

**MODUL PEMBELAJARAN
MATA KULIAH: PSIKOLOGI KLINIS**



DISUSUN OLEH:

NUR AFIAH, S.Psi., M.A

**DIREKTORAT PENDIDIKAN TINGGI KEAGAMAAN ISLAM
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN ISLAM
KEMENTERIAN AGAMA RI
TAHUN 2022**

PRAKATA

Puji syukur atas rahmat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memperkenankan modul ini dituliskan untuk membantu para mahasiswa matakuliah Psikologi Klinis yang berlangsung di semester IV pada penyelenggaraan proses pendidikan di Program Studi Bimbingan Konseling Islam, Fakultas Ushuluddin, Adab, dan Dakwah IAIN Parepare.

Modul ini disusun dengan mengacu pada satuan ajar perkuliahan, sesuai dengan susunan pertemuan setiap minggu. Secara keseluruhan, terdapat 12 materi yang diberikan. Materi disusun berdasarkan bobot yang berimbang antara penguasaan teori dan juga praktik psikologi klinis dalam hal ini praktik penelitian dalam bidang psikologi klinis.

Sebelum ujian tengah semester (UTS), peserta perkuliahan akan belajar perihal etika, teori dasar, assessment, dan pendekatan penelitian dalam bidang Psikologi Klinis. Setelah UTS, peserta didik diajak untuk mengulas terkait dengan bidang-bidang terapan dimana Ilmu Psikologi Klinis banyak digunakan.

Parepare, Januari 2022

Penyusun

Nur Afiah, S.Psi., M.A

DAFTAR ISI

PRAKATA	2
DAFTAR ISI	3
PENDAHULUAN	5
PENGANTAR PSIKOLOGI KLINIS	9
A. Definisi psikologi klinis.....	9
B. Seting klien dan aktivitas profesional.....	10
C. Sejarah	10
D. Perspektif utama psikologi klinis	12
E. Latihan soal mandiri	13
F. Daftar istilah yang penting	14
DESAIN, KEPUTUSAN, DAN ETIKA DALAM PSIKOLOGI KLINIS	15
A. Desain	15
B. Keputusan intervensi	15
C. Tujuan intervensi, rencana, dan kontrak.....	17
D. Latihan soal mandiri	18
E. Daftar istilah yang penting	18
ASESMEN DALAM PSIKOLOGI KLINIS	19
A. Asesmen.....	19
B. Wawancara Klinis.....	19
C. Menggunakan informasi asesmen	20
D. Kesimpulan.....	21
E. Latihan soal mandiri	21
F. Daftar istilah yang penting	21
PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS	22
A. Prinsip dasar penelitian.....	22
B. Penelitian evaluasi program.....	24
D. Latihan soal mandiri	25
E. Daftar istilah yang penting	25
PENDEKATAN TERAPI PSIKODINAMIKA DAN KOGNITIF BEHAVIORAL DALAM INTERVENSI KLINIS.....	26
A. Intervensi dan psikoterapi.....	26
B. Psikodinamika	27
C. Terapi behavioral dan kognitif behavioral.....	31
D. Kesimpulan.....	35
E. Latihan soal mandiri	36
F. Daftar istilah yang penting	36
INTERVENSI TERAPI HUMANISTIK DAN PENDEKATAN LAIN DALAM PSIKOLOGI KLINIS	37
A. Pendekatan humanistik	37
B. Angkatan ketiga.....	37
C. Kesimpulan	40
D. Latihan soal mandiri	40
E. Daftar istilah yang penting	40
KLINIS ANAK.....	41
A. Isu dalam menangani anak	41
B. Gangguan permanen anak	41

C. Isu etik dan hukum	44
D. Kesimpulan.....	44
E. Daftar istilah yang penting	45

MENANGANI ORANG DEWASA DAN LANSIA	46
A. Psikoterapi individual	46
B. Kesehatan mental	46
C. Psikoterapi kelompok	48
D. Menangani lansia	50
E. Latihan soal mandiri	52
F. Daftar istilah yang penting	52
TERAPI KELUARGA DAN PASANGAN	53
A. Terapi keluarga	53
B. Terapi pasangan	55
D. Latihan soal mandiri	56
E. Daftar istilah yang penting	56
BIDANG TERAPAN PSIKOLOGI KLINIS	57
A. Psikologi kesehatan	57
B. Neuropsikologi	59
C. Psikofarmakologi	60
D. Psikologi forensik	61
E. Latihan soal mandiri	64
F. Daftar istilah yang penting	64
PROGRAM PREVENTIF	65
A. Sejarah	65
B. Psikologi komunitas	65
C. Pendekatan preventif dan isu terkait	66
D. Integrasi antara prevensi dan terapi	67
E. Kesimpulan	69
F. Latihan soal mandiri	70
MENANGANI SISTEM YANG LEBIH BESAR: ORGANISASI, KOMUNITAS, DAN ISU KEMASYARAKATAN 71	
A. Organisasi	71
B. Komunitas	73
C. Kesimpulan	75
D. Latihan soal mandiri	75
E. Daftar istilah yang penting	75
DAFTAR PUSTAKA	76

PENDAHULUAN

1. Manfaat Mata Kuliah

Mata kuliah ini diberikan pada mahasiswa untuk dapat mendapatkan gambaran mengenai apa itu psikologi klinis, sejarah, dan sejauh mana ruang lingkup dan perannya secara benar dan rasional.

2. Deskripsi Perkuliahan

Mata kuliah ini merupakan mata kuliah pengantar bidang psikologi klinis. Dalam mata kuliah ini, mahasiswa mendapatkan gambaran mengenai apa itu psikologi klinis, sejarah, dan sejauh mana ruang lingkup dan perannya. Akan dibahas juga mengenai konsep normal, abnormal, serta pendekatan yang digunakan dalam intervensi klinis. Beberapa pokok bahasan setelah ujian tengah semester akan memaparkan mengenai penerapan ilmu psikologi klinis dalam masyarakat, mulai dari klinis anak, psikologi komunitas, dunia kesehatan, hukum, dan juga neuro psikologi.

3. Tujuan Instruksional

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini (pada akhir semester), mahasiswa akan dapat menunjukkan konsep normal dan abnormal, serta menjelaskan tentang penerapan ilmu psikologi klinis dalam masyarakat agar dapat memberikan pelayanan psikologi pada umumnya dan memberikan pelayanan Psikologi pada khususnya secara optimal.

4. Organisasi Materi

Organisasi materi dapat dilihat pada jadwal perkuliahan.

5. Strategi Perkuliahan

Strategi instruksional yang digunakan pada mata kuliah ini terdiri dari:

- a. Urutan kegiatan instruksional berupa: pendahuluan (tujuan mata kuliah, cakupan materi pokok bahasan, dan relevansi), penyajian (uraian, contoh, diskusi, evaluasi), dan penutup (umpan balik, ringkasan materi, petunjuk tindak lanjut, pemberian tugas di rumah, gambaran singkat tentang materi berikutnya)
- b. Metode instruksional menggunakan: metode ceramah, demonstrasi, tanya-jawab, diskusi kasus, dan penugasan.
- c. Ceramah berupa penyampaian bahan ajar oleh dosen pengajar dan penekanan-penekanan pada hal-hal yang penting dan bermanfaat untuk diterapkan nantinya dalam praktek sebagai dokter umum.
- d. Demonstrasi berupa menunjukkan contoh-contoh video yang berkaitan dengan pokok bahasan.
- e. Tanya jawab dilakukan sepanjang tatap muka, dengan memberikan kesempatan mahasiswa untuk memberi pendapat atau pertanyaan tentang hal-hal yang tidak mereka mengerti atau bertentangan dengan apa yang mereka pahami sebelumnya.

- f. Diskusi kasus dilakukan dengan memberikan contoh kasus/kondisi pada akhir pokok bahasan, mengambil tema yang sedang aktual di masyarakat dan berkaitan dengan pokok bahasan tersebut, kemudian mengajak mahasiswa untuk memberikan pendapat atau menganalisis secara kritis kasus/kondisi tersebut sesuai dengan pengetahuan yang baru mereka dapatkan.
- g. Penugasan diberikan untuk membantu mahasiswa memahami bahan ajar, membuka wawasan, dan memberikan pendalaman materi. Penugasan bisa dalam bentuk menulis tulisan ilmiah, membuat review artikel ilmiah, ataupun membuat tulisan yang membahas kasus/kondisi yang berkaitan dengan pokok bahasan. Pada penugasan ini, terdapat komponen ketrampilan menulis ilmiah, berpikir kritis, penelusuran referensi ilmiah, dan ketrampilan berkomunikasi. Tugas menggunakan photo voice untuk mendapatkan informasi yang mendalam terkait komunitas remaja, dewasa, dan lansia terkait masalah yang sering mereka hadapi pada tahap perkembangan tertentu. Peserta kuliah psikologi klinis dibagi dalam tiga kelompok. Kelompok pertama adalah kelompok yang akan membahas tentang masalah yang sering dihadapi oleh komunitas remaja. Kelompok kedua adalah kelompok yang akan membahas tentang masalah yang sering dihadapi oleh komunitas dewasa. Kelompok ketiga adalah kelompok yang akan membahas tentang masalah yang sering dihadapi oleh komunitas lansia.
- h. Media instruksionalnya berupa: LCD projector, whiteboard, video untuk demonstrasi, artikel aktual di surat kabar/internet/majalah/jurnal ilmiah, buku diktat bahan ajar, handout, dan kontrak perkuliahan.
- i. Waktu: 50 menit SGD; 50 menit Pleno; 5 menit pada tahap pendahuluan, 40 menit pada tahap penyajian, dan 5 menit pada tahap penutup.
- j. Evaluasi: evaluasi formatif dilakukan selama proses pembelajaran berlangsung.

6. Materi/Bacaan Perkuliahan

Buku/bacaan pokok dalam perkuliahan ini adalah:

1. Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., Milich, R. 1998. Introduction to Clinical Psychology (5th Ed). New Jersey: Prentice Hall.
2. Phares, E. Jerry. 1992. Clinical Psychology Concept, Methods, and Profession (4th Ed). California: Brooks/Cole Publishing Company.
3. Wiramihardja, Sutardjo A. 2007. Pengantar Psikologi Klinis (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama.

7. Tugas

Dalam perkuliahan, diberikan beberapa tugas sebagai berikut:

- a. Materi perkuliahan sebagaimana disebutkan dalam jadwal perkuliahan harus sudah dibaca sebelum mengikuti tatap muka.
- b. Evaluasi mahasiswa dilakukan dengan UTS dan UAS dengan format soal pilihan ganda.
- c. Penugasan sesuai pokok bahasan, yang harus sudah diselesaikan sesuai tanggal yang ditentukan.

8. Kriteria Penilaian

Penilaian akan dilakukan oleh pengajar dengan menggunakan kriteria sebagai berikut:

Nilai dalam huruf	Rentang skor
A	80- keatas
B	65-79

C	55-64
D	40-54
E	kebawah -39

- a. Pembobotan nilai adalah sebagai berikut:
- | | |
|-------|-------|
| Tugas | : 20% |
| UTS | : 40% |
| UAS | : 40% |
- b. Prodi Psikologi tidak menolerir adanya kecurangan dalam ujian. Ujian baik UTS, UAS adalah instrumen untuk menguji kemampuan mahasiswa dalam memahami mata kuliah. Apabila mahasiswa menunjukkan gerak-gerik mencurigakan selama tes-tes tersebut, atau ditemukan mencontek/memberikan contekan, akan mendapatkan pengurangan nilai 25% dari nilai yang diperolehnya untuk tes tersebut, dan pengurangan ini akan disampaikan secara terbuka pada waktu pengumuman nilai. Apabila mahasiswa ditemukan membawa/membuat (walaupun tidak membuka) catatan selama tes-tes tersebut, baik berupa kertas, coretan di kursi, dan sebagainya, maka mahasiswa tersebut akan mendapat nilai 0 untuk tes tersebut.
- c. Presentasi ketentuan mendapatkan penilaian kehadiran sebagai berikut:
1. Setiap mahasiswa wajib hadir tepat waktu saat perkuliahan dimulai. Bagi yang terlambat melebihi 15 menit maka diperkenankan masuk tetapi tidak diperkenankan melakukan presensi.
 2. Bagi mahasiswa yang jumlah presensinya kurang dari 75% dari jumlah kehadiran kuliah (total ketidakhadiran sebanyak empat (4) kali), maka mahasiswa yang bersangkutan tidak diijinkan untuk mengikuti UAS dan nilai yang akan mahasiswa tersebut adalah F.

PENGANTAR PSIKOLOGI KLINIS

A. Definisi Psikologi Klinis?

Psikologi klinis adalah psikologi terapan yang berbeda dengan psikiatri. Psikologi klinis adalah ilmu yang menerapkan dan mengaplikasikan psikologi abnormal sebagai ilmu dasar, dimana psikologi abnormal merupakan studi lanjutan dari psikologi kepribadian.

Psikologi klinis punya beberapa cabang ilmu, antara lain psikologi klinis dewasa, psikologi klinis anak, psikologi klinis social (patologi social), psikologi klinis lanjut usia. Di Indonesia, berdasarkan program magister ataupun magister profesi yang ada di Indonesia antara lain psikologi klinis anak dan psikologi klinis dewasa. Psikologi klinis lanjut usia masuk dalam program psikologi klinis dewasa.

Definisi Psikologi Klinis

Definisi psikologi klinis menurut A.P.A divisi 12, ilmu yang mengintegrasikan ilmu pengetahuan, teori, dan praktek untuk memahami, memprediksi dan mengurangi maladjustment, disabilitas dan rasa tidak nyaman seperti meningkatkan adaptasi, penyesuaian manusia dan perkembangan pribadi manusia. Dengan fokus: Intelektual, emosional, biologis, psikologis, sosial, dan aspek perilaku dari fungsi manusia seumur hidupnya di berbagai macam budaya, dan di semua tingkat sosial-ekonomi.

Melihat definisi psikologi klinis diatas, dapat dikatakan Psikolog klinis:

1. Bekerja utk memahami mengapa org punya distress psikologis
2. Bekerja utk mencegah gangguan/distress psikologis
3. Bekerja utk mengurangi gangguan/distress psikologis
4. Promosi kesejahteraan psikologis
5. Promosi tentang perkembangan dan pertumbuhan

Ketika psikolog klinis praktek, pada kenyataannya mereka terkadang diminta untuk membantu teman sesame psikolog untuk menjadi konselor atau psikolog bagi teman sejawatnya, maka dari itu selain keahlian professional psikolog klinis harus punya keterampilan interpersonal juga.

Psikolog klinis berhak menerima klien sesuai keahlian yang dipelajari. Saat psikolog mendapatkan klien diluar kemampuan, maka yang harus mereka lakukan adalah merujuk ke teman sejawat.

Syarat untuk menjadi psikolog klinis yang profesional: psikolog klinis harus punya pokok

pengetahuan, sejumlah keahlian dan kemampuan, sikap etis

B. Setting, klien dan aktivitas profesional

- a. Setting kerja psikolog klinis:
 - i. Praktik swasta (mandiri)
 - ii. Rumah Sakit Umum
 - iii. Rumah Sakit Jiwa
 - iv. Klinik bersama (dalam satu klinik ada dokter, terapis atau psikolog lain yang praktek dalam 1 klinik)
 - v. Lembaga Masyarakat dan pengadilan
 - vi. Badan pemerintahan
 - vii. Sekolah atau Universitas
 - viii. Gereja
 - ix. Industri atau Organisasi
 - x. Militer
- b. Klien: segala tahap perkembangan, tingkat ekonomi dengan catatan sesuai skill
- c. Aktivitas: asesmen (tes, wawancara, observasi, psikoterapi) konseling, terapi perkawinan dan keluarga, merancang program penanganan atau pencegahan, penelitian, mengembangkan alat tes atau buat baru, administrasi, evaluasi program, di organisasi kesehatan mental

C. Sejarah

- a. Periode I
 - i. Psikologi sebagai ilmu pengetahuan di abad XIX
 - ii. Pendirian laboratorium pertama di Leipzig tahun 1879
 - iii. Pengukuran dan statistik karakteristik manusia oleh Francis Galton di Inggris.
 - iv. Sigmund Freud berpraktek di Wina dan menerbitkan “the interpretation of dreams”
 - v. Lightner Witmer menggunakan istilah “Psikologi Klinis” untuk pertama kalinya
 - vi. Awal abad ke-20 merupakan periode reformasi yang menggairahkan bagi ide, rencana, dan alat-alat baru dalam bidang psikologi.
 - vii. Antara tahun 1900–1920 banyak ditemukan alat pengukuran karakteristik baru, terutama tes intelegensi, misal: Tes Binet, Tes Army Alpha, dll
- b. Periode II (Waktu Konsolidasi)
 - i. Masa antara perang dunia menumbuhkan kemajuan dalam bidang psikologi dan perkembangan pada standar pelayanan.
 - ii. Pada masa praktek lebih fokus pada masalah anak dan pengembangan teori pada orang dewasa.
 - iii. Selama dan setelah perang dunia kedua, psikologi di Amerika sangat terlibat dalam pekerjaan di Rumah Sakit bersama personal dan veteran militer.
 - iv. Tahun 1930, kelompok psikolog terapan mendirikan layanan konseling di kampus.

- v. Para psikolog menemukan berbagai teknik asesmen (MMPI, TAT, dan SVIB)
- c. Periode III (Pertumbuhan Pesat)
 - i. Dua sampai tiga dekade setelah PD II, psikolog klinis menjadi profesi yang mandiri.

- ii. Sudah menetapkan standar, misalnya tahun 1952, APA menerbitkan DSM I (Diagnostic and statistic manual of mental disorder), di negara lain ICD (International classification of disorder).
 - iii. 1950–1960 Psikoterapi menjadi kegiatan yang penting dan lebih menarik ketimbang asesment.
 - iv. Perubahan dalam pola latihan, pendidikan, dan standar etik bagi psikologi klinis.
- d. Periode IV
- i. Muncul kebutuhan akan kesehatan mental orang Amerika dan menjadikannya sebagai masalah nasional, kemudian peluang meluas bagi psikolog klinis dan pekerja kesehatan mental lainnya.
 - ii. Sebagian psikolog berkomitmen pada isu penanganan yang tidak semata-mata individual, misal isu, kesehatan masyarakat dan pencegahan muncul bidang khusus Psikologi komunitas.
 - iii. Tahun 1970, psikologi klinis diakui perusahaan asuransi kesehatan sebagai penyedia layanan kesehatan independen.
 - iv. Perubahan dalam jalur dan gelar pendidikan psikologi klinis.
- e. Periode V (Perkembangan mutakhir & masa depan)
- i. Berkembang kajian lintas disiplin psikologi klinis dengan disiplin ilmu lain, seperti kedokteran.
 - ii. Teori dan riset terus berkembang pesat, antara lain neuroimaging, penelitian untuk memetakan karakteristik genetic manusia (human genetic project).
 - iii. Berbagai kemungkinan muncul antara lain penggunaan tes dan interpretasi tes dengan system komputerisasi, konsultasi psikologi di internet.

