

ANXIETY DISORDER

(Memahami gangguan kecemasan: jenis-jenis,
gejala, perspektif teoritis dan Penanganan)



Oleh :

Umniyah Saleh, S.Psi.,M.Psi.,Psikolog

NIP: 19840223 2009122 004

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat ALLAH SWT yang telah menganugerahkan nikmat kekuatan, kesehatan, dan kesempatan sehingga makalah ini bisa terselesaikan dengan baik. Tak lupa pula kita panjatkan shalawat serta salam kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW yang telah membimbing dan menjadi teladan dalam menuntut ilmu.

Makalah ini berisi informasi mengenai Anxiety Disorder (Gangguan Kecemasan) yang merupakan salah satu bentuk gangguan psikologis yang dipelajari dalam Psikologi Abnormal. Dalam tulisan ini, memuat penjelasan mengenai Gangguan Kecemasan, mulai dari pengertian, gejala-gejala, perspektif teoritis yang menjelaskan gangguan tersebut, hingga bentuk penanganan yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan makalah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena ini kami sangat senang dan terbuka untuk menerima umpan balik dari pembaca untuk perbaikan makalah ini. Terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian makalah ini, semoga dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu psikologi khususnya di bidang Psikologi Abnormal.

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	2
C. Manfaat	2
BAB II PEMBAHASAN	3
A. Kecemasan	3
1. Pengertian Kecemasan	3
2. Ciri-ciri Kecemasan	4
B. Tipe-Tipe Gangguan Kecemasan	5
1. Gangguan Panik	5
1.1. Pengertian	5
1.2. Ciri Diagnostik	6
1.3. Perspektif Teoritis	8
1.4. Penanganan	11
2. Gangguan Cemas Menyeluruh	12
2.1. Pengertian	12
2.2. Ciri Diagnostik	13
2.3. Perspektif Teoritis	15
2.4. Penanganan	18
3. Gangguan Obsesif Kompulsif	21
3.1. Pengertian	21

3.2. Ciri Diagnostik	22
3.3. Perspektif Teoritis	23
3.4. Penanganan	26
4. Gangguan Fobia	29
4.1. Pengertian	29
4.2. Ciri Diagnostik	31
4.3. Perspektif Teoritis	34
4.4. Penanganan	39
5. Gangguan Stres Akut dan Stres Pasca Trauma	42
5.1. Pengertian	42
5.2. Ciri Diagnostik	44
5.3. Perspektif Teoritis	52
5.4. Penanganan	54
BAB III PENUTUP	58
Daftar Pustaka	59

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap hari manusia dihadapkan pada berbagai situasi atau kejadian yang dapat memicu munculnya kecemasan. Misalnya ujian mendadak, presentasi tugas, terlambat masuk kelas, deadline pekerjaan, dan sebagainya. Sebenarnya kecemasan adalah reaksi yang wajar yang dapat dialami oleh siapapun, sebagai respon terhadap situasi yang dianggap mengancam atau membahayakan. Namun jika kecemasan tersebut berlebihan dan serta tidak sesuai dengan proporsi ancamannya, maka dapat mengarah ke gangguan yang akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Kaplan, Sadock dan dan Grebb (dalam Fausiah & Widury, 2007) menyatakan bahwa kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Pada kadar yang rendah, kecemasan membantu individu untuk bersiaga mengambil langkah-langkah mencegah bahaya dan atau untuk memperkecil dampak bahaya tersebut. Kecemasan sampai pada taraf tertentu dapat mendorong meningkatnya performa dan produktifitas. Misalnya cemas mendapat nilai yang buruk, membuat seorang siswa belajar keras dan mempersiapkan diri menghadapi ujian. Kecemasan seperti ini disebut *facilitating anxiety*. Namun apabila kecemasan sangat tinggi, justru akan sangat mengganggu. Misalnya kecemasan berlebihan saat akan ujian, justru akan membuat blocking dan tidak bisa menjawab pertanyaan. Hal ini disebut sebagai *debilitating anxiety*.

Kecemasan memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan (Davison,dkk 2004). Kaplan, Sadock & Greb menyatakan bahwa ‘takut’ dan ‘cemas’ merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas atau menyebabkan konflik bagi individu.

Berdasarkan pemaparan tersebut di atas, maka makalah ini memberikan informasi penting untuk memahami batasan-batasan yang jelas kapan kecemasan yang dialami dikatakan sebagai sebuah gangguan, apa saja simptom atau gejala yang dimunculkan, apa saja jenisnya, bagaimana perspektif teoritis menjelaskan mengenai terjadinya gangguan tersebut, serta upaya penanganan apa yang dapat diberikan untuk mengatasi gangguan kecemasan.

B. TUJUAN

Penulisan makalah ini bertujuan untuk

- a. Memberikan pemahaman mengenai pengertian gangguan kecemasan dan symptom kecemasan (fisik, kognitif dan perilaku)
- b. Memberikan pemahaman mengenai jenis-jenis gangguan kecemasan, symptom yang menyertai setiap gangguan, perspektif teoritis dan penanganan

C. MANFAAT

Adapun manfaat makalah ini adalah:

- a. Dapat menambah wawasan mengenai gangguan kecemasan mulai dari pengertian, simptom, jenis-jenis, perspektif teoritis serta penanganannya.
- b. Dapat menjadi referensi untuk proses pembelajaran psikologi abnormal

BAB II

PEMBAHASAN

A. KECEMASAN (*ANXIETY*)

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah suatu keadaan apprehensi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi (Nevid,dkk 2005). Banyak hal yang harus dicemaskan, misalnya kesehatan, relasi sosial, ujian, karir, kondisi lingkungan dan sebagainya. Adalah normal, bahkan adaptif, untuk sedikit cemas mengenai aspek-aspek hidup tersebut. Kecemasan bermanfaat bila hal tersebut mendorong untuk melakukan pemeriksaan medis secara reguler atau memotivasi untuk belajar menjelang ujian. Kecemasan adalah respon yang tepat terhadap ancaman, tetapi kecemasan bisa menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman, atau seperti datang tanpa ada penyebabnya – yaitu bila bukan merupakan respon terhadap perubahan lingkungan (Nevid, dkk 2005).

Gangguan kecemasan diklasifikasikan sebagai neurosis hampir sepanjang abad ke-19. Istilah neurosis diambil dari akar kata yang berarti ‘suatu kondisi abnormal atau sakit dari sistem saraf’ dan ditemukan oleh Cullen (Nevid, dkk, 2005) pada abad ke-18. Neurosis dilihat sebagai suatu penyakit pada sistem saraf. Kemudian berganti dengan pengertian dari Freud pada abad ke-20. Freud mengatakan bahwa tingkah laku neurotik terjadi karena adanya ancaman bahwa ide-ide pembangkit kecemasan yang tidak dapat diterima akan muncul ke dalam alam sadar. Semua gangguan ini mencerminkan usaha ego untuk mempertahankan dirinya sendiri melawan kecemasan. Saat ini beberapa klini mengelompokkan masalah tingkah laku yang lebih ringan di mana orang-orang yang dikelompokkan di neurosis relatif masih mempunyai kontak yang baik dengan realitas sedangkan psikosis mempunyai ciri kehilangan kontak dengan realitas.

2. Ciri-ciri Kecemasan

Berikut ini dijelaskan ciri-ciri kecemasan (Nevid, dkk 2005):

2.1 Ciri – ciri fisik kecemasan

- a. Kegelisahan, kegugupan
- b. Tangan atau anggota tubuh bergetar
- c. Banyak berkeringat
- d. Telapak tangan berkeringat
- e. Pening
- f. Mulut atau kerongkongan terasa kering
- g. Sulit berbicara
- h. Sulit bernapas
- i. Bernapas pendek
- j. Jantung berdebar keras atau berdetak kencang
- k. Suara yang bergetar
- l. Jari-jari atau anggota tubuh menjadi dingin
- m. Leher atau punggung terasa kaku
- n. Sensasi seperti tercekik atau tertahan
- o. Sakit perut atau mual
- p. Sering buang air kecil
- q. Wajah terasa memerah
- r. Diare

2.2 Ciri – ciri Behavioral (perilaku) kecemasan

- a. Perilaku menghindar
- b. Perilaku melekat dan dependen
- c. Perilaku terguncang

2.3 Ciri – ciri Kognitif dari kecemasan

- a. Khawatir tentang sesuatu
- b. Perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan

- c. Keyakinan bahwa sesuatu yang buruk atau mengerikan akan segera terjadi, tanpa ada penjelasan yang jelas
- d. Terpaku pada sensasi tubuh
- e. Sangat sensitif terhadap sensasi tubuh
- f. Merasa terancam oleh orang atau peristiwa
- g. Ketakutan akan kehilangan kontrol
- h. Ketakutan akan ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah
- i. Berpikir bahwa dunia akan runtuh
- j. Berpikir bahwa semuanya sudah tidak bisa dikendalikan
- k. Berpikir bahwa semuanya sangat membingungkan tanpa bisa diatasi
- l. Khawatir terhadap hal sepele
- m. Berpikir tentang hal yang mengganggu yang sama secara berulang-ulang
- n. Pikiran terasa campur aduk
- o. Tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran negatif
- p. Berpikir akan segera mati
- q. Khawatir akan ditinggalkan sendiri
- r. Sulit berkonsentrasi atau memusatkan perhatian

B. TIPE-TIPE GANGGUAN KECEMASAN

1. Gangguan Panik

1.1. Pengertian

Gangguan panik mencakup munculnya serangan panik yang berulang dan tidak terduga. Serangan-serangan panik melibatkan reaksi kecemasan yang intens disertai dengan simtom-simtom fisik, seperti jantung yang berdebar-debar, nafas cepat, nafas tersengal atau kesulitan bernafas, banyak mengeluarkan keringat, dan terdapat rasa

lemas dan pusing (Nevid, dkk, 2005). Suatu diagnosis gangguan panik didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

- 1) Mengalami serangan panik secara berulang dan tidak terduga (sedikitnya dua kali.
- 2) Sedikitnya satu dari serangan tersebut diikuti oleh setidaknya satu bulan rasa takut yang persisten dengan adanya serangan berikutnya atau merasa cemas akan implikasi atau konsekuensi dari serangan (misalnya, takut kehilangan akal 'menjadi gila' atau serangan jantung) atau perubahan tingkah laku yang signifikan (Nevid, dkk, 2005). Gangguan panik biasanya dimulai pada akhir masa remaja sampai pertengahan usia 30-an tahun. Perempuan mempunyai kemungkinan dua kali lebih besar untuk mengembangkan gangguan panik (Nevid, dkk, 2005).

1.2. Ciri-ciri diagnostik

PPDGJ III menunjukkan pedoman diagnostik dari gangguan panik sebagai berikut (Maslim, 2013):

- 1) Gangguan panik baru ditegakkan sebagai diagnosis gangguan utama bila tidak ditemukan adanya gangguan anxietas fobik (F40,-)
- 2) Untuk diagnosis pasti harus ditemukan adanya beberapa kali serangan anxietas berat (*severe attacks of autonomic anxiety*) dalam masa sekitar satu bulan:
 - a. Pada keadaan-keadaan di mana sebenarnya secara objektif tidak ada bahaya
 - b. Tidak terbatas pada situasi yang telah diketahui atau yang dapat diduga sebelumnya (*unpredictable situations*)

- c. Dengan keadaan yang relatif bebas dari gejala-gejala anxietas pada periode di antara serangan-serangan panik (tetapi umumnya dapat terjadi juga “*anxietas antisipatorik*,” yaitu anxietas yang terjadi setelah membayangkan sesuatu yang tidak diharapkan akan terjadi.

DSM-5 menunjukkan kriteria diagnostik dari gangguan panik sebagai berikut (Maslim, 2013):

- 1) Serangan panik tidak terduga berulang.

Serangan panik adalah sebuah gelombang ketakutan yang sangat kuat akan ketidaknyamanan intens yang akan mencapai puncaknya dalam hitungan menit, selama 4 menit (atau lebih).

