

GANGGUAN PSIKOSOMATIK DAN PSIKOFISIOLOGIS (ANOREXIA NERVOSA, ENURESIS, ASHMA)

Sri Yenawati

Fakultas Psikologi UIN Sunan Gunung Djati Bandung
Jl. Raya Cipadung No. 105 Bandung 10614 Telp (022) 7800525 email: yenapalem@yahoo.com

Since many centuries ago, psychological factors were considered as an important aspect in treatment of many disease that incurred on human life. Body and mind relation are a very interesting object study for many centuries for many people. Polemics, researches and opinions were aroused time to time—either about its own existence, function and dichotomy between physical and psychological nature of human being. This research emphasizes on dichotomy of physical and psychological nature of human which then resulted in many problems both physical and psychological. In this paper we try to describe some medical disease that occurred in many situations and considered—generally—caused by psychological aspect, including case example, prevention methods, treatment and many other.

Keywords: anorexia nervosa, enuresis, ashma

Pendahuluan

Pada usia 14 tahun, Melisa mulai kehilangan berat badan. Walaupun beratnya berada dalam batas normal, dia ingin menjadi lebih langsing dan mulai diet. Dia kehilangan berat 24 pon selama satu periode waktu 7 bulan, ia dimasukkan rumah sakit karena tampak kurus kering pucat dan kurang makan. Sogokan, ancaman dan bujukan dari orangtua dan dokter keluarganya telah gagal menghentikan paksaan terhadap dirinya sendiri agar makan dan tidak kehilangan berat badannya. Di rumah sakit tes-tes medis yang ekstensif menyatakan tidak ada sebab-sebab fisik untuk kehilangan berat badan yang dramatis. Dia melanjutkan untuk menghilangkan berat badannya di rumah sakit dan beberapa kali diamati oleh perawat berusaha muntah segera setelah makan. Sebagai tambahan, dia sering olah raga di kamarnya dan melanjutkan untuk menjaga bahwa dia berada

pada “berat badan yang baik”. Melisa didiagnosa sebagai penderita *anorexia nervosa*.

Alan, seorang anak laki-laki berusia 10 tahun, dibawa ke klinik oleh orangtuanya dengan keluhan bahwa dia kencing di tempat tidurnya pada malam hari empat atau lima kali dalam setiap minggu selama tiga tahun yang lalu. Dia dilatih buang air seni sejak usia 3 tahun, dia tetap kering pada malam hari selama tidak lebih dari 1 minggu. Alan merasa malu karena buang air seni di tempat tidur dan masalah ini telah menyebabkan konflik besar dengan orangtuanya. Suatu pemeriksaan fisik menyatakan tidak ada patologi neurologis atau urologis apapun untuk menjelaskan mengapa dia tidak mampu menahan / mengendalikan buang air seni atau *enuresis* pada malam hari.

Billy yang berusia 8 tahun didiagnosa menderita asma ketika dia berusia 3 tahun. Sejak tahun lalu, serangan asmanya makin parah, makin sering dan memerlukan beberapa pera-

watan darurat di rumah sakit. Kehadirannya di sekolahpun telah dipengaruhi oleh asmanya. Orangtua Billy menjadi terlalu melindunginya dan sempat membatasi kegiatannya, karena takut bahwa kegiatan itu mungkin menyebabkan suatu serangan *ashma*.

Pembahasan

Billy, Alan dan Melisa menunjukkan tingkah laku simptomatis atau gangguan-gangguan fisik yang dipengaruhi masalah-masalah psikologis.

1. Pendekatan-Pendekatan Konseptual Bidang Masalah

Sejak dahulu kala, faktor-faktor psikologis telah dianggap penting dalam memahami penyakit. Hubungan antara pikiran dan jasmani sangat menarik hati orang-orang selama berabad-abad dan terus menerus menjadi suatu topik perhatian besar bagi peneliti dan petugas klinik. Perdebatan-perdebatan tentang suatu dikotomi pikiran-jasmani menyebabkan suatu perbedaan diantara gangguan-gangguan yang disebabkan oleh faktor-faktor “fisik” dan gangguan-gangguan oleh faktor-faktor “emosional” atau “psikologis”. Pendekatan konseptual terhadap penyakit ini meningkat pada awal tahun 1900 sampai bidang umumnya merujuknya sebagai psikosomatik. Kini, istilahnya menjadi psikofisiologis diterapkan untuk gangguan-gangguan yang secara tradisional telah disebut penyakit-penyakit psikosomatik atau psikofisiologis telah ditentukan sebagai gangguan dimana:

Ada satu interaksi yang signifikan diantara komponen-komponen somatik dan psikologis, dengan tingkat beratnya ber-

variasi pada tiap komponen. Gangguan-gangguan psikofisiologis mungkin disebabkan dan dilestarikan oleh stimulasi psikologis atau sosial yang sifatnya penuh tekanan. Gangguan-gangguan demikian biasanya melibatkan sistem-sistem organ yang diinervasi oleh porsi otonomis atau kebetulan dari sistem syaraf pusat dan perubahan struktural yang terjadi terus-menerus sampai pada suatu titik yang tidak mungkin dapat ditolerir dan mungkin dalam beberapa kasus mengancam kehidupan. (Group for Advancement of psychiatry, 1966)

Dalam revisi yang paling baru manual (buku pegangan) diagnostik dan statistik gangguan-gangguan mental (DSM-III), (APA, 1980), kategori diagnostik gangguan-gangguan psikofisiologis lama-lama tidak termasuk lagi. Sebagai gantinya, DSM III mempunyai beberapa kategori yang termasuk gangguan-gangguan yang sebelumnya dirujuk sebagai psikofisiologis. Kategori-kategori baru itu sebagai berikut:

- a. Faktor-faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik, termasuk gangguan-gangguan yang diduga sebagai akibat dari faktor psikologis yang mengganggu suatu kondisi fisik.
- b. Gangguan-gangguan bentuk somatik yang ditentukan sebagai simptom-simptom fisik dengan tanpa penemuan-penemuan organik yang dapat didemonstrasikan atau mekanisme-mekanisme fisiologis yang dikenal dan untuknya ada bukti positif atau suatu dugaan yang kuat bahwa simptom-simptom itu berkaitan dengan faktor-faktor psikologis atau konflik-konflik. (APA, 1980, p.i hal 241).

Selama beberapa dekade lalu berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan etiologi gangguan-gangguan fisik ini dimana faktor-faktor psikologis atau emosional diduga memainkan peranan yang signifikan (cf. Alexander, 1950; Grace & Graham, 1952; Holmes & Rahe, 1967; Selye, 1976). Sampai sekarang bagaimanapun juga ada sedikit jumlah bukti riset yang cukup baik untuk mendukung kebanyakan dari berbagai perspektif teoretis ini.

Pada saat ini, ada konsensus umum bahwa konsep-konsep psikosomatis, psikofisiologis, simptom psikis penggunaannya terbatas dan menyebabkan suatu pendapat sederhana tentang hubungan antara faktor-faktor psikologis dan suatu kelompok gangguan-gangguan fisik atau somatik yang berbeda. Pandangan yang berhasil mengatakan bahwa suatu interaksi faktor-faktor ganda yang kompleks (biologis, lingkungan, psikologis dan sosial) berkontribusi kepada perkembangan dan pemeliharaan kebanyakan gangguan fisik (Kimball, 1970; Lipton, Sternsehnesdery & Richmond, 1966; Schwab, Mc Ginnis, Morris, K Suhwab, 1970). Pandangan ini dikemukakan oleh Lipowski (1977).

