. dalam hal ini aspek kultural memberikan peranan dalam menentukan batasan normal atau tidak normal. Sebagai contoh penggunaan anting-anting yang besar dan berat yang digunakan suku dayak, dianggap sebagai hal yang normal. Tidak demikian halnya bila hal ini dijumpai pada warga Surabaya. Konotasi yang berikan kemungkinan bersifat berbeda yaitu orang yang memiliki deviasi atau penyimpangan sosial. Contoh lain bisa diamati pada kasus homoseksual.

Ada perbedaan pandangan pada satu dekade terakhir, dimana kasus homoseksual tidak lagi dipandang sebagai bentuk penyimpangan, bahkan bahkan telah dihapus dari daftar DSM-IV.

d. Variansi Statistik

Gambaran statistik mengenai normal dan abnormal akan tampak pada kurva normal, dimana orang yang normal akan tampak pada kecenderungan rata-rata atau kebanyakan orang. Sedangkan orang yang abnormal akan tergambar pada bagian ekstrim kiri dan kanan yang ada pada kurva. Semakin berbeda karakteristik yang dimiliki maka dapat dikatakan bahwa semakin "abnormal" yang bersangkutan. Keabnormalan psikometrik mengimplikasikan kelainan sebagai penyimpangan dari norma yang ditentukan secara statistik, seperti rata-rata populasi IQ 100. Dalam hal ini, IQ skor kurang dari sekitar 70-75 dapat menentukan seseorang memiliki ketidakmampuan belajar. Yang perlu diingat, terkait dengan IQ rendah sangat berbeda antar individu tergantung pada keadaan kehidupan mereka. Jadi, bahkan ketika seseorang didefinisikan sebagai psikometrik 'abnormal', ini memberitahu kita sedikit tentang kondisi atau masalah aktual mereka. Selain itu, jika seseorang mengambil ujung lain dari spektrum IQ, deviasi 30 poin di atas rata-rata umumnya tidak dianggap abnormal atau menunjukkan adanya masalah kesehatan mental.

Gambaran statistik ini tidak selalu mampu memberikan pemahaman tentang siapa orang yang dianggap abnormal. Kecenderungan menyimpang tidak selalu bisa digambarkan dalam bentuk intensitas atau frekuensi yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dalam hal-hal tertentu. Selain itu, gambaran statistik tidak selalu dapat menceritakan "kenapa" seseorang mengalami gangguan.

e. Cermatan Simtom

Gangguan yang dimiliki seseorang akan tercermin pada gejala-gejala yang dinampakkan. Orang yang mengalami kecemasan akan menampakkan gambaran gejala-gejala tertentu yang berbeda dengan gejala depresi, kompulsi, perilaku agresif, dsb. Batasan tentang normal dan tidak normal akan dapat ditelaah berdasarkan ada atau tidaknya gejala yang ditampakkan.

f. Model Utopian

Model utopian memiliki pandangan hanya mereka yang mencapai potensi maksimalnya dalam hidup mereka yang bebas dari masalah kesehatan mental. Model ini menerima bahwa hanya sedikit orang yang benar-benar mencapai potensi maksimalnya. Dengan demikian, model ini mengasumsikan bahwa mayoritas populasi menyimpang dari keadaan mental optimal mereka dan mengalami beberapa tingkat masalah kesehatan mental. Hal ini disebabkan karena pada umumnya orang belum mencapai kapasitas maksimal yang dimilikinya.

Dilihat berdasarkan kesehatan mental, perilaku abnormal dapat dikatakan sebagai pertanda (*sign*) *mental health problem*. Beberapa penanda adalah sebagai berikut

- Adanya proses psikologi yang terdistorsi (*distorted psychological processes*)
- Merupakan akibat distress dan atau perilaku disfungsi (*dysfunctional*)
- Respon yang unik dan tidak serupa akan satu situasi yang bersifat stresful

Adakalanya perilaku yang tidak biasa karena kondisi stress akan bisa menempatkan seseorang pada situasi yang membahayakan dalam hidupnya.

2.2.2 Pendekatan Explanatory

Penekanan *explanatory* lebih menekankan pada penjelasan mengapa suatu gangguan terjadi. Penjelasan mengenai hal ini dapat dipilahkan pada pendekatan yang bersifat biologis, psikologis dan sosial.

Konsep normal menurut pendekatan *explanatory* lebih menekankan pada proses yang sedang dialami (penekanan pada evolusi, *successful mastery* tergantung pada pencapaian tahap perkembangan). dengan demikian, normal atau tidaknya seseorang akan sangat tergantung pada tahap perkembangan yang sedang dicapainya.

Sedangkan pandangan tentang abnormalitas akan bisa disimak berdasarkan tiga perspektif berikut ini:

a. Masalah Biologis

Adanya perubahan fisiologis merupakan prinsip utama yang digunakan untuk memberikan penjelasan mengenai kemungkinan gangguan. Abnormalitas berarti sakit atau adanya pada fungsi fisiologis tertentu. Batasan sakit dalam hal ini akan mengacu pada bentuk gangguan mental, karena hambatan fungsi fisiologis. Konsep yang digunakan disebut pendekatan medis. Konsep ini banyak digunakan para profesional seperti halnya dokter, psikiater, psikolog dan tenaga medis lainnya.

Pendekatan biologis menisbikan adanya kemungkinan mengenai batasan yang berbeda mengenai apa yang dinamakan sakit. Prinsip universalitas memberikan gambaran bahwa akan selalu ada unsur sejenis yang dapat menggambarkan kondisi sakit. konsep biologis ini tidak mengenal adanya unsur variabilitas.

Ada beberapa penyebab sakit yang dialami oleh sebab biologis ini antara lain: (a) adanya faktor bawaan, (b) defisit konstitusional dan (c) ketidak seimbangan biochemical.

Faktor bawaan telah lama diyakini sebagai faktor penyebab gangguan mental yang dialami individu. dalam istilah jawa dikenal istilah *bobot-bibit-bebet* dalam mempertimbangkan pilihan akan calon pasangan. filosofi ini menggambarkan betapa penting faktor keturunan menjadi penentu pilihan. Kasus schizophrenia, kecenderungan depresi dan alkoholik diyakini memiliki kaitan dengan faktor keturunan. Adanya unsur genetis ini memberi pandangan tentang adanya tendensi gangguan tertentu semenjak orang dilahirkan.

Lain halnya dengan konsep defisit konstitusi. Meskipun pandangannya sama - sama menekankan unsur fisiologis, namun memiliki penjelasan yang berbeda. Gangguan yang dialami seseorang bukan semata ditentukan oleh faktor genetis semata, proses dalam perkembangan itu sendiri memberikan peran yang tidak kalah pentingnya. Seseorang yang secara genetis dinyatakan normal, dalam perjalanan hidupnya kemudian bisa saja mengalami gangguan, bila ada hambatan dalam proses perkembangannya. Kemungkinan gangguan bisa terjadi pada fase konsepsi, perkembangan embrio hingga proses dalam kelahiran. Sebagai contoh : bila ibu mengalami

ketidak seimbangan biologis yang terkait dengan ketidak seimbangan pada sistem syaraf dan endokrin sistem, akan membuat fetus berkembang secara tidak "sempurna". Begitu juga bila ibu mengkonsumsi obat-obatan tertentu selama masa kehamilan. Efek kimiawi yang ditimbulkan akan berpengaruh pada pembentukan konstitusi fisik. Secara spesifik, kemungkinan bentuk gangguan yang muncul adalah adanya hambatan dalam mengantisipasi stress fisik maupun psikososial, *atypical learning response*. Mungkin juga timbul perilaku yang bersifat maladaptive dalam perjalanan hidupnya.