Gejala-gejala yang terjadi:

- a. Jantung berdetak lebih cepat
- b. Berkeringat
- c. Gemetaran
- d. Sensasi sesak nafas atau rasa tercekik
- e. Perasaan tersedak
- f. Terasa nyeri di dada dan tidak nyaman
- g. Mual atau sakit perut
- h. Perasaan pusing atau pingsan
- i. Menggigil atau sensasi panas
- j. Sensasi geli
- k. Perasaan tidak sadar
- l. Takut kehilangan kontrol atau “menjadi gila”
- m. Takut mati

- 2) Setidaknya satu serangan telah diikuti dari satu bulan (atau lebih) dari satu atau kedua hal berikut:
 - a. Khawatir tentang panik tambahan atau konsekuensinya (Seperti, kehilangan kontrol, mengalami serangan jantung, “menjadi gila”)
 - b. Perubahan perilaku maladaptif yang signifikan terkait dengan serangan tersebut (contohnya, perilaku yang dirancang untuk menghindari serangan panik, seperti menghindari latihan atau situasi yang tidak biasa.

Penjelasan tambahan

1. Gangguan ini tidak disebabkan oleh efek psikologis suatu zat (pengobatan) atau kondisi medis lainnya (misalnya, hipertiroidisme, gangguan kardiopulmoner)
2. Gangguan ini tidak dijelaskan dengan baik sebagai *mental disfearedsocial situation*, seperti dalam gangguan kecemasan sosial, sebagai respon atas situasi atau objek fobia tertentu, seperti dalam fobia spesifik; sebagai respon atas obsesi, seperti pada *obsessive-compulsive disorder*; sebagai respon atas ingatan *event* traumatik, seperti pada gangguan stress pasca-trauma; atau sebagai respon untuk pemisahan dari *attachment figure*, seperti dalam *separation anxiety disorder*.

1.3. Perspektif Teoritis

1.3.1. Perspektif Biologis

Gangguan panik dapat diturunkan dari keluarga. Dalam beberapa kasus, sensasi fisik yang disebabkan oleh suatu penyakit dapat memicu beberapa orang mengalami gangguan panik. Sebagai contoh, sindrom penurunan katup kiri jantung menyebabkan jantung berdebar, penyakit telinga bagian dalam

menyebabkan kepusingan yang dirasakan beberapa orang menakutkan dan memicu terjadinya gangguan panik.

Dalam teori biologi, panik disebabkan oleh aktivitas yang berlebihan dalam sistem noradrenergic (neuron yang menggunakan norepinefrin sebagai neurotransmitter). Hasil dari penelitian menemukan bahwa *yohimbine*, obat yang merangsang aktivitas dalam *locus ceruleus*, dapat menghentikan seranga panic pada pasien gangguan panik. namun obat-obatan yang menghambat pembakaran dalam *locus cereleus* ternyata tidak efektif untuk menangani serangan panik. Aktivitas noradrenergik yang berlebihan dapat disebabkan oleh masalah dalam neuron *gamma-aminobutyric* (GABA), yang secara umum menghambat aktivitas noradrenergik .

Serangan panik juga berhubungan dengan pernapasan yang berlebihan atau disebut dnegan hiperventilasi. Hiperventilasi mengaktivasi sistem saraf otonom, sekaligus memicu aspek-aspek somatik yang tidak asing dalam suatu episode panik. Menghirup udara yang mengandung karbon dioksida (CO₂) lebih banyak dari biasanya dapat menimbulkan serangan panik di dalam situasi laboratorium, reseptor CO₂, yang terlalu sensitive dapat merangsang hiperventilasi. Dan kemudian serangan panic. Dari hasil peneltian hanya ada satu dari 24 seranagn yang terjadi, sehingga penelitian biologi mengenai hiperventilasi dianggap gagal.

1.3.2. Perspektif Psikologis

Perspektif psikodinamika menjelaskan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal bahaya dimana impuls-impuls yang mengancam yang sifatnya seksual atau agresif (membunuh) mendekat ke taraf kesadaran. Untuk menghalau impuls-impuls

yang mengancam ini, ego mencoba untuk menghalangi atau mengalihkannya dengan menggunakan mekanisme pertahanan diri (Nevid, dkk, 2005). Dalam gangguan panik, impuls seksual atau agresif yang tidak dapat diterima mendekati batas-batas kesadaran dan ego berusaha keras untuk melakukan mekanisme represi, sehingga menimbulkan konflik besar yang pada akhirnya menimbulkan serangan panik. Panik akan menghilang jika impuls sudah aman direpresi kembali.

Dari perspektif teori belajar, kecemasan diperoleh melalui proses belajar, terutama melalui conditioning dan belajar observasional (Nevid, dkk 2005). Pembentukan gangguan panik mungkin merupakan suatu bentuk dari classical conditioning (Bouton, Mineka & Barlow, 2001 dalam Nevid, dkk, 2005). Dalam pandangan ini, baik tanda eksternal (misalnya berada di kerumunan orang banyak) maupun tanda internal (misalnya, palpitasi jantung dan pusing) mungkin menjadi stimulus terkondisi (CSs) yang menumbuhkan perasaan panik karena telah diasosiasikan dengan timbulnya serangan panik di masa lalu.

Teori kognitif menjelaskan bahwa cara berpikir yang terdistorsi dan disfungsional memegang peranan penting dalam pengembangan gangguan kecemasan. Pendekatan ini memandang bahwa penderita gangguan panik menganggap kecemasan sebagai sesuatu yang tidak dapat dikendalikan dan tidak dapat diprediksi. Kemungkinan lain bahwa gangguan panik terjadi pada orang yang memiliki kecemasan tinggi. Kesalahan dalam menginterpretasi yang bersifat merusak stimuli dapat mempengaruhi gangguan kepanikan. serangan panik terjadi apabila merasakan sensasi fisik dan menginterpretasinya sebagai tanda-tanda datangnya kematian. Hal tersebut dapat memicu kecemasan yang lebih besar lagi.

1.4. Penanganan

1.4.1. Penanganan Biologis

Penanganan biologis diberikan obat-obat antipanic. Beberapa obat tersebut menunjukkan keberhasilan sebagai penanganan biologis bagi penderita gangguan panic. Obat-obatan tersebut mencakup antidepressan (seperti Selective Serotonin Re-uptake (SSRI), *Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRI), *Trisiklik*, *Monoamine Oxidase Inhibitors* (MAOIs), dan *Noradrenaline and Spesifik Serotonergic Antidepressants* (NASSAs) dan benzodiazepine (seperti Alprazolam atau Xanax).

Pada sisi negatif pemberian obat-obatan dihentikan karena adanya efek samping seperti rasa gugup, berat badan bertambah, serta denyut jantung dan tekanan darah yang meningkat (Taylor dkk; dalam Davison, dkk 2004). Pada pemakaian benzodiazepine memberikan efek kecanduan dan menghasilkan samping kognitif dan motorik, seperti berkurangnya ingatan dan sulit dalam mengemudi. Walaupun hasilnya yang efektif, penanganan dengan obat-obatan harus terus dilakukan dalam waktu yang tidak terbatas karena sintom-sintom selalu muncul apabila dihentikan (Fyer, Sabdberg, & Klein; dalam Davison, 2004).

1.4.2. Penanganan Psikologis

Penanganan biologis dengan pemberian pemaparan pada terapi dapat berguna dalam gangguan panik dengan agoraphobia. Beberapa studi menemukan bahwa efek pemaparan meningkat saat pasien di dorong untuk rileks, namun tidak adanya manfaat tambahan dari relaksasi. Penanganan psikologis terhadap gangguan panik telah berubah seiring berjalannya waktu. Barlow dan rekan-rekannya

mengembangkan terapi pengendalian kepanikan (*PCT-Panic Control Therapy*) yang memiliki tiga komponen, yaitu:

- 1) Training relaksasi.
- 2) Kombinasi intervensi behavioral kognitif dari Ellis dan Beck.
- 3) Pemaparan dengan tanda-tanda internal yang emmicu kepanikan. (Craske & Barlow; dalam Davison,dkk, 2004)

2. Gangguan Cemas Menyeluruh

2.1. Pengertian

Salah satu tipe spesifik yang diakui oleh *PPDGJ III* dan *DSM-V* sebagai salah satu gangguan kecemasan adalah gangguan kecemasan menyeluruh atau *generalized anxiety disorder*. *GAD (generalized anxiety disorder)* yaitu suatu gangguan kecemasan yang ditandai dengan perasaan cemas yang umum dan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan keadaan peningkatan keterangsangan tubuh. *GAD* ditandai dengan kecemasan yang persisten yang tidak dipicu oleh suatu objek, situasi atau aktivitas yang spesifik, tetapi lebih merupakan apa yang disebut Freud dengan “mengambang bebas” (*free floating*). *GAD* merupakan suatu gangguan yang stabil, muncul pada pertengahan remaja sampai pertengahan umur dua puluhan tahun dan kemudian berlangsung sepanjang hidup (Rapee dalam Nevid, dkk, 2005).

Gangguan ini muncul dua kali lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki (APA dalam dalam Nevid,dkk, 2005). Orang dengan *GAD* adalah pencemas yang kronis, mungkin mereka mencemaskan secara berlebihan keadaan hidup mereka, seperti keuangan, kesejahteraan anak-anak, dan hubungan sosial mereka. Anak-anak dengan gangguan ini mencemaskan prestasi akademik, atletik, dan aspek sosial lain dari kehidupan sekolah. Ciri lain yang terkait adalah:

merasa tegang, waswas, atau khawatir; mudah lelah; mempunyai kesulitan berkonsentrasi atau menemukan bahwa pikirannya menjadi kosong; iritabilitas, ketegangan otot; dan adanya gangguan tidur, seperti sulit untuk tidur, untuk terus tidur, atau tidur yang gelisah dan tidak memuaskan (APA dalam Nevid, dkk, 2005). Meskipun GAD secara tipikal kurang intens dalam respon fisiologisnya dibandingkan dengan gangguan panik, distress emosional yang diasosiasikan dengan GAD cukup parah untuk mengganggu kehidupan orang sehari-hari. GAD sering ada bersama dengan gangguan lain seperti depresi atau gangguan kecemasan lainnya seperti agoraphobia dan obsesif-kompulsif

2.2. Ciri-ciri diagnostik

Pedoman diagnostik untuk gangguan kecemasan menyeluruh menurut PPDGJ-III (F41.1) (Maslim, 2013)

- Penderita harus menunjukkan anxietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya *free floating* atau mengambang).
- Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:
 - a) Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti di ujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb).
 - b) Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemeteran, tidak dapat santai).
 - c) Over-aktivitas otonomi (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dsb).

- Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (*reassurance*) serta keluhan-keluhan somatik berulang yang menonjol.
- Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari), khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama gangguan anxiety menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresi (F32), gankap dari episodedepresi (F32), gangguan anxiety fobik (F40), gangguan panik (F41.0), gangguan obsesif-kompulsif (F42).

Kriteria Diagnostik menurut DSM-V (300.02), sebagai berikut:

- Kecemasan atau kekhawatiran yang berlebihan yang timbul hampir setiap hari, sepanjang hari, terjadi sekurangnya 6 bulan, tentang sejumlah aktivitas atau kejadian (seperti pekerjaan atau aktivitas sekolah).
- Individu sulit untuk mengendalikan kecemasan dan kekhawatiran.
- Kecemasan diasosiasikan dengan 6 gejala berikut ini (dengan sekurang-kurangnya beberapa gejala lebih banyak terjadi dibandingkan tidak selama 6 bulan terakhir), yaitu kegelisahan, mudah lelah, sulit berkonsentrasi atau pikiran kosong, iritabilitas, ketegangan otot, dan gangguan tidur (sulit tidur, tidur gelisah atau tidak memuaskan).
- Kecemasan, kekhawatiran, atau gejala fisik menyebabkan distress atau terganggunya fungsi sosial, pekerjaan, dan fungsi penting lainnya.