Konsep psikogenesis penyakit organik tidak dapat dipertahankan lebih lama lagi dan telah menyerah pada multiplisitas semua penyakit. Kontribusi relatif faktor-faktor ini (sosial dan psikologis) bervariasi dari penyakit ke penyakit, dari orang ke orang dan dari satu episode penyakit yang sama pada orang yang sama ke episode lainnya. Jika argumentasi-argumentasi yang berlangsung atau disetujui ma-

ka menjadi jalan bahwa untuk membedakan satu kelas gangguan seperti “gangguan psikosomatik” dan untuk mengajukan generalisasi-generalisasi tentang pasien-pasien psikosomatik menjadi keliru mengarahkan dan tidak perlu. Konsep-konsep sebab-sebab tunggal dan urutan-urutan penyebab satu garis sebagai contoh dari psikis ke somatis dan sebaliknya adalah sederhana dan kadaluarsa/ tidak digunakan lagi (Hal. 234).

Secara sama Davison dan Neala (1974) telah mencatatkan bahwa: Banyak penyakit dianggap sebagai bagian yang disebabkan oleh faktor-faktor emosional atau psikologis. Banyak penyakit seperti sclerosis, pneumonia, kanker, TBC (penyakit paru-paru). pada kenyataannya, keadaan emosional pasien ini memainkan peranan penting sebagai penyebab atau pengganggu banyak penyakit (hal 152)

Untuk menghindari perbedaan arbitrase diantara gangguan-gangguan “psikosomatik” dan masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan lainnya, Siegel dan Richards (1978) telah memproposikan bahwa istilah gangguan “somatik” digunakan untuk merujuk kepada disfungsi badani apapun tidak berhubungan dengan dugaan etiologi. Oleh karena itu, dalam pembahasan kali ini akan menggunakan lebih banyak istilah generik gangguan “somatik” untuk merujuk kepada suatu urutan dari masalah-masalah yang berhubungan dengan disfungsi-disfungsi berbagai sistem organ badan.

2. Masalah Anorexia Nervosa

Bentuk penolakan makanan yang paling serius ini dikenal sebagai anorexia nervosa. Gangguan ini mempunyai karakteristik seperti penolakan makan dan kehilangan berat badan yang ekstrim (paling sedikit 25% dari berat badan asal) tanpa sebab-sebab organik apapun (APA, 1980). Anorexia nervosa menampilkan suatu bahaya yang serius bagi pasien itu, dengan perkiraan-perkiraan mortalitas setinggi 15% (Daily, 1969) gangguan ini secara umum menyerang remaja dan kebanyakan kasus terjadi pada dewasa muda. Paling sering terjadi pada wanita-wanita (Halami, 1974). Sebagai tambahan terhadap hilangnya berat badan yang mendalam, anorexia nervosa pada umumnya berhubungan dengan berhentinya menstruasi dan ketidak seimbangan elektrolit yang serius. Sebagai suatu akibat komplikasi-komplikasi medis ini, biasanya perawatan terjadi di rumah sakit. Gambaran umum lainnya dari gangguan ini termasuk distorsi imajinasi tubuh., terpusatnya perhatian hanya kepada persiapan makanan, ketakutan-ketakutan berlebihan berat badan yang tidak realistis dan kekurangan sensitivitas terhadap tanda-tanda kelaparan internal. Anorektik itu juga mungkin sibuk dalam wajib makan berlebihan yang diikuti dengan menyebabkan sendiri muntah-muntah atau tingkat-tingkat kegiatan tinggi untuk menghindari perasaan sangat ketakutan peningkatan berat badan (Crisp, Hsu, Harding & Hartshorn, 1989). Etiologi anorexia nervosa itu tidak diketahui, meskipun berbagai teori telah menyebutkan penyebab gangguan ini (Bemis, 1978).

Pendekatan-pendekatan tingkah laku kepada perawatan menyebabkan tidak ada asumsi-asumsi yang menganggap etiologi anorexia nervosa tetapi sebagai gantinya mencari untuk mengontrol atau mengendalikan faktor-faktor yang berhubungan dengan pola-pola makan yang keliru penyesuaiannya. Prosedur yang paling sering digunakan telah merupakan manipulasi ketidak tentuan lingkungan dengan tujuan untuk memperbanyak pemakaian kalori, konsumsi makanan, dan peningkatan berat badan. Hal ini tidak diselesaikan dengan melakukan aktifitas-aktifitas, keuntungan-keuntungan, dan beberapa pemberi bantuan yang ketebulan atas tingkahlaku makan atau meningkatkan berat badan. Prosedur-prosedur ini telah efektif dalam kasus-kasus dimana pendekatan-pendekatan perawatan lainnya seperti pemberian makan melalui tabung, insulin, obat-obat penenang dan psikoterapi tradisional telah gagal memodifikasi tingkah laku simptomatis (Walen, Hauserman & Luvin, 1977). Berbagai pendekatan terhadap perawatan anorexia nervosa telah diperiksa kembali oleh Bemis (1978) dan Vanbuskirk (1977).

Kebanyakan pendekatan-pendekatan terhadap perawatan anorexia nervosa mendukung dirawat di rumah sakit selama periode awal perawatan sehingga tingkah laku makan pasien dapat diawasi dengan ketat. Tujuan langsung perawatan ialah untuk mempermudah peningkatan berat badan disebabkan karena kondisi yang mengancam kehidupan banyak dari pasien yang masuk rumah sakit itu. Pada umumnya, fokus perawatan ialah peningkatan berat badan daripada makan. Pendekatan ini

menempatkan tanggung jawab yang lebih besar untuk makan dengan pasien itu dan menghindarkan masalah pasien yang berusaha muntah sesudah makan. Beberapa program perawatan untuk anorexia nervosa juga telah dilaporkan dimana teknik-teknik tingkahlaku telah dikombinasikan dengan terapi obat-obatan (Munford, 1980) atau terapi keluarga (Lagos, 1981). Pendekatan tingkah laku lainnya telah memfokuskan terutama pada komponen rasa takut / ketakutan gangguan itu dengan menggunakan *desensitization* sistematis untuk mengurangi ketakutan-ketakutan, peningkatan berat badan, kritikan dan penolakan, kepedulian-kepedulian tentang penampilan, dan ketakutan-ketakutan makanan spesifik.

Deskripsi

Anorexia Nervosa ialah suatu gangguan yang karakteristiknya kehilangan nafsu makan. Orang yang menderita penyakit ini mungkin mengatakan, “*Saya hanya tidak lapar*”, “*Saya tidak merasa nafsu makan*”, dan “*Saya tidak peduli terhadap apapun*”. Bila kondisi ini berlangsung, orang itu akan menunjukkan gejala lain, seperti kelelahan karena kekurangan nutrisi. Dia mungkin mempunyai kulit yang bersisik, kurang darah dan suhu badan rendah.

Pada anak-anak, kehilangan nafsu makan sering disertai gejala lain seperti menghisap ibu jari, jempol dan berbabagi kebiasaan syaraf.