Biochemical memiliki kaitan yang erat dengan polarisasi emosi seseorang. Senang dan sedih akan berkaitan dengan susunan hormonal yang ada dalam tubuh. Kemungkinan ini telah di buktikan dalam rangkaian penelitian selama bertahun - tahun. Ada asumsi yang berkembang bahwa faktor hormonal akan memberikan pengaruh terhadap proses berpikir dan emosi seseorang. Hasil penelitian yang diperoleh belum menunjukkan hasil yang signifikan. Sementara itu dalam sisyem pengobatan dikembangkan jenis - jenis zat LSD (Kysergic acid diethylamide) dan sedative pengurang efek halusinogen untuk membantu mengatasi masalah gangguan emosi dan proses berpikir pada orang yang mengalami gangguan jiwa.

Pada kasus dimana seseorang mengalami polarisasi emosi yang ekstrim antara senang dan sedih diyakini faktor hormonal memainkan peranannya. Membicarakan masalah gangguan hormonal ini tidak dapat dilepaskan dari unsur genetis. Karakteristik genetis yang khas berperan menimbulkan ketidak seimbangan hormonal tidak selalu disebabkan oleh kelainan genetis.

b. Problem Psikologis

Sigmund Freud merupakan tokoh yang mengembangkan pandangan peranan unsur psikologis sebagai penyebab gangguan mental. Ia mengembangkan bentuk intervensi yang disebut dengan psikoanalisis. Freud berpandangan bahwa penyebab gangguan jiwa yang muncul dalam diri seseorang disebabkan oleh adanya konflik.



Pada individu yang secara fisiologis nampak normal, bisa saja mengalami konflik kronis, yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan secara mental. Konflik berkait erat dengan unsur ketidak sadaran.

Konsep lain menekankan faktor belajar sebagai pembentuk perilaku abnormal. Bentuk perilaku baik normal ataupun abnormal terbentuk berdasarkan pengalaman sebelumnya. Tokoh yang mengungkapkan peran faktor belajar sebagai pembentuk perilaku adalah Pavlov, Thorndike, Skinner. Ada banyak cara yang dapat dilakukan untuk membuat seseorang belajar, baik bentuk perilaku normal maupun abnormal. Menyangkut adanya reward dan *punishment* dan belajar dari pengamatan. Karena perilaku abnormal terbentuk dari proses belajar, maka untuk mengatasinya harus ditimbulkan adanya *re-learning* (proses belajar kembali) mengenai perilaku yang bisa dikategorikan normal.

c. Problem Sosiokultural

Penjelasan tentang aspek sosiokultural datang dari para ahli ilmu sosial. Konsep yang mendasari adalah pentingnya pengaruh lingkungan terhadap kemungkinan timbulnya gangguan. Ada tiga bentuk penjelasan yang bisa digunakan sebagai penjelasan. Pertama, adanya pengalaman personal yang berpengaruh terhadap kesehatan mental, kedua adanya disorganisasi sosial dan ketiga adalah aspek kultural.

Pengalaman personal.

Adanya berbagai pengalaman buruk yang terjadi di masa kanak-kanak besar pengaruhnya terhadap kesehatan mental seseorang. Hambatan dalam proses sosialisasi akan sangat berperan terhadap gangguan yang dialami. Bentuk hambatan yang mungkin terjadi misalnya: adanya penolakan dari orang tua, pengasuhan yang bersifat overproteksi, adanya persaingan yang bersifat menekan. Contoh-contoh tersebut merupakan aspek personal yang banyak dijumpai dalam kehidupan sehari-hari yang secara tidak disadari bersifat sistematis mendestruksi perkembangan individu.

Disorganisasi sosial.

Bukan hanya pengalaman personal saja yang berperan terhadap kesehatan individu. Adanya disorganisasi sosial juga memainkan peranan

yang tidak kalah pentingnya. Kemiskinan, migrasi, sikap rasis dan tekanan sosial lainnya merupakan faktor-faktor yang signifikan.

Kultural.

Pandangan tentang normal dan abnormal tidak lepas dari aspek kultural. Ada budaya tertentu yang menganggap suatu bentuk perilaku dengan kategori perilaku yang terganggu, sementara budaya lain menganggap sebagai normal. Ada anggapan bahwa orang yang mengalami gangguan disebabkan karena sihir atau tenung, kesurupan dan aspek mistik lainnya. Hal ini membuat upaya meminta bantuan pada praktek dukun, sihir, tenung, pada budaya tertentu dianggap sebagai hal yang normal. Sementara banyak kalangan yang menganggap pendekatan tersebut sebagai hal yang aneh.

2.3 IMPLEMENTASI TENTANG PEMAHAMAN ABNORMALITAS

Persoalan tentang perilaku normal-abnormal menyentuh hampir semua bidang kehidupan. Ketika berbicara tentang sekelompok manusia, maka saat itu pula kita akan membandingkan satu bentuk perilaku dengan perilaku lainnya. Ada bentuk perilaku yang bisa diterima dan diinterpretasikan kelompok sebagai perilaku yang normal. Tidak jarang pula dijumpai situasi dimana seseorang menampilkan perilaku yang "aneh" atau disebut juga perilaku abnormal. Apapun bentuknya, perilaku yang menyimpang muncul dalam komunitas dibutuhkan adanya upaya untuk memahami dan memberikan perlakuan yang tepat. Dengan kata lain, penamaan perilaku menyimpang, abnormal atau tidak normal, terganggu, dsb perlu dilihat secara kontekstual

2.3.1 Setting bidang pendidikan

Pemahaman akan perilaku yang dianggap abnormal sangat penting bagi guru. Adalah guru yang pertama kali mendeteksi tentang kemungkinan ditemukannya gangguan perilaku dalam lingkungan kelas. Guru pulalah yang harus mengambil tanggung jawab dan resiko untuk menghadapi semua bentuk perilaku muridnya. Pada akhirnya guru harus menghadapi berbagai karakteristik kepribadian siswanya dengan keunikannya masing-masing.

kasus-kasus siswa yang agresif, memiliki gangguan seksual, destruktif, melakukan penolakan, vandalisme merupakan berbagai variasi yang harus dihadapi. Guru perlu menentukan upaya apa yang harus dihadapi dalam membina siswanya dan kapan saatnya membutuhkan bantuan profesional. Pemahaman normal dan abnormal bukan dimaksudkan untuk menciptakan stigma, namun lebih sebagai deteksi dini mengenai bantuan dan dukungan yang dibutuhkan siswa. Umumnya perilaku yang dianggap abnormal adalah perilaku yang bisa mengganggu diri sendiri dan atau mengganggu orang lain.