Atribut yang dibutuhkan untuk menjadi Psikolog Klinis

- f. Atribut Diri:
- i. Penggunaan pengetahuan dari penelitian untuk asesmen
 - ii. Empati
 - iii. Integritas, kestabilan emosi, dan kejujuran
- g. Pendidikan:
- i. S2 dan S3 Psikologi Klinis
 - ii. Pengalaman Klinis (pelatihan praktikum, magang klinis)
 - iii. Kompetensi (harus lulus ujian komprehensif)
 - iv. Lisensi sebutan Psikolog dan ijin praktik
- h. Persyaratan Etis:
- i. Pemahaman tentang Kode Etik
 - ii. Mematuhi kode etik serta undang-undang yang berlaku

Tenaga Kesehatan Mental Lain

- i. Counseling Psychologists/School Psychologists: fokus pada transisi normal (penyesuaian pendidikan, masalah sehari-hari)
- j. Social Workers: memberikan pelayanan/ meningkatkan kondisi sosial sampai memberikan terapi (LSM)
- k. Psychiatric Nurses: care and treat klien dengan gangguan jiwa (RSJ atau RS)

1. Marriage/Family Therapists: fokus pada gangguan psikologis yang berkaitan dengan pernikahan, keluarga dan pasangan

D. Perspektif Utama Psikologi Klinis

Dalam prakteknya saat menangani klien atau kasus, psikologi klinis menggunakan pendekatan biologis, psikologis dan social atau politik.

Contoh kasus:

1. Pada individu yang mengalami gangguan fisik atau psikologis. Sebut saja Kepo. Kepo didiagnosa menderita depresi karena ada cedera di kepalanya. Berdasarkan hasil konseling dengan psikolog, Kondisi Kepo yang depresi, akan lebih baik kalau ditangani oleh semua pihak. Yang pertama system dalam keluarga harus menyesuaikan. Semua anggota keluarga berperan aktif bagi kesembuhan Kepo. Istri berperan dalam rutinitas pemberian obat dan support emosional, anak-anak berperan dalam mengantarkan kepo control ke dokter dan terapi psikolog serta dalam memberikan support emosional.
2. Kepo yang depresi menjadikan kepo sering menangis dan merasa sedih. Hal ini menjadikan kepo tidak lagi produktif. Untuk itu, perusahaan ikut juga berperan dalam kesembuhan kepo. Kepo yang sekarang menjabat sebagai Kepala HRD, sebaiknya didampingi oleh pihak lain atau sementara digantikan oleh pihak lain, sehingga stress kerja dapat dihindari.
3. Di kampung, awalnya Kepo mencalonkan diri sebagai ketua lingkungan (kaling). Karena kepo didiagnosa depresi, maka Kepo sebaiknya mengundurkan diri sebagai kandidat kaling.
4. Kesimpulan: kepo minum antidepresan keluarga support pengobatan dan psikoterapi perusahaan kasih kelonggaran tanggung jawab selama kepo masih pengobatan selama pengobatan kepo hanya sebagai anggota

Stress, Coping, Social Support, dan Tahap Perkembangan

- a. Stres adalah tuntutan terhadap sistem yang menghasilkan ketegangan, kecemasan dan kebutuhan akan energi yang ekstra
- b. Coping adalah cara sistem mengatasi masalah-masalah dan usaha-usaha untuk mengatasi stres
- c. Sindrom adaptasi terhadap stres:
 - i. Alarm reaction (ada ancaman) melawan/menghindar
 - ii. Ancaman terlalu lama letih kerusakan fisiologis permanen meninggal
- d. Stres memengaruhi imunitas

- e. Stres positif (eustress): stres/tantangan yang membangun
- f. Mekanisme pertahanan ego: respon tidak sadar akan stress, sedangkan coping: sadar
- g. Macam coping: Emotional Focused Coping dan Problem Focused Coping

- h. Dukungan sosial memengaruhi imun tubuh (penelitian: Orang mudah kena selesma karena kurang dukungan social)
- i. Tahap perkembangan
 - i. Masalah yang sering dihadapi anak beda dengan remaja dan dewasa juga lansia
 - ii. Menentukan normal vs abnormal juga berdasar tahap perkembangan
 - iii. Masalah sekarang dipengaruhi tahap perkembangan sebelumnya (anak yang kurang kontrol emosi karena pada tahap anal tidak di support ortu)
 - iv. Treatmen juga sesuai tahap perkembangan

Tiga Teori Historis

Dalam praktek (menentukan pendekatan psikoterapi) ada 3 pendekatan teori yang dipakai

1. Psikodinamika (Freud)
 - Keinginan tak sadar
 - Pentingnya impuls seks
 - Fokus impuls tak sadar dan trauma masa kanak-kanak dan pertahanan ego
2. Behavioral-kognitif (Skinner-Ellis)
 - Fokus pada perilaku yang observable
 - Stimulus-respon
 - Keyakinan irasional memengaruhi perilaku abnormal
3. Humanistis (Rogers)
 - Setiap orang punya potensi untuk tumbuh secara psikologis ke taraf kehidupan yang lebih tinggi.

Kesimpulan

Definisi psikologi klinis menurut A.P.A divisi 12, ilmu yang mengintegrasikan ilmu pengetahuan,

teori, dan praktek untuk memahami, memprediksi dan mengurangi maladjustment, disabilitas

dan rasa tidak nyaman seperti meningkatkan adaptasi, penyesuaian manusia dan perkembangan

pribadi manusia.

Dalam prakteknya saat menangani klien atau kasus, psikologi klinis menggunakan pendekatan

biologis, psikologis dan sosial atau politik.

Tiga teori historis psikologi klinis Psikodinamika (Freud), Behavioral-kognitif (Skinner-Ellis), dan

Humanistis (Rogers).

E. Latihan soal mandiri (quiz)

- a. Sebutkan atribut yang diperlukan untuk menjadi psikolog klinis!

- b. Carilah contoh kasus yang dapat menjelaskan bahwa psikolog klinis bekerja pada perspektif biologis, psikologis, social atau politik!

F. Daftar istilah yang penting

Psikologi klinis: ilmu yang mengintegrasikan ilmu pengetahuan, teori, dan praktek untuk memahami, memprediksi dan mengurangi maladjustment, disabilitas dan rasa tidak nyaman seperti meningkatkan adaptasi, penyesuaian manusia dan perkembangan pribadi manusia.

DESAIN, KEPUTUSAN, DAN ETIKA DALAM PSIKOLOGI KLINIS

A. Desain

Secara harfiah berarti membuat, menciptakan, melahirkan. Dalam hal ini, Psikologi bukan hanya profesi, namun juga seni. Pernyataan ini mengandung arti bahwa sebagai seorang Psikolog, penguasaan teknik membutuhkan passion serta taste tertentu dalam memberikan layanan kepada klien.

Prinsip utama dalam pemberian bantuan dalam psikologi klinis adalah *primum non nocere*: menolong tanpa mencederai. Beberapa langkah penanganan di bawah ini tidak mengedepankan prinsip *primum non nocere*. Ataukah alasannya?

1. Memberikan obat penenang pada kasus kesulitan tidur.
2. Menenangkan pasien psikotik yang gaduh gelisah.
3. Memasukan pasien epilepsi ke bangsal gangguan jiwa.

Di Indonesia, beberapa langkah penanganan seringkali tidak mengenai prinsip *primum non nocere*.

Seperti kasus penanganan bom yang seringkali malah mencelaka diri sendiri atau warga.



Gb. 1. Contoh melalaikan prinsip *primum non nocere*. Kasus Bom Sarinah.

B. Keputusan Intervensi

Beberapa faktor yang memengaruhi dalam keputusan intervensi adalah:

1. Orientasi dasar intervensi:
 - a. Pertolongan alamiah.
 - b. Kuratif (medis)

- c. Belajar (behavioral- kognitif)
 - d. Perkembangan.
 - e. Ekologis.
2. Nilai penting dari penanganan pilihan.
 3. Efek samping yang mungkin timbul.
 4. Diagnosis – tantangan

klasifikasi. Klasifikasi Diagnostik

Awalnya dilakukan pada setelah perang dunia I. Pengaruh dari medical personnel dan juga psikiater.

Di awal penggunaannya, biasanya meliputi clinical assessment guna mendiagnosis mental disorders

pada pasien-pasien psikiatri. Proses tersebut terdiri dari klasifikasi diagnostik, psychodiagnosis,

diagnosis differential, atau diagnostic labeling.

Beberapa alasan yang mendorong berkembangnya klasifikasi diagnostik yang akurat, yakni:

1. Digunakan untuk memutuskan treatment yang tepat.
2. Mendorong penelitian tentang gangguan psikologis, reliabilitas dan validitas dari gejala, dan gejala-gejala yang mampu membedakan antar gangguan psikologis.
3. Klasifikasi memungkinkan bagi clinician untuk mengkomunikasikan gangguan psikologis dengan tenaga profesi lainnya.

Atas dasar alasan tersebut, maka berkembanglah Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorder (DSM)

Multiaksial Diagnosis

Axis I	: Gangguan psikologis utama.
Axis II	: Gangguan kepribadian.
Axis III	: Kondisi fisik yang menyertai.
Axis IV	: Faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi
Axis V	: GAF (Global Assessment of Functioning)
Memenuhi jumlah minimum kriteria. Mengalami kemunduran fungsi.	

Gb. 2. Penentuan diagnosis dengan DSM IV^{TR}

Di sisi lain sejumlah kalangan menilai bahwa DSM melakukan labelling terhadap individu.

Labelling

pada dasarnya kemudian melahirkan dehumanisasi. Penegakan diagnosis yang seragam
kemudian
mengikis keunikan individu dan melupakan faktor-faktor yang khas pada setiap individu yang
sulit
untuk dibandingkan dengan individu lainnya. Kritik lain terhadap DSM adalah pendekatannya
yang

cenderung artifisial dalam menginterpretasikan gangguan. Kategorisasi pada DSM juga sulit

dilakukan mengingat ada kecenderungan untuk menegakkan diagnosis banding.

C. Tujuan Intervensi, Rencana, dan Kontrak

Dalam menyusun rencana intervensi, hal yang harus diperhatikan adalah:

1. Memastikan situasi saat ini.
2. Klarifikasi keinginan klien/pasien dari berbagai sudut pandang.
3. Menelaah sumber daya dan fisibilitas.
4. Memformulasikan rencana.
5. Evaluasi perkembangan yang berjalan.
6. Menindaklanjuti dan mengembangkan desain untuk masa depan.

Dalam menyusun rencana intervensi tidak lah selalu mudah. Terkadang psikolog mengalami kesulitan dalam menentukan klien sebenarnya. Seperti contoh pada klien anak-anak, tak jarang

psikolog menemukan bahwa klien yang sebenarnya adalah orang tua sebab tidak jarang bahwa relasi

anak dengan orang tua menjadi penyebab bagi kasus-kasus psikologis pada anak.

Dalam menentukan tujuan intervensi, sebaiknya terapist mendengarkan agenda klien. Diskusi antara

klien dan terapist menjadi penting dalam tataran ini guna memberikan hasil yang berdaya guna bagi

klien.

Beberapa distorsi dan bias yang seringkali muncul dalam penanganan klien adalah:

1. Uang.
2. Beban Kerja.
3. Isu-isu kepribadian.
4. Overestimasi terhadap kemampuan prediktif seseorang.
 - a. Ex. Predicting Dangerousness
True positive, true negative
outcome. False negative
outcome, false positive.

Dalam penanganan klien, seorang psikolog sebaiknya memegang teguh kode etik profesi psikologi.

Profesi menurut Sinclair, Simon, dan Pettifor (1996):

1. Kelompok dan para anggotanya memberikan pelayanan.
2. Para anggota memiliki pengetahuan spesialisasi tinggi yang membutuhkan banyak latihan.

3. Ada persyaratan masuk yang terkontrol.
4. Melatih dan mensosialisasikan anggota baru.
5. Mengatur dan memonitor kegiatan anggota.
6. Terus mengembangkan bidang keahlian dan pengetahuannya.
7. Bertanggung jawab dan terbuka terhadap rewiu antar anggota maupun masyarakat.
8. Mengembangkan dan mempromosikan kode etik dan fungsi yang sejalan dengan kode etik mereka.

Salah satu kode etik yang paling tua adalah Sumpah Hipokrates. Dalam psikologi, kode etik profesi muncul pertama kali pada tahun 1950, dikeluarkan pertama kali oleh APA. Namun yang berlaku pertama kali adalah versi 1963. Setelah itu, revisi berkelanjutan dilakukan berdasarkan masukan dari komisi etik dan komite kasus-kasus khusus. Pada akhirnya kode etik standar kemudian berkembang pada beberapa bidang-bidang khusus seperti penelitian, encounter groups, dan periklanan (preamble prinsip-prinsip etik APA 1992). Yang berlaku saat ini merupakan penyulingan dari proses ekstensif ini, yaitu versi 1992b.

Kode etik profesi sejatinya disesuaikan dengan konteks atau wilayah kode etik tersebut diterapkan, namun lima prinsip etik dasar yang diterapkan oleh APA adalah:

1. Competence.
2. Professional and scientific responsibility.
3. Concern for others welfare.
4. Respect for others right and dignity.
5. Social responsibility.

Setting yang berbeda akan menghadirkan kode etik spesifik. Di Indonesia yang berlaku adalah Kode Etik HIMPSI.

D. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Sebutkan lima prinsip etika dasar APA.
2. Apa saja yang harus diperhatikan saat menyusun intervensi klinis?

E. Daftar istilah yang penting

Desain klinis, intervensi klinis, prinsip etika.

ASESMEN DALAM PSIKOLOGI KLINIS

A. Asesmen

Asesmen adalah proses mengumpulkan informasi yang biasanya digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan yang nantinya akan dikomunikasikan kepada pihak-pihak terkait oleh asesor” (Nietzel dkk,1998).

Output asesmen klinis adalah memberikan gambaran kerja yang mempertimbangkan sejarah, kebiasaan, ketakutan, tanggung jawab, potensi individu yang support terapi dan manajemen kasus.

Tujuan asesmen adalah:

- a. Pengambilan keputusan
- b. Pembentukan gambaran/model kerja
- c. Pengecekan hipotesis

Asesmen dalam klinis mencakup isi dan proses. Isi adalah pengumpulan informasi, dan proses

adalah aspek sosial emosional yang terlibat sepanjang proses asesmen. Supaya isi dan proses

optimal, psikolog mengawali asesmen dengan bangun rapport.

Proses asesmen melibatkan observasi, wawancara, psikotes, review arsip (buku harian, raport,

catatan medis, lukisan). Wawancara yang dilakukan adalah wawancara klinis. Yang membedakan

wawancara klinis dan wawancara lainnya adalah pada wawancara klinis diakhir ada kesepakatan

untuk bekerjasama demi kebaikan klien. Setelah observasi, wawancara klinis dan psikotes

dilakukan (informasi yang diperlukan telah terkumpul), maka psikolog dapat menyusun laporan.

B. Wawancara klinis

- a. Keterampilan wawancara klinis:
 - i. Ramah dan santai tapi tetap kontrol: waktu, isi, cara menjawab (kapan pakai pertanyaan terbuka atau hanya jawaban ya atau tidak) dan kedekatan dengan klien
 - ii. Ditambah ketrampilan wawancara umum, antara lain:
 1. Mendengar dan berbicara

2. Tanggap akan emosi klien dan siap mendengarkan secara mendalam
 3. Carl Rogers: mendengarkan secara mendalam (mendengarkan kata-katanya, pikiran-pikirannya, perasaannya, makna pribadinya, dan bahkan makna dalam bawah sadarnya)
 4. Sikap tidak menghakimi (Rogers: semua orang sama menakjubkannya dengan sunset)
- iii. Ditambah keterampilan wawancara khusus

1. Parafrase: mengulang dan merangkum pernyataan klien
 2. Refleksi perasaan: konfirmasi perasaan klien
 3. Pengecekan persepsi: checking pernyataan klien supaya satu persepsi dengan klien.
 4. Peka terhadap perbedaan perilaku, pikiran dan perasaan kadang apa yang didengar beda dengan laporan (libatkan significant others untuk validasi info)
- b. Tahapan wawancara
- i. Pengaturan dan dimulainya wawancara (rapport)
 - ii. Mengumpulkan informasi
 - iii. Menyimpulkan
- c. Tipe wawancara
- i. Intake interview: terjadi pada proses awal asesmen, tujuannya adalah untuk mengetahui alasan klien datang ke psikolog dan kondisi latar belakang klien
 - ii. Case history: wawancara untuk mengetahui detail tentang kesehatan, keluarga, asal keluarga, dll
 - iii. Testing orientation interview: wawancara yang dilakukan bersamaan dengan psikotes atau setelah tes
 - iv. Mental status interview meliputi:
 1. Penampilan dan perilaku
 2. Sikap terhadap pemeriksaan dan situasi
 3. Pembicaraan dan komunikasi
 4. Isi pikiran
 5. Fungsi inderawi dan kognitif
 6. Fungsi emosi
 7. Insight dan judgement
 - v. Behavior problem interview: untuk

diagnose C. Menggunakan Informasi Asesmen

- a. Pengaruh di seputar fase asesmen
 - i. Setting dimana klinisi kerja
 - ii. Orientasi teoritis klinisi (pendekatan teori)
 - iii. Siapa yang akan menggunakan laporan psikologis
 - iv. Faktor situasional praktis (ada waktu untuk konsultasi atau tidak)
 - v. Biaya (biaya memengaruhi layanan)
- b. Memaknai interpretasi klinis dan formulasi klinis
 - i. Setelah semua informasi tentang klien terkumpul maka langkah berikutnya apa sampai terbentuk kesepakatan tentang working image
 - ii. Pertimbangan:
 1. Relevansi informasi (dalam asesmen dan formulasi klinis) penting atau tidak info dari klien tergantung dari pendekatan klinisi
 2. Penyimpangan dari norma
 3. Prominensi (apa yang menonjol dari klien)
 4. Konfirmasi multi sumber
- c. Mengomunikasikan temuan
 - i. Semua temuan harus dilaporkan
 - ii. Menulis laporan:

1. Sesuai tujuan
2. Diorganisasikan dengan baik, jelas dan mudah dipahami

3. Realistis dan kritis untuk menyebutkan kebutuhan sekarang atau masa depan klien
 4. Bijak dan kreatif dalam memberikan solusi
 5. Pendapat atau hipotesis disertai pendukung
- d. Konten laporan
- i. Mencerminkan orientasi umum asesmen, formulasi klinis, dan pendekatan teoretis
 - ii. Rangkuman asesmen klinis yang dilaksanakan klien
 - iii. Mengarahkan proses-proses formulasi klinis (saran dan diskusi tentang kemungkinan yang akan diperoleh)

D. Kesimpulan

Asesmen dalam klinis mencakup isi dan proses. Isi adalah pengumpulan informasi, dan proses adalah aspek sosial emosional yang terlibat sepanjang proses asesmen. Supaya isi dan proses optimal, psikolog mengawali asesmen dengan bangun rapport. Proses asesmen melibatkan observasi, wawancara, psikotes, review arsip (buku harian, raport, catatan medis, lukisan). Wawancara yang dilakukan adalah wawancara klinis.