Etiologi

Andrexia mungkin fisik atau psikologis pada awal mulanya. Diantara sebab-sebab fisik yang paling dominan ialah penyakit

dengan demam tinggi, kegembiraan syaraf, tensi/tegang, alergi dan penyakit-penyakit penyebab kehilangan kekuatan yang kronis. Penyakit-penyakit yang mempengaruhi fungsi glondural (terutama pituitary) dan proses pencernaan kadang-kadang terletak pada akar kekurangan nafsu makan. Kekurangan udara segar, kurang olahraga, dan kurang tidur mungkin kontribusi kepada kondisi demikian (kehilangan nafsu makan). Diet yang tidak tepat, apakah diet yang dilakukan terlalu banyak makan diantara waktu makan, atau vitamin kehilangan keseimbangan mungkin juga bertanggung jawab atas kehilangan nafsu makan.

Kesulitan emosional merupakan akar kasus Andrexia yang banyak. Seorang anak mungkin menolak makan untuk mendapat perhatian atau memperoleh kehendaknya. Dia mungkin terganggu karena kurang harmonis di rumahnya. Jika demikian, ketidak-bahagiannya sangat mungkin sekali dibawa kedalam kebiasaan makannya.

Disiplin yang berlebihan/ekstrim pada saat makan juga mungkin menyebabkan kekurangan nafsu makan. Apabila waktu makan menjadi satu periode yang disiplin dan tidak menyenangkan, anak pasti wajar bahwa seorang akan mengembangkan perasaan negatif terhadap makan. Makan paksaan atau inkonsistensi dalam kebiasaan pemberian makan juga mengganggu seorang anak, kadang-kadang menyebabkannya membenci makan.

Beberapa anak menolak makan untuk demonstrasi permusuhan terhadap orang tua mereka. Dengan cara ini mereka mengharap untuk membuat orang tua cemas dan khawatir

akan kemungkinan menderita penyakit fisik. Anak itu mencapai kepuasan ketika dia melihat orang tua susuah, karena dia telah berhasil melepaskan permusuhan terhadap mereka.

Penolakan orang tua atau masalah berlebihan di sekolah merupakan sebab anoreksia yang umum/biasa. Orang yang maknnya tidak baik seringkali tidak aman. Sebuah rumah atau atmosfir sekolah yang diberi karakter dengan kritikan dan hukuman daripada dengan simpati, kasih dan pengertian mungkin bertanggung jawab atas ketidak-amanan.

Pada orang dewasa, penolakan makan secara kontinu sering ada hubungan dengan stuktur kepribadian yang diberi karakter dengan tingkah laku yang sangat sensitif, introversi dan perpeksionis. Pada masa kanak-kanak individual ini sering mempunyai pengalaman banyak kesedihan dan umumnya merasa tidak aman dan ketakutan. Banyak wanita yang menderita kekuarangan nafsu makan telah mempunyai hubungan yang kurang baik dengan ibu mereka dan masih menyimpan/memendam perasaan permusuhan yang kuat/tidak terkendali.

Suatu faktor yang seringkali diketemukan diantara para individual yang menderita *Andrexia nervosa* ialah suatu dinamika menghukum diri sendiri. Dalam kasus-kasus ini individual merasa tidak berharga, bersalah dan perlu dihukum/hukuman. Penolakan untuk makan merupakan uasaha yang tidak disadari untuk menghukum dirinya sendiri dengan menolak kebutuhan-kebutuhan dasar/pokok jasmani.

Kemenangan kedua berpengaruh dalam banyak kasus kekuarangan nafsu makan kronis. Sebagai tambahan untuk melayani kebutuhan emosional yang tidak disadari lainnya, pasien itu menemukan kepuasan dalam perhatian, simpati, dan kasih yang diterimanya karena sedang sakit. Karena dia membutuhkan cinta dan kasih, penolakan orang tua itu untuk makan menyebabkan dia menjadi pusat perhatian, jadi memenuhi pencegahan emosionalnya.

Ilustrasi

Identifikasi: wanita kulit putih, usia 13 tahun.

Mengemukakan masalah: Pasien itu dibawa ke dokter keluarga karena ibunya menjadi terkejut atas penolakan gadis untuk makan. "Saya takut dia akan kelaparan sampai maut," kata ibu itu kepada dokter, "Dia hanya mengambil makanannya dan dia tidak cukup makan untuk menjaga seekor burung hidup."

Riwayat Pribadi dan keluarga: Orang tua pasien menikah dalam usia muda. Meskipun mereka menjadi cukup baik keuangannya, mereka telah pindah-pindah beberapa kali dan pernikahannya banyak ditandai dengan keceemasan/kekacauan dan pertengkaran. Selama satu tahun setelah pernikahan pasangan menghadiri gereja, tetapi pada saatnya keduanya menghentikan kehadiran teraturnya. Selama tiga tahun terakhir suami telah menjadi tertarik kepada wanita-wanita lain dan telah bergaul intim secara seksual dengan beberapa wanita.

Pasien itu dirujuk kepada seorang psikologis yang menemukan bahwa gadis itu merasa sangat tidak aman dan sangat peduli ter-

hadap kondisi yang tidak bahagia dalam rumahnya.

Setelah beberapa bulan konseling dengan pasien dan dengan orang tuanya, kondisi di rumah menjadi baik. Hal ini direfleksikan/dinyatakan dalam nafsu makan pasien yang membaik.

Perawatan

Langkah pertama dalam perawatan Anorexia sebaiknya melalui pemeriksaan medis untuk mengatur kemungkinan kondisi fisik apapun yang bisa menyebabkan masalah.

Terapi untuk seorang anak atau remaja dengan kekurangan nafsu makan ditujukan kepada orang tua dan anak itu. Orang tua harus menyadari bahwa kesulitan anak itu terutama merupakan reaksi terhadap lingkungan keluarga dan bahwa jika anak itu harus mengatasi masalah, maka lingkungannya dan juga sikapnya harus diperbaiki.

Para orang tua dan guru menyadari bahwa peraturan yang tidak fleksibel atau ultimatum/ancaman, seperti menyuruh seorang anak untuk makan sebanyak tertentu pada tiap waktu makan, hanya memperumit masalahnya. Ketika atmosfer/suasana rumah dan sekolah menjadi lebih santai, anak itu akan lebih kurang menderita tensi/ketegangan emosional dan kesulitannya biasanya akan mengatasinya sendiri.

Ketika menangani orang dewasa, dinamika pribadi pokok dasar harus terbuka dan teratasi. Bila orang itu mempunyai konsep diri yang tidak cukup baik dan tanpa sadar sedang berusaha untuk menghukum dirinya sendiri

dengan tingkah laku ini, maka dinamika ini sebaiknya diteliti secara rinci.

Ketika orang ini mulai mengerti alasan itu, dia merasa perlu hukuman dan jika dia mulai untuk mohon pengampunan. Tuhan yang baik atas dosanya, maka sikap menghukum diri sendiri akan menghilang. Apabila Anorexia dihubungkan dengan suatu gambaran tingkah laku nurotik yang lebih luas, maka perasaan-perasaan tidak aman dan tidak cukup baik harus diteliti dan diatasi.