Penelitian yang dilakukan pada siswa sekolah dasar menunjukkan adanya kecenderungan 30% siswa membutuhkan bantuan profesional selama masa sekolahnya. Separuh diantaranya membutuhkan bantuan pada kelas/tingkat pertama hingga keempat. Angka yang cukup tinggi ini mencerminkan adanya kondisi yang spesifik. Biasanya anak yang memiliki masalah di rumah akan berkemungkinan untuk mendapat pengalaman yang berbeda di sekolah. Berkaitan dengan hal ini, ada kemungkinan anak merasa bahagia di sekolah karena ada perhatian dari teman atau guru-gurunya, sehingga ia tetap memiliki *well-being* yang baik walau ada masalah di rumah. Observasi adanya gangguan perilaku selama masa sekolah dasar memberikan informasi yang signifikan dibandingkan cermatan yang dilakukan pada siswa TK. Siswa yang mendapatkan bantuan pada usia sekolah dasar biasanya akan menunjukkan perbaikan dan perilaku yang lebih bisa diterima pada tingkat sekolah yang lebih lanjut dibanding siswa yang belum mendapat bantuan.

2.3.2 Dunia Kerja

Konsep mengenai sehat dan sakit perlu dicermati secara hati-hati pada dunia kerja karena membawa implikasi pada kesempatan yang diberikan. Orang yang mendapat stigma sakit atau mengalami gangguan dianggap tidak akan bisa bekerja. Padahal ada bidang-bidang tertentu yang tidak mungkin dijalankan seperti halnya bidang yang membutuhkan ketrampilan sosial dan kemampuan analisa. Ada kondisi dimana seseorang mengalami sakit, dalam hal ini mengalami mental *health problem* ataupun mental *illness* ataupun *disease*, namun pada beberapa sisi ia tetap bisa menjalankan fungsinya. Hal ini berarti bahwa saat seseorang mengalami

sakit kemungkinan ia mampu menjalankan aktivitas tertentu namun tidak pada aktivitas lainnya. Gangguan yang berbeda juga akan memberikan karakteristik yang berlainan pula.

-oo0oo-



DIAGNOSIS

Diagnosis merupakan kesimpulan dan integrasi tentang kondisi klien dan biasanya mengungkap pula bentuk psikopatologi. Diagnosis diberikan untuk memberikan gambaran mengenai karakteristik individu dalam format klinikal. Meliputi struktur, bentuk gangguan yang dialami, kemungkinan perubahan, peningkatan, koreksi serta pemantapan (*stabilization*).

Diagnosis dimulai dengan masalah-masalah perilaku yang bersifat mendalam dan laten. Persoalan berkaitan dengan perilaku akan muncul dalam bentuk simtom dan tanda tertentu. Tanda (*cue*) merupakan bentuk gangguan yang dapat diamati. Sedangkan simtom menggambarkan gangguan yang dirasakan oleh individu. berkaitan dengan masalah yang dialami, dalam diagnosis dicoba dipahami cara kerja simtom-simtom dan manifestasinya dalam perilaku.

Secara prinsip diagnosis merupakan formulasi yang menggambarkan kesimpulan yang bermakna tentang fungsi dan peran klien terkait dengan simtom yang dikeluhkan dalam struktur kepribadiannya. Adanya gambaran tentang simtom-simtom dan kaitannya dengan fungsi kepribadiannya. Adanya gambaran tentang simtom-simtom dan kaitannya dengan fungsi kepribadian menunjukkan pemahaman akan kondisi individu dan permasalahan yang dihadapi.

Psikodiagnostik merupakan cara dan menjadi alat bantu untuk lebih memahami perilaku seseorang. Baik menyangkut kondisi normal yang dialaminya hingga kondisi abnormal. Melakukan fungsi diagnostic bukan hanya meliputi upaya melakukan pemeriksaan belaka namun juga melibatkan kegiatan menarik kesimpulan. Fungsi diagnosis adalah dalam upaya untuk memahami kondisi individu. Selain itu, diagnosis diberikan untuk keperluan terapi dan prognosis.

4.1 DATA PENUNJANG DIAGNOSIS

Kebutuhan akan data-data penunjang dapat diperoleh melalui proses wawancara, observasi perilaku dan komentar-komentar yang muncul dari klien. Hingga informasi yang diperoleh dari pihak lain. Seorang klinisi perlu memiliki impresi terhadap kliennya guna membangun interpretasi. Biasanya ada beberapa sampel amatan yang bisa dijadikan pedoman yaitu mengenai: kesan pada kedatangan awal klien dan sampel perilaku yang digali.

Kedatangan Awal Klien

Saat pertama kedatangan klien. Apa yang terpikir oleh kita/ karakteristik apa yang tertangkap? Bagaimana penghayatan kita terhadap klien. Apakah kita bisa mengenali caranya berbicara, penampilan, cara menjabat tangan, cara memberikan respon. Kesan apa yang dirasa paling penting?

Sampel Perilaku

Pemeriksaan klinis membutuhkan adanya sampel-sampel perilaku yang dapat menggambarkan kondisi individu secara utuh. Sampel-sampel perilaku dapat diperoleh dengan melakukan *asesment* (pemeriksaan) baik melalui interview, observasi, pemeriksaan psikologis maupun pemeriksaan laboratorium.

Sampel-sampel yang diperoleh memberikan gambaran tentang cara klien dalam merespon, mempertahankan diri hingga fungsi yang dimiliki. Melalui unit-unit informasi yang diperoleh baik menyangkut cara berpikir, respon emosi, perilaku dan gerakan motorik akan dapat diintegrasikan guna mendapatkan pemahaman individu seutuhnya.

Pendekatan mikrokosmik akan memberikan pemahaman mengenai fungsi terutama dalam hal konflik dan *coping* yang dilakukan serta gambaran tentang kelebihan dan kelemahan individu.

4.2 ELEMEN-ELEMEN DIAGNOSIS

Formulasi diagnosis membentuk integrasi yang kompleks bersifat tematik dan memiliki elemen-elemen struktural. Karakteristik kepribadian individu memberikan pengaruh besar terhadap diagnosis yang diberikan. Sebab bagaimanapun kronik atau akutnya gangguan yang dialami akan sangat dipengaruhi oleh usur internal yang dimiliki. Ada bentuk gangguan yang bersifat mendalam bahkan mengindikasikan adanya unsur patologis, sebaliknya, diagnosis yang diberikan mungkin hanya menggambarkan bentuk-bentuk gangguan yang bersifat *superficial*.

Untuk memberikan gambaran fenomena unsur diagnostik meliputi:

1. Unsur potensial dalam diri individu (*Potential for shift*) yang menstimulasi munculnya gangguan dalam diri individu
2. Kaitan antara masalah yang dihadapi saat ini dengan keseluruhan karakteristik kepribadian
3. Masalah yang dihadapi sekarang sebagai *onset* yang menunjukkan gangguan akut atau kronis
4. Adanya berbagai variasi patologis yang berhubungan satu sama lainnya
5. Pengaruh diagnostik yang diberikan dengan pertumbuhan dan perkembangan individu serta formulasi prognosis yang mungkin diberikan.

4.3 DIAGNOSIS SEBAGAI IRISAN FENOMENA

Perlu mendapat catatan bahwa formulasi diagnosis menggambarkan satu titik dalam perjalanan kehidupan individu. Oleh karenanya, diagnosis hanya merepresentasikan kecenderungan dalam batas waktu yang spesifik. Rangkaian waktu dalam diagnosis menjelaskan tentang awal terjadinya gangguan, munculnya gejala-gejala yang mendukung, proses berkurangnya gejala, bila ditemukan demikian.