E. Latihan soal mandiri (quiz)

- a. Jelaskan apa yang anda ketahui tentang asesmen klinis!
- b. Sebutkan dan jelaskan apa saja konten dari laporan psikologis!

F. Daftar istilah yang penting

- a. Wawancara klinis: wawancara yang dilakukan dalam rangka melakukan asesmen klinis dan di akhir wawancara ada kesepakatan untuk bekerjasama demi kebaikan klien.
- b. Refleksi perasaan: konfirmasi perasaan klien
- c. Pengecekan persepsi: checking pernyataan klien supaya satu persepsi dengan klien.
- d. Intake interview: terjadi pada proses awal asesmen, tujuannya adalah untuk mengetahui alasan klien datang ke psikolog dan kondisi latar belakang klien

PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS

A. Prinsip Dasar Penelitian

Meneliti menjadi aktivitas yang penting bagi sebuah ilmu, termasuk psikologi klinis. Sebelum melakukan sebuah penelitian yang berguna bagi pengembangan ilmu, beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah sense of accountability dari seorang peneliti di bidang Psikologi Klinis. Penelitian tidak hanya harus memperhatikan masalah kepraktisan, biaya, dan manfaatnya bagi masyarakat, namun juga harus selalu mengikuti pengetahuan yang dijadikan dasar bagi praktisi klinis untuk berkembang.

Salah satu isu penting dalam melakukan penelitian di bidang Psikologi Klinis adalah melakukan riset evaluasi yang bertujuan untuk memberikan umpan balik terkait dengan sebuah program yang sedang berjalan.

Ada berbagai cara untuk memperluas pengetahuan di bidang Psikologi Klinis. Seseorang bisa melakukannya melalui experiential learning, secara rutin melakukan pelatihan-pelatihan yang terencana (organized training), field training, personal therapy, atau melalui terapi pengalaman. Secara terus menerus, baik akademisi maupun praktisi di bidang Psikologi Klinis perlu didorong untuk melahirkan beragam penemuan, untuk itu perkembangan pengetahuan sebaiknya tidak hanya berfokus pada aspek hard, namun juga aspek soft. Tidak hanya membekali dengan teknik meneliti, namun juga sifat-sifat yang dibutuhkan oleh seorang peneliti. Salah satu contohnya adalah kreativitas. Beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika akan melakukan penelitian:

1. Memahami bagaimana proses insight terbentuk.
2. Konsep zeitgeist, the spirit of the time bahwa setiap ilmu atau temuan itu ada masanya dan disesuaikan dengan trend yang ada pada saat itu.
3. Paradigma/eksemplar yang menjadi pijakan seorang peneliti.

Dalam penelitian psikologi klinis dikenal istilah konsumen dan produsen penelitian. Konsumen penelitian adalah pihak-pihak yang menggunakan hasil-hasil penelitian. Produsen penelitian adalah pihak-pihak yang menghasilkan penelitian. Adakalanya produsen penelitian juga berlaku sebagai konsumen penelitian ketika membutuhkan penelitian-penelitian terdahulu sebagai referensi dan sumber bagi penelitian selanjutnya. Dalam mendalami referensi, peneliti biasanya akan memperhatikan

reliabilitas laporan, bagaimana prosedur yang dilakukan, apakah hasilnya dapat digeneralisasi, dan bagaimana relevansinya terhadap praktis klinis yang dijalani.

Lalu dimana posisi assessment dalam penelitian? Posisinya adalah pada kegunaan praktis dari asesmen. Isu yang kemudian muncul adalah bagaimana prosedur asesmen mampu secara substansial membantu dalam pengambilan keputusan. Jadi tidak hanya terkait dengan clinical prediction, namun juga mampu menjangkau statistical prediction yang mampu berlaku lebih luas. Menjadi pertanyaan besar selama ini dalam praktis klinis adalah seberapa banyak tes yang applicable untuk keperluan prediksi? Bagaimana dengan tes proyektif? Apakah tes objective pun memiliki kemampuan prediktif yang memadai? Pertimbangan base- rate dan base-rate fallacy juga menjadi dasar bagi keperluan prediksi.

Penelitian terkait mengenai penanganan dan pencegahan menjadi inti dalam penelitian klinis.

Penelitian semacam ini biasanya dikaitkan dengan epidemiologi masalah-masalah psikologis.

Beberapa macam penelitian penanganan dan pencegahan adalah:

1. Studi kasus yang biasanya berbentuk laporan atau narasi tentang penanganan terhadap seorang klien tunggal meskipun laporan bisa saja tentang keluarga atau kelompok. Berisikan observasi dan deskripsi yang detail. Keunggulan penelitian studi kasus adalah pada kemampuan dalam mengkomunikasikan realitas kehidupan seseorang dan mendemostrasikan seluruh prosedur terapeutik. Kelemahannya adalah pada kemampuan untuk melakukan generalisasi dan kemungkinan bias.
2. Metode kualitatif yakni dengan melakukan pengumpulan data dan analisis informasi dari setting yang natural secara ekologis. Pendekatannya bersifat open-ended dengan alat bantu berupa field note. Kelemahannya adalah pada faktor intuisi dan subyektifitas peneliti.
3. Penelitian dengan subyek tunggal.
4. Penelitian eksperimen, studi korelasional, dan studi analog.

Beberapa hal penting yang menjadi landasan dalam melakukan penelitian penanganan dan pencegahan adalah:

1. Isu - isu kriterion
 - a. Laporan diri pasien.
 - b. Perubahan aktivitas dan hubungan.

- c. Judgment oleh ahli.
- 2. Isu – isu placebo
- 3. Efikasi versus efektivitas.
- 4. Variabel independen pokok:
 - a. Karakteristik klien.
 - b. Situasi kehidupan.
 - c. Pekerjaan, waktu luang, dan kegiatan lainnya.
 - d. Karakteristik pribadi terapis.

- e. Tipe psikoterapi.
- f. 250 macam.
- g. Parloff (1980) ada 17 psikoterapi: psikoanalitis, psikodinamis, humanistik, associative conditioning, contingent reinforcement, belajar sosial, kognitif, relaksasi, ekspresif-katarsis, direktif, aktivitas, intervensi krisis, multiple-person, environmental modalities, dan tiga modalitas kombinasi)
- h. Pertanyaan yang digunakan untuk evaluasi laporan penelitian secara umum adalah: karakteristik sample, karakteristik terapis, penanganan, asesmen, dan umum.

Tipe penelitian lainnya yang juga kerap dilakukan oleh peneliti di bidang psikologi klinis adalah:

- 1. Meta analisis dan outcome studies.
- 2. Penelitian tentang proses psikoterapi.
 - a. Process research.
 - b. Outcome research.
 - c. Rekaman pada saat terapi berjalan.
 - i. Efek interupsi (Matarazzo & Wiens, 1972)
 - ii. Efek reframing (Rice & Greenberg, 1964)
 - iii. EMDR
 - iv. Structure Analysis of Social Behavior (SASB)
 - v. Personal coercion and reward (McCarthy and Frieze, 1999)
 - d. Strategy Evaluasi Psikoterapi (treatment package, dismantling strategy, constructive strategy, parametric strategy, comparative-outcome strategy, client-therapist variation strategy, process strategy)
- 3. Menggunakan model-model untuk memperbaiki penelitian dan teori Path Analysis dan Structural Equation Modelling.

B. Penelitian Evaluasi Program

Evaluasi adalah proses memastikan bidang-bidang keputusan yang dimaksud, menyeleksi informasi

yang tepat guna, dan mengumpulkan serta menganalisis informasi agar dapat melaporkan rangkuman data yang berguna bagi para pengambil keputusan dalam menyeleksi alternatif.
Evaluasi

program diperuntukan pada agensi/ institusi yang menjalankan suatu program tertentu. Evaluasi digunakan sebagai komponen umpan balik. Carter & McGoldrick (1988) merangkep tujuh

pertanyaan yang biasa diajukan terkait dengan akuntabilitas institusi:

- 1. Jumlah klien.
- 2. Siapa saja?
- 3. Pelayanan apa yang diberikan?
- 4. Berapa biayanya?
- 5. Berapa biaya per pelayanan?
- 6. Apa yang terjadi pada klien-klien?

7. Berapa biaya outcome?

Shadish mengungkapkan empat dasar pengetahuan yang diperlukan untuk menyusun sebuah teori

yang komprehensif terkait dengan evaluasi:

1. Pengevaluasi harus memahami tentang berbagai program sosial agar dapat mengidentifikasi kapan program paling tepat.
2. Memahami hal-hal teori sosial.
3. Teori eksplisit untuk dapat membedakan program yang baik dan buruk.
4. Metode untuk membangun pengetahuan yang valid tentang berbagai program.

Tipe-tipe evaluasi terdiri dari evaluasi proses, evaluasi hasil, evaluasi formatif, atau evaluasi sumatif.

Adapun Langkah-langkah dalam mengembangkan studi evaluatif.

1. Pertimbangan evaluabilitas.
2. Menetapkan maksud evaluasi.
3. Mengartikulasikan programnya.
4. Menetapkan sasaran dan efek-efek yang diantisipasi yang akan timbul.
5. Menetapkan variabel antededen.
6. Menetapkan variabel intervening.
7. Menentukan cara mengukur.
8. Mengembangkan desain penelitian.
9. Penggunaan dan penyebarluasan temuan.

Penelitian evaluasi erat kaitannya dengan pembangunan kebijakan. Tantangannya (Kiesler, Simpkins,

Morton, 1991) adalah bagaimana menghimpun para spesialis, bagaimana memanfaatkan jaringan sosial, bagaimana memanfaatkan sumber-sumber kesehatan mental dalam sistem kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang ada sebaik-baiknya, langkah dalam memastikan ke semua pihak

bahwa gaya hidup dapat mendukung kesehatan mental, serta membangun program pencegahan yang efektif. Dalam perkembangannya, penelitian kesehatan mental perlu memiliki cakupan yang

luas dan cita rasa lintas – disiplin.

C. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Apa yang dimaksud dengan produsen dan konsumen dalam penelitian?
2. Apa yang dimaksud dengan penelitian evaluasi?

D. Daftar istilah yang penting

Penelitian evaluasi, meta analisis studi, penelitian efektivitas.

PENDEKATAN TERAPI PSIKODINAMIKA DAN KOGNITIF BEHAVIORAL DALAM INTERVENSI KLINIS

a. Intervensi dan Psikoterapi

Intervensi adalah usaha yang dilakukan untuk mengubah kehidupan klien. Intervensi dapat berupa psikoterapi. Psikoterapi dilakukan sesuai metode-metode pendekatan dalam psikologi, dilakukan secara sengaja, untuk membantu orang memodifikasi perilaku, kognitif, emosi, karakter pribadi dan secara keseluruhan, psikoterapi dilakukan sesuai tujuan klien (Norcross, 1990). Pada psikoterapi ada komunikasi antara klien dan terapis, ada kepercayaan dari klien terhadap terapis begitu pula sebaliknya terapis dapat menjaga kepercayaan klien dengan menjaga rahasia atau informasi yang diberikan klien saat terapi berlangsung dan berikutnya dalam psikoterapi ada tujuan yang ditentukan atau disepakati diawal oleh terapis dan klien.

Tahapan dalam Psikoterapi:

1. Datang (dengan rujukan atau sendiri)
2. Kontak pertama (isi form pendaftaran)
3. Asesmen awal (wawancara atau tes)
4. Keputusan (treatment apa)
5. Penjelasan tentang terapi, kemudian tercapai kesepakatan antara klien dan terapis
6. Sesi terapi
7. Termination (penghentian)
8. Follow up (terjadi sesuai kesepakatan, apakah diperlukan atau tidak)
9. Evaluasi

Sejarah Terapi Psikodinamika

a. Periode Pertama

- i. Peristiwa seksual awal yang menyakitkan bagi pasien (penganiayaan, pelecehan) mengakibatkan kecemasan dan akhirnya muncul gejala lain.
- ii. Kekuatan tak sadar (mimpi, slip of tongue, humor).
- iii. Represi: membuat pengalaman menjadi sesuatu yang tidak disadari
- iv. Resistensi: membuat pengalaman tetap menjadi sesuatu yang tidak disadari.
- v. Transferensi: perasaan pasien terhadap terapis
- vi. Kasus Katharina menguatkan “kekuatan seksual sebagai dasar bagi berbagai masalah neurotik”

b. Periode kedua:

- i. Oedipus Complex (putra dan ibu)

- ii. Electra Complex (putri dan ayah)
 - iii. Pentingnya masa golden age bagi perkembangan kepribadian
- c. Periode ketiga
 - i. Id : insting dasar
 - ii. Ego : bagian pikiran yang disadari

- iii. Superego: standar masyarakat yang diinternalisasi termasuk yang dianggap ideal dan kata hati yang bermoral
- iv. Dorongan seks dan agresi-instingtual dalam id harus dapat dikontrol oleh ego agar mampu berfungsi di masyarakat.
- v. Teknik: asosiasi bebas, katarsis dan interpretasi untuk meningkatkan insight
- vi. Thn 1920, Psikoanalisis sebagai metode terapi surut karena kesembuhan pasien tidak permanen.

d. Periode Keempat:

- i. Perhatian kepada transferens sampai pasien menemukan insight.
- ii. Klien melihat terapis sebagai ayah. Sampai menemukan insight kenapa masalahnya muncul dan working through atau menyesuaikan dengan insight dan akhirnya klien membaik

b. Psikodinamika

Jung

Adapun ide Jung yang berpengaruh bagi psikoterapi pendekatan psikodinamika antara lain:

1. Ide ketidaksadaran kolektif pada ketidaksadaran pribadi. Tingkah laku seseorang banyak diarahkan oleh ide-ide dan gambaran-gambaran tidak sadar yang diturunkan kepadanya.
2. Analisis Jungian: eksplorasi mimpi dan fantasi bukan hanya untuk makna pribadi tetapi juga untuk hubungan kultural dan spiritualnya
3. Jung menggunakan simbol-simbol dalam menganalisa kasus klien
4. Konsep takdir (maksud yang terkandung dalam perkembangan manusia, kerinduan akan reinkarnasi). Konsep takdir dapat digunakan dalam konseling kelompok/grup retreat
5. MBTI (16 tipe)

Adler

Sumbangan ide Adler bagi intervensi klinis pendekatan psikodinamika antara lain:

1. Social interest: sifat yang melekat pada diri manusia yang memungkinkan keberadaan fenomena hubungan sosial, kegiatan kooperatif, mengedepankan kepentingan sosial diatas kepentingan pribadi, dan gaya hidup yang didominasi sifat sos.
2. Creative self: menginterpretasi dan memaknai pengalaman serta mencari cara untuk mengisi tempat khusus seseorang di dunia ini. Bila pengalaman tidak ada self yang kreatif akan mencoba mensintesisakan melalui imajinasi.
3. Inferiority feelings dan striving for superiority or power
4. Fictional finalism: orang dimotivasi oleh ekspektasi terhadap masa depannya.
5. Freud meyakini masa lalu sebagai penyebab, Adler fiksi atau gambaran final berfungsi sebagai penuntun.
6. Orang berusaha meraih tujuan.

7. Analisis interaksi keluarga dan urutan kelahiran

Ide Karen Horney dan Sullivan

Ide Karen Horney antara lain:

1. Hubungan manusia yang terganggu pada awal kehidupan anak melahirkan basic anxiety.
2. Neurotic needs, strategi untuk mengatasi kecemasan dasar.
 - a. Bergerak mendekati orang-orang (membutuhkan cinta)
 - b. Bergerak menjauhi orang-orang (membutuhkan independensi)
 - c. Bergerak melawan orang-orang (membutuhkan kekuasaan)
3. Konflik batiniah yang berasal dari kebutuhan neurotik dapat dihindari atau diatasi bila orang itu dibesarkan dengan rasa aman, cinta dan kepercayaan.
4. Konflik tidak melekat pada sifat manusia.

Ide Sullivan antara lain:

1. Kepribadian adalah refleksi dari jumlah total seluruh pikiran dan perilaku interpersonal bukan sebuah entitas dan distinct
2. Hubungan intim orang muda (sesama jenis dulu baru dengan lawan jenis)

- Perkembangan Selanjutnya

Alpert mengungkapkan tentang object relation. Object relations difokuskan pada objek yang

biasanya mengacu pada orang-orang kepada siapa pasien menanamkan perasaan yang kuat.

Bayi berelasi dengan payudara ibu, makin lama makin kompleks.

Beberapa waktu kemudian berkembang Self psychology dengan tokoh yang bernama Kohut.

Patologi dasar dari gangguan borderline dan narsistik dianggap sebagai kemandekan atau perkembangan self. Adapun faktornya antara lain cacat fisik, cacat genetik, separation stress,

kesulitan orang tua dalam mendukung aspek self yang timbul dan mengindividualisasi. Setiap

pasien memiliki potensi untuk mengaktifkan self, namun kebutuhan untuk bertahan dalam

depresi membuatnya tidak dapat diaktifkan.

Intervensi terapeutik menghilangkan pertahanan ini memungkinkan klien melewati depresi dan

mengatasi kemandekan perkembangannya. Insight sejati sering
dianggap melibatkan

kemampuan untuk mengambil perspektif, sebuah situasi dimana klien memahami
perannya

dalam dinamika hubungannya di masa lalu maupun di masa kini.

Psikoterapi psikoanalisa klasik rata-rata membutuhkan waktu 4 tahun. Kemudian muncul
brief

psychodynamic therapy, dengan rata-rata terapi hanya 4 sesi, ada yang sampai 25 sesi.

Brief

psychodynamic therapy menekankan pada kekuatan-kekuatan yang dimiliki saat ini
dan

bagaimana mengatasi masalah dengan fokus pada here and now, fokus pada problem tertentu, klinisi lebih aktif, agak kurang netral dan sering berusaha membentuk aliansi kerja dengan cara efisien dan efektif.