Cara Mengatasi

a. Pemberian bantuan atau kekuatan : Azzerad dan Stafford (1969) menggunakan suatu sistem tanda pemberian bantuan untuk menaikkan berat badan seorang anak perempuan anorexia nervosa berusia 13 tahun. Selama pergantian fase-fase perawatan, poin-poin yang diperoleh pertama untuk peningkatan berat badan harian, kedua untuk jumlah makanan yang dimakan, dan akhirnya untuk jenis-jenis spesifik makanan yang dimakan. Pertama kali, poin-poin itu dapat digunakan untuk membeli benda-benda yang menggairahkan/ yang disukai untuk jalan menuju aktivitas khusus, kemudian dalam program itu, poin-poin dapat digunakan untuk memperoleh imbalan jasa kunjungan-kunjungan ekstra ke rumah. Suatu program perlahan-lahan (setahap demi setahap) kunjungan-kunjungan ke rumah yang lebih lama diizinkan segera setelah terjadi peningkatan-peningkatan berat badan yang cukup baik. Para orangtua diberi instruksi untuk menghilangkan makan se-

bagai bidang konflik dalam keluarga itu dengan mengomentari kegagalannya untuk makan.

Program ini berhasil dalam kenaikan yang konsisten pada berat badan gadis itu. Pemberian kekuatan konsumsi makanan yang meningkat ditemukan lebih efektif daripada pemberian bantuan untuk peningkatan berat badan harian. Kegagalan permulaan untuk memperoleh berat badan diatribusikan terhadap fakta bahwa poin-poin untuk peningkatan berat badan terlalu jauh dipindahkan dari proses makan. Ketika poin-poin diberikan untuk makan maka keduanya baik santapan yang dimakan maupun berat badan yang meningkat. Pada suatu evaluasi 5 bulan berikut, berlangsung ada suatu peningkatan berat badan kurang lebih 1 pon tiap bulan.

- b. Prinsip Premack: Berdasarkan observasi mereka, bahwa banyak pasien anorexia memperlihatkan suatu aktivitas tingkat tinggi; Blinder, Freeman dan Stunkard (1970) menggunakan suatu cara menuju aktivitas fisik sebagai suatu pemberi kekuatan untuk peningkatan berat badan pada beberapa wanita remaja yang didiagnosa sebagai penderita anorexia nervosa. Telah mendemonstrasikan bahwa cara menuju tingkah laku frekuensi tinggi dapat digunakan untuk memberi bantuan tingkah laku frekuensi rendah secara kebetulan / tidak tentu (Premack, 1965). Oleh karena itu, aktivitas fisik suatu tingkah laku frekuensi tinggi pada pasien-paien ini, digunakan sebagai suatu pemberi kekuatan positif untuk me-

ningkatkan berat badan. Perawatan dengan medikasi dan psikoterapi tradisional sebelumnya telah gagal untuk menghasilkan perbaikan-perbaikan apapun pada kondisi fisik gadis-gadis ini. Dalam program perawatan tingkah laku itu, setiap pasien diizinkan 6 jam berada di luar rumah berada di luar rumah sakit. Pada hari-hari itu yang pada pagi harinya pengecekan berat badannya menyatakan bahwa dia paling sedikit setengah pon diatas berat badan pada hari sebelumnya. Pendekatan perawatan ini memberikan suatu peningkatan berat badan pesat bagi semua gadis itu. Ada suatu kenaikan kurang lebih 4 pon tiap minggu bagi semua pasien selama satu periode 6 minggu. Peningkatan-peningkatan berat badan ini dipelihara atau ditingkatkan setelah keluar dari rumah sakit ketika dinyatakan dengan suatu ketentuan berikut 8-10 bulan. Hasil-hasil yang serupa dengan pasien-pasien anorexia remaja dengan menggunakan suatu varitas pemberi-pemberi bantuan untuk konsumsi dan peningkatan berat badan dilaporkan oleh Banji dan Thompson (1974), Garfinkel, Klina dan Stancer (1973), Halami, Powers, dan Cunningham (1975), Leitenberg, Argas dan Thompson (1968), Werry dan Bull (1975).

- c. Desentisization Sistematis: Hausten (1965) merawat seorang gadis anorexic berusia 12 tahun dengan desentisization sistematis. Beberapa tahun sebelum perawatan, pasien itu telah diganggu karena berlebihan berat badan dan kemudian melakukan diet untuk menghilangkan suatu berat badan yang sa-

ngat berlebihan. Dia mengekspresikan suatu perasaan takut menjadi gendut dan secara periodik menyebabkan/ berusaha muntah-muntah. Setelah pelatihan dalam relaksasi otot yang mendalam, suatu tingkatan hal-hal dikonstruksi yang berhubungan dengan ketakutan-ketakutannya menjadi gemuk dan diolok-olok teman sebayanya karena berlebihan berat badan. Tingkatan hal-hal mencakup visualisasi dirinya sendiri dipanggil ke meja makan, makan hidangan meja, makan santapan yang menggemukkan, berdiri di depan cermin bahwa dia sedang meningkatkan berat badan dan seterusnya. Perawatan dibimbing selama 12 pertemuan sesion, selama waktu mana dia mulai makan hidangan waktu makan yang lengkap. Ada suatu peningkatan yang menyertai berat badannya. Perbaikan-perbaikan pada pola makannya dan berat badannya dipelihara pada suatu berikut 5 bulan.

- d. Pemberian bantuan, umpan balik, dan ukuran hidangan waktu makan: Dalam seri studi-studi kasus tunggal, Agras, Baarlow, Chapin, Abel dan Lietenberg (1974) secara sistematis menginvestigasi beberapa variabel untuk menentukan kepentingan relatif mereka dalam perawatan tingkah laku anorexia nervosa. Pada studi pertama, efek memberi bantuan peningkatan berat badan pada beberapa anak berusia 10 sampai 17 tahun diinvestigasi. Pasien-pasien merekam/mencatat jumlah suapan-suapan (ke dalam mulut) yang dimakan dan kalori-kalori yang dikonsumsi pada tiap waktu makan. Mereka juga diberi informasi berat

badan harian mereka dan disuruh menyimpan rekaman/catatan kemajuannya melalui monitoring diri sendiri. Peningkatan berat badan harian dari suatu jumlah yang dispesifikasi diberi bantuan dengan cara menuju aktivitas serius di rumah sakit. Prosedur-prosedur ini, menghasilkan suatu peningkatan pesat dalam berat badan. Dengan menggunakan suatu prosedur yang berlawanan dimana pemberian bantuan/kekuatan dihentikan, para pasien kontinu memperhatikan suatu peningkatan berat badan. Ketika hanya sugestif, hasil-hasil ini menyatakan bahwa pemberian kekuatan/bantuan merupakan sarana dalam membangun/peningkatan berat badan, tetapi bahwa pemeliharaan dan peningkatan tambahan dalam berat badan merupakan hasil faktor-faktor lain.

Pada suatu percobaan kedua, pemberian bantuan tanpa memonitoring diri sendiri, disampaikan kebetulan pada tambahan berat badan. Bagaimanapun juga, ketika pemberian bantuan/kekuatan diberikan secara tidak kebetulan/pasti, terjadi suatu penurunan dalam angka peningkatan berat badan dan suatu tanda pengurangan dalam pemakaian kalori. Ketika pemberian bantuan/kekuatan dibuat tidak tentu lagi atas peningkatan berat badan maka terjadi/ ada suatu kenaikan pada keduanya pemakaian kalori dan peningkatan berat badan.