- Gangguan tidak berasal dari zat yang memberikan efek pada fisiologis (memakai obat-obatan) atau kondisi medis lainnya (seperti hipertiroid).
- Gangguan tidak dapat dijelaskan lebih baik oleh gangguan mental lainnya (seperti kecemasan dalam gangguan panik atau evaluasi negatif pada gangguan kecemasan sosial atau sosial fobia, kontaminasi atau obsesi lainnya pada gangguan obsesif-kompulsif, mengingat kejadian traumatik pada gangguan stress pasca traumatik, penambahan berat badan pada anorexia nervosa, komplin fisik pada gangguan gejala somatik atau delusi pada gangguan schizophreniaor).

2.3. Perspektif Teoritis

Etiologi gangguan anxietas menyeluruh mencakup perspektif psikoanalisis, kognitif-behavioral, dan biologis.

2.3.1. Pandangan Psikoanalisis

Teori psikoanalisis berpendapat bahwa sumber kecemasan menyeluruh (GAD) adalah konflik yang tidak disadari antara ego dan impuls-impuls id. Impuls-impuls tersebut, biasanya bersifat seksual atau agresif, berusaha untuk mengekspresikan diri, namun ego tidak membiarkannya karena tanpa disadari ia merasa takut terhadap hukuman yang akan diterima. Sumber kecemasan sebenarnya yaitu hasrat-hasrat yang berhubungan dengan impuls-impuls id yang ditekan dan berjuang untuk mengekspresikan diri selalu hadir. Dengan kata lain tidak ada cara untuk menghindari kecemasan, jika seseorang meninggalkan id ia tidak lagi hidup, dengan demikian orang tersebut hampir selalu mengalami kecemasan. Orang yang menderita gangguan anxietas menyeluruh

(GAD) tidak mengembangkan tipe pertahanan sehingga selalu merasa cemas.

2.3.2. Pandangan Kognitif-Behavioral

Pemikiran utama teori kognitif behavioral tentang orang yang menderita anxietas menyeluruh (GAD) adalah gangguan yang disebabkan oleh proses-proses berpikir yang menyimpang. Orang-orang yang menderita GAD sering kali salah mempersepsikan kejadian-kejadian yang biasa seperti menyeberang jalan merupakan sesuatu hal yang mengancam dan di kognisi mereka terfokus pada antisipasi berbagai bencana pada masa mendatang (Beck dalam Navison, Neale, & Kring, 2004). Perhatian para pasien GAD mudah terarah pada stimulus yang mengancam (Mogg, Millar, & Bradley dalam Davison, dkk, 2004). Terlebih lagi pasien GAD lebih terpicu untuk mengintrepetasi stimulus yang tidak jelas sebagai sesuatu yang mengancam dan untuk menilai berbagai kejadian yang mengancam lebih mungkin terjadi pada mereka (Butler & Mathews dalam Davison, dkk, 2004). Sensitivitas pasien GAD yang sangat tinggi terhadap stimulus yang mengancam juga muncul bila stimulus tersebut tidak dapat diterima secara sadar (Bradley dkk dalam Davison, dkk, 2004).

Pandangan kognitif lain diajukan oleh Borkovec dan para koleganya bahwa (Borkovec & Newman dalam Davison, dkk, 2004) mereka memfokuskan pada gejala utama GAD, yaitu kekhawatiran berdasarkan perspektif hukuman. Seseorang mungkin bertanya-tanya mengapa ada orang yang sering merasa khawatir karena kekhawatiran dianggap sebagai kondisi negatif yang seharusnya tidak mendorong pengulangan. Borkovec dan

para koleganya mengumpulkan bukti-bukti bahwa kekhawatiran sebenarnya merupakan penguatan negatif; ia mengalihkan pasien dari berbagai emosi negatif sehingga diperkuat oleh hasil yang positif bagi individu terkait.

Kunci untuk memahami posisi ini adalah menyadari bahwa kekhawatiran tidak menciptakan banyak ketegangan emosional, sebagai contoh hal itu tidak menciptakan berbagai perubahan fisiologis yang menyertai emosi, dan pada kenyataannya menghambat pemrosesan stimulasi emosional. Dengan demikian, melalui rasa khawatir, orang-orang yang menderita GAD menghindari berbagai citra yang tidak menyenangkan. dan sebagai konsekuensinya kecemasan yang mereka rasakan terhadap berbagai citra tersebut tidak hilang. Salah satu kemungkinan data yang menunjukkan bahwa penderita GAD menuturkan mengalami lebih banyak pascatrauma yang mencakup kematian, cedera, atau penyakit. namun demikian, hal tersebut bukan sesuatu yang mereka khawatirkan, kekhawatiran dapat mengalihkan para penderita GAD dari berbagai citra pascatrauma yang menyakitkan.

2.3.3. Perspektif Biologis

Beberapa studi mengindikasikan bahwa GAD dapat memiliki komponen genetik. GAD sering ditemukan pada orang-orang yang memiliki hubungan keluarga dengan penderita gangguan ini, dan terdapat kesesuaian yang lebih tinggi di antara kembar MZ dibanding kembar DZ. Namun tingkat komponen genetik ini tampaknya rendah (Hettema, M. Neale & Kendler dalam Davison, dkk, 2004).

Model neurobiologis yang paling umum untuk gangguan anxiety menyeluruh dilandasi oleh pengetahuan mengenai cara kerja *benzodiazepine*, suatu kelompok obat-obatan yang sering kali efektif untuk menangani kecemasan, para peneliti menemukan suatu reseptor dalam otak untuk *benzodiazepine* yang berhubungan dengan *neurotransmitter* penghambat yaitu asam *gamma-aminobutyric* (GABA). Pada reaksi ketakutan yang normal, neuron di seluruh otak memicu dan menciptakan kecemasan. Proses tersebut juga merangsang sistem GABA, yang menghambat aktivitas ini dan mengurangi kecemasan. GAD dapat disebabkan oleh kerusakan dalam sistem GABA sehingga kecemasan tidak dapat dikendalikan. *benzodiazepine* dapat mengurangi kecemasan dengan meningkatkan pelepasan GABA secara bersama, obat-obatan yang menghambat sistem GABA memicu peningkatan kecemasan (Insell dalam Davison, dkk, 2004). Banyak hal yang masih harus dipelajari, namun pendekatan ini tampaknya ditakdirkan untuk meningkatkan pemahaman kita terhadap kecemasan.

2.4. Penanganan

Seperti yang telah disebutkan bahwa GAD sulit ditangani dengan berhasil . Terapi mencakup pendekatan Psikoanalisis, behavioral, kognitif, dan biologis.

2.4.1. Pendekatan psikoanalisis

Pendekatan Psikoanalisis memandang bahwa gangguan kecemasan menyeluruh berakar dari konflik-konflik yang di tekan, sehingga penting untuk membantu pasien menghadapi sumber-sumber konflik yang sebenarnya. penanganannya hampir sama

dengan penanganan fobia. Suatu studi tanpa kontrol menggunakan intervensi psikodinamika yang memfokuskan pada konflik interpersonal dalam kehidupan masa lalu dan masa kini pasien dan mendorong cara lebih adaptif untuk berhubungan dengan orang lain. Pada saat ini, sama dengan para terapi kognitif behavioral mendorong penyelesaian masalah sosial. Hasil-hasil intervensi ini cukup mengembirakan dan pantas untuk diteliti lebih dalam dengan kontrol eksperimental yang lebih baik, seperti kelompok kontrol tanpa penanganan dan kelompok kontrol pembanding (Crits-Christoph dkk dalam Davison, dkk, 2004).

2.4.2. Pendekatan Behavioral

Para ahli klinis behavioral menangani kecemasan menyeluruh dengan berbagai cara. Jika terapi menganggap kecemasan sebagai serangkaian respon terhadap berbagai situasi yang dapat diidentifikasi, apa yang tampak sebagai kecemasan yang bebas mengalir dapat diformulasi ulang pada satu fobia lebih atau kecemasan bersyarat. Kesulitannya yaitu menemukan penyebab spesifik kecemasan yang diderita pasien semacam itu. Kesulitan ini memicu para ahli klinis behavioral untuk memberikan penanganan yang lebih umum, seperti training relaksasi intensif, dengan harapan bahwa belajar untuk rileks ketika merasa tegang seiring mereka menjalani hidup akan mencegah kecemasan berkembang tanpa kendali (Barlov dkk., 1984; Borkovec & Mathews, 1988; Ost, 1987b dalam Davison, dkk, 2004).

2.4.3. Pendekatan Kognitif

Jika suatu perasaan tidak berdaya tampaknya mendasari kecemasan pervasif, terapis berorientasi akan membantu klien

menguasai keterampilan apapun yang dapat menumbuhkan perasaan kompeten, keterampilan tersebut, termasuk asertivitas, dapat diajarkan melalui instruksi verbal, modeling, atau pembentukan operant dan sangat mungkin kombinasi secara hati-hati dan ketiganya (Goldfried & Davison dalam Davison, dkk, 2004).

Bukan suatu hal yang mengejutkan, teknik-teknik kognitif juga digunakan dalam penanganan kekhawatiran kronis, komponen utama GAD. Kekhawatiran merupakan kejadian kognitif yang memikirkan tentang berbagai kemungkinan yang menakutkan. Pendekatan Borkovec (a.l Borkovec & Costello dalam Davison, dkk, 2004). mengombinasikan berbagai elemen Wolpe Dan Beck, yaitu ia mendorong pemaparan bertingkat terhadap berbagai situasi yang menyebabkan kekhawatiran seiring pasien mencoba menerapkan keterampilan relaksasi dan analisis logis terhadap berbagai hal. Secara Kontras, Barlow dan rekan-rekannya lebih menyukai pemaparan dalam waktu lama dan berlebihan terhadap sumber masalah kecemasan berlebihan (Brown, O'Leary & Barlow dalam Davison, dkk, 2004).

2.4.4. Pendekatan Biologis

Anxiolytic, jenis obat yang disebutkan untuk menangani fobia dan gangguan panik, mungkin merupakan penanganan yang paling banyak digunakan untuk gangguan kecemasan menyeluruh. Obat-obatan, terutama *benzodiazepine*, seperti Valium, Xanas, dan buspirone (BuSpar), sering kali digunakan karena pervasivitas gangguan. Setelah diminum, obat-obatan tersebut akan bekerja selama beberapa jam dalam berbagai situasi yang dihadapi.

Sejumlah studi *double blind* menegaskan bahwa obat-obatan tersebut memberi lebih banyak manfaat bagi pasien GAD dibanding placebo (Apter & Allendalam Davison, dkk, 2004).

3. Gangguan Obsesif Kompulsif

3.1. Pengertian

Obsesif adalah pikiran, ide, atau dorongan yang intrusif dan berulang yang berada di luar kemampuan seseorang untuk mengendalikannya. Obsesi dapat menjadi sangat kuat dan persisten sehingga dapat mengganggu kehidupan sehari-hari dan menimbulkan distress serta kecemasan yang signifikan. Misalnya orang yang selalu bertanya tanpa berekesudahan apakah pintu sudah dikunci atau tidak. Seseorang mungkin terobsesi dengan impuls untuk menyakiti pasangannya. Seseorang dapat mempunyai berbagai macam gambaran mental seperti fantasi berulang dari seseorang dari ibu muda bahwa anak-anaknya dilindas mobil dalam perjalanan pulang kerumah. Contoh pola pikiran obsesif yaitu berpikir bahwa tangannya tetap kotor walaupun dicuci berkali-kali, kesulitan untuk menghilangkan pikiran bahwa seseorang dicintai telah terbunuh, berpikir berulang-ulang bahwa pintu rumah ditinggalkan terbuka tanpa dikunci dll. Secara klinis, obsesi yang paling banyak terjadi berkaitan dengan ketakutan akan kontaminasi, ketakutan mengekspresikan impuls seksual atau agresif, dan ketakutan hipokondrial akan disfungsi tubuh (Jenike, Baer, & Minichiello, 1986 dalam Nevid, dkk 2005). Obsesi juga dapat berupa keragu-raguan ekstrem, prokrastinasi, dan ketidaktegasan.