- Terapi Psikodinamika

Freud mengembangkan model psikoterapi pertama, kemudian dinamakan terapi psikodinamika atau psikoanalisa. Psikoanalisa dapat membantu memunculkan kesadaran, yang direpresentasikan oleh ego, untuk memunculkan id. Misal : seorang lelaki menyadari rasa marah yang tidak dapat diselesaikannya karena ibu yang mendominasi atau menolak dengan menguasai hubungan intimnya dengan perempuan di masa dewasa.

- Prinsip dan Karakteristik Inti Terapi Psikodinamika

1. Konflik intrapsikis dan tidak sadar sangat penting bagi perkembangan manusia.
2. Terapis mengeksplorasi berbagai upaya untuk menghindari topik-topik atau aktivitas-aktivitas yang menghalangi kemajuan terapi.
3. Psikopatologi berkembang terutama dari pengalaman masa kanak-kanak awal.
4. Diharapkan bahwa isu2 dan dinamika2 kehidupan yang signifikan akan muncul kembali dalam hubungan yang dibentuk pasien dengan terapis, yang menghasilkan transferensi dan kontransferensi (perasaan terapis dengan pasien), yang masing-masing dapat bersifat positif dan negatif.
5. Interpretasinya difokuskan pada transferensi, mekanisme pertahanan dan gejala-gejala saat ini, serta penyelesaian masalah-masalah ini.

- Contoh Terapi dalam Pendekatan Psikodinamika

1. Analisa mimpi
 - a. Selama tidur, pertahanan ego menurun & impuls-impuls yang tidak diterima menemukan sarana berekspresi

- b. Mimpi adalah jalan kerajaan menuju alam bawah sadar yang biasanya disangkal.

- c. Dengan mengungkap isi manifes dari suatu mimpi dan kemudian mengasosiasi-bebaskan isi mimpi, ahli analisis dan klien berupaya mengungkap makna bawah sadar.

2. Asosiasi bebas

- a. Proses mengeluarkan pikiran-pikiran yang tanpa sensor segera setelah muncul dalam pikiran
- b. Diyakini bahwa secara bertahap mematahkan defens yang membatasi kesadaran dari proses-proses ketidaksadaran
- c. Asumsinya bahwa dengan melepaskan semua hal yang menghambat proses berfikir seseorang, kesenangan-kesenangan sosial, dan aturan-aturan lain, hal-hal yang sifatnya unconscious akan lebih mudah muncul dipermukaan.

3. Transferens

Transferens adalah bagaimana klien memperlakukan terapis, tidak hanya menunjukkan dirinya tapi juga merefleksikan perasaan dan sikap klien terhadap orang-orang penting yang berpengaruh dalam hidupnya. Freud menyatakan bahwa transference relationship menunjukkan konflik masa kecil yang dialami klien, dan countertransference adalah bagaimana terapis memproyeksikan perasaannya kepada klien.

4. Variasi lain

a. Terapi Adler

Pada terapi Adler, yang menjadi sasaran kesembuhan dengan reedukasi klien, sehingga mereka bisa hidup di tengah masyarakat sebagai anggota yang sederajat, yang mau memberi dan menerima dari orang.

Adapun caranya dengan meningkatkan kesadaran pribadi, memodifikasi premis-premis fundamental, tujuan hidup, konsep dasar. Sasaran dari proses edukatif dari terapi :

- 1) Mendorong adanya interes sosial
- 2) Menolong klien mengatasi perasaan patah semangat dan rendah diri
- 3) Memodifikasi pandangan klien pada sasaran, yaitu dengan mengubah gaya hidup mereka

- 4) Mengubah motivasi yang keliru
- 5) Membantu klien merasakan kesamaan derajat dengan orang lain
- 6) Membantu orang menjadi anggota masyarakat yang ikut memberikan sumbangannya.

Pada terapi Adler, fungsi utama dari terapis adalah membuat penilaian yang komprehensif pada berfungsinya klien. Dalam kegiatan terapi, ditemukan:

- a. Kekeliruan yang mendasar, sehingga belajar cara membetulkan asumsi-asumsi serta kesimpulan yang tidak benar.
- b. Menemukan bahwa mereka memiliki sumber dan pilihan-pilihan yang bisa dimanfaatkan dalam hal menangani isu-isu hidup dan tugas-tugas hidup.

C. Terapi Behavioral dan Kognitif-Behavioral

1. Classical Conditioning

Tokoh yang terkenal pada pendekatan ini adalah Pavlov yang menggunakan anjing sebagai objek eksperimennya. Kemudian Watson menggunakan tikus dan suara keras. Pada prakteknya, pendekatan ini efektif untuk menangani perilaku mengompol pada anak (nocturnal enuresis). Terapinya dengan menggunakan bantalan yang dipasang bel, bila bantalan basah bel berbunyi menimbulkan kaget pada anak. Sehingga anak akan berusaha tidak ngompol supaya tidak kaget dengan suara bel.

2. Operant Conditioning

Pada pendekatan operant conditioning, perilaku akan bertahan atau meningkat dengan reinforcer atau penguat. Pada kasus Tuan Evans yang kehilangan semangat terapi setelah sakit stroke. Teh dan snack sore hari menarik Tuan Evans untuk mau menjalankan terapi. Yang perlu diingat adalah reinforcement tidak terbatas hanya pada makanan.

3. Terapi Perilaku Lain

- a. Token ekonomi adalah pemberian reward untuk perilaku yang diharapkan. Pemberian reward pada token ekonomi tidak langsung. Saat perilaku yang diharapkan muncul, maka klien diberikan token. Token tersebut dikumpulkan

untuk kemudian pada jumlah atau waktu tertentu ditukarkan dengan barang atau kegiatan yang sudah disepakati diawal.

- b. Time out diberikan untuk mengatasi gangguan tingkah laku pada anak dengan menempatkan anak di tempat yang sepi dalam jangka waktu pendek
 - c. Modeling atau peniruan perilaku yang diobservasi. Modeling merupakan ide dari Albert Bandura. Bandura menggunakan media video saat menerapi klien.
 - d. Desensitisasi sistematis. Tokoh desensitisasi sistematis adalah Wolpe. Desensitisasi bisa digunakan untuk menangani kecemasan, fobia, ketakutan. Desensitisasi sistematis biasa didampingi dengan relaksasi. Klien diminta untuk menghadapi ketakutannya mulai dari tingkat yang paling ringan sampai yang paling berat. Saat klien mulai merasa tidak nyaman, maka diberikan relaksasi.
 - e. Flooding bisa diberikan pada klien dengan keluhan berat badan berlebih. Klien diminta untuk menyebutkan makanan kesukaannya yang dapat memengaruhi berat badan. Misalnya suka makan aneka gorengan. Kemudian terapis menyediakan aneka gorengan dengan jumlah yang banyak dan klien diminta untuk segera menghabiskan gorengan. Efek
- Prinsip dan Karakteristik Inti Terapi Perilaku
 1. Perilaku abnormal biasanya didapat dan dipertahankan berdasarkan prinsip-prinsip yang sama dengan perilaku adaptif.
 2. Perilaku dapat dimodifikasi melalui prinsip-prinsip belajar sosial.
 3. Asesmen harus berkelanjutan dan difokuskan pada antecedent dan konsekuensi perilaku.
 4. Teori dan temuan eksperimental dari psikologi ilmiah menjadi pedoman intervensi.
 5. Efektivitas dan kegunaan intervensi tertentu untuk masalah tertentu dievaluasi secara sistematis.

6. Hasilnya dievaluasi dengan melihat banyaknya perubahan, daya generalisasinya dan maintenance-nya.

- Terapi Kognitif-Perilaku

Tokoh-tokoh behavioris mulai banyak menggunakan konsep kognitif, karena emosi mengikuti pikiran. Orang yang berkeyakinan sesuatu hal yang buruk akan terjadi, timbul cemas atau depresi saat hal itu terjadi.

1. Terapi Kognitif

Salah satu contohnya adalah Rational Emotive Therapy (RET). RET mengungkap gagasan-gagasan keliru klien dan membantu menggantinya dengan ide yang benar. Terapi Adler juga menemukan kekeliruan dasar, namun bedanya Ellis tidak menekankan masa kanak-kanak awal atau interes sosial.

Sebelas keyakinan yang ditemukan pada klien dalam terapi kognitif antara lain:

- a) Mutlak perlu bagi saya untuk dicintai dan disetujui oleh hampir semua orang yang memiliki hubungan dekat dengan saya.
- b) Saya harus benar-benar kompeten dan adekuat dalam semua hal kalau tidak, saya tidak berarti apa-apa.
- c) Orang-orang tertentu memang jahat atau culas dan harus dipersalahkan atau dihukum (dengan hukuman yang tidak sesuai dengan apa yang telah dilakukan)
- d) Bila ada hal-hal yang berjalan tidak sesuai dengan keinginan saya, maka itu menjadi bencana besar bagi saya.
- e) Beberapa hal memang sangat berbahaya dan mengancam nyawa, jadi saya harus selalu memikirkannya.
- f) Lebih mudah untuk menghindari kesulitan dan tanggung jawab daripada menghadapinya
- g) Saya tidak mampu melakukan berbagai hal sendiri, saya harus dapat menemukan seseorang yang lebih kuat yang dapat saya andalkan.
- h) Apa yang telah terjadi pada diri saya di masa lalu menentukan apa yang saya kerjakan dan pikirkan sekarang, karena beberapa kejadian yang traumatik di masa lalu sekarang pasti juga akan sama traumatiknya.
- i) Saya mesti ikut merasa resah atas masalah dan gangguan yang dialami orang lain.
- j) Selalu ada solusi yang benar dan tepat untuk semua masalah manusia, dan bila solusi itu tidak ditemukan, saya pasti merasa sangat kesal.

2. Terapi Aron Beck

Depresi memunculkan pandangan negatif (saya tidak berharga, tidak ada orang yang memahami saya). Untuk memahami 1 episode gangguan emosi, klien harus fokus terhadap pikiran yang meresahkan dan reaksi diri. Tiga efek terapi yang ditemukan pada klien adalah kekhawatiran tentang kejadian yang meresahkan menghilang karena keyakinan-keyakinan melemah, kualitas yang tidak dapat dijelaskan dalam reaksi emosional menjadi lebih dapat dimengerti dan perasaan penuh harapan muncul, klien memilih sebuah alat baru yang dapat mereka terapkan di banyak keadaan.

- Prinsip dan Karakteristik Inti Terapi Kognitif
 1. Keterkaitan antara berbagai kejadian, penilaian terhadapnya dan keadaan emosional dan psikologis yang dihasilkan dikemukakan kepada klien
 2. Intervensi biasanya berjangka pendek, tidak lebih dari 20 sesi
 3. Terapi dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan memodifikasi asumsi-asumsi dasar, keyakinan-keyakinan inti dan skemata yang maladaptive
 4. Terapi sering melibatkan kegiatan di luar sesi dimaksudkan untuk mendiskonfirmasikan keyakinan-keyakinan yang maladaptif dan kesalahan-kesalahan kognitif
 5. Klien dan klinisi berkolaborasi sepenuhnya

- Terapi Kognitif-Behavioral

Dobson (1988), 3 proposisi fundamental Terapi Kognitif-Behavioral

 1. Aktivitas kognitif memengaruhi perilaku (penilaian terhadap kejadian memengaruhi respon terhadap kejadian)
 2. Aktivitas kognitif dapat dimonitor dan diubah
 3. Perubahan perilaku yang diinginkan dapat dipengaruhi melalui perubahan kognitif.

Terapi kognitif-behavioral menekankan peningkatan keterampilan Self efficacy (penilaian diri akan kemampuannya), hal ini penting karena merupakan determinan utama dari apakah perilaku diprakarsai atau tidak, berapa banyak usaha yang dibutuhkan, berapa lama harus

terus berusaha, social problem solving berkorelasi positif dengan kompetensi sosial, dan berkorelasi negatif dengan psikopatologi, latihan ketrampilan mengatasi masalah meningkatkan kompetensi sosial dan mengurangi perilaku maladaptif, membantu mengatasi stress.

D. Kesimpulan

Intervensi adalah usaha yang dilakukan untuk mengubah kehidupan klien. Intervensi dapat berupa psikoterapi. Tahapan dalam psikoterapi antara lain datang (dengan rujukan atau sendiri), kontak pertama (isi form pendaftaran), asesmen awal (wawancara atau tes), keputusan (treatment apa), penjelasan tentang terapi, kemudian tercapai kesepakatan antara klien dan terapis, sesi terapi, termination (penghentian), follow up (terjadi sesuai kesepakatan, apakah diperlukan atau tidak), dan evaluasi.

Freud mengembangkan model psikoterapi pertama, kemudian dinamakan terapi psikodinamika atau psikoanalisa. Psikoanalisa dapat membantu memunculkan kesadaran, yang direpresentasikan oleh ego, untuk memunculkan id. Misal : seorang lelaki menyadari rasa marah yang tidak dapat diselesaikannya karena ibu yang mendominasi atau menolak dengan menguasai hubungan intimnya dengan perempuan di masa dewasa. Prinsip dan Karakteristik Inti Terapi Psikodinamika antara lain konflik intrapsikis dan tidak sadar sangat penting bagi perkembangan manusia; terapis mengeksplorasi berbagai upaya untuk menghindari topik-topik atau aktivitas-aktivitas yang menghalangi kemajuan terapi; psikopatologi berkembang terutama dari pengalaman masa kanak-kanak awal; diharapkan bahwa isu2 dan dinamika2 kehidupan yang signifikan akan muncul kembali dalam hubungan yang dibentuk pasien dengan terapis, yang menghasilkan transferensi dan kontransferensi (perasaan terapis dengan pasien), yang masing-masing dapat bersifat positif dan negatif; interpretasinya difokuskan pada transferensi, mekanisme pertahanan dan gejala-gejala saat ini, serta penyelesaian masalah-masalah ini.

Prinsip dan karakteristik inti terapi perilaku antara lain perilaku abnormal biasanya didapat dan dipertahankan berdasarkan prinsip-prinsip yang sama

dengan perilaku adaptif; perilaku dapat dimodifikasi melalui prinsip-prinsip belajar sosial; asesmen harus berkelanjutan dan difokuskan pada anteseden dan konsekuensi perilaku; teori dan temuan eksperimental dari psikologi ilmiah menjadi pedoman intervensi, efektivitas dan kegunaan intervensi tertentu untuk masalah tertentu dievaluasi secara sistematis; hasilnya dievaluasi dengan melihat banyaknya perubahan, daya generalisasinya dan maintenance-nya.

Prinsip dan karakteristik inti terapi kognitif antara lain keterkaitan antara berbagai kejadian, penilaian terhadapnya dan keadaan emosional dan psikologis yang dihasilkan dikemukakan kepada klien, intervensi biasanya berjangka pendek, tidak lebih dari 20 sesi; terapi dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan memodifikasi asumsi-asumsi dasar, keyakinan-keyakinan inti dan skemata yang maladaptive; terapi sering melibatkan kegiatan di luar sesi dimaksudkan untuk mendiskonfirmasikan keyakinan-keyakinan yang maladaptif dan kesalahan-kesalahan kognitif; klien dan klinisi berkolaborasi sepenuhnya.

Dobson (1988), 3 proposisi fundamental terapi kognitif-behavioral adalah aktivitas kognitif memengaruhi perilaku (penilaian terhadap kejadian memengaruhi respon terhadap kejadian; aktivitas kognitif dapat dimonitor dan diubah; perubahan perilaku yang diinginkan dapat dipengaruhi melalui perubahan kognitif.

E. Latihan soal mandiri (quiz)

- 2) Sebutkan dan jelaskan macam terapi dalam pendekatan psikodinamika!
- 3) Sebutkan 11 keyakinan irasional yang ditemukan pada klien!

F. Daftar istilah yang penting

Transferens adalah bagaimana klien memperlakukan terapis, tidak hanya menunjukkan dirinya tapi juga merefleksikan perasaan dan sikap klien terhadap orang-orang penting yang berpengaruh dalam hidupnya.

INTERVENSI TERAPI HUMANISTIK DAN PENDEKATAN LAIN DALAM PSIKOLOGI KLINIS DAN GAMBARAN UMUM TENTANG INTERVENSI TERAPIUTIK

A. Pendekatan Humanistik

1. Teori humanistik

Menekankan keunikan, keberhargaan dan martabat, perkembangan nilai-nilai pribadi dan tujuan pribadi.

2. Terapi humanistik

Menangani keseluruhan (holistik), perilaku dan pikiran tidak dipahaminya terpisah, fokus ke kondisi potensi atau pengembangan diri yang sesuai dengan lingkungan.

3. Terapi eksistensial

Nilai-nilai yang ada untuk menciptakan pengalaman yang lebih berharga.

4. Terapi fenomenologis

Memahami keadaan kesadaran saat ini, bekerja berdasarkan laporan introspektif

B. Angkatan Ketiga

Pendekatan humanistik dikatakan sebagai angkatan ketiga dalam psikologi. Beberapa teknik yang sering dipakai. Seeking adalah teknik pencari cara untuk melepaskan energi psikologis potensial supaya dapat masuk ke semesta kehidupan baru yang kaya dan rewarding. Sensitivity training movement atau gerakan latihan kepekaan (Lewin) untuk membantu klien dalam membentuk pola interaksi dengan lingkungan. T-Groups atau training Groups adalah teknik mengajari klien “normal” menyadari apa yang sedang dikomunikasikan, perasaan atau pikiran dan menyadari potensi yang dapat dikembangkan.

Maslow menyatakan manusia pada dasarnya positif dan kreatif. Belakangan hirarki kebutuhan manusia bertambah satu. Setelah aktualisasi diri adalah transendensi atau kebutuhan spiritual. Bila potensi dimanfaatkan, kehidupan lebih kaya.

1. Client Centered atau Person Centered

Client centered atau person centered (Rogers) adalah teknik pendekatan intervensi yang fokus menangani permasalahan masa kini, membantu klien memperjelas persepsi tentang diri sendiri dengan interpretasi minim dari terapis, merekam dan menerbitkan verbatim untuk kemudian interaksi terapeutik diteliti, penelitian

ekstensif, membandingkan persepsi klien terhadap self aktual dan self ideal,
menggunakan teknik reflection of feelings dan terapis sebagai cermin,

memberikan gambaran tentang klien, masuk ke dalam emosi yang diungkapkan klien, klien sampai pada kesadaran dan menerima diri, adanya perubahan/perbaikan,

Tugas terapis: kongruensi atau korespondensi pikiran dan perilaku terapis; memberikan empati atau persepsi akurat tentang perasaan orang lain, serta tetap memberikan anggapan positif tanpa syarat.