Hubungan Antara Diagnosis dan Masalah Saat Ini

Diagnosis akan berkait dengan permasalahan yang dihadapi individu saat ini. Simtom-simtom yang muncul akan berhubungan dengan jenis gangguan yang dialami. Juga mengungkapkan kesulitan-kesulitan yang dialami individu berkait dengan hubungan sosial atau hubungan dengan orang lain. Kapasitas untuk berkembang pada saat seseorang merasa terganggu akan mempengaruhi prognosis dan intervensi (terapi) yang akan dipilih.

Sebagai contoh, diagnosis untuk kasus hiperaktif akan memiliki keterkaitan antara simtom-simtom yang muncul, konsistensi gejala dan konteks yang meliputi durasi dan berkait pula dengan seberapa besar gangguan mempengaruhi fungsi sehari-hari. Dengan kata lain diagnosis akan sangat berhubungan dengan gejala-gejala yang muncul saat ini dan prognosis serta diagnosis akan berhubungan dengan seberapa parah gangguan kepribadian yang muncul.

Bila disimak berdasar penyebabnya, salah satu kemungkinan hiperaktif terjadi karena adanya trauma organis seperti halnya kerusakan fungsi otak. Akibatnya ada kemungkinan timbul hambatan berkait dengan gangguan konsentrasi, dsb. Sebagai pembanding, gangguan konsentrasi tidak hanya disebabkan karena trauma fisiologis semata, bisa juga disebabkan masalah yang timbul karena masalah keluarga atau bentuk respon-respon neurotik.

Keterkaitan antara bentuk gangguan, overt simtom dalam konteks pengalaman perilaku akan memberi gambaran mengenai potensi individu untuk berubah, intervensi yang mungkin diberikan, edukasi khusus yang diperlukan.

4.4 PATOLOGI AKUT VERSUS KRONIS

Elemen lain yang memberikan kontribusi terhadap formulasi hipotesis adalah lamanya gangguan berlangsung. Untuk gangguan yang terjadi pada waktu pendek akan berbeda dengan gangguan yang terjadi pada jangka panjang. Gangguan yang bersifat akut akan memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan gangguan yang bersifat kronis karena menunjukkan adanya masalah serius sehingga kemungkinan perubahan akan lebih sulit.

Sebagai contoh gejala depresi yang berlangsung lama dan bersifat endogenus akan memiliki prognosis yang lebih buruk apalagi bila disertai dengan ide bunuh diri. Diagnosis mengenai gangguan yang bersifat superficial akan memiliki implikasi yang berbeda-beda dengan diagnosis gangguan yang bersifat mendalam dan kronik. Lain halnya depresi yang bersifat reaktif. Dengan kata lain, onset yang bersifat akut akan memiliki kemungkinan pulih lebih besar dibanding dengan gangguan kronis. Namun demikian reaksi yang akut bisa pula menjadi kronis.

4.5 LEVEL DIAGNOSIS

Tingkatan diagnosis akan ditentukan berdasarkan berat atau ringannya gangguan yang dialami. Dalam DSM-IV karakteristik gangguan mengacu pada 5 aksis. Aksis I hingga IV merupakan penggolongan jenis gangguan. Sedangkan aksis V memberikan gambaran tentang fungsi individu dalam kehidupan sehari-hari. Ringan atau parahnya tingkat gangguan yang dialami digambarkan dengan skala. Bermula dari skala 0 (paling berat) hingga skala 100 (paling ringan). Diagnosis yang ada pada aksis I merupakan jenis gangguan terberat dan aksis IV yang teringan.

4.6 INTEGRASI TINGKATAN DIAGNOSTIK

Diagnosis akan berhubungan dengan karakter individu. Karakter individu ini bersifat relative stabil dan akan terekspresikan dalam perilaku. Karakter perilaku bersifat spesifik. Hal ini akan tercermin dalam diagnosis yang diberikan. Sebagai contoh: pemberian diagnosis phobia, bila disertai informasi adanya tendensi kepribadian neurotik dari hasil pemeriksaan akan memberikan informasi tertentu. Diagnosis ini akan memberikan arti berbeda pada kasus phobia dengan tendensi obsesi kompulsi. Bisa dikatakan bahwa diagnosis yang diberikan untuk individu satu dan lainnya meskipun jenis gangguannya serupa namun selalu akan ada spesifikasi yang membedakannya. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan perlu disampaikan gambaran tentang proses gangguan, apakah bersifat kronis ataukah akut, incipient atau emerging, menunjukkan gejala berkurang atau bersifat residual.

Pemahaman akan struktur karakter tidak bersifat *Intact* (seketika). Adanya karakter yang spesifik ini perlu disampaikan dalam penulisan diagnostic.

4.7 KELUHAN DAN DIAGNOSIS

Evaluasi dalam menegakkan diagnosis selalu berkaitan antara keluhan yang dikemukakan dengan kondisi yang ada disekitar individu. Adalah merupakan suatu hal yang logis bila kondisi yang dialami individu saat ini akan sangat berkaitan dengan gangguan yang dialami. Sebagai contoh pemahaman akan kondisi emosi yang berkembang pada beberapa waktu terakhir, misalnya nuansa emosi yang cenderung negative (murung, sedih), menarik diri menggambarkan indikasi tendensi depresi

Kombinasi antara kondisi yang dialami individu dan karakteristik yang dimiliki akan banyak memberikan pemahaman yang lebih kaya. Kondisi yang dialami individu merupakan refleksi respon individu akan situasi yang dialami. Respon yang diberikan tidak akan terlepas karakteristik internal yang dimilikinya. Sebagai contoh: pada penderita kecanduan alkohol, untuk dapat memahami kondisi yang dialami secara menyeluruh diperlukan jawaban tentang pertanyaan mengapa ia menggunakan alkohol sebagai pemenuhan kebutuhannya. Bila disimak dari karakteristik psikologisnya ada kemungkinan bahwa kecanduannya terhadap alkohol merupakan manifestasi dari kebutuhan untuk merasa nyaman. Ketidak nyamanan ini ada kaitannya dengan karakteristik individu yang selalu membutuhkan peneguhan atau dukungan dari orang lain. Kala hal itu tidak dijumpainya dan ia berada pada situasi yang menekan serta tak tertahankan, maka ia melarikan diri pada alam yang bisa dianggap menerima dirinya, yaitu alkohol.

4.8 KEPERIBADIAN & DIAGNOSTIK

Perilaku individu tidak akan lepas dari interaksi antara unsur kepribadian dan lingkungan. Psikodiagnostik meliputi pula kegiatan untuk membuat gambaran kepribadian seseorang memahami kepribadian seseorang perlu memperhatikan unsur *Idiographic* dan *Nomothetic*. Yang pertama adalah prinsip tentang individualitas dan yang kedua membahas tentang prinsip-prinsip yang bersifat universal. Pemahaman akan hal ini perlu karena menurut Sundberg, Milani, & Panington (1977) ada berbagai

prinsip yang perlu diperhatikan dalam menganalisis kepribadian, yaitu :

1. Prinsip Universalitas
2. Group specific
3. Idiosyncracies



Bagan diatas memberikan perlunya mengenali ditemukannya tiga hal dalam diri dan perilaku individu secara spesifik, yaitu kemungkinan perilaku yang disebabkan oleh unsur universalitas, karakteristik kelompok dan hal - hal yang bersifat pribadi.