Kompulsif adalah suatu tingkah laku yang repetitif (seperti mencuci tangan atau memeriksa kunci) atau tindakan mentalistik (seperti berdoa atau mengulang kata tertentu) yang dirasakan oleh seseorang sebagai suatu keharusan atau dorongan yang harus

dilakukan (APA, 2000 dalam Nevid, 2005)). Kompulsif terjadi sebagai jawaban terhadap pikiran obsesif dan muncul dengan cukup sering serta kuat sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari atau menyebabkan distress yang signifikan. Contoh pola perilaku kompulsif yaitu mengecek kembali pekerjaan secara berulang-ulang, terus menerus mencuci tangan supaya bersih, mengecek kembali berulang-ulang saluran gas sebelum meninggalkan rumah. Mataix-Cols, do Rosario-Campos dan Leckman (dalam Halgin dan Whitbourne, 2012) menyebutkan bahwa terdapat empat dimensi utama dari simtom OCD. Keempat dimensi tersebut adalah sebagai berikut

- a. Obsesi yang diasosiasikan dengan kompulsi untuk memeriksa sesuatu;
- b. Kebutuhan akan hal yang simetris dan meletakkan sesuatu sesuai dengan urutannya;
- c. Obsesi terhadap kebersihan yang kemudian diasosiasikan dengan kompulsi untuk membersihkan;
- d. Perilaku individu yang menumpuk barang.

3.2. Ciri-ciri diagnostik

Adapun kriteria diagnostik untuk gangguan obsesif kompulsif berdasarkan PPDGJ III (Maslim, 2013) sebagai berikut::

1. Gejala yang timbul merupakan sumber penderitaan (*distress*) atau mengganggu aktivitas penderita.
2. Gejala-gejala obsesif mencakup hal berikut:
 - a. Harus disadari sebagai pikiran atau impuls diri sendiri
 - b. Sedikitnya ada 1 pikiran atau tindakan yang tidak berhasil dilawan

- c. Pikiran untuk melakukan tindakan tersebut bukan merupakan hal yang memberi kepuasan atau kesenangan (sekedar perasaan lega dari anxiety)
- d. Gagasan atau impuls tersebut merupakan pengulangan yang tidak menyenangkan
- e. Ada kaitan antara gejala obsesif-kompulsif dengan depresi. Penderita OCD seringkali juga menunjukkan gejala depresi begitupun sebaliknya.

3.3. Perspektif Teoritis

3.3.1. Perspektif Psikoanalisis

Dalam teori psikoanalisis, obsesif dan kompulsif dipandang sebagai hal yang sama, yang disebabkan oleh dorongan instingtual, seksual, atau agresif yang tidak dapat dikendalikan karena toilet training yang terlalu keras. Simtom-simtom yang muncul dianggap mencerminkan hasil perjuangan antara id dan superego. Terkadang insting agresif id yang mendominasi atau superego yang mendominasi. Sebagai contoh ketika pikiran obsesif untuk membunuh muncul, saat itu dorongan id mendominasi. Namun jika superego lebih kuat maka pikiran obsesif untuk membunuh tersebut tidak terjadi (Davison, dkk 2014). Psikoanalisa juga memandang bahwa obsesi sebagai representasi dari merembesnya impuls-impuls tak sadar ke dalam kesadaran, dan kompulsi adalah tindakan yang membantu untuk membuat impuls ini terepresi (Nevid, dkk, 2005). Alfred Adler memandang gangguan obsesif kompulsif sebagai akibat dari rasa tidak kompeten. Adler percaya bahwa ketika anak-anak tidak didorong untuk mengembangkan suatu perasaan kompeten oleh orang tua yang

terlalu memanjakan atau sangat dominan, mereka mengalami kompleks inferioritas dan secara tidak sadar dapat melakukan ritual kompulsif untuk menciptakan suatu wilayah di mana mereka dapat menggunakan kendali dan merasa terampil. Adler berpendapat bahwa tindakan kompulsif memungkinkan seseorang sangat terampil dalam suatu hal, bahkan jika suatu hal itu hanya berupa posisi menulis di meja (Davison, dkk 2014).

3.3.2. Perspektif Kognitif dan Behavioral

Teori behavioral menganggap kompulsif sebagai perilaku yang dipelajari yang dikuatkan oleh reduksi rasa takut (Meyer & Chesser, 1970 dalam Davison, dkk 2014). Sebagai contoh, mencuci tangan secara kompulsif dipandang sebagai respons-pelarian operant yang mengurangi kekhawatiran obsesional dan ketakutan terhadap kontaminasi oleh kotoran dan kuman. Ketidakmampuan untuk mengingat suatu tindakan secara akurat (seperti mematikan kompor) atau membedakan antara perilaku aktual dan perilaku yang dibayangkan ("Mungkin saya hanya berpikir telah mematikan kompor") dapat menyebabkan seseorang berulang kali melakukan pengecekan.

Obsesi pasien penderita gangguan obsesif kompulsif biasanya membuat mereka cemas (Rabavilas & Boulougouris 1974, dalam Davison 2014), sama halnya dengan pikiran yang agak mengganggu pada orang-orang normal tentang stimuli yang penuh stres, misalnya film yang menakutkan. Sebagian besar orang kadang-kadang memiliki pemikiran yang tidak diinginkan yang memiliki kesamaan isi dengan obsesi. Pikiran

yang tidak menyenangkan ini bertambah ketika seseorang berada dalam kondisi stres. Individu normal dapat menoleransi atau menghapus kognisi tersebut. Namun, bagi individu yang menderita gangguan obsesif kompulsi pikiran-OCD juga dapat dipicu oleh keyakinan bahwa memikirkan tentang kejadian yang berpotensi tidak menyenangkan membuat kejadian tersebut lebih besar kemungkinannya untuk benar-benar terjadi (Nevid,dkk, 2005)

3.3.3. Perspektif Biologis

Encefalias, cedera kepala, dan tumor otak diasosiasikan dengan terjadinya gangguan obsesif-kompulsif. Hal tersebut difokuskan pada area otak yang terpengaruh oleh trauma tersebut yaitu *lobus frontalis* dan *ganglia basalis*, serangkaian nukleus sub-kortikal termasuk *caudate*, *putamen*, *globus pallidus*, dan *amygdala*. Studi pemindaian dengan PET menunjukkan peningkatan aktivasi pada *lobus frontalis* pasien OCD, mencerminkan kekhawatiran mereka yang berlebihan terhadap pikirannya. Sedangkan pada *ganglia basal* yang merupakan suatu sistem yang berhubungan dengan pengendalian perilaku motorik disebabkan oleh relevansinya dengan kompulsif dan juga dengan hubungan antara OCD dan sindrom Tourette (Sheppard dkk., 1999 dalam Davison, dkk 2014).

OCD disebabkan oleh suatu sistem neurotransmitter yang berpasangan dengan serotonin bila dipengaruhi antidepresan, sistem serotonin menyebabkan perubahan pada sistem lain yang merupakan lokasi sebenarnya dari efek terapeutik (Nevid,dkk 2005).

3.4. Penanganan

3.4.1. Terapi Psikoanalisis.

Terapi psikoanalisis untuk obsesi dan kompulsi mirip dengan untuk fobia dan kecemasan menyeluruh, yaitu mengangkat represi dan memberi jalan pada pasien untuk menghadapi hal yang benar-benar ditakutkannya. Karena pikiran yang mengganggu dan perilaku kompulsif melindungi ego dari konflik yang di tekan merupakan target yang sulit untuk intervensi terapeutik, dan prosedur psikoanalisis serta psikodinamika terkait tidak efektif untuk menangani gangguan ini (Esman, 1989 dalam Davison, dkk 2014)

Salah satu pandangan psikoanalisis mengemukakan hipotesis bahwa keragu-raguan yang tampak pada sebagian besar penderita obsesif-kompulsif berasal dari kebutuhan terhadap kepastian benarnya suatu tindakan sebelum tindakan tersebut dilakukan (Salzman, 1985 dalam Davison, dkk, 2014). Dengan demikian, pasien harus belajar untuk menoleransi ketidakpastian dan kecemasan yang dirasakan semua orang seiring mereka menghadapi kenyataan bahwa tidak ada sesuatu yang pasti atau dapat dikendalikan secara mutlak dalam hidup ini. Fokus akhir dalam terapi tetap berupa berbagai penyebab simtom yang tidak disadari

3.4.2. Pendekatan Behavioral: Pemaparan dan Pencegahan Ritual (ERP- exposure and Ritual Prevention).

Pendekatan behavioral yang paling banyak digunakan dan diterima paling banyak secara umum untuk ritual kompulsif, yang dipeloporkan di Inggris oleh Victor Meyer

(1966) mengombinasikan pemaparan dengan pencegahan respons (ERP) (Rachman & Hodgson, 1980 dalam Davison, 2014). Pendekatan tersebut baru-baru ini berganti nama yaitu pemaparan dan pencegahan ritual untuk menggarisbawahi keyakinan magis yang dimiliki para penderita OCD bahwa perilaku kompulsif mereka akan mencegah terjadinya hal-hal yang menakutkan. Dalam metode ini (kadang disebut flooding) seseorang memaparkan dirinya pada situasi yang menimbulkan tindakan kompulsif seperti memegang piring kotor-kemudian menghindari untuk tidak melakukan ritual yang biasa dilakukannya- yaitu mencuci tangan. Asumsinya adalah bahwa ritual tersebut merupakan penguatan negatif karena mengurangi kecemasan yang ditimbulkan oleh suatu stimulus atau peristiwa dalam lingkungan seperti debu di kursi. Mencegah seseorang melakukan ritual akan memaparkannya pada stimulus yang menimbulkan kecemasan sehingga memungkinkan terhapusnya kecemasan tersebut. Kadangkala pemaparan dan pencegahan ritual ini dilakukan melalui imajinasi, terutama jika tidak memungkinkan untuk melakukannya secara nyata, contohnya, bila seseorang percaya bahwa ia akan terbakar di neraka jika gagal melakukan ritual tertentu.

3.4.3. Terapi perilaku Rasional Emotif

Terapi perilaku rasional emotif untuk mengurangi OCD adalah membantu pasien menghapuskan keyakinan bahwa segala sesuatu mutlak harus berjalan seperti yang mereka inginkan atau bahwa segala tindakan yang mereka lakukan harus mutlak memberikan hasil sempurna (Nevid, dkk 2005)

Dalam pendekatan ini, pasien didorong untuk menguji ketakutan mereka bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi jika mereka tidak melakukan ritual kompulsif. Jelaslah, bagian tak terpisahkan dalam terapi kognitif semacam itu adalah pemaparan dan pencegahan respons (atau ritual), karena untuk mengevaluasi apakah tidak melakukan ritual kompulsif akan memberikan konsekuensi yang mengerikan, pasien harus menahan diri untuk tidak melakukan ritual tersebut.

3.4.4. Penanganan Biologis

Obat-obatan yang meningkatkan level serotonin seperti SSRI beberapa tricyclic, merupakan penanganan biologis yang paling sering diberikan kepada pasien dengan gangguan obsesif-kompulsif. Kedua kelompok obat-obatan tersebut telah memberikan hasil yang menguntungkan, walaupun perlu dicatat bahwa suatu kajian terhadap penanganan farmakologis oleh dua psikiater merendahkan pentingnya ERP sebagai pendekatan baris pertama (Rauch & Jenike, 1998 dalam Davison, 2004). Beberapa studi menemukan antidepresan tricyclic kurang efektif dibandingkan ERP, dan suatu studi terhadap antidepresan menunjukkan perbaikan dalam ritual kompulsif hanya pada pasien OCD yang juga menderita depresi. Dalam studi lain, manfaat antidepresan tricyclic bagi OCD ternyata hanya berjangka pendek; penghentian obat ini memicu 90 persen tingkat kekambuhan, jauh lebih tinggi dibanding pada pencegahan respons (Pato dkk., 1988 dalam Davison, dkk, 2004).