2. Teori Gestalt

Fenomena psikologis adalah keseluruhan yang terorganisasi merupakan ide dari Gestalt (Fritz

Perls). Fokus terapi:

- a. Here and now
Melihat dan memahami yang terjadi sekarang
- b. Mendorong tanggung jwb atas pikiran dan perilaku

Tujuan terapi:

- a. Memahami struktur naskah cerita kehidupan
 - i. Ketika dua orang dengan naskah yang berbeda bertemu dan salah satunya mungkin berusaha menekan atau menyenangkan yang lain, akan menimbulkan keterlibatan terlalu jauh, dan berisiko terlibat dalam pertengkaran, atau kebingungan.

b. Menghasilkan pertumbuhan , otonomi, tanggung jawab pada diri sendiri Prinsip terapi Gestalt:

1. Kekuatan ada di masa kini
2. Pengalaman yang terpenting
3. Terapis adalah instrumen
4. Terapi terlalu bagus kalau dibatasi hanya untuk klien

yang 'sakit' Teknik terapiutik terapi Gestalt:

1. Variasi pertanyaan (Apa yang anda sadari saat ini?)
2. Instruksi (coba eksperimen ini dan lihatlah apakah anda menjadi sadar akan hal itu!)
3. Akhir sesi klien dibiarkan dlm keadaan blm selesai ; asyik berpikir ; diberi tugas utk sesi berikutnya

3. Psikologi Transpersonal atau Angkatan Keempat

Psikologi transpersonal bekerja dengan potensialitas tertinggi atau mistisme, keadaan yang lebih tinggi seperti saat melakukan meditasi, pengalaman spiritual. Mulai menekankan keyakinan akan Tuhan atau konsep serupa dengan Tuhan. Pengetahuan diperoleh dari Wahyu dan pencerahan. Cara memperoleh kesadaran yang lebih tinggi dengan meditasi

4. Prinsip dan Karakteristik Terapi Humanistik

- a. Manusia memiliki kecenderungan alamiah ke arah perkembangan emosional yang sehat
- b. Aktualisasi diri adalah kecenderungan ke arah tingkat perkemb. yg lebih kompleks dan terintegrasi
- c. Determinasi diri berarti bahwa manusia memegang kendali, menyeleksi perilaku, dan mengonstruksikan realitas
- d. Hubungan dengan klien merupakan aspek sentral
- e. Klinisi harus tulus dan klien harus mempersepsinya seperti itu
- f. Terapi menengarai dan mengurangi ketidakkongruenan antara pengalaman dan konsep diri
- g. Anggapan positif tanpa syarat, pendekatan yang bersifat menerima, tidak menghakimi, suportif, empatik (terapis yang dibutuhkan)

5. Pendekatan Terapiutik Lain

Pendekatan terapiutik lain salah satunya adalah terapi interpersonal (Sullivan). Adapun ide dari terapi ini adalah bahwa konsep self dimulai sejak bayi, berkembang merupakan refleksi bagaimana orang-orang penting dalam kehidupannya memperlakukan dirinya, hubungan yang dekat menghasilkan gambaran positif atau negatif, individu mengembangkan gaya yang berlaku seumur hidup untuk melindungi diri dari kecemasan berat.

Pendekatan berikutnya adalah terapi feminis yang memberikan perhatian pada kekuatan perempuan. Kemudian Vocational interest (John Hollan) dengan ide bahwa pekerjaan bukan hanya untuk mencari uang, tetapi untuk merasa kompeten dan berharga. Ibu rumah tangga beda kebutuhannya dengan marketing dan psikolog.

Konseling merupakan pendekatan terapeutik selain psikoterapi. Ciri konseling adalah konselor mengarahkan klien. Contoh klien yang perlu pengarahan adalah pada klien dengan masalah penentuan karir/butuh bimbingan karir, memutuskan masalah terkait konflik dengan orang lain,

merasa kehilangan arah, dll. Konseling menekankan perkembangan dan pertumbuhan normal, dalam hal ini Psikolog dapat membantu memfasilitasi perkembangan ke arah yang diinginkan.

C. Kesimpulan

Prinsip dan karakteristik terapi humanistic:

1. Manusia memiliki kecenderungan alamiah ke arah perkembangan emosional yang sehat
2. Aktualisasi diri adalah kecenderungan ke arah tingkat perkemb. yg lebih kompleks dan terintegrasi
3. Determinasi diri berarti bahwa manusia memegang kendali, menyeleksi perilaku, dan mengonstruksikan realitas
4. Hubungan dengan klien merupakan aspek sentral
5. Klinisi harus tulus dan klien harus mempersepsinya seperti itu
6. Terapi menengarai dan mengurangi ketidakkongruenan antara pengalaman dan konsep diri
7. Anggapan positif tanpa syarat, pendekatan yang bersifat menerima, tidak menghakimi, supportif, empatik (terapis yang dibutuhkan)

D. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Sebutkan dan jelaskan dengan selengkap-lengkapya apa yang anda ketahui tentang teori dan terapi Gestalt

E. Daftar istilah yang penting

Psikologi transpersonal: pendekatan psikologi yang menggunakan bekerja dengan potensialitas tertinggi atau mistisme, keadaan yang lebih tinggi seperti saat melakukan meditasi, pengalaman spiritual.

KLINIS ANAK

A. Isu dalam Menangani Anak- Anak

Adapun isu yang harus diperhatikan saat klinisi berkerja menangani anak-anak antara lain: Umur sbg pertimbangan

1. Developmental Perspective (Michael Rutter)
2. Normal VS Abnormal
 - a. Keluhan: Ibu pergi, anak menangis. Maka bila anak masih berusia 8 bulan adalah normal, karena ada tugas perkembangan attachment dan objek permanen
 - b. dicurigai gangguan kecemasan berpisah.
3. Sistem diagnostik
4. Ada beberapa kasus psikopatologik dengan kriteria gangguan sama dengan dewasa (PTSD, Skizofrenia), namun tetap harus disesuaikan dengan kondisi anak (dari simptom pada umumnya)
5. Pertimbangan-pertimbangan dalam evaluasi gangguan perilaku anak:
 - a. Umur dan sex
 - b. Beberapa gejala normal pada anak-anak, lihat gejala lain yang mengikuti.
 - c. Taraf fungsi dan progresi perkembangan
 - d. Bagaimana menghadapi tuntutan lingkungan (refleksi retardasi, regresi, atau tidak lazim dalam usia perkembangannya)
 - e. Tugas perkembangan
 - f. Kaitan dengan sosialisasi
 - g. Pola perilaku apakah mengganggu tugas perkembangan, kaitan dengan kompetensi dan penyesuaian masa depan.

B. Gangguan Permanen Anak

Beberapa orangtua memiliki keyakinan, “Seiring berjalannya waktu perilaku bermasalah akan hilang”. Sebagian benar, dan sebagian lagi tidak terbukti.

3 aspek:

1. Kontinuitas psikopatologi:
 - a. Beberapa Gangguan. Perilaku masa anak-anak sebagai indikator gangguan masa dewasa (autis, skizofrenia, MR)
 - b. Individu unik: contoh gangguan Penyesuaian dan Gangguan Emosi
2. Syarat durasi tuk diagnosa psikopatologis
 - a. Tercantum di DSM-IV
 - b. Berapa lama durasi sejak kejadian ‘buruk’
3. Syarat durasi tuk intervensi
 - a. Kaitan dengan syarat untuk diagnosa

Model Pelayanan pada Penanganan Anak

1. Setting: RS, rumah, sekolah
2. Pertimbangan lingkungan faktor yang memengaruhi perilaku anak
3. Keluarga
4. Sekolah

Intervensi anak-remaja:

1. Psikoterapi individual
2. Psikoterapi Kelompok
3. Terapi Bermain
4. Terapi behavioral dan kognitif-behavioral
5. Latihan keterampilan
6. Psikofarmakologi

Intervensi orangtua:

1. Konsultasi
2. Latihan pendidikan

Intervensi keluarga:

1. Terapi keluarga
2. Dukungan pemberdayaan keluarga

Intervensi sekolah dan masyarakat:

1. Konsultasi dengan pelayanan sosial
2. Konsultasi dengan sistem hukum
3. Konsultasi dalam setting medis

2. Isu-Isu Perkembangan Anak

Tingkat perkembangan anak berpengaruh terhadap kesehatan mental anak

1. Bahasa (ekspresif, reseptif)
2. Intelegensi

Tindakan preventif: pelatihan problem solving, komunikasi, interaksi sosial perlu tapi tetap

support dari sistem keluarga diperhatikan

3. Isu- Isu Kontekstual

Menangani anak perhatikan juga:

- a. Keluarga:
 - 1. Perkawinan orangtua
 - 2. Keuangan orangtua
 - 3. Stressor orangtua
 - 4. Pola asuh orangtua
- b. Sekolah:
 - 1. Teman
 - 2. Guru
 - 3. Aturan sekolah

4. Pelayanan Kesehatan Mental Berbasis Sekolah

a. Adelman, agar fungsi sekolah efektif:

- i. Meningkatkan upaya berbasis kelas untuk memungkinkan pembelajaran
- ii. Memberi pelayanan khusus keluarga & anak yang membutuhkan
- iii. Merespon dan mencegah krisis
- iv. Beri dukungan bagi transisi
- v. Meningkatkan peran keluarga
- vi. Peran masyarakat juga diupayakan utk support sekolah

Menurut Adelman: Konsep sekolah yang baik adalah seperti one stop shopping pelayanan kesehatan berbasis sekolah

Tugas Guru & petugas kesehatan mental:

- 1. Memfasilitasi kompetensi sosial
- 2. Memantau perilaku
- 3. Memanipulasi kontingensi
- 4. Mendorong penggunaan keterampilan yang telah dipelajari

di sekolah Rekomendasi untuk Petugas Kesehatan Mental dalam menjalankan tugas:

1. Memperlajari hukum , kebijakan, prosedur untuk pendidikan
2. Upaya memahami budaya sekolah

3. Mengembangkan hubungan kerja dan pertemanan dengan guru dan staf sekolah
4. Buat jadwal reguler untuk jumpa dengan para pendidik.
5. Memberitahukan rencana penanganan dan menawarkan umpan-balik kepada guru setelah menangani anak.
6. Bersikap reseptif terhadap kekhawatiran guru tentang siswanya.
7. Membantu mengembangkan sekolah dan latihan untuk guru.
8. Lebih banyak menyediakan waktu dan banyak terlibat di sekolah.
9. Jadwal konsisten dan fleksibel dalam memberi pelayanan.
10. Fokus pada usaha pencegahan dan intervensi dini

C. Isu Etik dan Hukum

Posisi Psikolog adalah diantara anak, keluarga, negara dan profesinya. Dalam menangani anak

inform consent dibuat oleh orangtua. Terutama untuk anak yang usianya dibawah 14 tahun, hal

ini karena anak dibawah usia 14 tahun masih dianggap belum kompeten, dan orangtua secara

hukum masih wajib bertanggungjawab atas anak.

Walau klien adalah anak-anak, etika menjaga rahasia tetap harus dilakukan terutama untuk

masalah yang sensitive seperti korban pelecehan seks, anak terkena HIV sejak lahir, dll

D. Kesimpulan

Menurut Adelman: Konsep sekolah yang baik adalah seperti one stop shopping pelayanan kesehatan

berbasis sekolah: Tugas Guru & petugas kesehatan mental:

- A. Memfasilitasi kompetensi sosial
- B. Memantau perilaku
- C. Memanipulasi kontingensi
- D. Mendorong penggunaan keterampilan yang telah dipelajari di sekolah
- E. Pertimbangan-pertimbangan dalam evaluasi gangguan perilaku anak:
 1. Umur dan seks.
 2. Beberapa gejala normal pada anak-anak, lihat gejala lain yang mengikuti.
 3. Taraf fungsi dan progresi perkembangan.

4. Bagaimana menghadapi tuntutan lingkungan (refleksi retardasi, regresi, atau tidak lazim dalam usia perkembangannya)

5. Tugas perkembangan, Kaitan dengan sosialisasi dan pola perilaku apakah mengganggu tugas perkembangan, kaitan dengan kompetensi dan penyesuaian masa depan.

E. Daftar istilah yang penting

Sekolah one stop shopping: pelayanan kesehatan berbasis sekolah

MENANGANI ORANG DEWASA DAN LANSIA

A. Psikoterapi Individual

Dalam menangani klien dewasa yang perlu diperhatikan adalah tugas-tugas perkembangan dewasa. Beberapa survei dan penelitian menemukan bahwa orang dewasa yang berusia 18 – 54 tahun mengalami bentuk gangguan psikologis atau gangguan mental tertentu. Sakit mental adalah penyebab ke-2 tertinggi untuk disabilitas dan kematian dini pada banyak negara-negara industri.

Psikoterapi individual adalah proses belajar dimana profesional kesehatan mental berusaha membantu individu-individu yang memiliki gangguan mental dan masalah kesehatan mental (U.S. Surgeon General)

Definisi lain terkait dengan psikoterapi:

“Psychotherapy is a form of treatment for problems of an emotional nature in which a trained person deliberately establishes a professional relationship with a patient with the object of removing, modifying or retarding existing symptoms, of mediating disturbed patterns of behavior, and of promoting positive personality growth and development” (Wolberg, 1967)

“Psychotherapy.....is planned activity of the psychologist, the purpose of which is to accomplish changes in the individual that make his life adjustment potentially happier, more constructive, or both” (Rotter, 1971)

“Psychotherapy is a planned, emotionally charged, confiding interaction between a trained, socially sanctioned healer and a sufferer. During this interaction the healer seeks to relieve the sufferer’s distress and disability through symbolic communications, primarily, words but also sometimes bodily activities. The healer may or may not involve the patient’s relatives and others in the healing rituals. Psychotherapy also often includes helping the patient to accept and endure suffering as an inevitable aspect of life that can be used as an opportunity for personal growth” (Frank, 1982)

Banyak sekali definisi terkait dengan psikoterapi. Beberapa mengaitkannya dengan konseling,

terapi, penanganan, intervensi, konsultasi, coaching.

B. Kesehatan Mental

Kesehatan mental oleh US Surgeon General adalah kinerja fungsi mental yang sukses, yang menghasilkan kegiatan-kegiatan yang produktif, hubungan yang memuaskan dengan orang lain, dan kemampuan untuk beradaptasi dengan

perubahan dan mengatasi kesulitan, sejak masa kanak-kanak awal hingga lanjut usia. Kesehatan mental adalah batu loncatan bagi ketrampilan berpikir dan berkomunikasi, belajar, pertumbuhan emosional, ketahanan, dan self esteem.

Psikoterapi melibatkan interaksi dan pertukaran, keduanya menyiratkan pertukaran verbal dan nonverbal. Psikoterapi membutuhkan partisipasi dari orang yang mencari bantuan dan profesional yang terlatih. Tujuannya adalah kolaborasi klinisi dan klien dalam mengurangi kesulitan karena pola pikir yang maladaptif, cara merespons situasi, kesulitan emosional, kesulitan berhubungan dengan orang lain dan lingkungan. Tiga tugas esensial klinisi adalah mendengarkan, memahami isu, dan meresponsnya. Proses dalam psikoterapi haruslah menghadirkan layanan terapeutik yang meliputi respek dan kepedulian, serta interaksi karakteristik personal klien dengan klinisi.

Lalu bagaimana efektivitas dari psikoterapi? Sejumlah penelitian mencoba untuk membandingkan antara efektivitas Psikoterapi, Psikososial, dengan Psikofarmakologi. Sebagian besar menemukan bahwa psikoterapi pada dasarnya efektif. Lalu seberapa jauh psikoterapi efektif? Strupp, Hadley, dan Gomes-Schwartz (1977) bahkan menemukan kemungkinan adanya efek-efek negatif dari psikoterapi dimana ditemukan gejala yang semakin memburuk, over dependensi, kekecewaan. Pada era berikutnya digunakan pendekatan meta-analisis pada reviu terkait psikoterapi. Teknik ini awalnya menemukan berbagai kesalahan pada beberapa praktek psikoterapi. Smith, dkk (1980) menemukan bahwa sebagian besar klien yang mengikuti psikoterapi di akhir sesi terapi, kondisinya cenderung membaik. Kesimpulannya adalah psikoterapi bermanfaat dan dilihat dari banyak cara, hasilnya konsisten. Namun harus diingat bahwa hasilnya tidak permanen. Efek untuk semua penanganan hampir sama. Hasil yang baik ini tetap saja mendapatkan kritik, salah satunya dari Landman dan Dawes (1982) yang mengatakan bahwa meta analisis yang dilakukan tidak random dan cenderung melakukan kategorisasi masalah, konteks tidak komparabel, populasi, terapis, dan keadaan yang tidak seragam. Goldfried, Greenberg, dan Marmar (1990) menyimpulkan bahwa pendekatan psikoterapi sangat bergantung pada gangguan psikologis yang dihapai. Beda gangguan akan membutuhkan pendekatan yang berbeda.

Hasil di atas merupakan tonggak Kehadiran manual standar. Setelah beberapa periode penggunaan manual standar, beberapa kritikan yang muncul adalah setting membuat manual dan keadaan lapangan yang sesungguhnya terkadang berbeda, dan

komorbiditas diagnostik. Beberapa penelitian juga membandingkan antara efektivitas psikoterapi dengan terapi obat, yang menyimpulkan hubungan yang saling mengisi antara terapi dengan obat. Survei kepuasan konsumen terhadap psikoterapi menemukan bahwa kompetensi terapis, gelar, pilihan terapi dan lamanya terapi menjadi indikator dalam menentukan tingkat kepuasan klien terhadap psikoterapi.

Keberhasilan terapi juga sangat ditentukan oleh karakteristik klien. Klien yang berhasil adalah

klien yang tekun dan memiliki usaha yang keras untuk sembuh. Terapis yang berhasil adalah

yang memiliki beberapa karakteristik utama di bawah ini:

1. Kompetensi, pengalaman, dan sikap.
 - a. Anggapan positif tanpa syarat.
 - b. Menganggap masalah klien benar-benar nyata.
 - c. Pemahaman bahwa klien menganggap dunianya nyata.
 - d. Yakin mampu membantu klien.
 - e. Bertanggung jawab.
 - f. Terapis juga manusia.
 - g. Keinginan menolong.
 - h. Memberikan penyelasan singkat yang mendorong insight.
2. Umur, jenis kelamin, dan etnis.

C. Psikoterapi Kelompok

Karakteristik kelompok adalah form, storm, norms, performs, adjouns. Faktor-faktor kuratif dalam psikoterapi kelompok menurut Yalom (1975) adalah:

1. Imparting information.

Psikoterapi kelompok memungkinkan setiap anggota kelompok untuk saling bertukar informasi yang penting satu dengan yang lain.

2. Instilling hope.

Psikoterapi kelompok memunculkan harapan pada masing-masing individu di dalam kelompok bahwa gejala atau masalah yang mereka hadapi bisa terselesaikan.