3. Suatu Model Tingkah Laku Gangguan-Gangguan Somatik

Suatu pemahaman etiologi suatu gangguan somatik khusus penting terutama untuk luas/bidang bahwa faktor-faktor organik atau fisik, jika faktor-faktor itu ada, perlu diidentifikasi untuk intervensi medis yang mungkin. Dimana keluhan-keluhan fisik atau somatik apapun dikemukakan sebagai masalah maka suatu pemeriksaan yang akurat harus diprioritaskan kepada perawatan apapun dengan metoda psikologis untuk mengevaluasi keperluan untuk memperoleh perawatan medis. Lebih lanjut, banyak gangguan somatik sebagai ganti etiologinya dapat mengakibatkan kerusakan jaringan atau perubahan-perubahan fisik yang ekstensif pada suatu sistem organ khusus tubuh/jasmani. Sebagai contoh, secara tipikal ketika enuresis mempunyai suatu etiologi yang non-organik, dalam beberapa kejadian enuresis beberapa faktor organik suatu infeksi sistem bagian urin/ air seni, suatu gangguan neurologis atau suatu kelemahan pada reproduksi urine. Oleh karena itu, ketika kurang dari sepuluh persen dari kasus-kasus enuresis masa anak-anak dapat diatribusikan pada sebab-sebab organik (Pierce 1967), jika ada salah satu apapun dari kondisi ini maka keefektifan dari perawatan psikologis apapun mungkin terhalang. Sebagai tambahan, gangguan itu mungkin memburuk jika perawatan apapun diikuti suatu evaluasi medis yang tidak cukup baik.

Bagaimanapun juga hal ini sebaiknya ditegaskan bahwa kebutuhan untuk memperoleh perawatan medis tidak mencegah pemanfaatan atau penggunaan simultan dari in-

tervensi-intervensi psikologis yang berasal secara pengalaman. Prosedur-prosedur tingkah laku telah melakukan suatu peranan tambahan yang berguna dan sangat efektif dalam perawatan langsung gangguan - gangguan somatik dan perawatan tidak langsung melalui manajemen pasien (Melamed & Siegel, 1980). Aplikasi konkuren metoda-metoda tingkah laku dan prosedur-prosedur medis telah efektif dalam pencegahan gangguan tingkah laku simptomatis dan dalam pengurangan ketidaknyamanan pada suatu varitas gangguan-gangguan somatik. Sebagai contoh, dalam perawatan asma, teknik-teknik tingkah laku telah efektif dalam memberi rasa lega simptomatis dan dalam menurunkan atau mengurangi/menghilangkan respon abnormal dari daerah/bagian pernafasan (contoh: Davis, Saunders, Creer, & Chai, 1973; Kahn, Steerks & Bronk, 1973). Prosedur-prosedur tingkah laku juga telah efektif dalam memodifikasi pola-pola disfungsi tingkah laku yang sering berkembang selama proses perawatan medis untuk suatu kesakitan atau penyakit khusus. Jadi, seorang anak yang telah tetap ditempat tidur selama suatu periode waktu yang diperpanjang mungkin memerlukan suatu program intervensi untuk menolongnya, baik laki-laki maupun perempuan kembali untuk menyesuaikan pola-pola hidup sehari-hari. Dengan suatu cara yang sama, Wright, Nunnory, Eichel, dan Scott (1969) menggunakan teknik-teknik tingkah laku untuk membantu menyembuhkan kembali pernapasan normal kepada beberapa anak-anak yang telah menjadi tergantung kepada suatu

trachcostomy cannual untuk membantu pernapasan sebagai akibat berbagai kondisi medis.

Ada bukti riset besar yang mempelajari atau mengkondisikan mekanisme dapat memainkan suatu peran signifikan dalam suatu varitas gangguan-gangguan somatik tanpa memandang etiologis spesifik yang terlibat. Riset telah menunjukkan bahwa respon-respon fisiologis tubuh dapat dipengaruhi dan dimodifikasi dengan pengalaman-pengalaman belajar yang spesifik. Respon otonomis atau organ dalam dapat dipengaruhi atau dirubah oleh kedua respon (klasik) yang mengkondisikan atau mengkondisikan operant (instrumental) (cf Blanchard & Young, 1974; Muller, 1969; Scwartz; Shafiro & Surwit, 1974). Hal itu diduga, sampai saat atau sangat baru-baru ini, bahwa respon-respon otonomis “secara kebetulan” dan, seperti, dapat dimodifikasi hanya melalui proses pengondisian responden. Bagaimanapun juga, sekarang ada bukti riset substansial dan klinikal, yang telah *acculslated* selama dekade terakhir, yang menyatakan bahwa banyak respon otonomis atau organ dalam tubuh seperti kecepatan jantung (Breer, 1974; Engle, 1972), tekanan darah (Elder, Run, Deabler & Dillonhoffer, 1973; Shapiro, Tursley, Scwartz, 1970) suhu kulit (Roberts, Kenwan & Mac Donald, 1973; Sargeut, Green & Walters, 1973) aktifitas felombang otak (Beatty, 1977) dan katifitas otot (Basmajian, 1977) pada kenyataannya merupakan subjek untuk pengendalian sukarela melalui mekanisme pengondisian operant. Penemuan-penemuan ini menuntun kepada perkembangan-perkembangan signifikan dalam pengertian dasar kami me-

ngenai etiologi dan perawatan beberapa gangguan somatik.

Davidson dan Neale (1974) telah mengemukakan bahwa peran utama mekanisme pengondisian operant dan responden pada gangguan fisik mungkin merupakan/dipandang terbaik sebagai suatu faktor yang dapat mengganggu suatu kesakitan yang telah ada daripada menyebabkannya (hal.187). yang lainnya, konseptualisasi telah dirinci dari kesakitan fisik dalam rangka kerja tingkah laku telah diuraikan oleh Whitehead, fedoravicins, Blackwell, & Wooley (1979) dimana simptom-simpot somatik dianggap sebagai akibat/hasil interaksi antara reaksi-reaksi tekanan serta pengondisian operant dan respon. Model tingkah laku gangguan-gangguan somatik ini digambarkan dalam suatu kasus yang diuraikan oleh Siegel dan Richards (1978). Seorang anak berusia delapan tahun telah mengalami kesakitan lambung parah beberapa hari sebagai suatu akibat masalah-masalah usus lambung/perut yang berkembang selama suatu infeksi virus. Ketika anak itu minum susu selama kesakitan ini, kesakitan-kesakitan perut itu memburuk, menjadi makin parah. Ketika suatu akibat ini terulang, asosiasi/hubungan yang dipelajari diantara penyakit-penyakit perut dan susu itu, tindakan minum susu itu saja cukup baik untuk mengeluarkan kesakitan-kesakitan itu sebagai ganti fakta bahwa dia tidak mempunyai virus itu lagi. Oleh karena itu, kemudian tiap saat anak berusaha minum susu, kesakitan-kesakitan perut terjadi pada periode waktu yang singkat. Hubungan yang dipelajari antara kesakitan lambung dan minum susu ini

dapat disebabkan karena proses pengondisian respon dimana tingkah laku-tingkah laku tanpa sengaja atau refleksif (misalnya, kontraksi-kontraksi daerah perut) dapat dibuat terjadi ketika ada suatu stimulus wajar sebelumnya, yang secara tidak wajar mengeluarkan respon fisiologis (misalnya susu).