Masalah potensial dengan terapi obat adalah bahwa pasien kemungkinan menganggap perbaikan klinis yang terjadi disebabkan oleh obat dan bukan karena sumber daya mereka sendiri (Nevid,dkk, 2005). Terapi obat biasanya dikombinasikan dengan terapi kognitif-*behavioral*. Beberapa bukti telah menunjukkan bahwa terapi obat tidak mengganggu efektivitas dari penanganan kognitif-*Behavioral* (Bruce, 1996 dalam Nevid, dkk, 2005)

4. Gangguan Fobia

4.1. Pengertian

Kata fobia berasal dari bahasa Yunani *phobos*, berarti takut. Takut adalah perasaan cemas dan agitasi sebagai respon terhadap ancaman. Gangguan phobia adalah rasa takut yang persisten terhadap objek atau situasi yang tidak sebanding dengan ancamannya. Orang dengan gangguan phobia tidak kehilangan kontak dengan realitas, mereka biasanya tahu bahwa ketakutan mereka itu berlebihan dan tidak pada tempatnya (Nevid, dkk, 2005). Orang dengan phobia mengalami ketakutan untuk hal-hal yang biasa yang untuk orang lain sudah tidak difikirkan lagi, seperti naik elevator atau naik mobil di jalan raya. Fobia terdiri dari tiga tipe, yaitu fobia spesifik, fobia sosial dan *agoraphobia* (Nevid, dkk, 2005)

Fobia spesifik adalah ketakutan yang beralasan dan disebabkan oleh kehadiran atau antisipasi suatu objek atau situasi spesifik (Nevid, dkk 2005). DSM-V- membagi fobia berdasarkan sumber ketakutannya, yaitu: *Specific Phobia, Animal; Specific Phobia, Natural Environment; Specific Phobia, Blood; Specific Phobia,Injection-Transfusion;Specific Phobia,Other Medical Care; Specific Phobia ,Injury; Specific Phobia,Situational; Specific Phobia,Other.*

Fobia sosial adalah ketakutan menetap dan tidak rasional yang umumnya berkaitan dengan keberadaan orang lain. Individu yang menderita fobia sosial biasanya mencoba menghindari situasi yang membuatnya mungkin dinilai dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau berperilaku secara memalukan (Nevid, dkk, 2005). Fobia sosial dapat bersifat umum atau khusus, tergantung rentang situasi yang ditakuti dan dihindari. Orang-orang dengan tipe umum mengalami fobia ini pada usia yang lebih awal, lebih banyak komorbiditas dengan berbagai gangguan lain, seperti depresi dan kecanduan alkohol, dan hendaya (gangguan) yang lebih parah. Gangguan ansietas sosial cenderung menjadi lebih kronis jika penanganannya tidak berhasil. Fobia sosial umumnya bermula pada masa remaja dan menghambat pembentukan hubungan persahabatan dengan teman-teman sebaya.

Agoraphobia berasal dari bahasa Yunani yang berarti takut kepada pasar, yang sugestif untuk ketakutan berada ditempat-tempat terbuka dan ramai (Nevid, dkk, 2005). Agoraphobia melibatkan ketakutan terhadap tempat tempat atau situasi yang memberi kesulitan atau membuat malu seseorang untuk kabur dari situ bila terjadi simptom simptom panik atau serangan panik yang parah atau ketakutan kepada situasi dimana bantuan tidak bisa didapatkan bila problem terjadi. *Agoraphobia* dapat terjadi bersamaan atau tidak bersamaan dengan gangguan panik yang menyertai. Pada gangguan panik dengan *agoraphobia*, orang hidup dengan ketakutan terjadinya serangan yang berulang dan menghindari tempat-tempat umum. Orang-orang dengan *agoraphobia* yang tidak punya gangguan panik dapat mengalami sedikit simptom panik seperti pusing yang menghalangi mereka untuk keluar dari tempat mereka.

4.2. Ciri-ciri diagnostik

PPDGJ dan DSM-V mencantumkan beberapa simptom yang menjadi landasan seseorang menderita gangguan fobia. Simptom-simptom tersebut sebagai berikut (Maslim, 2013):

PPDGJ – III

F40.0 Agorafobia

Pedoman Diagnostik:

Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti:

- a) Gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi primer* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
- b) Anxietas yang timbul harus terbatas pada (terutama terjadi dalam hubungan dengan) setidaknya dua dari situasi berikut: *banyak orang/keramaian, tempat umum, bepergian keluar rumah, bepergian keluar rumah, dan bepergian sendiri*; dan
- c) Menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gejala yang menonjol (penderita menjadi “*house-bound*”).

F40.1 Fobia Sosial

Pedoman Diagnostik

Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti:

- a) Gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi sekunder* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
- b) Anxietas harus mendominasi atau terbatas pada *situasi sosial tertentu* (outside the family circle), dan

- c) Menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gejala yang menonjol.
- Bila terlalu sulit membedakan antara fobia sosial dengan agorafobia, hendaknya diutamakan diagnosis *agorafobia* (F40.0).

F40.2 Fobia Khas (Terisolasi)

Pedoman Diagnostik

Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti:

- a) Gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi primer* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
- b) Anxietas harus *harus* terbatas pada adanya objek atau situasi fobik *tertentu* (highly specific situations), dan
- c) Situasi fobik tersebut sedapat mungkin *dihindari*.

Pada fobia khas ini umumnya *tidak ada* gejala psikiatrik lain, tidak seperti halnya agorafobia dan fobia sosial.

DSM-V

300.29 Fobia Spesifik

Kriteria diagnosis:

- a) Menandai ketakutan atau kecemasan terhadap suatu objek atau situasi tertentu (terbang, ketinggian, binatang, jarum suntik, darah).
- b) Objek atau situasi fobia hampir selalu memancing ketakutan atau kecemasan tiba-tiba.
- c) Objek atau situasi fobia secara aktif dihindari atau diatasi dengan ketakutan atau kecemasan yang kuat.

- d) Ketakutan atau kecemasan itu tidak sesuai dengan bahaya sebenarnya yang ditimbulkan oleh objek atau situasi tertentu dan pada konteks kultur sosial.
- e) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tersebut berlanjut, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih.
- f) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran menyebabkan gangguan-gangguan klinis yang signifikan pada kehidupan sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya.
- g) Gangguan tersebut tidak lebih baik dijelaskan oleh gejala dari gangguan mental lainnya, seperti ketakutan, kecemasan, dan penghindaran terhadap situasi dibantu dengan gejala seperti panik atau gejala ketidakmampuan lainnya (seperti pada agorafobia); objek atau situasi yang berkaitan dengan obsesi (seperti pada gangguan obsesif-kompulsif); ingatan atas suatu trauma (seperti pada gangguan stres pasca trauma); pemisahan dari rumah atau kasih sayang seseorang (seperti pada gangguan kecemasan pemisahan); atau pada situasi sosial (seperti pada gangguan kecemasan sosial).

300.23 Fobia Sosial

Kriteria diagnosis:

- a) Menandai ketakutan atau kecemasan terhadap satu atau lebih situasi sosial dimana individu terlihat oleh pengamatan yang mungkin dilakukan oleh orang lain. Contohnya termasuk interaksi sosial (melakukan percakapan, bertemu orang asing), merasa diamati (makan dan minum), dan tampil di depan orang lain (memberi pidato).
- b) Individu merasa takut melakukan sesuatu jika menunjukkan gejala kecemasan akan ditanggapi negatif (akan dipermalukan, menuju pada penolakan atau penyerangan orang lain).

- c) Situasi sosial hampir selalu memancing ketakutan atau kecemasan.
- d) Situasi sosial dihindari atau diatasi dengan ketakutan atau kecemasan yang tinggi.
- e) Ketakutan atau kecemasan itu tidak sesuai dengan ancaman sebenarnya yang ditimbulkan situasi sosial dan pada konteks kultur sosial.
- f) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tersebut berlanjut, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih.
- g) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran menyebabkan gangguan-gangguan klinis yang signifikan pada kehidupan sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya.
- h) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tersebut tidak termasuk kedalam efek psikologis secara substansi (penyalahgunaan obat-obatan, pengobatan) atau kondisi medis lainnya.
- i) Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tidak lebih baik dijelaskan oleh gejala dari gangguan mental lainnya, atau gangguan spektrum autisme.
- j) Jika kondisi medis lainnya (penyakit parkinson, obesitas, cacat dari luka bakar atau cedera) ada, maka ketakutan, kecemasan, atau penghindaran jelas tidak terkait atau berlebihan.

4.3. Perspektif Teoritis

4.3.1. Teori Psikoanalisis

Freud menyatakan bahwa phobia merupakan pertahanan terhadap kecemasan yang disebabkan oleh impuls id yang ditekan. Kecemasan ini dialihkan dari impuls id yang ditakuti yang ditakuti dan

dipindahkan ke objek atau situasi yang memiliki koneksi simbolik dengannya. Fobia adalah cara ego untuk menghindari konfrontasi dengan masalah sebenarnya, yaitu konflik masa kecil yang ditekan (Nevid, dkk 2005).

4.3.2. Teori Behavioral

Teori behavioral berfokus pada pembelajaran sebagai cara berkembangnya fobia. Beberapa tipe dalam pembelajaran mungkin berperan dalam berkembangnya fobia dalam diri individu.

Avoidance Conditioning menjelaskan fobia dalam perspektif behavioral adalah reaksi atau respon avoidance yang telah dipelajari oleh individu. Salah satu demonstrasi yang dilakukan oleh Watson dan Rayner (Dalam Davison, dkk, 2014) mengenai pengondisian terhadap suatu rasa takut atau fobia. Formulasi *avoidance conditioning* dilandasi oleh dua faktor yang diajukan oleh Mcwrer (Dalam Davison, dkk, 2004) yang menyatakan bahwa fobia berkembang dari dua rangkaian pembelajaran yang saling berkaitan.

- 1) Melalui *classical conditioning*, seseorang dapat belajar untuk takut pada suatu stimulus netral (CS) jika stimulus tersebut dipasangkan dengan kejadian yang secara instrinsik menyakitkan atau menakutkan (UCS).
- 2) Seseorang dapat belajar mengurangi rasa takut yang dikondisikan tersebut dengan melarikan diri atau menghindari CS. Jenis pembelajaran yang kedua ini diasumsikan sebagai *operant conditioning*, respons dipertahankan oleh konsekuensi mengurangi ketakutan yang menguatkan.

Modelling menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan fobia. Selain belajar untuk takut terhadap sesuatu sebagai akibat dari pengalaman yang tidak menyenangkan, ketakutan juga dapat dipelajari dengan meniru reaksi dari orang lain. berbagai macam perilaku,

termasuk respon-respon emosional dapat dipelajari dengan menyaksikan suatu model. Pembelajaran terhadap rasa takut dengan mengamati orang lain secara umum disebut sebagai *vicarious learning*. *Vicarious learning* juga dapat terjadi melalui instruksi verbal, yaitu reaksi fobik yang dapat dipelajari melalui deskripsi yang diberikan orang lain tentang apa yang mungkin terjadi selain melalui observasi terhadap ketakutan orang lain.

Pembelajaran yang Dipersiapkan (*Prepare Learning*) merupakan fakta yang menunjukkan bahwa stimulus tertentu yang netral atau stimuli yang dipersiapkan lebih mungkin dibandingkan stimuli yang lain untuk menjadi stimuli yang dikondisikan secara klasik yang mungkin berperan terhadap kecenderungan bahwa orang-orang hanya takut pada objek atau situasi tertentu seperti laba-laba, ular, dan ketinggian serta tidak merasakannya pada objek lainnya seperti domba. Beberapa ketakutan bisa saja sangat mencerminkan *classical conditioning*, namun hanya pada stimuli yang secara fisiologis memang sensitive bagi suatu organisme. Eksperimen pengondisian yang menunjukkan extinction rasa takut secara cepat mungkin menggunakan berbagai CS yang tidak siap dihubungkan dengan UCS oleh organisme bersangkutan.