3. Universality.

Melalui psikoterapi kelompok, setiap anggota memahami bahwa masalah yang mereka hadapi bersifat umum dan bisa dirasakan oleh siapa saja, tidak hanya dirinya sendiri.

4. Altruism.

Psikoterapi kelompok memunculkan sifat dan kebiasaan saling menolong antar sesama anggota kelompok.

5. Interpersonal learning.

Memungkinkan pembelajaran interpersonal bagi para anggotanya.

6. Imitative behavior.

Muncul perilaku meniru keberhasilan anggota kelompok yang lain, yang kemudian diterapkan untuk dirinya.

7. Corrective recapitulation of the primary family.

Perasaan satu keluarga dan berkembang melalui feedback yang diberikan.

8. Catharsis.

Media katarsis dan mencurahkan seluruh perasaan dan pemikiran di dalam kelompok.

9. Group cohesiveness.

Memunculkan kohesivitas di dalam kelompok.

Tugas terapi dalam psikoterapi kelompok adalah memfasilitasi pembentukan norma kelompok,

memastikan bahwa interaksi bersifat here and now, tidak menawarkan resep atau saran, menciptakan banyak group process comments. Ragamnya dari psikoterapi kelompok adalah

psikodrama dan bermain peran, cognitive-behavioral structured learning group, self help group.

Beberapa pendekatan dalam psikoterapi:

1. Psychoanalytic Group Therapy
 - a. Slavson's Analytic Group Psychotherapy.
 - b. Terapi psikoanalisis yang dibawa ke setting kelompok.
 - c. Kelompok menjadi alat bagi individu untuk mengekspresikan dan memahami cara kerja dorongan ketidaksadaran, defense, dan juga mencapai level of adjustment.
 - d. Wolf (1975) psikoanalisis bisa dilakukan dalam setting individu maupun kelompok. Kelompok terdiri dari 8 – 10 orang, 90 menit, 3 x seminggu.
2. Psychodrama
 - a. Tokohnya adalah Moreno.
 - b. Act out roles. Bermain peran menjadi diri sendiri ataupun orang lain.
 - c. Event past ataupun yang akan datang.
 - d. Media katarsis, spontanitas, insight, dan self – understanding.
 - e. Komponennya: pasien, stage, sutradara, auxiliary egos, dan audience.
3. Transactional Analysis
 - a. Tokohnya adalah Eric Berne (1961)
 - b. Ego states: Parent – Adult – Child.
 - c. Positif – Negatif.
 - d. Keuntungan: action – oriented approach, present focus, aura responsibility, belajar memilih options.
 - e. Kelemahan: permasalahan itu kompleks tidak sesederhana games pada TA, sedikit riset.
4. Gestalt Group
 - a. Tokohnya adalah Fritz Perls.
 - b. Kesadaran “now” dan apresiasi terhadap self.
 - c. Hot seat approach.
 - d. Roleplaying, reporting dreams, dialog dengan pasien.
 - e. Efektivitasnya sulit diukur: prosedur, riset yang terbatas, pengukuran emosi.
5. Behaviour Therapy Group
 - a. Efisien.
 - b. Menjalankan desensitization, latihan relaxation, mengatasi kecemasan dalam setting kelompok.

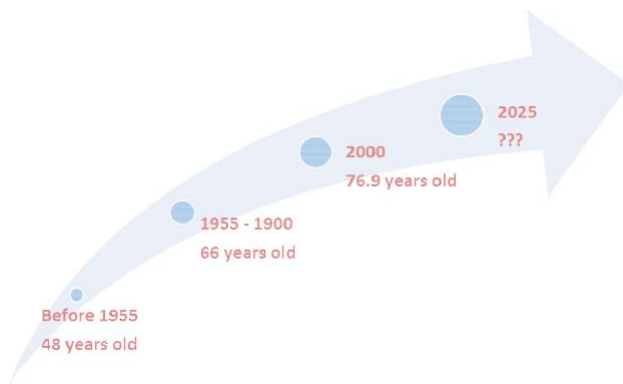
- c. Training asertifitas direct teaching, cooperative problem solving, honesty, dan acceptance dari anggota kelompok.

Bagaimana dengan arrangement atau pengaturan dalam psikoterapi kelompok:

- a. Terdiri dari 5 – 10 orang/ pasien.
- b. Seminggu sekali, 90 menit – 2 jam per sesi.
- c. Duduk melingkar atau mengelilingi meja.
- d. Komposisi beragam homogen atau heterogen.
- e. Ada sesi individu di luar sesi kelompok.
- f. Ada leader atau tidak ada leader.
- g. Bagaimana dengan kehadiran co – terapi.
- h. Open group, Closed group.
- i. Isu kerahasiaan.

D. Menangani Lansia

Tren dalam usia harapan hidup mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.



Kenapa peningkatan ini bisa terjadi salah satunya adalah karena adanya peningkatan dalam

fasilitas, infrastruktur, dan layanan kesehatan di Indonesia. Di sisi lain peningkatan usia harapan

hidup membawa dampak bagi meningkatnya old dependency ratio. Bagaimana dengan di Bali?

1. Lima besar provinsi dengan proporsi lansia tertinggi di Indonesia (DIY, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, dan Sulut).
2. Usia harapan hidup lebih tinggi daripada usia harapan hidup penduduk Indonesia.
3. Lebih banyak di pedesaan dan perempuan.
4. Rata-rata life skill masih bagus dan beberapa bekerja pada sektor-sektor informal.

Karakteristik lansia adalah sebagai berikut:

1. Paradigma Lama
 - a. Penurunan fungsi motorik dan fisik.
 - b. Penurunan fungsi inderawi dan kognitif.
 - c. Penurunan fungsi sosial.
2. Paradigma Baru

a. Successful aging dan active aging.

Seorang geropsikologi sebaiknya menguasai hal-hal di bawah ini:

1. Penelitian dan teori tentang penuaan.
2. Psikologi kognitif dan perubahan.
3. Aspek sosial psikologis penuaan.
4. Aspek biologis penuaan.
5. Psikopatologi dan penuaan.
6. Masalah kehidupan sehari-hari.
7. Faktor sosiokultural dan sosioekonomi.
8. Isu khusus dalam asesmen lansia.
9. Penanganan lansia.
10. Pencegahan dan pelayanan intervensi krisis pada lansia.
11. Konsultasi.
12. Interface dengan disiplin lainnya.
13. Isu-isu etik khusus.

Masalah-masalah psikologis pada lansia adalah sebagian besar berupa depresi, kecemasan, dan dementia. Masalah lainnya berkaitan dengan masalah kesehatan, penganiayaan lansia, seperti penganiayaan fisik, finansial, HAM, process right, dan penganiayaan psikologis. Masalah lainnya berupa masalah seksual dan isu yang berkaitan dengan kematian.



Gb 3. Grieving Process Kubler Ross

Inervensi psikologis pada lansia yang meliputi asesmen dan terapi hendaknya dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa modifikasi dan juga praktek lintas profesi.

E. Latihan soal mandiri

1. Apa yang dimaksud dengan psikoterapi kelompok?
2. Apa bedanya psikoterapi individual dengan psikoterapi kelompok?
3. Jelaskan satu pendekatan dalam psikoterapi kelompok.

F. Daftar istilah yang penting

Kesehatan mental, psikoterapi kelompok, lansia, dewasa.

TERAPI KELUARGA DAN PASANGAN

A. Terapi Keluarga

Orangtua datang ke sesi terapi biasanya terkait dengan permasalahan anak yang mereka hadapi.

Pada kebanyakan kasus biasanya akan ditemukan isu-isu yang awalnya tampak tidak berhubungan.

Menjadi penting untuk diingat bahwa terapi keluarga sebaiknya tidak dijalankan ketika tampak adanya dampak yang merugikan. Terapi keluarga juga sebaiknya dijalankan dengan

mempertimbangkan perubahan sosial dan budaya dalam suatu tempat. Tokoh pertaman yang mencetuskan konsep terapi keluarga adalah Ackerman. Pasien yang datang ke psikoterapis bisa dilihat sebagai wakil dari sebuah keluarga yang 'sakit'. Pada tahun 1950 banyak ditemukan isu-isu

klinis dalam setting keluarga atau pasangan. Tokoh yang kemudian secara langsung mengemukakan pendekatan terkait dengan terapi keluarga adalah Bateson. Pada tahun 1970 terapi keluarga mengalami pertumbuhan yang cepat dikarenakan tiga alasan, yakni psikodinamika tradisional tidak

menghasilkan hal yang inovatif, adanya kesadaran akan konsep sistem, dan semakin banyak jumlah

anak yang bermasalah yang melibatkan orangtua. Terapi ini memegang teguh konsep bahwa tugas

keluarga dibedakan oleh zaman dan waktu. Tujuan masyarakat, keluarga, dan individu haruslah

selaras.

Beberapa konsep dan prinsip dasar dalam terapi keluarga adalah:

1. Homeostasis.
2. Feedback loops positif dan negatif.
3. Sistem keluarga adalah kumpulan dari subsistem:
 - a. Spousal.
 - b. Parental.
 - c. Sibling.
4. Boundaries/batasan
 - a. Fleksibel.
 - b. Rigid.
 - c. Semi permiabel.

Jenis-jenis terapi keluarga:

1. Bowenian/ Transgenerasional.
 - a. Unit yang tergantung secara emosional.

- b. Pola-pola perilaku yang terbentuk seiring dengan berjalannya waktu.
- c. Diulang kembali antar generasi.
- d. Dua tujuan utama:
 - i. Mengurangi tingkat kecemasan keluarga secara keseluruhan.
 - ii. Respon emosional yang lebih efektif.
- e. Terapis bisa berhadapan dengan pasangan, seluruh keluarga, seorang individu dalam keluarga, atau konfigurasi dari anggota keluarga yang diyakini bisa berubah.

- f. Keberhasilan terapis: menangani keluarga dan tidak terjerat secara emosional.
2. Satir/ Komunikasi
 - a. Kenaikan self-esteem sistem interpersonal keluarga.
 - b. Keterkaitan self-esteem dengan komunikasi.
 - c. Peran anggota keluarga memengaruhi fungsi keluarga melalui pengaruh yang diberikan pada aturan, proses komunikasi, dan respon terhadap stress.
 - d. Tujuan meningkatkan kematangan keluarga menciptakan harapan, memperkuat coping, berdaya dalam hal menentukan pilihan dan tanggung jawab, memperbaiki kesehatan anggota dan sistem keluarga.
 3. Eksperiensial
 - a. Here-now.
 - b. Perebutan otonomi dan interpersonal.
 - c. Tugas klinisi:
 - i. Mendorong here-now.
 - ii. Mendorong untuk berinteraksi ataukah otonomi.
 4. Milan
 - a. Interaksi resiprokal yang berkelanjutan.
 - b. Perubahan stimulasi perubahan kognisi, persepsi, atribusi, makna-makna yang disimpulkan.
 - c. Konstruktivitas dan Naratif.
 - d. Berfokus solusi setiap keluarga memiliki kompetensi dan kekuatan.
 - e. Strategik fokus pada teknik bukan teori. Haley (1987), lima tahapan:
 - i. Tahap Sosial.
 - ii. Tahap Masalah.
 - iii. Tahap Interaksi.
 - iv. Tahap Penetapan Tujuan.
 - v. Tahap Penetapan Tugas.
 5. Struktural
 - a. Proses dibandingkan dengan isi.
 - b. Subsystem, batasan, koalisi, dan cara-cara habitual.
 - c. Hierarki wewenang dan pengambilan keputusan.
 - d. Ekspektasi mutualistik.
 - e. Mengubah struktur sistemik yang menjadi penyebab masalah.
 - f. Proses intervensi:
 - i. Terapi bergabung.
 - ii. Diagnosis struktural.
 - iii. Intervensi untuk restrukturisasi.

Jenis terapi keluarga lainnya adalah Behavioral dan Kognitif- Behavioral serta Psikodinamik dan relasi

objek.

Efektivitas terapi keluarga dinilai dari daya tarik intuitif, bukan berdasarkan penelitian empiris. Dilakukan melalui Meta-analisis dengan 20 studi empiris. Gurman, dkk : konsep-konsep sentral belum dioperasionalisasikan dengan jelas. Piercy, Sprenkle, dan Wetchler (1996) efektif untuk psikotik dalam hal kepatuhan minum obat dan psikososial keluarga. Terapi keluarga angka

kekambuhannya 17%, individual angka kekambuhan 83%. Bidang lain yang efektif dengan pendekatan terapi keluarga adalah penyalahgunaan napza, permasalahan remaja.

B. Terapi Pasangan

Terapi bagi pasangan menjadi sebuah pendekatan yang terisah dari terapi keluarga. Disebut juga dengan terapi perkawinan, namun akhir-akhir ini juga berkembang bagi bentuk committed relationship lainnya. Dalam terapi ini biasanya akan dibicarakan masalah-masalah yang terkait dengan keuangan, kepuasan seksual, pembagian pekerjaan RT, otonomi, isu parenting, kesulitan komunikasi, perselingkuhan, negosiasi.

Konflik di dalam pernikahan sangat berhubungan dengan kepuasan pernikahan. Hubungan yang terjadi biasanya berbentuk kurva normal. Terlalu banyak atau sedikit konflik justru akan mengurangi kepuasan pernikahan, sebaliknya konflik tetap diperlukan dalam batasan tertentu agar kepuasan pernikahan meningkat. Untuk itu isu yang terpenting adalah, bukan bagaimana menghindari konflik, tetapi bagaimana cara mengatasi konflik secara sehat.

Jenis-jenis terapi pasangan:

1. Behavioral Couple Therapy (BCT)
 - a. Fungsi reward, punishment, dan kepuasan pernikahan.
2. Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT)
 - a. Menantang asumsi.
 - b. Menantang kemutlakan.
 - c. Menantang berbagai atribusi.
 - d. Menantang ekspektasi.
 - e. Menantang prediksi.
 - f. Bagaimana kognisi mempengaruhi perilaku dan perasaan, serta interaksi hubungan.
3. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)
 - a. Attachment theory fungsi relasional.
 - b. Memunculkan insight dengan kemampuan mengkomunikasi emosi primer.

Efektivitas dari terapi pasangan tidak selalu sama antar kasus. Pada pasangan yang sudah sama sekali tidak serasi atau menemukan kecocokan, biasanya terapi

pasangan menjadi tidak berdaya guna. Secara umum 65% kasus dengan pendekatan terapi pasangan menemukan hasil yang

positif. Dari hasil sukses terbut, 33% - 44% diantaranya mampu memindahkan pasangan dari kondisi stress ke nondistress. Terapi BCT memberikan efek 6 bulan, dan terapi yang berfokus pada melahirkan insight memberikan efek 4 tahun.

Beberapa program prevensi yang dikembangkan untuk pasangan adalah antara lain psikoedukasi, program jasmani (khususnya bagi kasus-kasus seksualitas), dan ketrampilan serta praktek. Target dari program ini adalah meningkatkan ketrampilan komunikasi, pembagian tugas RT, perencanaan keuangan, parenting, dan manajemen stress. Program prevensi menjadi pilihan yang tepat dikarenakan biaya yang lebih murah, minimalis, memiliki banyak kegunaan. Di masa yang akan datang, program prevensi akan lebih menitikberatkan pada pengenalan akan sifat defensif, ancaman yang mungkin membangkitkan sifat defensif, dan sifat hubungan pasangan yang dinamis sehingga selalu diperlukan ketrampilan baru.

C. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Jelaskan satu pendekatan dalam terapi keluarga.
2. Apa yang dimaksud dengan terapi pasangan.

D. Daftar istilah yang penting

Bonding, struktur keluarga, satir.

BIDANG TERAPAN PSIKOLOGI KLINIS

A. Psikologi Kesehatan

Sejarahnya diawali pada tahun 1950, yang merupakan gabungan antara Psychosomatic Medicine: rekognisi psikoanalitik terhadap hubungan emosi dengan tubuh dengan Behavioral Medicine: hubungan antara pikiran dan tubuh melalui konsep-konsep classical dan operant conditioning. Pada tahun 1980, istilah health psychology muncul.

Konsep sehat dalam psikologi mencakup definisi negatif dan positif. Definisi negatif menyangkut ketiadaan tanda-tanda atau gejala-gejala objektif dan subjektif dari keadaan sakit, penyakit, malfungsi, ataupun cedera badaniah. Definisi positif menyangkut keberadaan kesejahteraan, kekuatan dalam tubuh dan pikiran, kualitas hidup yang baik, dan kebiasaan-kebiasaan yang mendukung kesehatan. Kontinum bergerak dari kondisi kematian menuju kesehatan optimal. Sehat dan sakit pada dasarnya bukan entitas yang tegas. Persepsi terhadap diri sendiri dan kemampuan menjadi hal yang penting dalam konteks ini. Faktor subjektif dan gaya hidup berperan. Secara sederhana psikologi kesehatan adalah studi tentang yang dilakukan orang untuk menjadi dan untuk tetap sehat, dalam kondisi seperti apa mereka menjadi sakit, dan apa yang dilakukan ketika mereka sakit.

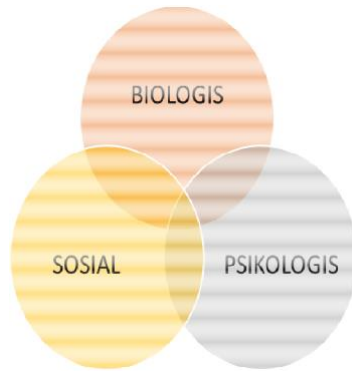
Gaya hidup membawa perubahan tren dalam dunia kesehatan. Perspektifnya tidak lagi hanya kuratif, namun juga saat ini lebih menitikberatkan pada usaha preventif. Adopsi gaya hidup sehat menjadi sangat perlu. Survei menemukan bahwa akhir abad 20 dan abad 21, penyebab kematian lebih banyak berkaitan dengan pilihan-pilihan pribadi, gaya hidup, dan sosial.

Model Biomedis

Model ini mengabaikan peran sosial dan psikologis lebih berfokus pada teori-teori terkait sel yang terganggu dan ketidakseimbangan kimiawi. Cirinya adalah dualisme pikiran dan tubuh. Eksklusif pada penyakit tanpa memberikan perhatian pada upaya peningkatan promosi kesehatan atau pencegahan.

Model Biopsikososial

Penekanannya mencakup tiga hal, yakni keadaan sehat dan sakit, pemulihan dan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahannya, serta keterkaitan antara hubungan biologis, psikologis, dan sosial



Gb. 4. Model Biopsikososial

Model ini sangat percaya bahwa kondisi sehat dan sakit sangat dipengaruhi oleh baik kondisi genetik maupun lingkungan. Pandangan ini kemudian melahirkan berbagai penelitian yang melihat hubungan antara stres, dukungan sosial, dan juga coping. Diatesis – stres: individu memiliki predisposisi untuk mengembangkan gangguan, namun gangguan aktual hanya akan termanifestasi bila individu mengalami stres yang kuat, berkelanjutan, dan tidak memiliki cara untuk mengatasinya. Penting untuk diperhatikan hubungan antara individu dengan masyarakat, bukan hanya individu yang bersangkutan.