4.9 PROSES DALAM PSIKODIAGNOSTIK

Ada dua proses utama dalam diagnosis, yaitu disebut proses formal dan informal. Proses informal adalah kegiatan praktis dalam kehidupan sehari-hari bila kita ingin menilai orang lain.



Interview Psikologi

Kesalahan-kesalahan yang bersumber dari penilaian: *desas-desus*, *halo effect*, *stereotype* adalah penilaian yang dipengaruhi oleh suatu pandangan, *leniency effect* (efek sikap lunak), faktor suasana terapi (*mood*) memberikan pengaruh besar dalam impresi pertama, proyeksi, konsep diri, mekanisme pertahanan diri, sikap terlalu toleran, dsb yang juga dapat berpengaruh dalam bentuk kesan pertama seseorang. Kesalahan juga bisa bersumber pada orang yang diperiksa, misalnya berkait dengan adanya tendensi orang yang pandai memainkan perannya dalam situasi yang berbeda, kecenderungan untuk memberi kesan sebaliknya terutama sebagai mekanisme pertahanan diri agar kondisi yang sesungguhnya tidak diketahui orang lain, sikap berpura-pura merupakan upaya yang dilakukan untuk membantu diri sendiri.

Proses formal meliputi kegiatan yang sistematis dan terarah dalam proses asesment dengan situasi terkendali untuk mendapatkan data yang akurat dan objektif. Dalam hal ini ada dua bentuk pendekatan yang bisa dilakukan, yaitu pendekatan klinis dan pendekatan objektif. Metode klinis lebih mengandalkan kontak langsung dengan klien. Metode bantu yang digunakan diantaranya adalah wawancara, observasi, dan analisis dokumen pribadi. Pada pendekatan objektif, metode yang digunakan lebih bersifat kuantitatif, dalam arti bahwa individu dihadapkan dengan parameter-parameter yang disusun berdasarkan norma kelompok.



WAWANCARA KLINIS

Wawancara merupakan metode pemeriksaan yang paling banyak digunakan dalam bidang klinis. Dalam pemeriksaan klinis, tidak hanya berfungsi menggali informasi namun juga membina hubungan. Klinisi perlu menumbuhkan suasana yang akrab, menyampaikan keprihatinan, empati, rasa hormat dan upaya untuk menciptakan situasi yang penuh dengan kepercayaan.

Proses wawancara itu sendiri akan penuh dengan tantangan karena karakteristik klien yang dihadapi akan beragam. Mulai klien yang memiliki tendensi ingin bunuh diri, agresif, kasus *schizophrenia*, dsb. Masing-masing kasus akan memiliki tingkat kesulitan yang berbeda satu sama lainnya.

6.1 RIWAYAT PSIKIATRIK

Merupakan catatan kehidupan untuk mengetahui karakteristik klien, termasuk didalamnya gambaran tentang siapa klien, apa yang dialami, gangguan yang dirasakannya saat ini, dsb. Informasi yang penting untuk diperoleh adalah mengenai perjalanan gangguan yang dialami. Kapan pertama kali gangguan dialami, berapa kali hal itu terjadi, saat ini merupakan gangguan yang ke berapa, apa yang telah dilakukan dalam upaya penanganan, jenis gangguan yang pernah dialami. Riwayat gangguan diperoleh berdasarkan narasi dan ungkapan klien sendiri. Menyangkut penghayatannya akan gangguan yang dialaminya.

Data penunjang diperoleh dengan menggali informasi berdasarkan data yang diperoleh dari *significant person* atau data penunjang lainnya.

6.2 DATA IDENTIFIKASI

Memberikan gambaran mengenai aspek demografis, meliputi: nama klien, usia, status perkawinan, jenis kelamin, pekerjaan, latar belakang etnis dan informasi-informasi lain yang kemungkinan menunjang diagnosis dan prognosis yang dibuat.

6.3 KELUHAN UTAMA

Merupakan ungkapan kata-kata klien sendiri, menyatakan mengapa ia datang, bersama dengan siapa, keperluannya dan apa yang dirasakannya. Ungkapan klien bagaimanapun kacaunya tetap merupakan data yang relevan untuk diperhatikan. Bahkan ketika klien tidak mampu mengungkapkan dengan kata-kata, gambaran kondisinya saat itu perlu mendapat perhatian tersendiri.

6.4 RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Perjalanan penyakit yang dialami individu akan memberikan informasi yang ada kuat untuk menyusun diagnosis. Gambaran kronologis diperlukan untuk memberikan pemahaman mengapa situasi saat ini terjadi. Beberapa informasi yang diperlukan berkaitan dengan:

- a. kepribadian klien sebelum gangguan terjadi
- b. onset episode terakhir
- c. peristiwa pencetus pada gangguan sebelumnya dan apakah ada kaitannya dengan gangguan saat ini
- d. peristiwa pencetus (*precipitating event*) gangguan yang timbul saat ini
- e. gejala psikofisologik yang muncul (lokasi, intensitas, dan fluktuasinya)
- f. apakah ada kecemasan yang muncul (bersifat spesifik atau muncul pada segala situasi, bagaimana klien menangani kecemasan tersebut).
- g. bentuk perubahan perilaku

Tidak semua klien dapat menceritakan berbagai informasi yang diperlukan. Pada klien yang mengalami waham dan disorganisasi dalam berfikir, kurang bisa menyampaikan informasi secara kronologis. Pada

situasi seperti ini diperlukan informasi pendukung dari orang lain seperti keluarga, teman atau referensi dari catatan medis sebelumnya.

6.5 RIWAYAT PENYAKIT SEBELUMNYA

Anamnesis memberikan informasi mengenai perjalanan riwayat gangguan saat ini dan perjalanan terjadinya gangguan. Riwayat penyakit sebelumnya akan memberikan dukungan untuk menggali fungsi fisik atau psikis yang rentan terhadap gangguan. Beberapa informasi diperlukan untuk mendukung hal ini, yaitu berkaitan dengan :

1. Beratnya inkapasitas
2. Penanganan yang pernah diperoleh
3. Pengobatan yang diterima
4. Riwayat perkembangan
 - Periode perinatal dan prenatal
 - Masa anak - anak
 - Masa pubertas
 - Masa remaja
 - Masa dewasa

6.5.1 Riwayat Penyakit Keluarga

Informasi yang sama perlu digali melalui riwayat gangguan yang pernah dialami oleh keluarga.

6.5.2 Riwayat Penyakit Medis Masa Lalu

Riwayat medis klien harus mendapat perhatian yang khusus. Efek penyakit medis dan obat-obatan mempengaruhi alam perasaan, pemikiran dan perilaku klien. Perlu pula dispesifikasi adanya kemungkinan trauma dikepala.

6.6 PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Status mental adalah irisan melintang dari kehidupan psikologik klien dan mencerminkan keseluruhan dari observasi dan kesan yang diperoleh profesional pada saat itu. Informasi ini dibutuhkan untuk menelusuri progresi klien. Status mental klien dapat berubah dari waktu ke waktu.