Diperlukan *Diathesis*. Beberapa orang yang memiliki pengalaman traumatis tidak mengalami ketakutan yang menetap. Contohnya, 50% diantara orang-orang yang sangat ketakutan terhadap anjing menuturkan pengalaman traumatis yang pernah mereka alami dengan anjing, begitu juga dengan 50% diantara orang-orang yang tidak takut anjing. Perbedaan diantara dua kelompok tersebut adalah kelompok fobik berfokus dan menjadi cemas terhadap kemungkinan munculnya kejadian traumatis yang sama pada masa mendatang. Dengan demikian, *diathesis* kognitif meyakini bahwa kejadian traumatis yang

sama akan terjadi pada masa mendatang mungkin merupakan suatu hal penting dalam terbentuknya fobia. Kemungkinan *diathesis* psikologis lain adalah adanya riwayat yang menunjukkan ketidakmampuan mengendalikan lingkungan.

Keterampilan Sosial yang Kurang dalam Fobia Sosial. Fobia sosial menganggap bahwa perilaku yang tidak tepat atau kurangnya keterampilan sosial sebagai penyebab kecemasan sosial. Pandangan tersebut menyatakan bahwa individu tidak pernah belajar cara berperilaku agar individu tersebut merasa nyaman dengan orang lain, atau individu tersebut berulang kali melakukan kecerobohan, kikuk dan secara sosial tidak kompeten, serta sering dikritik oleh rekan-rekan sosial. Penemuan yang menguatkan model ini menunjukkan bahwa orang-orang yang memiliki kecemasan sosial memang memiliki skor rendah dalam tingkat keterampilan sosial dan orang-orang tersebut juga tidak mampu memberikan respon pada waktu serta tempat yang tepat dalam interaksi sosial. Seseorang yang keterampilan sosialnya rendah memiliki kemungkinan menciptakan situasi yang menakutkan bersama orang lain. sebagai contoh, ketika individu tidak mengetahui cara merespon dengan sopan dan memicu situasi interpersonal yang tidak menyenangkan, bahkan konflik yang menegangkan. Dapat diduga bahwa hukuman yang diterima dari orang lain akan membuat orang tersebut lebih merasa takut berinteraksi dengan orang lain.

4.3.3. Teori Kognitif

Pandangan kognitif mengenai kecemasan secara umum dan fobia secara khusus berfokus pada proses berpikir manusia yang dapat berperan sebagai *diathesis* dan pikiran yang dapat membuat fobia menetap. Kecemasan dikaitkan dengan kemungkinan yang lebih besar untuk menanggapi stimuli negative, menginterpretasi informasi yang tidak jelas sebagai informasi yang mengancam, dan mempercayai

bahwa kejadian negative memiliki kemungkinan lebih besar untuk terjadi di masa mendatang. Isu utama dalam teori kognitif adalah kognisi menyebabkan kecemasan atau kecemasan yang membentuk kognisi. Meskipun beberapa beberapa bukti eksperimental mengindikasikan bahwa cara menginterpretasi stimuli dapat menyebabkan kecemasan di laboratorium, namun tidak diketahui apakah bias kognitif menjadi penyebab gangguan anxietas.

Teori kognitif mengenai fobia juga relevan untuk berbagai fitur lain dalam gangguan ini. rasa takut yang menetap dari fakta bahwa ketakutan tersebut sesungguhnya tampak tradisional bagi mereka yang mengalaminya. Fenomena ini dapat terjadi karena rasa takut melalui proses-proses otomatis yang terjadi pada awal kehidupan dan tidak disadari. Setelah proses awal tersebut, stimulus dihindari sehingga tidak diproses cukup lengkap dan yang dapat menghilangkan rasa takut tersebut.

4.3.4. Faktor-faktor Biologis yang Memengaruhi

Sistem saraf Otonom. Orang-orang yang mengalami fobia sosial sering kali merasa takut bahwa wajah mereka akan memerah atau berkeringat secara berlebihan di depan umum. Karena berkeringat dan memerahnya wajah dikendalikan oleh sistem saraf otonom, aktivitas sistem saraf otonom yang berlebihan kemungkinan merupakan suatu *diathesis*. Beberapa bukti tidak menunjukkan bahwa orang-orang yang menderita fobia sangat berbeda dalam pengendalian berbagai bentuk aktivitas otonomik, walaupun saat berada dalam situasi seperti berbicara di depan umum yang diharapkan akan terjadi perbedaan. Orang-orang yang menderita fobia sosial yang sebelumnya menuturkan bahwa memerahnya wajah secara actual tidak lebih memerah dibandingkan dengan orang-orang yang menderita fobia sosial yang tidak menuturkan memerahnya wajah. Dengan demikian,

apabila aktivitas otonom yang berlebih memiliki relevansi dengan fobia sosial, rasa takut terhadap konsekuensi aktivitas otonom mungkin merupakan hal yang lebih penting.

Faktor Genetik. Keluarga dekat memiliki gen yang sama dan memiliki kesempatan besar untuk saling mengamati serta mempengaruhi sehingga dapat mengindikasikan peniruan langsung dari satu anggota ke anggota keluarga lainnya. Walaupun terdapat beberapa alasan untuk mempercayai bahwa faktor-faktor genetic mungkin berperan dalam etiologi fobia, hingga saat ini belum ada bukti yang tegas menunjukkan sejauh mana peran faktor genetik dalam fobia yang dialami oleh individu.

4.4. Penanganan

4.4.1. Pendekatan Psikoanalisis

Pada pendekatan psikoanalisis seperti halnya teori psikoanalisis yang memiliki banyak variasi, demikian juga terapi psikoanalisis. Secara umum, semua penanganan psikoanalisis pada fobia berupaya mengungkap konflik-konflik yang ditekan yang diasumsikan mendasari ketakutan ekstrem dan karakteristik penghindaran dalam gangguan ini. Karena fobia dianggap simptom dari konflik-konflik yang ada dibaliknya, fobia biasanya tidak secara langsung ditangani, (Davison dkk, 2004).

Dalam berbagai kombinasi tradisi psikoanalisis menggunakan berbagai teknik yang dikembangkan dalam tradisi psikoanalisis dalam membantu mengangkan represi. Dalam asosiasi bebas analisis mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disebutkan pasien terkait dengan setiap rujukan mengenai fobia. Analisis juga berupaya menemukan berbagai petunjuk terhadap penyebab fobia yang ditekan dalam isi mimpi yang tampak jelas. Apa yang diyakini analisis

mengenai penyebab yang ditekan tersebut tergantung pada teori psikoanalisis tertentu yang dianutnya. Analisis ego kontemporer kurang menfokuskan pada riwayat *insight* dan lebih fokus untuk mendorong pasien menghadapi fobia, (Davison dkk, 2014).

4.4.2. Pendekatan Behavioral

Desensitisasi sistematis merupakan terapi behavioral utama yang pertama kali digunakan secara luas untuk menangani fobia (Wolpe, 1958., dalam Davison dkk, 2004). Individu yang menderita fobia membayangkan serangkaian situasi yang semakin menakutkan sementara berada dalam kondisi relaksasi mendalam (Davison dkk, 2004). *Flooding* adalah teknik terapeutik dimana klien dipaparkan dengan sumber fobia dalam intensitas penuh. Rasa tidak nyaman ekstrem menjadi bagian tak terhindarkan menggunakan teknik ini, kecuali mungkin menjadi jalan terakhir bila pemaparan secara bertingkat tidak membuahkan hasil. Pasien yang menderita fobia darah dan penyuntikan sekarang ini didorong untuk mengencangkan otot mereka, bukannya mengendurkan ketika menghadapi situasi yang mereka takuti. Mempelajari keterampilan sosial dapat membantu mereka yang menderita fobia sosial yang tidak mengetahui apa yang harus diucapkan atau dilakukan dalam berbagai situasi sosial. Beberapa terapis behavioral mendorong pasien untuk berlatih peran atau melatih pertemuan interpersonal didalam ruangan konsultasi atau kelompok terapi kecil (Turner, Beidel, & Cooley-Quille, 1995., dalam Davison dkk, 2004).

Modelling merupakan teknik lain yang menggunakan pemaparan terhadap berbagai situasi yang ditakuti. Dalam terapi *modelling*, klien yang ketakutan melihat orang lain yang berinteraksi dengan objek melalui film atau secara langsung fobik tanpa rasa takut, contohnya memegang ular yang tidak berbisa atau mengusap-usap

anjing yang jinak. Menunjukkan pada orang-orang yang mengalami kecemasan sosial bagaimana mereka dapat berinteraksi dengan orang lain secara lebih baik merupakan bagian yang tak terpisahkan dalam pelatihan keterampilan sosial (Davison dkk, 2004).

4.4.3. Pendekatan Kognitif

Terapi kognitif bagi fobia spesifik dipandang dengan skeptis karena karakteristik utama penentu fobia. Rasa takut fobia diakui penderitanya sebagai rasa takut yang berlebihan atau tidak beralasan. Jika penderita mengakui jika ia mengalami ketakutan pada sesuatu yang berbahaya, apa yang dapat dilakukan terapi tersebut untuk mengubah pikiran si penderita. Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa hanya dengan menghapuskan keyakinan irasional tanpa pemaparan dengan situasi yang dilakukan dengan mengurangi penghindaran fobia (Davison dkk, 2004).

Secara kontras berkaitan dengan fobia sosial, metode kognitif semacam itu kadangkala dikombinasikan dengan pelatihan keterampilan sosial lebih menjanjikan. Mereka mungkin dipersuasikan oleh terapis untuk menilai reaksi orang lain terhadap mereka secara akurat dan untuk tidak terlalu bergantung pada persetujuan orang lain untuk mempertahankan perasaan bahwa diri kita bermakna (Davison dkk, 2004).

4.4.4. Pendekatan Biologis

Dalam tahun-tahun terakhir obat-obatan yang pada awalnya dikembangkan untuk menangani depresi (antidepresan) menjadi populer digunakan untuk menangani masalah ansietas, termasuk fobia. Obat-obatan yang mengurangi kecemasan disebut sebagai sedatif, tranqilizer atau *anxiolytic* (Davison dkk, 2004). Penggunaan obat-obatan tentunya memberikan efek samping bila dikonsumsi dalam dosis yang berlebihan. Beberapa obat dapat menyebabkan

ketergantungan dan kematian bila mengalami overdosis serta mempengaruhi berat badan.

5. Gangguan stres Akut dan Gangguan Stres Pasca Trauma

5.1. Pengertian

Gangguan stres akut adalah suatu reaksi yang diperkirakan dari seseorang yang mengalami suatu trauma yang sangat berat, saat ini individu membutuhkan jumlah dan jenis stres yang berbeda untuk menimbulkan gangguan tersebut. Gangguan stress akut secara khas akan menghilang setelah 1 hingga 2 minggu (apabila berlanjut), tetapi jika gangguan berlangsung lebih dari sebulan, diagnosis perlu diubah menjadi gangguan stres pasca trauma.

Gangguan stress akut (*acute stress disorder/ASD*) adalah suatu reaksi maladaptif yang terjadi pada bulan pertama sesudah pengalaman traumatis. Gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder/PTSD*) adalah reaksi maladaptive yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis. ASD adalah faktor resiko mayor untuk PTSD karena banyak orang dengan ASD yang kemungkinan mengembangkan PTSD (Harvey & Bryant dalam Nevid, dkk, 2005). Berlawanan dengan ASD, PTSD kemungkinan berlangsung berbulan-bulan, bertahun-tahun, atau sampai beberapa dekade dan mungkin baru muncul setelah beberapa bulan atau tahun setelah adanya pemaparan terhadap peristiwa traumatis (Zlotnick dkk dalam Nevid, dkk, 2005).

Hampir semua orang yang mengalami trauma mengalami stres, kadangkala hingga tingkat yang sangat berat. Hal ini normal. Jika stressor menyebabkan kerusakan signifikan dalam keberfungsian sosial dan pekerjaan selama kurang dari satu bulan, diagnosis yang

ditegakkan adalah gangguan stres akut. Walaupun beberapa orang dapat mengatasi gangguan stress akut yang mereka alami, jumlah yang signifikan kemudian menderita PTSD (Brewin dkk dalam Davison, dkk, 2004). Dimasukkannya stress berat dalam DSM sebagai faktor penyebab signifikan PTSD dimaksudkan untuk menunjukkan pengakuan resmi bahwa penyebab PTSD yang utama adalah peristiwa yang terjadi, bukan orang yang bersangkutan.