Beberapa tes psikologi yang digunakan dalam bidang psikologi kesehatan adalah:

1. Friedman dan Rosenman (1974) yang mengukur kepribadian Tipe A dan Tipe B.
2. The- 90 items Symptom Checklist (SCL-90), melihat psikopatologi pada pasien-pasien rawat jalan psikiatrik maupun medik.
3. Millon Behavioral Health Inventory (MBHI), biasanya digunakan untuk melihat gaya pribadi, interaksi dengan profesional kesehatan, stresor psikososial utama, dan berbagai kemungkinan respon terhadap penyakit.
4. Multidimensional Health Locus of Control (MHLC), mencakup health externals dan health internals.
5. Structure interview dan self-monitoring reports yang sering digunakan bagi kasus-kasus pain management, gangguan tidur, dan berat badan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan psikologi kesehatan adalah:

1. Biasanya dokter membawa rujukan ke psikolog dengan beberapa pertimbangan:
 - a. Tidak ada bukti fisik atas keluhan pasien.
 - b. Adanya stresor kehidupan.
 - c. Masalah kepatuhan terhadap aturan medis.
 - d. Tidak adanya kecocokan kepribadian.

Empat hal ini kemudian perlu untuk diteliti lebih lanjut oleh psikolog dalam proses

penanganannya.

2. Sayangnya pergi ke Psikolog berkonotasi negative, pasien merasa ketika dirujuk ke psikolog, itu berarti:
 - a. Dokter tidak percaya bahwa kondisinya benar-benar ada.
 - b. Pasien tidak sehat secara psikologis.
 - c. Melempar masalah.
3. Tuga psikolog dalam bidang psikologi kesehatan kemudian adalah menegaskan akan bedanya coping vs curing, self responsibility vs other responsibility for treatment.
4. Isu kepatuhan. Ada dua alasan utama pasien tidak patuh, yakni
 - a. Karakteristik aturan pemakaian.
 - i. Mengubah kebiasaan.
 - ii. Aturan pemakaian obat.
 - iii. Pengeluaran dan efek samping.
 - iv. Jangka panjang dan mahal.
 - b. Karakteristik individual.
 - i. Usia.
 - ii. Tidak paham.
 - iii. Gender dan sosiokultural

Variabel yang mendorong kepatuhan: dukungan sosial, optimistik pasien, dan bagaimana nasihat medis diberikan

Beberapa prosedur penanganan psikologis dalam bidang psikologi kesehatan adalah self monitoring, bio-feedback, relaksasi (diaphragmatic (deep breathing), progressive muscle relaxation, cue-controlled relaxation, imagery), dan edukasi. Usaha preventif dalam psikologi kesehatan, mencakup pencegahan primer, sekunder, dan tertier.

B. Neuropsikologi

Bagian psikologi terapan yang berhubungan dengan bagaimana perilaku dipengaruhi oleh cedera dan disfungsi otak. Perbedaan antara neurologist dengan neuropsychologist adalah pada latar belakang ilmu dan keluasan penanganannya. Temuan yang berperan dalam bidang neuropsikologi adalah temuan Galen, Paul Broca, dan Pineas Gage.

Konsep Neuroanatomi dasar:

1. Sistem Saraf:

a. CNS : Otak dan sumsum tulang belakang

- b. PNS : Sistem saraf somatik dan otonom.
 - c. Sistem saraf otonom: simpatik dan parasimpatik.
2. Batang Otak:
 - a. Otak terdiri atas dua hemisfer dan batang otak
 - b. Cerebellum
 - c. Mensefalon.
 - d. Talamus dan hipotalamus.
 3. Nuklei kortikal dan subkortikal:
 - a. Sistem limbik, amigdala, dan bangsal ganglia.
 4. Korteks:
 - a. Oksipital, temporal, parietal, frontal
 - b. Otak Kanan dan Kiri

Beberapa assessmen yang sering digunakan dalam neuropsikologi adalah:

1. Neuroimaging.
2. Batere Tes-Reitan: Halstead and Reitan:
 - a. Level of performance, pattern of performance, right-left comparisons, pathognomonic signs
3. Batere yang lain: WAIS, WISC, Luria Nebraska, Lezak.
4. Fixed Battery dan Flexible Battery.

C. Psikofarmakologi

Studi tentang obat-obatan yang mengubah aktivitas-aktivitas yang dikontrol oleh sistem saraf. Diistilahkan dengan psychotropic pharmaceutical. Yang berperan adalah neurotransmitter. Konsep neortransmisi dimana proses elektrokimiawi, mekanisme yang digunakan sistem saraf untuk berkomunikasi. Beberapa gangguan psikologis terkait dengan perubahan aktivitas atau level neurotransmitter yang abnormal. Interaksi neuron pada dasarnya berada di sinaps. Reseptor adalah bagian neuron dimana neurotransmitter terikat dan menghasilkan efek. Konsep obat adalah mengikat reseptor.

Obat dapat memblokir atau mempercepat sintesis neurotransmitter, memblokir atau mempercepat reuptake neurotransmitter, mempertinggi pelepasan messenger, dan memblokir atau mempercepat penguraian enzimatik dari neurotransmitter. Obat dapat bersifat agonis atau antagonis. Tipe neurotransmitter dapat berupa norepinefrin, dopamine, serotonin, asetikolin dan GABA. Sistemnya:

Adregenerik/dopaminergik

- a. Secara generik: semua struktur atau nuklei yang berhubungan dengan produksi norepinefrin, epinefrin, atau dopamin.
- b. Implikasinya pada gangguan afektif dan iregularitas gerakan.
- c. Parkinson deases bekerja obat bersifat agonis.
- d. Skizofrenia bekerja obatnya antagonis.
- e. Depresi berkaitan dengan katekolamin dalam sistem dopamin .
- f. Tiga tipe obat antidepresan adalah MAOI, antidepresan trisiklik, antidepresan atipikal.

Kolinergik

- a. Basal forebrain termasuk hipokampus dan amigdala.
- b. Implikasi pada ingatan.
- c. Tingkat asetikolin yang minimal penyakit Alzheimer (neurodegeneratif progresif)
- d. Level asetikolin dinaikan dengan menghambat enzim asetil kolinesterase yang destruktif.

Serotonergik

- a. Serotonin merupakan hasil sintesis asam amino dan triptofan yang disimpan di batang otak.
- b. Serotonin berperan dalam tidur, selera makan, ingatan, belajar, pengaturan suhu badan, perilaku seksual, dan depresi.

GABA

- a. Epilepsi dan seizure.
- b. Multiple sclerosis.
- c. Gangguan kecemasan

Efektivitas dari psikofarmakologi sangat tergantung pada tipe spesifik patologi yang ditangani oleh obat dan konsep perbedaan individual.

D. Psikologi Forensik

Penanganan dalam psikologi forensik mencakup hukum kriminal, hukum sipil, dan hukum administratif. Tiga fase dalam psikologi forensik adalah investigatif, ajudikatif, dan preventif.

Fase investigatif

Menurut Reese (1987), bantuan psikologi dalam kepolisian dimulai pada tahun 1968. Pertama kali di Los Angeles. Bentuk criminal profiling yang pertama dan paling tua, dilakukan oleh Kerajaan Inggris, dikenal dengan Smallest Space Analysis (SSA), yang berguna untuk melihat tema perilaku, karakteristik area, dan person. Berbeda dengan criminal profiling, otopsi psikologi diistilahkan dengan equivocal death analysis. Ebert (1987) menekankan pentingnya pengumpulan informasi multisumber dalam otopsi. Istilah yang digunakan Annon (1995) adalah pengumpulan evidence of intent dan degree of lethality. Annon menambahkan bahwa possibility of accidental death juga harus diperhitungkan.

Dalam fase investigatif, dikenal juga pemakaian wawancara. Wawancara yang digunakan bisa berupa wawancara kognitif, maupun hipnotik. Tantangan terbesar penggunaan wawancara adalah pada subyek anak-anak, terutama pada kasus-kasus pelecehan seksual yang sangat riskan dalam memunculkan trauma pada anak. Wawancara juga sangat bias kebohongan. Beberapa indikator kebohongan yang dapat dideteksi dalam wawancara adalah gerakan tubuh berlebihan, ekspresi verbal, dan konsekuensi fisiologis. Alat pendeteksi kebohongan yang kerap digunakan adalah Poligraf, Reid Technique of Interviewing and Interrogation, dan Criteria-Based Content Analysis (CBCA). Kritik terhadap alat-alat ini adalah hasilnya yang lebih fokus pada kecemasan, mengabaikan observasi pada perilaku spesifik individual, dan kurang fokus pada petunjuk yang lebih sulit dikontrol.

Fase investigatif juga membahas terkait dengan pengakuan bersalah palsu yang diberikan oleh tersangka. Bentuk dari pengakuan bersalah adalah:

1. Voluntary false confession, pengakuan bersalah tanpa paksaan dengan tujuan untuk melindungi orang lain atau pelaku yang sesungguhnya.
2. Coerced compliant false confession, pengakuan bersalah karena paksaan karena adanya hubungan transaksional dengan pelaku yang sebenarnya.
3. Coerced internalized false confession, yang memberikan pengakuan tidak menyadari bahwa sebenarnya ia tidak bersalah.

Identifikasi saksi mata menjadi proses investigatif yang kemudian banyak disoroti oleh peneliti. Mekanisme saksi mata ada dua, yakni Lineups (beberapa orang berbaris dan

saksi diminta untuk menunjuk yang serupa pelaku) atau showups (dimunculkan satu persatu).

Fase Ajudikatif

Seting peradilan mementingkan perspektif fungsional bukan klinis sehingga ssesmen kompetensi mental, lebih ditujukan kepada kesanggupan dalam menjalani persidangan. Beberapa kriterianya adalah:

1. Memiliki kemampuan untuk berfungsi pada proses.
2. Status saat ini bukan saat kejadian.
3. Tertuduh mau berpartisipasi dalam persidangan.
4. Memahami proses persidangan.
5. Adanya gangguan mental tidak otomatis meniadakan kompetensi.

Selain itu adalah kondisi mental saat kejadian. Melton, dkk (1997) menyatakan ada enam ciri yang dapat mengurangi tanggung jawab atas perbuatan atau tindak kriminal, yakni automatism, diminished capacity, character defense, affirmative defense, substance use, dan insanity. M'Naghten menyatakan bahwa terdakwa tidak dapat dianggap bertanggung jawab atas tindakannya bila mereka "bertindak dalam keadaan seperti cacat akal, akibat penyakit pikiran, dan tidak tahu sifat dan kualitas tindakan yang dilakukannya; atau kalau pun tahu, ia tidak tahu bahwa yang dilakukannya itu salah" disebut dengan irresistible impuls. ALI menyatakan imcompetence adalah hasil dari mental defect, Lack of capacity untuk mengapresiasi tindakan kriminalitasnya dan patuh dengan persyaratan hukum yang berlaku. Lima bentuk bukti hendaya adalah intoksikasi substansi, kehilangan kontrol sadar atas perilaku, cacat kognitif signifikan, hendaya volitional, aspek-aspek kriminal yang tidak biasa yang seringkali berkaitan dengan psikosis.

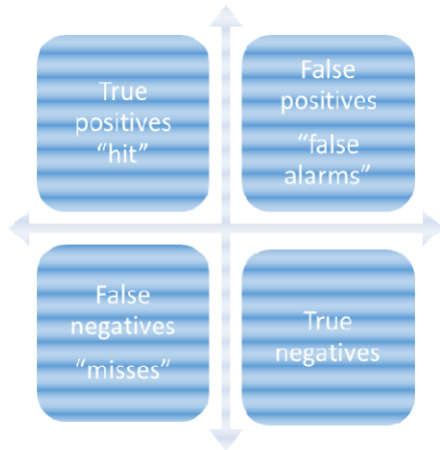
Kasus lainnya adalah asesmen terhadap cedera atau disabilitas mental dimana termasuk di dalam peradilan sipil bukan pidana. Tergugat memiliki kewajiban hukum terhadap penggugat. Dalam hal tergugat melanggar kewajibannya. Cedera mental terjadi akibat dari pelanggaran. Melton, dkk (1997), mengungkap tiga kriteria utama, yakni:

- Cedera harus dapat verifikasi.
- Tingkat penyebab harus dapat ditetapkan.
- Karyawan menderita akibat dari pengaruh negatif cedera mental.

Kasus lainnya adalah hak asuh anak.

Fase Preventif

Berbagai penelitian dikembangkan untuk melihat kesalahan-kesalahan prediksi dalam peradilan, seperti pada gambar di bawah ini.



Gb. 5. Diagram Prediksi Peradilan

Program-program preventif lainnya mencakup program pencegahan kekerasan di sekolah, kekerasan di tempat kerja, terorisme, penganiayaan dan pelecehan seksual terhadap anak, dan pencegahan terhadap tindak kejahatan.

Yang perlu diperhatikan dalam psikologi forensik adalah:

1. Siapa kliennya?
2. Adversarial dan konfrontasional. Sejauh mana peran psikolog dalam peradilan.
3. Kesaksian ahli psikologi forensik sebaiknya bersifat:
 - a. Komprehensif.
 - b. Terbatas pada opini yang didukung fakta empiris.
 - c. Sebatas pada bidang keahlian dan pelatihan yang dimiliki.
4. Psikologi belum diterima sepenuhnya dalam lembaga peradilan.

E. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Ceritakan sejarah berdirinya psikologi kesehatan.
2. Apa yang dimaksud dengan psikologi forensik?

F. Daftar istilah yang penting

Psikologi kesehatan, psikoneuroimunologi, psikologi forensik.

PROGRAM PREVENTIF

A. Sejarah

John F. Kennedy menyatakan prevensi melibatkan program-program terseleksi, dan upaya secara umum untuk memperkuat berbagai program komunitas, kesejahteraan sosial dan pendidikan fundamental kita yang dapat berbuat banyak untuk mengeliminasi/mengoreksi kondisi lingkungan yang keras, yang sering dikaitkan dg Retardasi Mental dan penyakit mental. Setelah tahu penyebab masalah maka langkah berikutnya adalah menyusun program prevensi.

1909	Pendirian Mental Health Association, yang sekarang dikenal sebagai National Mental Health Association (NMHA), sebuah organisasi advokasi untuk prevensi dan promosi kesehatan.	1965	Community Mental Health Center Act mewajibkan pelayanan prevensi di lembaga yang dibiayai pemerintah federal—undang-undang federal pertama yang mewajibkan pelayanan prevensi.
1910	Pertemuan publik tentang "Prevention of Insanity" yang diselenggarakan di New York City.	1969	Joint Commission on Mental Health of Children menemukan jutaan anak yang membutuhkan pelayanan atau berisiko.
1920	Pembentukan National Committee for Mental Hygiene, yang difokuskan pada bimbingan anak dan gerakan higiene mental, yang berkomitmen pada prevensi dan pemberdayaan lokal.	1975	First Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology.
1930	White House Conference on Child Health and Protection—difokuskan pada faktor-faktor sosial/lingkungan.	1976	NIMH meluncurkan <i>Primary Prevention: An Idea Whose Time Has Come</i> .
1946	Pelolosan National Mental Health Act; pembentukan National Institute of Mental Health (NIMH).	1978	President's Commission on Mental Health menemukan bahwa upaya-upaya prevensi yang ada tidak terkoordinasi, tidak terstruktur, kurang diapresiasi, dan kurang didanai.
1948	World Federation for Mental Health terbentuk; prevensi termasuk mandatnya.	1979	Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA) Conference yang pertama.
1954	Laboratory of Community Psychiatry dari Harvard School of Mental Health membentuk program konsultasi kesehatan mental berorientasi-prevensi yang pertama.	1980	Public Health Service Act diamandemenkan—menekankan pada pencegahan gangguan mental.
1961	<i>Action for Mental Health</i> yang diluncurkan oleh Joint Commission on Mental Illness and Health.	1980	National Institute on Drug Abuse (NIDA) mendirikan sebuah Prevention Research Branch.
1963	Presiden John F. Kennedy berpidato tentang prevensi di depan Kongres.	1981	Omnibus Budget Reconciliation Act menghasilkan <i>block grant</i> negara bagian dan pengurangan pendanaan.
		1982	Pembentukan Center for Prevention Research di

Boks 14-1 Peristiwa-Peristiwa Penting di Bidang Prevensi di Amerika Serikat (Sambungan)			
	NIMH.		<i>Disorders: A National Research Agenda.</i>
1983	Prevention Intervention Research Center (PIRC) pertama yang disponsori NIMH.	1994	IOM meluncurkan <i>Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Prevention Intervention Research.</i>
1984	Office of Substance Abuse Prevention (OSAP) terbentuk.	1995	NIMH meluncurkan <i>The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda.</i>
1986	NMHA meluncurkan laporan Commission on Prevention of Mental-Emotional Disability, <i>The Prevention of Mental-Emotional Disabilities.</i>	1997	NIMH mereorganisasikan program-program pendanaannya—menekankan pada model kesehatan publik dalam penelitian pelayanan kesehatan mental.
1987	NIMH menerbitkan <i>Preventing Mental Disorders: A Research Perspective.</i>	1998	NIMH meluncurkan <i>Priorities for Prevention Research at NIMH.</i>
1988	American Psychological Association menerbitkan <i>Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook of Practitioners</i> (Price dan kawan-kawan).	1999	White House Conference on Mental Health yang digelar untuk pertama kalinya.
1990	American Psychiatric Association dan American Academy of Child and Adolescent Psychiatry masing-masing meluncurkan reviu tentang pencegahan berbagai masalah psikiatrik.	1999	NIMH mensponsori studi prevalensi 5-tahun masalah-masalah kesehatan mental Harvard University.
1992	Reorganisasi NIMH, NIAA, dan NIDA, dan menempatkannya di bawah NIH.	2000	Prakarsa Kesehatan Mental Dunia tahun 2000 dari Badan Kesehatan Dunia (WHO).
1993	NIMH meluncurkan <i>The Prevention of Mental</i>		

Sumber: Sebagian didasarkan pada IOM (1994) dan NIMH (1998).