6.6.1 Penampilan

Perhatikan penampilan, cara berjalan, pakaian, kerapian, postur, gerakan tubuh, ekspresi wajah. Apakah klien tampak lebih tua atau lebih muda dari usianya.

Kesan fisik yang tertangkap, berhubungan dengan informasi tentang :

- Postur
- Sikap terhadap pemeriksa
- Cara berdandan
- Cara berpakaian
- Postur tubuh



Penting untuk melihat bagaimana seseorang menampilkan dirinya

Gambaran tentang penampilan dapat memberikan informasi yang spesifik. Pada jenis gangguan tertentu ditemukan gambaran yang bersifat spesifik, misalnya adanya kecenderungan penampilan yang tidak rapi atau acak - acakan pada kasus gangguan *mental organic*, pupil sebesar jarum pada kasus kecanduan narkotik, postur menyendiri dan menunduk pada depresi.

6.6.2 Sikap selama wawancara

Bagaimana klien berhubungan dengan pemeriksaan. Hal ini meliputi kemampuan klien untuk melakukan kontak mata, bekerja sama dan memberikan respon terhadap pertanyaan.

Perhatikan adanya kecenderungan irritable, agresif, menyendiri, menutup diri, defensive, indifferent, apatis, kooperatif, sarkatik

Gejala yang sering muncul pada paranoia adalah tendensi rasa curiga, menyendiri pada kasus hysteria dan apatis pada OMD.

6.6.3 Mood dan afek

Mood.

Menggambarkan suasana hati yang mewarnai persepsi terhadap dunia luar. *Mood relative* menetap memberi warna pada suasana hati klien. Mengenai mood perlu diketahui: tingkat kedalaman, intensitas, lama dan fluktuasinya.

*Istilah-istilah yang digunakan untuk menggambarkan mood:
Depresi, kecewa, mudah marah, cemas, marah, meluap-luap, euforik, koson, bersalah, terpesona, sia-sia, merendahkan diri sendiri, ketakutan, bingung.*

Biasanya tendensi relasi ditemukan pada kasus Mania dan ide bunuh diri pada 25% kasus depresi.

Afek.

Bentuk respon emosional yang nampak. Tonus perasaan yang berkait dengan ide. Afek bisa sejalan dan bisa pula tidak sejalan dengan *mood*.

*Istilah-istilah yang menggambarkan afek adalah:
Rentang normal: ada variasi ekspresi wajah, irama suara, penggunaan tangan, pergerakan tubuh.
Afek terbatas: terdapat penurunan jelas di dalam rentang dan intensitas ekspresi.
Afek tumpul: ekspresi emosional menurun jauh, tidak nampak ekspresi afektif, suara klien monoton, wajah harus immobile.*

Perubahan afek biasanya terjadi pada kasus skizofrenia, hilangnya prosodi pada OMD dan katatonian.

6.6.4 Kesesuaian

Respon klien dan stimulasi yang diberikan kepadanya memiliki keterkaitan satu sama lainnya. Respon marah, pada kondisi dimana klien merasa dipermainkan bisa dikategorikan memiliki kesesuaian perasaan.

Namun bila ia berbicara tentang pengalamannya saat dimarahi orang tua sambil tertawa-tawa menggambarkan respon emosi yang kurang sesuai. Ketidaksesuaian emosi dijumpai pada klien yang mengalami gangguan afeksi atau hambatan dengan realita.

6.6.5 Bicara

Menggambarkan karakteristik fisik bicara. Menyangkut kuantitasnya, kecepatan produksi dan kualitasnya.

Respon bicara dapat digambarkan: senang bicara, suka mengomel, fasih, pendiam, tidak spontan, berespon normal.
Kecepatan berbicara digambarkan: cepat, normal, lambat
Gaya penyampaian: tertekan, ragu-ragu, emosional, dramatic, monoton, keras, berbisik, bersambungan, terputus-putus.
Gangguan bicara: gagap, irama yang tidak biasanya (dysprosody), adanya penekanan-penekanan.

Klien manik biasanya memiliki tendensi bicara dengan tekanan, sebaliknya pada depresi individu sangat jarang bicara, bicara yang tidak merata atau cadel pada OMD.

Hal-hal yang diungkap melalui gaya bicara klien biasanya meliputi dua hal, yaitu: Kecepatan (lamban, cepat, ditekan, yang terakhir biasanya mengacu pada cara bicara yang tidak dapat diputus dan biasanya epat).

Irama (polra bicara yang mulus, jeda yang tak biasa dalam berbicara)

6.6.6 Gangguan Persepsi

Kemungkinan gangguan persepsi yang dialami adalah: halusinasi dan atau ilusi. Keduanya bisa berkaitan dengan diri sendiri atau lingkungan. Sistem sensoris yang terlibat adalah: auditoris, visual, olfaktorius atau taktil.

Halusinasi visual menunjukkan organisitas. Halusinasi auditorik menunjukkan skizofrenia. Halusinasi Taktil dijumpai pada kasus OMD, Kokain, delirium dan tremens.

6.6.7 Pikiran

Dibagi menjadi dua yaitu : Proses dan Isi. Proses adalah cara seseorang menyatukan gagasan dan asosiasi.

Pada isi pikiran perhatikan adanya kecenderungan Delusi – Persekutorik (Paranoid), Grandiosa, tidak jujur, somatic, sensorik, sar – pikir, ideas of reference, ide tidak riil, fobia, obsesi, kompulsif, ambivalen, autisme, dereisme, bloking, preokupasi bunuh diri atau membunuh, konflik, ide nihilistic, hipokondriasis, depersonalisasi, derealisasi, flight of ideas, idee fixe, berpikiran magis, neologisme

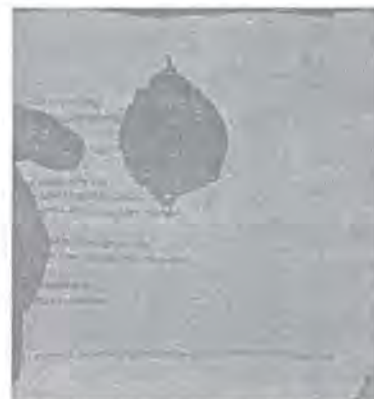
Delusi tidak sejalan mood menunjukkan skizofrenia. Ilusi terjadi sebelum delirium

Sedangkan pada proses pikiran perhatikan adanya tendensi Ide – kearah target, asosiasi longgar, tidak logis, tangensial, relevan, sirkumstansial, cara bicara yang tiada arah – ujung, kemampuan berabstrak, flight of ideas, asosiasi “ clang “ (bunyi, perserovasi)

Asosiasi longgar menunjukkan skizofrenia, flight of ideas pada mania, tidak mampu beranstraksi pada skizofrenia atau OMD

Secara umum ada beberapa hal yang diungkap melalui pikiran, yaitu:

- a. Kemiskinan isi pikiran
- b. Delusi (Waham kebesaran, religious, somatic, paranoid)
- c. Ide rujukan
- d. Pikiran obsessional
- e. Pikiran ruminatif
- f. Pikiran membunuh
- g. Pikiran bunuh diri (aktif atau pasif)



Sensorium

Aspek yang diungkap meliputi :

1. Tingkat kesadaran dan derajat kewaspadaan yang dimiliki
2. Orientasi (meliputi kemampuan klien mengenali tempat orang, waktu)
3. Perhatian. Menyangkut kemampuan klien untuk memusatkan perhatian dan pikiran pada waktu tertentu.