Pada ASD dan PTSD, peristiwa traumatis tersebut melibatkan kematian atau ancaman kematian atau cedera fisik yang serius, atau ancaman terhadap keselamatan diri sendiri atau orang lain. Respons terhadap ancaman tersebut mencakup perasaan takut yang intens, perasaan tak berdaya, atau rasa ngeri (horor). Anak-anak dengan PTSD kemungkinan mengalami ancaman ini dengan cara lain, misalnya dengan menunjukkan kebingungan atau agitasi.

ASD dan PTSD memiliki ciri yang sama yaitu mengalami kembali peristiwa traumatis; menghindari petunjuk atau stimuli yang diasosiasikan dengan peristiwa tersebut; mati rasa dalam responsifitas secara umum atau dalam segi emosional; mudah sekali terangsang; gangguan fungsi atau distress emosional yang penting. Perbedaan utama antara kedua gangguan tersebut adalah pada ASD penekanannya ada pada *disosiasi* – perasaan asing terhadap diri sendiri atau terhadap lingkungannya. Orang-orang dengan gangguan stress akut mungkin merasakan terbingong-bengong atau dunia ini dirasakan sebagai suatu tempat dalam mimpi atau suatu tempat yang tidak nyata. Dalam gangguan stress akut, orang mungkin juga tidak dapat melaksanakan tugas-tugas yang perlu, misalnya mendapatkan bantuan medis atau bantuan hukum yang diperlukan (APA dalam Nevid, dkk, 2005).

Dalam gangguan stres akut atau pascatrauma, peristiwa traumatis mungkin seakan dialami kembali dalam berbagai macam cara. Mungkin dalam bentuk ingatan-ingatan yang intrusif, mimpi-mimpi mengganggu yang berulang-ulang, dan perasaan bahwa peristiwa tersebut memang terulang kembali (seperti “kilas balik” peristiwa tersebut). Pemaparan terhadap peristiwa yang menyerupai pengalaman traumatis dapat menyebabkan distress psikologis yang inrens. Orang-orang dengan reaksi stress traumatis cenderung untuk menghindari stimuli yang membangkitkan ingatan terhadap trauma. Misalnya, mungkin mereka tidak mampu menghadapi tayangan televisi tentang hal tersebut atau keinginan teman untuk membicarakannya. Mungkin mereka mempunyai perasaan terasing atau terpisah dari orang lain. mereka mungkin menunjukkan sikap kurang responsive terhadap dunia luar setelah peristiwa traumatis, kehilangan kemampuan untuk menikmati aktifitas yang dahulu disukai atau kehilangan perasaan mampu mengasihi.

5.2. Ciri-ciri diagnostik

5.2.1. Stres Akut

PPDGJ (F43.0)

- Harus ada kaitan waktu yang jelas antara terjadinya pengalaman stres yang luar biasa (fisik atau mental) dengan onset dari gejala, biasanya beberapa menit atau segera setelah kejadian
- Selain itu ditemukan gejala-gejala :
 - a) Terdapat gambaran gejala campuran yang biasanya berubah-ubah, selain gejala permulaan berupa keadaan “terpaku” (daze). Semua hal berikut dapat terlihat depresi, ansietas, kemarahan , kecewa, overaktif dan

penarikan diri. Akan tetapi tidak satupun dari gejala tersebut yang mendominasi gambaran klinisnya untuk waktu yang lama

- b) Pada kasus yang dapat dialihkan dari lingkup stressornya, gejala-gejala dapat menghilang dengan cepat (dalam beberapa jam) dalam hal dimana stres menjadi berkelanjutan atau tidak dapat dialihkan gejala –gejala biasanya baru mereda setelah 24-48 jam dan biasanya hampir menghilang setelah 3 hari.
- Diagnosis ini tidak boleh digunakan untuk keadaan kambuhan mendadak dari gejala-gejala pada individu yang sudah menunjukkan gangguan psikiatrik lainnya.
- Kerentanan individual dan kemampuan menyesuaikan diri memegang peranan dalam terjadinya atau beratnya suatu reaksi stres akut.

DSM (308.3)

Kriteria Diagnostik:

- A. Paparan terhadap kematian yang sebenarnya, cedera serius, atau pelanggaran seksual yang serius dalam satu (atau lebih) hal berikut:
 - 1) Langsung mengalami peristiwa traumatis
 - 2) Menyaksikan, secara langsung, kejadian traumatik, seperti yang terjadi pada orang lain.
 - 3) Belajar bahwa kejadian tersebut terjadi pada anggota keluarga dekat atau teman dekat.
 - 4) Mengalami keterpaparan berulang atau ekstrem terhadap rincian kejadian traumatis yang tidak

menyenangkan (misalnya, responden pertama yang mengumpulkan jenazah manusia, petugas polisi berulang kali terpapar dengan rincian penganiayaan anak)

- B. Kehadiran sembilan (atau lebih) dari gejala berikut dari salah satu dari lima kategori gangguan, disosiasi mood negatif, penghindaran, dan gairah, diawali atau diperburuk setelah peristiwa traumatis terjadi.

Gejala Intrusi (gangguan)

- 1) Ingatan berulang, tidak disengaja, dan mengganggu dari kejadian traumatis.
- 2) Mimpi buruk yang menyengat dimana konten dan / atau pengaruhnya terhadap mimpi berhubungan dengan kejadian tersebut.
- 3) Reaksi disosiatif (mis, *flashback*) di mana individu merasa atau bertindak seolah-olah peristiwa traumatis berulang (reaksi semacam itu dapat terjadi pada suatu kontinum, dengan ekspresi paling ekstrem adalah hilangnya kesadaran akan lingkungan yang ada sekarang).
- 4) Intensor tekanan psikologis yang berkepanjangan atau reaksi fisiologis yang ditandai sebagai respons terhadap isyarat eksternal eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek kejadian traumatis.

Mood Negatif:

- 5) Ketidakmampuan yang terus-menerus untuk mengalami emosi positif (eginabilitas untuk

mengalami kebahagiaan, kepuasan, atau cinta perasaan)

Gejala disosiatif:

- 6) Perasaan yang berubah tentang lingkungan seseorang atau diri sendiri (mis, melihat diri sendiri dari sudut pandang orang lain, sedang dalam keadaan linglung melambat).
- 7) Ketidakmampuan mengingat aspek penting dari kejadian traumatis (biasanya karena amnesia disosiatif dan tidak pada faktor lain seperti cedera kepala, alkohol, atau obat-obatan terlarang).

Gejala Menghindar

- 8) Upaya untuk menghindari kenangan, pikiran, atau perasaan yang menyedihkan tentang atau terkait erat dengan kejadian traumatis.
- 9) Upaya untuk menghindari pemicu eksternal (orang, tempat, percakapan, aktivitas, objek, situasi) yang membangkitkan pikiran kenangan yang menyedihkan, atau perasaan tentang atau terkait erat dengan kejadian traumatis.

Gejala Gangguan

- 10) Gangguan tidur (misalnya, sulit jatuh atau tertidur, tidur nyenyak).
- 11) Perilaku yang tidak enak dan ledakan kemarahan (dengan sedikit atau tanpa provokasi) biasanya dinyatakan sebagai agresi verbal atau fisik terhadap objek.
- 12) Hipervigilance
- 13) Permasalahan dengan konsentrasi

- 14) Respon mengejutkan berlebihan.
- C. Durasi gangguan (gejala pada Kriteria B) adalah 3 hari sampai bulan setelah terpapar trauma.
- D. Gangguan tersebut menyebabkan gangguan atau penurunan signifikan secara klinis di area kerja sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya.
- E. Gangguan ini tidak disebabkan oleh efek fisiologis zat (misalnya obat atau alkohol) atau medical lainnya. Injeksi otot ringan dan tidak lebih baik dijelaskan oleh kelainan psikotik singkat.
- 308.3F43.0) : Gangguan Stres Akut

5.2.2. Stres Pasca Trauma

PPDGJ (F43.1)

- Diagnosis baru ditegakkan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatis berat (masa laten berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang melampaui 6 bulan),
- Kemungkinan diagnosa masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya
- Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didaoatkan bayang-bayang atau mimpi –mimpi dari kejadian traumatik secara berulang-ulang kembali (flashback).
- Gangguan otonomil, gangguan afek dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis, tetapi tidak khas.

- Suatu “sequele” menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa misalnya saja beberapa puluh tahun setelah bencana, diklasifikasikan dalam katagori F 62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung setelah kejadian katas trofi

DSM (309.81)

Kriteria Diagnostik:

- A. Paparan kematian aktual atau terancam, luka serius, atau kekerasan seksual dalam satu (atau lebih) dari cara berikut:
- 1) Langsung mengalami kejadian traumatis.
 - 2) Menyaksikan secara pribadi kejadian seperti yang terjadi pada orang lain.
 - 3) Belajar bahwa peristiwa traumatis terjadi pada anggota keluarga dekat atau teman dekat. Dalam kasus keluarga atau calon keluarga kematian yang sebenarnya atau terancam, acara tersebut pasti bersifat kekerasan atau tidak disengaja.
 - 4) Mengalami keterpaparan berulang atau ekstrem terhadap rincian kejadian traumatis yang tidak menyenangkan (misalnya responden pertama mengumpulkan sisa-sisa manusia; petugas polisi berulang kali terpapar dengan rincian tentang pelecehan anak).
- B. Kehadiran satu (atau lebih) gejala intrusi berikut yang terkait dengan kejadian traumatis, dimulai setelah peristiwa traumatis.
- 1) Ingatan berulang, tidak disengaja, dan mengganggu kenangan akan kejadian traumatis.

- 2) Mimpi buruk yang menyebabkan dimana konten dan / atau pengaruhnya terhadap mimpi berhubungan dengan kejadian traumatis.
 - 3) Reaksi disosiatif (misalnya kilas balik) di mana individu merasa atau bertindak seolah-olah peristiwa traumatis berulang (Reaksi semacam itu dapat terjadi pada sebuah kontinum, dengan ekspresi paling ekstrem menjadi hilangnya kesadaran akan lingkungan sekitarnya).
 - 4) Tekanan psikologis yang intens atau dalam saat terpapar isyarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek peristiwa traumatis
 - 5) Reaksi fisiologis yang ditandai dengan isyarat internal atau eksternal yang melambangkan atau menyerupai aspek peristiwa traumatis.
- C. Penghindaran stimuli yang terus-menerus terkait dengan kejadian traumatis, dimulai setelah peristiwa traumatis terjadi, sebagaimana dibuktikan oleh salah satu atau kedua hal berikut:
- 1) Penghindaran atau upaya untuk menghindari kenangan, pikiran, atau perasaan yang menyusahkan. atau terkait erat dengan kejadian traumatis.
 - 2) Penghindaran atau upaya untuk menghindari pemicu eksternal (orang, tempat, percakapan, aktivitas, objek, situasi) yang membangkitkan kenangan, pikiran, atau perasaan yang menyedihkan tentang atau terkait erat dengan peristiwa traumatis)
- D. Perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati yang terkait dengan kejadian traumatis, awal atau perburuk setelah

peristiwa traumatis terjadi, sebagaimana dibuktikan oleh dua (atau lebih) hal berikut:

- 1) Ketidakmampuan mengingat aspek penting dari kejadian traumatis (biasanya karena amnesia disosiatif dan bukan pada faktor lain seperti cedera kepala, alkohol, atau obat-obatan terlarang)
 - 2) Keyakinan negatif atau eksploitatif yang berlebihan terhadap diri sendiri, orang lain, atau dunia (mis "Saya buruk", "Tidak ada yang bisa dipercaya", "Dunia ini benar-benar berbahaya", "Seluruh sistem saraf saya hancur secara permanen").
 - 3) Kognisi yang terus-menerus dan menyimpang tentang penyebab atau konsekuensi dari kejadian traumatis yang menyebabkan individu menyalahkan dirinya sendiri atau orang lain.
 - 4) Keadaan emosional negatif yang terus-menerus (mis., Takut, ngeri, marah, bersalah, atau malu)
 - 5) Secara jelas mengurangi partisipasi ininterstor dalam aktivitas signifikan
 - 6) Perasaan atau detasemen atau keterasingan dari orang lain.
 - 7) Ketidakmampuan terus-menerus untuk mengalami emosi positif (misalnya ketidakmampuan untuk mengalami kebahagiaan, kepuasan, atau perasaan cinta).
- E. Perubahan yang ditandai dalam reaktivitas rangsang dengan awal atau pemburukan traumatis setelah kejadian traumatis terjadi, sebagaimana dibuktikan oleh dua (atau lebih) dari:

- 1) Perilaku yang tidak mudah marah dan ledakan kemarahan (dengan sedikit atau tanpa provokasi) biasanya dinyatakan sebagai verbal. atau agresi fisik terhadap orang atau benda.
 - 2) Perilaku sembrono atau merusak diri sendiri
 - 3) Hipervigilance
 - 4) Respon mengejutkan yang berlebihan
 - 5) Masalah dengan konsentrasi
 - 6) Gangguan tidur (mis., Sulit tidur atau tidur atau tidur gelisah)
- F. Durasi gangguan (kriteria B, C, D dan E lebih dari 1 bulan)
- G. Gangguan tersebut menyebabkan gangguan atau penurunan signifikan secara klinis di area kerja sosial, pekerjaan, atau area penting lainnya yang tidak berfungsi.
- H. Gangguan ini tidak disebabkan oleh efek fisiologis atau zat (misalnya obat-obatan, alkohol) atau kondisi medis lainnya.
- 309.81 (F43.10): Posttraumatic Stress Disorder tentukan Dengan gejala disosiatif (Depersonalisasi & Derealization) dengan ekspresi tertunda.

5.3. Perspektif teoritis

5.3.1. Psikodinamika

Horowitz (Dalam Nevid, dkk, 2005)) menyatakan bahwa ingatan tentang kejadian traumatik muncul secara konstan dalam pikiran seseorang dan sangat menyakitkan sehingga secara sadar mereka mensupresinya (melalui distraksi, contohnya) atau merepresinya. Orang yang bersangkutan diyakini mengalami semacam perjuangan internal untuk mengintegrasikan trauma ke dalam keyakinannya tentang dirinya dan dunia agar dapat menerimanya secara masuk akal.

5.3.2. Biologis

Penelitian pada orang kembar dan keluarga menunjukkan kemungkinan diathesis genetik dalam PTSD (Hettema, Neale, & Kendler dalam Davison, dkk, 2004). Terlebih lagi, trauma dapat mengaktivasi sistem noradrenergik, meningkatkan level norepinefrin sehingga membuat orang yang bersangkutan lebih mudah terkejut dan lebih cepat mengekspresikan emosi dibanding kondisi normal. Konsisten dengan pandangan ini adalah penemuan bahwa level norepinefrin lebih tinggi pada pasien penderita PTSD dibanding pada kelompok control (Geracioti, dkk dalam Davison, Neale, dan Kring, 2004). Selain itu, menstimulasi sistem noradrenergik menyebabkan serangan panic pada 70 persen dan kilas balik pada 40 persen penderita PTSD; tidak ada satupun dari peserta kelompok kontrol yang mengalami hal semacam ini (Southwick dkk dalam Davison, dkk, 2004). Terakhir terdapat bukti mengenai meningkatnya sensitivitas reseptor-reseptor noradrenergik pada penderita PTSD (Bremner dkk dalam Davison, dkk, 2004).

5.3.3. Kognitif dan behavioral

Pemaparan menyebabkan berkurangnya simtom-simtom dengan memungkinkan pasien menyadari sesuatu yang berlawanan dengan pemikiran-pemikiran mereka yang salah satu yaitu bahwa (a) berada dalam situasi yang secara objektif aman yang mengingatkan seseorang pada trauma merupakan sesuatu yang tidak berbahaya; (b) mengingat trauma tidak sama dengan mengalaminya kembali; (c) kecemasan tidak dialami tanpa batas ketika berada dalam situasi yang ditakuti atau ketika mengingat situasi tersebut, namun justru berkurang bahkan tanpa melakukan penghindaran; dan (d) mengalami simtom-

simtom kecemasan / PTSD tidak lantas menyebabkan hilangnya kendali (Foa & Meadows dalam Davison, dkk, 2004).

5.4. Penanganan

5.4.1. Debriefing Stress Insiden Kritis

Debriefing Stress Insiden Kritis adalah perilaku mengintervensi dalam masa ketika orang-orang berada dalam fase akut periode pasca trauma. Perilaku mengintervensi sebanyak mungkin korban selamat dalam 24 hingga 72 jam setelah terjadinya peristiwa traumatik, tepat sebelum PTSD memiliki kesempatan untuk berkembang, dan mendorong mereka untuk mengkaji secara detail apa yang telah terjadi dan mengekspresikan sekuat mungkin perasaan mereka tentang kejadian mengerikan tersebut (Bell dalam Davison, dkk, 2004).

Menurut pendapat banyak ahli mengenai hasil terapeutik CISD dan berbagai prosedur terkait tidak mendukung efektivitasnya dan cukup banyak penelitian mutakhir yang menunjukkan bahwa pendekatan tersebut lebih banyak keburukannya daripada kebaikannya (Mayou dkk dalam Davison, dkk, 2004). Kritik mendasar bahwa segera setelah terjadinya suatu bencana, hal terbaik adalah para korban mendapatkan dukungan sosial yang biasanya diperoleh dalam keluarga serta komunitas mereka dan bahwa pemaksaan, bahkan jika dilakukan secara halus dan dengan maksud baik yang dilakukan oleh orang asing tidak akan membantu, bahkan dapat mengganggu serta memberi efek buruk. Kritik lain pada CISD bahwa penderitaan merupakan bagian normal kehidupan dan bahwa, setelah bencana, seseorang tidak perlu menghindari rasa sakit dan duka cita, namun lebih memanfaatkan kejadian traumatic tersebut sebagai kesempatan untuk menghadapi berbagai krisis kehidupan yang tidak dapat dihindari dan menemukan hikmah dibaliknya.

5.4.2. Pendekatan Kognitif dan Behavioral

Sebagaimana yang sudah diketahui, prinsip dasar terapi perilaku berbasis pemaparan adalah cara terbaik untuk mengurangi atau menghapus rasa takut adalah dengan menghadapi orang bersangkutan dengan sesuatu yang paling ingin dihindarinya. Diagnosis PTSD mencakup referensi mengenai hal yang memicu masalah dan biasanya kita mengetahui apa kejadiannya. Dengan demikian, keputusan tersebut merupakan keputusan taktis, yaitu bagaimana memaparkan pasien pada sesuatu yang menakutkan baginya. Banyak teknik yang telah digunakan. Walaupun demikian, melakukan terapi pemaparan semacam itu merupakan hal yang sulit bagi pasien dan terapis karena melakukan kajian ulang secara rinci terhadap kejadian yang menyebabkan trauma. Kondisi pasien untuk sementara dapat lebih buruk pada tahap-tahap awal terapi, dan terapis sendiri dapat merasa sedih ketika mereka mendengarkan penuturan tentang kejadian mengerikan yang dialami pasien.

Pada tahun 1989, Shapiro mulai memublikasikan suatu pendekatan untuk menangani trauma yang disebut dengan *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). EMDR dimaksudkan untuk dilakukan dengan cepat – sering kali hanya dilakukan satu atau dua kali sesi – dan lebih efektif dibanding prosedur pemaparan standar. Dalam prosedur ini, pasien membayangkan suatu situasi yang berkaitan dengan masalahnya, seperti kecelakaan mobil yang mengerikan. Dengan tetap membayangkan kejadian tersebut, pasien memandang jari terapis dan mengikutinya dengan pandangannya seiring terapis menggerakkannya maju mundur kira-kira satu kaki di depan pasien. Proses ini berlangsung selama kurang lebih satu menit atau sampai pasien menuturkan bahwa kengerian bayang

tersebut telah berkurang. Kemudian terapis meminta pasien menceritakan semua pikiran negatif yang muncul dalam pikirannya, sekali lagi dengan mengarahkan pandangannya pada jari terapis yang terur bergerak. Terakhir, terapis mendorong pasien untuk berpikir secara lebih positif, seperti “saya dapat mengatasi hal ini”, dan hal ini juga dilakukan sambil memandang jari terapis yang bergerak. Namun, ada banyak sekali kontroversi mengenai teknik ini. Di satu sisi, para pendukung AMDR berargumentasi bahwa mengombinasikan gerakan mata dengan pikiran kejadian yang ditakuti menyebabkan pendekondisian atau pemrosesan ulang stimulus yang menakutkan secara cepat. Di sisi lain studi menunjukkan bahwa gerakan mata tidak memberi tambahan apapun pada hasil pemaparan itu sendiri. Dan bahwa klaim efektivitas dilandasi berbagai eksperimen yang memiliki banyak kelemahan metodologis.

5.4.3. Pendekatan Psikoanalisis

Pendekatan psikodinamika dari Horowitz (dalam Davison, dkk, 2004) memiliki banyak kesamaan dengan penanganan yang telah disebutkan sebelumnya, karena mendorong pasien untuk membahasa trauma dan memaparkan diri mereka pada kejadian yang memicu PTSD. Namun, Horowitz menekankan cara trauma berinteraksi dengan kepribadian pratrauma pasien, dan penanganan yang ditawarkannya juga memiliki banyak persamaan dengan berbagai pendekatan psikoanalitik lain, termasuk pembahasan mengenai pertahanan dan analisis reaksi transferensi oleh pasien. Terapi kompleks ini memerlukan verifikasi empiris. Beberapa studi terkendali yang dilakukan sejauh ini hanya memberikan sedikit dukungan empiris mengenai keefektivasannya (Foa & Meadows dalam Davison, dkk, 2004).

5.4.4. Pendekatan Biologis

Berbagai obat-obatan psikoaktif telah digunakan untuk para pasien PTSD. Termasuk antidepresan dan tranquilizer (rangkuman obat-obatan yang digunakan untuk menangani seluruh gangguan anxietas. Mungkin penanganan yang paling banyak digunakan adalah obat-obatan anxiolytic yang diberikan oleh para praktisi medis. Namun, obat-obatan mudah disalahgunakan, dan penghentian biasanya menyebabkan kekambuhan. Penggunaan dalam jangka panjang dapat menyebabkan efek samping dan tidak mengenakkan dan belum dapat dipahami sepenuhnya.

BAB III

PENUTUP

Kecemasan merupakan suatu sensasi aprehensif atau takut yang menyeluruh yang bersifat normal pada berbagai kondisi, namun dapat menjadi abnormal jika berlebihan dan tidak sesuai dengan proporsi ancamannya. Pola-pola tingkah laku terganggu dimana kecemasan menjadi ciri yang paling menonjol diberi label gangguan kecemasan. Ada beberapa jenis gangguan kecemasan yaitu gangguan panik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan obsesif kompulsif, gangguan fobia dan stres akut serta stres pasca trauma. Berbagai perspektif teoritis menjelaskan mengenai terjadinya gangguan kecemasan ini, seperti perspektif psikoanalisa, behavioral, kognitif, dan biologis. Perbedaan perspektif tersebut juga berdampak pada perbedaan bentuk penanganan yang diberikan untuk mengatasi gangguan kecemasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Davison, G.C., Neale J.M., &Kring A.M. (2004). *Psikologi Abnormal Edisi ke-9*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Halgin, Richard P. 2012. *Psikologi Abnormal Perspektif Klinis pada Ggngguan Psikologis*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Maslim, Rusdi. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM 5*. Cetakan 2 Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Nevid, J.S, Rathus, S.A., & Greene B. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Erlangga.