Mungkin juga bagi kesakitan-kesakitan perut dibentuk dan dipelihara dengan mekanisme pengondisian operant. Pengondisian operant menunjuk pada suatu proses belajar yang melibatkan kejadian suatu respon (misalnya kesakitan perut) dan konsekuensi-konsekuensi yang secara kebetulan dan sistematis mengikutinya. Respon itu agaknya kurang lebih terjadi pada masa mendatang tergantung atas apakah konsekuensi-konsekuensi yang mengikutinya itu sedang memberi bantuan/kekuatan, hukuman, atau netral. Dalam kasus anak dengan kesakitan-kesakitan perut itu, mungkin untuk memperoleh sejumlah kejadian atau keuntungan positif (kadang-kadang dirujuk sebagai kemenangan kedua) untuk mengikuti, dalam suatu cara yang menyentuh, kejadian kesakitan-kesakitan dan keluhan-keluhan verbal dari kesakitan-kesakitan perut itu. Sebagai contoh anak itu mungkin menerima perhatian orang dewasa yang besar dan kenyamanan bagi kesakitan yang dilaporkan. Sebagai tambahan, sebagai suatu akibat kesakitan-kesakitan perut itu, orang tua itu akan/mungkin mengizinkan anak itu tinggal di rumah dari sekolah atau menghindari kegiatan seperti menyelesaikan tugas rumah tangga atau mengerjakan tugas-tugas pekerjaan rumah. Konsekuensi memberi bantuan/kekuatan ini

kemudian dapat menyelamatkan tingkah laku simptomatis bahkan ketika kesakitan itu, yang mungkin sejak pertama telah menyebabkan kesakitan-kesakitan lambung tidak ada/terjadi lebih lama lagi. Karena simpton-simpton banyak disfungsi badani dimanifestasikan sebagai tingkah laku (dalam kasus ini, keluhan-keluhan kesakitan perut, menangis, memegang daerah lambung, dsb), kemudian tingkah laku itu mungkin dipengaruhhi dan dimodifikasi oleh faktor-faktor lingkungan. Dalam model konseptual ini bahwa prosedur-prosedur tingkah laku telah berkembang sebagai suatu pendekatan perawatan yang efektif bagi banyak gangguan somatik pada anak-anak.

4. Strategi-strategi Intervensi dengan Gangguan Somatik

Oleh karena pada umumnya dikenal bahwa faktor psikologis, lingkungan dan fisiologis berkontribusi pada perkembangan banyak masalah kesehatan, strategi perawatan diluar pendekatan medis tradisional secara jelas dijamin dalam banyak kasus. Pengetahuan kami tentang banyak penentuan/ketentuan masalah kesehatan dan kesakitan di bawah angka kebutuhan untuk memperoleh suatu pendekatan perawatan yang banyak sekali seginya yang mengintegrasikan metoda-metoda tingkah laku dan medis dari perawatan untuk gangguan-gangguan somatik. Dengan anggapan ini, Kata dan Zlutnick (1975) telah mencatat bahwa:

Bersama-sama dengan teknologi medis yang sudah ada/jadi, teknik-teknik tingkah laku mengizinkan suatu pendekatan yang lebih komprehensif terhadap pera-

watan pasien. Sebaliknya/secara kontras kekurangan perhatian terhadap komponen-komponen lingkungan, tingkah laku, dan sosial dari masalah-masalah kesehatan mungkin mengakibatkan suatu hasil yang kurang memuaskan. Secara jelas, pasien mendapat keuntungan dari kerjasama antara para dokter medis dan para ilmuwan tingkah laku.

Penghargaan-penghargaan interdisipliner kepada perawatan masalah-masalah kesehatan ini telah dikenal pada tahun-tahun akhir. Orientasi pada kesehatan dan kesakitan ini telah meningkatkan beberapa bidang atau disiplin secara bervariasi dirujuk sebagai obat tingkah laku, obat psikosomatik, dan psikologi kesehatan.

Metoda-metoda perawatan tingkah laku telah muncul dalam konteks ini sebagai suatu pendekatan yang mampu berlangsung pada perawatan berbagai gangguan keduanya baik suatu asal/asli organik maupun non organik. Teknik-teknik tingkah laku untuk perawatan gangguan-gangguan somatik pada anak-anak telah memfokuskan atas dua bidang umum intervensi: (1) modifikasi respon-respon otonomis atau viseral melalui keduanya pengondisian operant dan responden, dan (2) modifikasi respon-respon somatik berlebihan melalui prosedur-prosedur pengondisian operant, terutama melalui perubahan kettidak-tentuan sosial dan lingkungan (Price, 1974; Siegel &Richard, 1978). Karena banyak faktor dalam lingkungan anak itu, mungkin secara umum memelihara simptom simptom somatik, yang tidak berhubungan dengan etiologi gangguan

itu, suatu program perawatan efektif memerlukan suatu identifikasi kejadian-kejadian lingkungan yang memelihara suatu hubungan pengendalian gangguan fisik. Segera sifat alami hubungan antara kejadian lingkungan dan tingkah laku bermasalah telah ditentukan, maka kejadian-kejadian ni secara sistematis dapat diubah untuk memproduksi suatu perubahan yang dikehendaki dalam tingkah laku. Prosedur-prosedur intervensi berdasarkan pelajaran lain, seperti modeling, telah menerima sedikit perhatian dalam perawatan gangguan somatik pada anak-anak, meskipun suatu model perawatan tingkah laku yang lebih komprehensif telah diajukan (Wooley, Blackwell &Wingest, 1978).

Sisa bab ini mengemukakan berbagai metoda intervensi tingkah laku yang telah didemonstrasikan untuk menjadi efektif atau memperlihatkan harapan yang baik dalam perawatan beberapa gangguan somatik pada anak-anak. Masalah-masalah somatik yang akan dikatakan dalam bab ini mengemukakan gangguan-gangguan pernapasan, genitouriner, dan sistem-sistem usus lambung badani.

5. Peptic Ucler (Luka Terbuka di Bagian Dalam Perut)

Deskripsi

Suatu peptic adalah suatu gangguan psikofisiologis yang diberi karakterisasi dengan luka terbuka dibagian dalam baik dari usus kecil pertama dibawah perut (denum) atau maupun dari perut. Jika terletak dalam dua denum disebut suatu duodenum ucler, dan jika dalam perut disebut suatu gastric (perut) ulcer.

Sakit perut sebelum makan, yang sem-buh dengan makan merupakan tipikal pola simptom pepticuclers. Jika tidak dirawat peptic ucler ini dapat menyebabkan muntah, penghalang dan pendarahan.

Etiologi

Mekanisme yang tepat untuk mereproduksi/menyebabkan suatu *peptic ucler* tidak diketahui dengan jelas. Pada suatu tingkat fisiologis, sekresi/pengeluaran asam yang berlebihan dari jas-jas pencernaan perut dan aktivitas yang berlebihan suatu periode waktu, mungkin mengakibatkan suatu ucler.

Penyebab sekresi berlebihan dan aktivitas berlebihan ini tidak lebih lama lagi dipercaya hanya terletak/melalui dalam diet individual saja. Studi-studi riset menunjukkan bahwa tekanan emosional kronis dapat memecahkan fungsi yang normal dari sistem syaraf otonomi tiu. Ini secara bergiliran, mempengaruhi sekresi jus gastric yang merupakan suatu faktor penyebab dasar ucler itu. Unsur-unsur yang meungkin mengganggu fungsi normal sistem syaraf otonomis itu termasuk bekerja berlebihan, ketegangan syaraf, sedih dan ketegangan emosional.