Uji yang bisa dilakukan berkaitan dengan perhatian adalah rentang digit, yaitu klien diminta untuk menyebutkan kembali rentang angka yang disebutkan oleh pewawancara dengan urutan yang mundur atau maju. Cara lain adalah dengan uji “ A “, yaitu klien diminta memberikan tanda

(misalnya : mengangkat tangan) pada saat pewawancara menyebutkan kata " A " selain cara - cara yang sudah dikemukakan perlu pula dilakukan uji berdasarkan serial 7 (dilihat dari fungsi intelek).

Perhatikan respon yang diberikan, awas, jernih, kebingungan, berkabut, stupor, orientasi waktu, tempat, individu, kognisi

OMD menunjukkan adanya **kesadaran** yang berkabut dan melancong. Orientasi individu akan bertahan utuh dan lebih lama dibanding orientasi waktu dan tempat.

6.6.8 Tindakan Motorik

Tingkat aktifitas gerakan individu akan tergambar pada tindakan motoric.

Perhatikan adakah kecenderungan sebagai berikut : agitasi, tic, tremor, automatisma, manerisme, tersenyum aneh, stereotipi, negativisme, apraksia, ekopraksia, fleksibilitas seperti lilin dsb

Postur yang aneh dan terpacu sering dijumpai pada kecenderungan skizofrenia. Hiperaktif dan penyalahgunaan stimulant

6.6.9 Intelek

Mengenai intelek ini ada beberapa yang perlu diungkap , yaitu meliputi

1. Pengetahuan Umum
2. Memori
3. Kalkulasi
4. Konstruksi
5. Abstraksi
6. Wawasan
7. Pertimbangan

Pengetahuan Umum dinilai berdasarkan pengetahuan klien tentang informasi - informasi baru, misalnya diminta menyebutkan nama presiden atau peristiwa - peristiwa actual yang baru saja terjadi.

Ingatan

Kemampuan individu untuk memasukkan dan memngeluarkan suatu informasi tertentu. Ingatan dapat dibedakan ingatan jangka pendek dan jangka lama

Ingatan jangka pendek	Ditanyakan pengetahuan klien tentang peristiwa baru, misalnya disebutkan tiga buah benda kemudian ditanyakan kembali
Ingatan jangka panjang	Informasi yang ditanyakan berkait dengan beberapa rentang waktu sebelumnya

Kalkulasi

Yang diungkap adalah kemampuan untuk bekerja dengan angka. Untuk bisa mengetahui kemampuan klien diberikan beberapa soal - soal penambahan atau pengurangan sederhana

Konstruksi.

Meliputi kemampuan klien untuk menangkap suatu bentuk, inti pemikiran yang dikemukakan kepadanya. Cara untuk menngetahui kemampuan klien dalam hal ini, dilakukan dengan cara meminta klien untuk menuliskan namanya, menjiplak benda, diminta untuk menggambar jam yang menunjukkan waktu tertentu, dsb

Abstraksi

Meliputi kemampuan klien dalam memahami konsep - konsep teoritis - verbal. Guna mengetahui kemampuan klien mengenal hal ini dilakukan dengan cara: menanyakan arti peribahasa, meminta klien untuk menyebutkan kemiripan beberapa bentuk benda, seperti halnya pisau - garpu, meja - kursi, dsb

Pertimbangan

Merupakan kemampuan klien untuk memperlihatkan kemampuan untuk menemukan suatu konsep dan melakukan penyelesaian berorientasi pada sasaran yang sesuai. Kepada klien diberikan suatu masalah untuk diselesaikan. Cara yang dilakukan dalam menyelesaikan masalah tersebut (yang dideteksi melalui jawaban klien) menggambarkan karakteristiknya dalam melihat suatu problem. Untuk bisa mengetahui kemampuannya

dalam hal ini dapat ditanyakan caranya menghadapi suatu kondisi tertentu. Sebagai contoh kepada klien ditanyakan apa yang akan dilakukannya bila ditengah perjalanan ia kehilangan koper/ tas yang berisi berbagai benda kebutuhannya

Wawasan.

Meliputi evaluasi pengetahuan klien tentang masalahnya. Apakah yang bersangkutan memiliki pengetahuan yang akan informasi dan berita terkini. Seberapa besar pengetahuannya akan berbagai hal yang berhubungan dengan topic yang dibahas.

-oo0oo-



DAFTAR PUSTAKA

- Alan J. Kent (2000). *A Psychologist's Proactive Guide to Managed Mental Health Care*. Contributors: Michel Hersen, editor. publisher: Lawrence Erlbraum Associates. Place of publication: Mahwah, NJ.
- American Psychiatric Association (2018). *What is Mental Illness?*. Diakses pada 10 November 2018 dari <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
- Arthur Freeman, Stephanie H. Felgoise, Denise D. Davis (2008). *Clinical Psychology. Integrating Science and Practice*. Brooklyn : John Wiley & Sons, Inc.
- Austad C. (1992). Managed Health Care and its Effect on the Practice of Psychotherapy: Pros and Cons. *Psychotherapy in Private Practice*, 11, 11-15.
- Austad C, & Berman W. (1991). Managed Care and the Evolution of Psychotherapy. In C. Austad, W. Berman (Eds.), *Psychotherapy in Managed Health Care: The Optimal Use of Time and Resources* (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barlow, D. H., (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.

- Belar C. (1989). Opportunities of Psychologist in Health Maintenance Organizations: Implication for Graduate Education and Training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 390-394.
- Broskowski A. (1991). Current Mental Health Care Environments: Why Managed Care Is Necessary, *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 1-9.
- Broskowski A. (1995). The Evolution of Health Care: Implication for Training and Careers of Psychologists". *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 156-162.
- Budman S. (1981). *Form of Brief Therapy*. New York: Guilford Press.
- Budman S, & Amstrong E. (1992). Training for Manange Care Setting: How to Make it Happen. *Psychoterapy*, 29, 416-421.
- Budman S, & Gurman A. (1988). *The Theory and Practice of Brief Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Bozarth, J. D. (2000, March). Non-directiveness in client-centered therapy: A vexed concept. Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, Baltimore, MD.
- Cacioppo JT, Berntson GG. 1999. The affect system: architecture and operating characteristics. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 8:133-37
- Clarke-Kudless, D. (1996). Bringing psychology to the table: Issues facing the American Psychological Association as psychology approaches the millennium: A conversation with Dorothy W. Cantor. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(3), 252-258.
- Clay R. (1998a, September). Mental Health Proffesions Vice for Position in the Next Decade. *APA Monitor*, 20-21.
- Clay R. (1998b, September). Psychologists, Sosial Workers and Psychiatrists: Too Many or Not Enough. *APA Monitor*, 20
- Cooper, M., Hooper, C., & Thompson, M. (2005). *Child and Adolescent Mental Health: Theory and Practice*. United Kingdom: Edward Arnold Ltd.
- Cowen EL. 1991. In Pursuit of Wellness. *Psychology*. 46:404-8