B. Psikologi Komunitas

Program prevensi juga dipakai dalam setting komunitas, menggunakan pendekatan ekologis. Idealnya kegiatan intervensi dan prevensi berlangsung di lingkungan riil (di masyarakat). Ide terbaru: sebaiknya perubahan tidak berorientasi orang per orang tapi perubahan sistem sosial

C. Pendekatan-pendekatan prevensi dan isu-isu terkait

Klasifikasi program prevensi :

1. Klasifikasi sakit fisik (Gerald Caplan): Pervensi melibatkan prosedur-prosedur biologis, psikologis, sosial
 - a. Prevensi primer: mengurangi insiden gangguan. Mental deng segala jenisnya
 - b. Prevensi sekunder: melalui deteksi dini dan penemuan kasus mengurangi durasi/meringankan gangguan. yg sudah mulai terjadi
 - c. Prevensi tersier (rehabilitasi): mengurangi hendaya dari gangguan yang sudah berkembang dan mencegah kekambuhan
2. Klasifikasi sakit mental menurut Gordon:

- a. Universal: didesign untuk semua anggota populasi tertentu, terlepas dari apakah mereka tampak berisiko untuk mengembangkan masalah, gangguan, atau penyakit tertentu (mengurangi insiden/jumlah kasus baru dalam 1 lingkungan)
- b. Selektif: untuk kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan gangguan daripada kelompok lain
- c. Terindikasi: untuk individu yang abnormal yang membuat mereka berisiko tinggi untuk kambuh dan mengalami gangguan mental lebih lanjut
 - 1. Ada upaya tambahan untuk memperpanjang masa kesembuhan/ status penyesuaian diri yang lebih baik

D. Integrasi antara Prevensi dan Terapi

- 4. Dalam menangani klien tidak fokus pada perbaikan atau kesembuhan
- 5. Tapi juga mempersiapkan klien untuk dpt lbh berfungsi dlm hidup

Faktor-faktor risiko dan protektif (dua wajah preventif)

- 1. Masa kanak-kanak awal yang bagus untuk memulai. Faktor risiko patologis pada anak
 - a. Faktor herediter dan lingkungan saling berkaitan
 - b. Studi tentang anak kembar masih saling bertentangan
 - c. Beberapa kasus anak, faktor risiko adalah lingkungan (orangtua patologis, pernikahan orangtua, ekonomi, parenting)
 - d. Faktor biologis (saat hamil konsumsi minuman keras dan narkoba, temperamental)
- 2. Namun ada juga anak-anak yang tetap berkembang dengan baik walau terpapar faktor risiko
- 3. Faktor protektif:
 - a. Karakteristik seseorang/lingkungan yang dianggap memperantarai dampak negatif dari faktor risiko dengan cara-cara adaptif.
 - b. Sering dianggap faktor-faktor yang memberikan kontribusi terhadap perkembangan kompetensi dan resiliensi individu
 - c. Perkembangan kompetensi anak
 - d. Ketidaksiapan anak untuk sekolah merupakan faktor risiko utama untuk kesulitan penyesuaian di Sekolah Dasar
 - e. Parenting yang efektif memengaruhi kompetensi sosial anak, akademis, kemampuan resiliensi (autoritatif: konsisten, tegas, hangat)
 - f. Pemilihan teman sebaya pada masa kanak-kanak awal memengaruhi kesehatan mental

Interaksi antara Faktor Risiko dan Protektif

- a. Model protektif: faktor-faktor protektif mengurangi/meniadakan dampak faktor-faktor risiko dengan meningkatkan kompetensi dan adaptasi umum
 - b. Model kompensatoris: faktor-faktor risiko saling berkombinasi secara aditif dan bahwa faktor-faktor risiko dapat saling menguatkan
2. Anak-anak yang hidup dengan faktor risiko skor IQ lebih rendah
 - a. Model tantangan: sebuah hubungan kurva linier dimana paparan faktor-faktor risiko dengan jumlah sedang sebenarnya menghasilkan peningkatan kompetensi dan resiliensi anak-anak
 3. Anak hidup dengan stressor kemampuan coping, problem solving lebih baik

Apakah Program Preventif Efektif?

Intervensi prevensi universal:

1. Biasanya di sekolah: prevensi sebaiknya sedini mungkin, sekolah menyediakan sampel dari populasi, misi administrator untuk memperbaiki keadaan anak-anak
2. Studi untuk meningkatkan ketrampilan sosial dan membaca anak SD di Baltimore. Hasil: dampak positif pada penugasan membaca dan tingkat agresi.

Intervensi Prevensi Selektif: aplikasi ke kelompok yang berisiko tinggi

1. Biasanya fokus pada anak-anak yang mengalami trauma karena orangtua cerai atau yang lainnya. Untuk itu dilakukan pendampingan untuk para gadis/ibu-ibu muda yang hamil, dilatih parenting, dukungan sosial, pengetahuan kontrasepsi (sampai anak usia 2 th), hasil: angka kelahiran prematur dan kasus penganiyaan lebih rendah.
2. Ditambah peran keluarga, hasil: ketrampilan sosial dan kemampuan kognitif lebih tinggi

Intervensi Prevensi Terindikasi: untuk yang terindikasi memiliki risiko tinggi mengembangkan psikopatologi

1. Studi yang dilakukan selama 2 tahun untuk meningkatkan ketrampilan parenting ekstensif dan anak dilatih mengembangkan perilaku prososial, mengatasi masalah sosial, ketrampilan mengelola diri. Hasil: kompetensi sekolah dan kehadiran sekolah

lebih tinggi, tapi hilang saat anak usia 15 tahun (tidak ada perbedaan antara kelompok kontrol dan eksperimen). Saran: ada sesi dampingan singkat

Masa depan intervensi, penelitian, dan praktik preventif

Perkembangan dan diseminasi program intervensi preventif yang efektif bergantung pada:

1. Penggunaan prosedur evaluasi yang sistematis dan ilmiah, yang didasarkan pada penerapan kontrak-kontrak dan ukuran-ukuran yang reliabel dan valid
2. Daya generalisasi

E. Kesimpulan

Interaksi antara Faktor Risiko dan Protektif

1. Model protektif: faktor-faktor protektif mengurangi/meniadakan dampak faktor-faktor risiko dengan meningkatkan kompetensi dan adaptasi umum
2. Model kompensatoris: faktor-faktor risiko saling berkombinasi secara aditif dan bahwa faktor-faktor risiko dapat saling menguatkan

Anak-anak yang hidup dengan faktor risiko skor IQ lebih rendah

1. Model tantangan: sebuah hubungan kurva linier dimana paparan faktor-faktor risiko dengan jumlah sedang sebenarnya menghasilkan peningkatan kompetensi dan resiliensi anak-anak

Anak hidup dengan stressor kemampuan coping, problem solving lebih baik

1. Perkembangan dan diseminasi program intervensi preventif yang efektif bergantung pada:
2. Penggunaan prosedur evaluasi yang sistematis dan ilmiah, yang didasarkan pada penerapan kontrak-kontrak dan ukuran-ukuran yang reliabel dan valid
3. Daya generalisasi

F. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Setelah anda membaca materi diatas, menurut anda apakah program prevensi efektif?

G. Daftar istilah yang penting

1. Model protektif: faktor-faktor protektif mengurangi/meniadakan dampak faktor-faktor risiko dengan meningkatkan kompetensi dan adaptasi umum
2. Model kompensatoris: faktor-faktor risiko saling berkombinasi secara aditif dan bahwa faktor-faktor risiko dapat saling menguatkan
3. Model tantangan: sebuah hubungan kurva linier dimana paparan faktor-faktor risiko dengan jumlah sedang sebenarnya menghasilkan peningkatan kompetensi dan resiliensi anak-anak

MENANGANI SISTEM YANG LEBIH BESAR: ORGANISASI, KOMUNITAS, DAN ISU KEMASYARAKATAN

A. Organisasi

Secara harfiah, organisasi berarti Sebuah struktur atau lembaga sosial dengan maksud yang berkelanjutan. Organisasi berupa asosiasi orang-orang, tetapi status dan kelangsungannya melampaui individu yang manapun. Biasanya berbentuk badan hukum dan memiliki Dasar undang-undang. Untuk mencapai maksudnya, organisasi meliputi posisi, pejabat, aturan, AD/ART, pembagian pekerjaan, seting fisik, risiko, persaingan, alamat, dan properti untuk kesan permanen.

Organisasi menjadi interest psikolog klinis karena beberapa alasan, yakni

1. Organisasi menyediakan lingkungan bagi banyak klien.
2. Kebanyakan psikolog klinis dan konseling juga bekerja di organisasi seperti klinik, centers, program penanganan, rumah sakit, dan universitas.
3. Perannya meliputi penanganan, evaluasi efektivitas, melakukan supervisi, pelatihan klinis, dan pengelolaan.

Sehingga pemahaman akan organisasi sangat diperlukan.

Organisasi yang efektif ditinjau dari beberapa indikator, yakni fungsi kepemimpinan, perencanaan strategis, kepuasan pelanggan/ stakeholder dan fokus pasar, informasi dan analisis, berfokus sumber daya manusia, berbasis manajemen proses, dan ada hasil yang terukur (finansial dan pasar, pemasok dan mitra, efektivitas organisasional)

Bisno (1988) menyatakan bahwa ketrampilan klinis dan konseling dalam menangani klien (di tingkat mikro) tidak sama dengan ketrampilan interpersonal yang dibutuhkan dalam menjalankan pekerjaan administrasi (ditingkat yang lebih makro). Peran psikolog dalam kepemimpinan manajerial meliputi:

1. Berhubungan dengan kolega, struktur, proses organisasional, fitur kekuasaan, dan politik.
2. Mempromosikan keunggulan organisasi.
3. Menjembatani orang-orang di dalam organisasi dengan luar organisasi.
4. Familiar dengan bidang lainnya yang terkait.
5. Initiation of change or maintenance change. Weick & Quinn (1999)

6. Siklus 4 A Apathy, Awareness, Action, Assimilation.
7. Planning – Organizing, Directing, Reviewing, and Innovating.
8. Bahaya, risiko, dan konflik.

Pada tahun 1960 mulai lahir pandangan akan pentingnya pusat kesehatan mental komunitas.

1. Pasien seharusnya mendapatkan pelayanan di lingkungan yang diindikasikan paling restriktif secara klinis.
2. Sistem harusnya mempromosikan kehidupan senormal mungkin dengan menempatkan orang-orang sakit mental di tengah masyarakat, di dunia kerja, dan sekolah.
3. Berisikan berbagai macam elemen menutupi jarak antara rawat jalan dengan rumah sakit.
4. Koneksi antar satu lembaga dengan lembaga lainnya.
5. Prevensi dan outreach.

Tabel 1.
Contoh Elemen

(SAMSHA, 1999)

- a. Akses ke pelayanan-pelayanan komprehensif.
- b. Pelayanan-pelayanan yang terindividualisasi.
- c. Pelayanan yang berbasis rumah, sekolah, dan komunitas.
- d. Pelayanan yang terintegrasi.
- e. Manajemen kasus.
- f. Kemitraan antara keluarga dan profesional.
- g. Identifikasi dan intervensi dini.
- h. Transisi yang mulus ke pelayanan-pelayanan untuk orang dewasa.
- i. Pelayanan yang secara kultural kompeten dan secara klinis tepat guna.

Asosiasi yang penting bagi psikolog: APA dan divisinya, APS, AAPP, IAAP. Routh (1974) mengeluarkan

ikhtisar terkait sejarah perkembangan organisasi psikologi klinis sejak 1917 di US. Organisasi di Indonesia adalah HIMPSI. Organisasi advokasi biasanya memiliki peran watchdog. Sebagai penyedia

ombudsmen. Lembaga yang juga penting dalam organisasi profesi adalah lembaga pengakreditasi.

Contoh JCAHO. Perannya adalah memberikan penilaian seberapa jauh pihak yang diakreditasi mengikuti sejumlah standar yang telah ditetapkan dan seberapa jauh yang bersangkutan mampu membuktikan terjadinya perbaikan pada fokus-fokus bidang-bidang yang dipilih secara rasional.

Tidak hanya melakukan yang benar, namun melakukan yang benar dengan baik. Di Indonesia ada

LAM-PT KES, BAN PT.

Apa beda antara psikolog klinis dan konseling dengan I-O dalam setting organisasi?

1. Analisis pekerjaan, klasifikasi pekerjaan, dan seleksi.
2. Latihan dan pengembangan staf.
3. Asesmen. Bray (1982) pengembangan assessment center.

B. Komunitas

Individu dalam satu komunitas biasanya Kepentingan dan perjuangan yang sama, keamanan serta dukungan yang saling diberikan oleh anggota-anggotanya satu sama lain. Komunitas terbentuk karena faktor-faktor sosial demografis, tempat yang sama dari sekelompok orang yang tinggal dan saling berinteraksi satu sama lain. Secara sederhana, komunitas berarti jaringan komunikasi di antara orang-orang dimana pun mereka tinggal, biasanya terdapat struktur dan interaksi organisasional. Secara general, komunitas berarti tempat yang diakui memiliki identitas yang terpisah oleh orang-orang yang ada di dalamnya dan yang ada di dekatnya, yang memiliki berbagai pelayanan dan persediaan yang komprehensif untuk melayani sebagian besar kebutuhan dasar manusia, dan terdiri atas kelompok-kelompok dan organisasi-organisasi yang terorganisasi secara longgar.

Dalam komunitas Diperlukan kohesi di antara berbagai subsistem, untuk memperoleh sumberdaya dan mengurangi liability dan membentuk perilaku provider. Kompetensi kultural menjadi hal yang mendasar dalam memahami komunitas agar mampu memahami kebutuhan unik berdasarkan budaya, melihat sistem alamiah sebagai mekanisme pendukung primer bagi populasi minoritas, dan memahami keberadaan keanekaragaman antarbudaya yang besar.

Zac dan Specter (1974) melihat bahwa Psikologi adalah sebuah pendekatan ke masalah perilaku manusia yang menekankan pada kontribusi kekuatan lingkungan terhadap perkembangan permasalahan maupun potensi kontribusi yang mungkin diberikan untuk mengurangi penggunaan kekuatan. Psikolog harus memahami tren populasi, kesehatan publik, perawatan medis, dan teknologi yang mampu memengaruhi kualitas hidup dan pola-pola stressor sehingga mampu mengembangkan program jangka panjang dan dinamis. Ciri utama psikolog komunitas dibandingkan dengan praktisi komunitas lainnya adalah pada penguasaan ilmu psikologinya. Bedanya dengan psikolog klinis adalah pada fokus perhatiannya.

Perspektif psikologi komunitas diartikan sebagai

is an approach to mental health that emphasizes the role of environmental forces in creating and alleviating problems.

Rappaport (1977) Perspektif psikologi komunitas mencakup 3 aspek, yakni: cultural relativity, diversity, dan ecology. Implikasinya:

1. Fokus pada keserasian antara lingkungan dan individu.
2. Titik berat pada kompetensi bukan defisit.
3. Percaya pada individual differences dan keunikan sebuah komunitas.

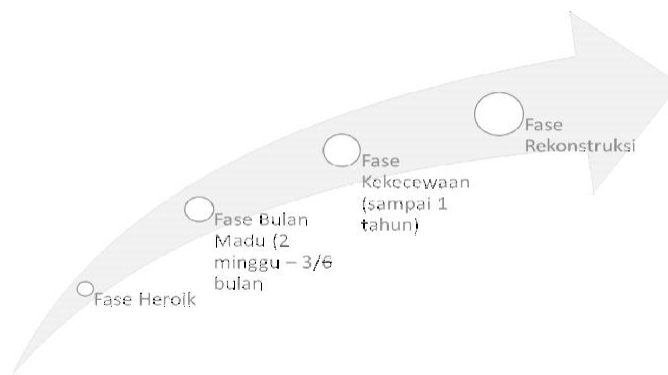
Area fokus: human resources development, political activity, science. Overall mencakup usaha preventif, bukan kuratif.

Beberapa kajian dalam psikologi komunitas adalah sebagai berikut:

1. Konsultasi dan Prevensi

Menurut Emory Cowert, praktik studi lapangan mencakup empat kunci utama, yakni kompetensi, resiliensi, modifikasi, dan pemberdayaan individu.

2. Bencana di masyarakat



Gb. 3 Fase Bencana.

Tipe-tipe masalah dalam bencana sangatlah beragam. Tertuang dalam piramida yang menunjukkan tingkat prevalensi dari terbanyak hingga yang paling jarang terjadi.



Beberapa metode yang digunakan dalam menangani masalah pada saat bencana adalah CISD , dan Jacob, Quevillon, & Stricherz (1990) mengembangkan pelayanan kesehatan mental di tempat kejadian kecelakaan. Prinsip yang harus diperhatikan dalam penanganan bencana adalah:

1. Menganggap gangguan sebagai suatu yang sementara.
2. Menghindari pemberian label.
3. Merancang pola bantuan baru yang pas bagi masyarakatnya.
4. Menemukan jaringan pemberi layanan natural atau nontradisional yang sudah ada dan melatih staf di lini kesehatan mental untuk memanfaatkannya.
5. Menyusun rencana bagi kesehatan mental dan personel kesehatan mental.

Psikologi komunitas juga bisa diterapkan dalam rangka memperbaiki sistem sosial yang ada. Biasanya diistilahkan dengan psikoekologi terapan. Dukungan sebagai fungsi penting jaringan, yaitu pemberian umpan balik, dorongan emosional, dan bantuan dalam mengerjakan tugas. Gesten dan Jason (1987), memberikan contoh program dukungan yang baik yaitu Phone Friend Child Hotline dari Guerney (1988) dan Kampanye Friends can be good medicine.

Beberapa hasil penelitian meta analisis terkait program psikologi komunitas adalah:

1. Meta analisis yang dilakukan oleh Denham dan Almeida (1987), yakni manfaat pelatihan tentang ketrampilan mengatasi masalah sosial dan penyesuaian.
2. Zigler dan Styfco (1988) efektivitas dari Head Start Program.
3. Dohrenwend, dkk demoralisasi adalah salah satu penyebab gangguan mental. Demoralisasi diatasi dengan membangun kompetensi dan sense of efficacy.

C. Kesimpulan

Pentingnya psikolog belajar tentang perundang-undangan dan juga kebijakan-kebijakan pemerintah yang ada saat ini. Sejauh mana psikolog di Indonesia mampu berkiprah dalam tataran ini?

D. Latihan soal mandiri (quiz)

1. Sebutkan fase-fase dalam bencana.
2. Apa yang dimaksud dengan psikologi komunitas?

E. Daftar istilah yang penting

Preventif, kuratif, fase bencana, komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., Milich, R. 1998. Introduction to Clinical Psychology (5th Ed).

New Jersey: Prentice Hall.

Phares, E. Jerry. 1992. Clinical Psychology Concept, Methods, and Profession (4th Ed).

California: Brooks/Cole Publishing Company.

Wiramihardja, Sutardjo A. 2007. Pengantar Psikologi Klinis (Edisi Revisi).

Bandung: Refika Aditama.