Banyak usaha-usaha telah dilakukan untuk mengidentifikasi suatu tipe personalitas dasar yang paling mudah terpengaryh untuk peptic uclers, tetapi studi-studi ini telah merupakan kontradiksi dan tidak yakin. Beberapa pasien ucler, bagaimanapun juga diberi karakterisasi/tanda dengan perasaan tidak aman, memerlukan ketergantungan yang kuat, agrei, perasaan bersalah dan cemas. Dalam banyak contoh orang itu seorang individual yang

sangat sibuk, kompetitif dan bekerja sangat keras. Dia terus menerus berada dibawah tekanan untuk menguasai. Kadang-kadang ditemukan bahwa keinginan kuat ini untuk menguasai merupakan suatu usaha untuk mengatasi dasar perasaan-perasaan ketergantungan dengan membuktikan kebaikan dan keberhasilan seseorang. Ketegangan terus-terusan yang dihadapi individual ini mengakibatkan fungsi jasmani yang tidak benar/baik dan menciptakan suatu ucler.

Faktor-faktor spiritual mempengaruhi penyebab beberapa ucler. Ketika seseorang yakin merasa berdosa, tetapi menolak menyerahkan diri kepada Tuhan, kecemasan selama perjuangan ini mungkin mengikat dengan suatu pola umum kecemasan yang mengakibatkan formasi suatu ucler (luka dalam)

Ilustrasi

Identifikasi : Pria kulit putih, usia 42 tahun

Mengemukakan masalah-masalah subjek itu melapor kepada seseorang dokter keluarga untuk mengadakan “kesusahan perut”. Dia menceritakan fakta bahwa dia telah menderita kesulitan perut selama beberapa tahun tetapi penyakit itu menjadi parah selama enam bulan yang lalu.

Pada saat kunjungan pertamanya kepada dokter itu karena sakit perut dan muntah-muntah, maka subjek itu menduga suatu kondisi luka dalam. “Dok”, dia dilaporkan ketika mengatakan, “Maukah anda melakukan suatu pemeriksaan lengkap kepada saya untuk mengetahui apakah saya menderita suatu ucler?”.

Riwayat pribadi dan keluarga: subjek itu dirujuk untuk memperoleh penilaian psikologis dan konseling secara simultan. Empat bulan tetapi yang dikombinasi membuktikan pertolongan dalam penyembuhan keduanya baik simptom maupun sebab.

Setelah perawatan medis dimulai, subjek itu dirujuk untuk memperoleh penilaian psikologis dan konseling secara simultan. Empat bulan terapi yang dikombinasi membuktikan pertolongan dalam penyembuhan keduanya baik simptom maupun sebab.

Perawatan

Perawatan efektif peptic ulcers terletak/ melalui suatu perawatan kombinasi medis, psikologis dan spiritual. Medikasi-medikasi diet yang benar, dan atau pembedahan mungkin menyembuhkan simptom sakit, pendarahan dan penyakit kronis.

Jika individual itu harus menghindari kejadian lagi gangguan ini, biasanya perlu mengkombinasikan konseling dengan perawatan medis. Psikoterapi bertujuan untuk membuat pasien itu mampu menangani situasi-situasi tekanan dengan lebih baik. Sebagai seorang pribadi menjadi lebih merasa aman dan mampu memecahkan kesulitan-kesulitan hariannya, dia akan mengalami suatu pengurangan reaksi psikomatis.

Dalam kasus individual yang sedang memikul suatu beban pekerjaan yang ekstra berat atau jadwal hariannya tidak mengizinkan relaksasi yang cukup baik, maka perlu solusi-solusi praktis. Konselor itu mungkin membimbing perhatiann klien untuk (1). Mengerti dorongan semangat secara sadar atau tanpa

sadar, (2) membangun tujuan-tujuan yang lebih masuk akal, (3) menentukan suatu jadwal harian yang dikehendaki, (4) mendapatkan relaksasi yang diperlukan, dan (5) mengembangkan kebiasaan makan yang benar/tepat/baik.

Jika seorang individual sedang mendorong semangat kepada dirinya sendiri dalam suatu usaha untuk membuktikan kepada yang lain kebaikannya, maka konselor itu perlu membimbingnya kepada suatu pengertian dinamika ini. Ketika orang itu mulai menerima dirinya sendiri apa adanya, kebutuhan untuk bekerja berlebihan dan ketegangan yang berlebihan akan hilang.

Apabila sebab kondisi-kondisi penyakit ucler terutama berasal dari emosional maka pasien itu akan mendapat keuntungan dari bantuan spiritual. Sebagai tambahan kepada penyerahan kehidupan seseorang kepada kristus, individual itu sebaiknya diberi semangat untuk membangun suatu program untuk perkembangan spiritual. Ini mungkin termasuk pembangunan pengabdian harian, membaca pustaka kristiani, hubungan mitra dengan para penganut, menyaksikan kristus dan menghadiri gereja secara teratur. Ketika dia menumbuhkan secara spiritual dan menemukan kepuasan hidup suatu kehidupan sederhana dan tenang dalam kristus, maka simptom-simptom gangguan emosional akan hilang.

Suatu pertimbangan penting ketika melakukan riset dalam material tempo sadar pada penyakit-penyakit psikosomatik merupakan fakta bahwa kadang-kadang reaksi fisik adalah cara ketergantungan orang itu terhadap suatu

kondisi psikotik yang mendasari. Dalam kasus-kasus ini individual itu mungkin sedang memendam dorongan permusuhan yang kuat atau pikiran-pikiran tanpa sadar lainnya yang bila diterima dalam kesadaran, akan terlalu menengancam/berbahaya untuk dipikul. Apabila konselor itu menemukan material yang berbahaya ini terlalu cepat, maka mungkin dia menjatuhkan kondisi psikotik dasar itu menyebabkan gangguan yang jauh lebih parah.. secara konsekuen, maka bijaksanalah untuk mengerjakan secara perlahan-lahan ketika membawa dinamika tanpa sadar terhadap perhatian para klien yang menderita gangguan-gangguan psikofisiologis.

6. Asma

Asma adalah suatu gangguan sistem pernapasan yang diberi karakterisasi dengan kesulitan bernapas. Baik anak-anak maupun orang dewasa keduanya mudah terkena gangguan ini. Orang dengan gangguan ini biasanya membuat suatu bunyi desing ketika menarik napas. Batuk yang sering juga penyempitan dada juga terjadi. Keparahan asma mungkin berurutan mulai dari serangan batuk yang relative kecil sampai suatu pola bunyi berdesing terus-menerus, batuk dan serangan bernapas yang sering membatasi kegiatan fisik. Kasus asma tertentu pada masa anak-anak mungkin dikurangi secara permanent, sedangkan yang lainnya mungkin menjadi sangat kronis, berlangsung selama hidup dengan komplikasi yang mungkin terjadi.

Etiologi

Ada suatu interaksi kompleks dari kekuatan-kekuatan fisik dan psikologis dalam etiologi asma. Dalam beberapa contoh penyebab-penyebab gangguan ini hampir secara eksklusif fisik. Penyebab-penyebab fisik umum termasuk alergi dan infeksi pernapasan. Dalam kasus-kasus lain faktor-faktor etiologis terbesar adalah emosi. Bahkan ketika sebab dasar itu fisik, serangan asma seringkali terjadi mendadak karena suatu reaksi emosi yang tidak memuaskan. Misalnya, beberapa anak yang dipindahkan dari suatu situasi rumah tangga yang tegang dan tidak bahagia, menunjukkan suatu kebebasan/ rasa lega dari gejala asma.