- Cullen, E. A., & Newman, R. (1997). In pursuit of prescription privileges. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 101-106.
- Cummings N, Pallak M, & Cummings J. (1996). *Surviving the Demise of Solo Ppractice*. Madison, CT: *Psychosocial Press*.
- DeLeon P, Bulatao E, & Vanden Bos G. (1991). Managed Mental Health Care: A History of the Federal Policy Initiative. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 22, 15-25.
- Diener E. 1984. Subjective well-being. *Psychology Bulletin*. 95:542-75
- Freudenheim M. (1994, April 12). "Business using therapy data lower costs". *New York Times*, p. C1.
- Giles T. (1991). Managed Mental Health Care and Effective Psychotherapy: A Step in the RightDirection?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22. 83-86.
- Dunn, K. (2016). *Understanding mental health problems: Mind programme (National Association for Mental Health)*. London: Mind
- Hayamizu, T. (1997) Between intrinsic and extrinsic motivation: Examination of reasons for academic study based on the theory of internalization. *Japanese Psychological Research*, 39, 98-108. doi:10.1111/1468-5884.00043
- Herrman, H., et al. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A Report of the WHO*. Geneva: World Health Organization.
- Hersch L. (1995). Adapting to Health Care Reform and Manged Care: Three Strategies for Survival and Growth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 16-26.
- Hoyt M.(1992). Discussion of the Effects of Managed Care on Mental Health Practice. *Psychoteherapy in Private Practice*, 11, 79-83.
- Karon B. (1995). Provision of Psychotherapy Under Managed Health Care: A Growing Crisis and National Nightmare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 5-9.

- Karl-Jurgen Bar (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and Psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry* 52(2):191-2 · April 2010.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378: 1515-1525.
- Maramis, W. F (2005). *Catatan Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mary Jane England and Leslie J. Sim. (2009). *Associations Between Depression in Parents and Parenting, Child Health, and Child Psychological Functioning*. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; Editors:.
- Melnick, G., DeLeon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506.
- Moncef Berhouma (2013). Beyond the Pineal Gland Assumption: A Neuroanatomical Appraisal of Dualism in Descartes' Philosophy. *Clinical Neurological*. Sep;115(9):1661-70. doi: 10.1016/j.clineuro.2013.02.023. Epub 2013 Apr 3.
- Nolen, Hoeksema, Fredrikson, B. L., Loftus, G.R., and Wagenaar, W.A. (2009). *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, 15th edition*. United Kingdom: Cengage Learning EMEA.
- Remschmidt, H., et al. (2007). *The Mental Health of Children and Adolescents: An Area of Global Neglect*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- O'Reilly, M & Lester, J.N. (2015). *The Palgrave Handbook of Child Mental Health*. UK: Pgrave Macmillan.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogler, L. H. (1999). Methodological sources of cultural insensitivity in mental health research. *American Psychologist*, 54, 424-433.
- Santrock, J.W. (2011). *Child Development 13th Edition*. New York: McGraw Hill.

- Santrock, J.W. (2014). *Adolescence 15th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Schoon, Ingrid. (2006). *Risk and Resilience: Adaptations in Changing Times*. London: Cambridge University Press.
- Snmiberg, ML. Milani, I. & Panington, SW (1977). The use of sign language with hearing. non-vocal mentally impaired persons. Paper presented al the 85th *Annual Meeting of the American Psychological Association*, San Francisco. CA.
- Suh, E.M.; Diener, E.; Oishi, S.; Triandis, H.C (2008). The Shifting Basis of Life Satisfaction Judgments across Cultures: Emotions versus Norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, Vol. 74, 482 -493
- Teo, A., Carlson, E., Mathieu, P. J., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1996). A prospective longitudinal study of psychosocial predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 34, 285-306.
- Waterman AS. 1993. Two conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *J. Pers. Soc. Psychol.* 64:678-91
- Werner, E. E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Welsh, M., Parke, R. D., Widaman, K., & O'Neil, R. (2001). Linkages between children's social and academic competence: A longitudinal analysis. *Journal of School Psychology*, 39, 463-482.
- Werner, E. E. (2005). What can we learn about resilience from largescale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resiliencein children* (pp. 91 - 106). New York: Kluwer Academic Publishers
- WHO. (2001). *Basic documents, 43rd Edition*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001c). *Atlas: mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence

- WHO (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
- WHO (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006
- WHO (2011). Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark. 4 Foresight Mental Capital and Wellbeing project (2008). Final Project report – Executive summary. The Government Office for Science, London
- Wood, J. J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 345-349.
- Zane, N., Nagayama Hall, G. C., Sue, S., Young, K., & Nunez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 767-804). New York: Wiley.

PSIKOLOGI KLINIS

Psikologi klinis merupakan bidang ilmu yang berkembang dari masa ke masa. Kajian dalam Psikologi Klinis membahas mengenai sakit dan sehat yang dialami pada level individu, kelompok ataupun komunitas. Pembahasan pada psikologi klinis berhubungan dengan upaya identifikasi dan penanganan berbagai kondisi yang berhubungan dengan sehat dan sakit. Pemahaman mengenai sehat dan sakit mengalami perubahan seiring dengan perubahan jaman. Era digital dengan maraknya media sosial juga turut memberikan peran pemahaman tentang sehat dan sakit. Buku ini membahas mengenai pengertian sehat dan sakit dalam tataran psikologis, indikasi dan bentuk penanganan yang mungkin dilakukan. Upaya untuk memahami mengapa mengalami sakit dan bagaimana kesehatan mental dipertahankan perlu dipahami secara utuh.



Dr. Elly Yuliandari Gunatiri, S.Psi., M.Psi., Psikolog. Lahir di Surabaya, pada tanggal 15 Juli 1968, sebagai anak pertama dari enam bersaudara. Menyelesaikan studi S1 di bidang psikologi Universitas Gadjah Mada dengan penelitian, kemudian melanjutkan study Magister di universitas yang sama dengan penelitian mengenai "Penilaian non verbal pasangan yang memiliki kesesuaian relasi" pada tahun 1996 hingga mendapat gelar Doktor (S3) Psikologi di Universitas Gadjah mada dengan penelitian "Model Penjelasan Variabel – variabel Sumber Daya Personal Bawahannya Sebagai Prediktor Kualitas Relasi Timbal Balik Atasan Bawahannya (LMX)" pada tahun 2012. Aktif sebagai peneliti baik secara mandiri maupun melalui pendanaan berbagai asosiasi dan lembaga seperti penelitian tentang "Model of Emotional Appraisal of Dyadic Emotional Exchange between Mother-Child" oleh Asian Association of Social Psychology pada tahun 2015, juga aktif pada kegiatan masyarakat khususnya mengenai perlindungan anak oleh PPT Jatim sejak 2012. Aktivitas lain menjadi dosen di fakultas Psikologi Universitas Surabaya sejak tahun 1998, dan menjadi Kepala lab Psikologi Klinis sejak 2013. Sangat aktif pada beberapa konferensi dan seminar di Indonesia khususnya Jawa Timur seperti menjadi narasumber pada "Bantuan Rehabilitasi Psikologis pada Korban Kekerasan/Penyiksaan" yang diselenggarakan oleh Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban pada tahun 2016. Penghargaan yang pernah diterima adalah dari UNICEF, AAF dan DFAT dalam bentuk kesempatan studi, riset dan dukungan program kegiatan.