Pembelajaran-pembelajaran pengalaman-pengalaman masa anak para individu yang menderita asma seringkali menunjukkan pola tingkah laku orangtua yang serupa. Para ibu penderita sering mendominasi dan melindungi berlebihan. Mereka telah mencoba untuk "melindungi" anak-anaknya dari kerusakan fisik dengan membatasi dan mengawasi secara dekat kegiatan-kegiatan mereka. Peranan ayah sering pasif, atau paling sedikit merupakan kedua dari cara ibu yang lebih mendominasi.

Sebagai tambahan kepada pola tingkah laku para orangtua, seringkali tidak hadirnya suatu demonstrasi kasih sayang yang terbuka. Meskipun ibu itu mungkin mendominasi dan melindungi berlebihan, dia tidak menunjukkan suatu kasih yang murni kepada anak itu.

Ketika seorang anak tumbuh dalam jenis rumah tangga ini, mungkin dia merasa lebih tidak aman dan merasa sangat tergantung kepada orang lain (ibunya). Dia dibiasakan untuk

mendapatkan kebutuhannya yang dipenuhi oleh seorang ibu yang mendominasi dan terlalu melindungi; secara konsekuen, dia tidak mengembangkan suatu indera individualitas dan kemampuan untuk menjumpai tekanan-tekanan baru dan frustrasi. Apabila orang ini ditempatkan dalam suatu situasi yang sulit dan tidak mampu menghubungi ibunya untuk mendapatkan bantuan, maka mungkin dia menderita serangan asma. Keluhan fisik ini melayani dua fungsi. Pertama, memindahkan individu itu dari situasi mengancam dan frustrasi. Dengan mengembangkan gejala asmatis, orang itu menghindari keadaan yang tidak menyenangkan dan mempunyai suatu alasan untuk ketidakmampuannya untuk menghadapi tekanan dan konflik sehari-hari.

Suatu tujuan kedua yang dilayani dengan reaksi psikosomatik ialah untuk memberi orang itu dengan mendapatkan yang berikut. Simpati, perhatian dan kasih sayang yang dia terima dari keadaan sakit sedang memuaskan secara emosional dan penting dalam dinamika dasar asma.

Orang yang menderita asma seringkali merupakan seorang individu yang sensitive luar biasa. Ketika orang lain kritik dan menolak, indera kebaikan pribadinya terancam. Dinamika sensitivitas ekstrim sering ditemui pada penderita asmatis.

Suatu pola lain yang berhubungan dengan serangan asma ialah dari suatu kepribadian neurotis umum. Pada contoh ini, individu itu merupakan seseorang yang merasa tidak aman dengan suatu tingkat tinggi kecemasan yang membuktikan banyak menciutnya kepribadian.

Karena merasa tidak aman, dia takut mengemukakan seks dan permusuhan. Larangan reaksi emosi ini adalah biasa bagi banyak yang menderita asma.

Ilustrasi

Identifikasi: Pria, kulit putih, usia 42 tahun

Mengemukakan masalah: Pria ini telah menderita asma sejak awal usia remajanya. Dia telah mengunjungi sejumlah dokter medis dan telah pindah ke sebuah daerah pedalaman untuk mencari suatu iklim yang aman bagi gangguan pernapasannya. Perawatan medik telah berhasil dalam memberikan kelegaan temporer dari serangan asmatis yang keras, akan tetapi pasien itu masih kesukaran bernapas yang teratur. Dokter terakhir pasien ini menyarankan bahwa kesukarannya mungkin sebagian berhubungan dengan masalah emosi, dan merujuknya untuk mendapatkan perawatan psikologis.

Riwayat pribadi dan keluarga: Pasien ini adalah anak satu-satunya dari orangtua dengan status sosial ekonomi kelas atas. Orangtua itu merupakan umat kristiani yang setia dan aktif di gereja lokal mereka. Ibu pasien itu sangat peduli atas perkembangan anaknya terutama karena dia dilahirkan premature enam minggu. Ibu itu sangat melindunginya dari bahaya fisik apapun dan membatasinya dalam partisipasi kegiatan di lingkungan tetangganya. Ketika dia tumbuh lebih tua, orangtuanya mengawasi dia secara dekat untuk menyaksikan bahwa dia tidak mengembangkan tingkah laku apapun yang tidak dapat diterima/ disetujui. Bila dia marah, orangtuanya memaki dan menghukumnya, mengatakan bahwa ledakan kemarahan demikian tidak diterima sebagai kristiani.

Selama sekolah pasien ini berlaku sangat baik secara akademis. Meskipun dia ketinggalan pelajaran karena sakit, dia selalu menyelesaikan tugas-tugas yang ketinggalan. Penyesuaian sosialnya sangat dihindari karena dia tidak merasa aman dan takut untuk mengambil satu bagian aktif dalam banyak fungsi sekolah. Selama sekolah menengah atas gejala pertama penyakit pernapasan semakin dapat dilihat. Sebagai seorang dewasa, gejala-gejala ini menjadi makin serius. Subjek itu menyatakan bahwa selama dua tahun pertama pernikahannya dia mengalami sedikit kesukaran dengan asma. Setelah anak pertamanya lahir, bagaimanapun juga, serangan-serangan asma menjadi lebih serius/ berat.

Perawatan

Perhatian pertama dengan seseorang yang menderita asma ialah suatu pemeriksaan medis yang akurat/ teliti. Sebab-sebab fisik dari gangguan dan gejala-gejala dasar memerlukan diagnosa medis dan terapi yang tepat. Perawatan medis mungkin berlangsung lebih dari satu periode waktu.

Apabila pemeriksaan menyatakan bahwa faktor emosi berpengaruh dalam gangguan itu, maka psikoterapi sebaiknya dimulai. Ketika menentukan pengaruh faktor emosi, suatu riwayat kasus lengkap merupakan yang paling penting. Riwayat itu sering menjelaskan pengaruh factor emosi. Misalnya, saat-saat ketika serangan asma paling keras mungkin ditemukan berasosiasi dengan kehadiran suatu situasi yang mengganggu secara emosional. Pengertian ini memberikan suatu pondasi un-

tuk menelusuri dinamika-dinamika kepribadian yang mendasari permulaan serangan asmatis.

Terapi dengan orang yang menderita asma akan diarahkan terhadap pengertian dan keringanan sebab-sebab dasar gangguan. Faktor-faktor seperti seorang ibu yang mendominasi atau suatu ketakutan pengalaman-pengalaman emosi harus dievaluasi. Ketika individu itu tanpa sadar berusaha untuk menghindari tanggung jawab dan memenuhi kebutuhan ketergantungannya melalui gejala-gejala fisik ini, yang mendasari rasa tidak aman dan kebutuhan ketergantungan harus diatasi.

Ketika menangani anak-anak, gangguan-gangguan dasar dalam rumah tangga yang sedang menyebabkan masalah itu sebaiknya diperhatikan dan dikurangi. Ketika ibu itu terlalu melindungi anaknya, dia perlu diberi kebebasan baru dari dominasi dan pengawasannya. Ketika anak itu sedang berusaha untuk mencapai gratifikasi emosi dari perhatian yang berhubungan dengan masalahnya, orangtua harus belajar untuk lebih baik memenuhi kebutuhan emosi dasarnya untuk memperoleh cinta dan kasih sayang. Ketika ketegangan dan frustrasi dalam rumah tangga diatasi, anak itu akan mencapai kemampuan yang ditingkatkan untuk memenuhi kegiatan kehidupan sehari-hari dalam suatu cara yang aman tanpa sadar menggunakan bantuan penyakit fisik untuk menghindari konflik emosi.

Simpulan

Pada pembahasan kali ini dikemukakan/ disampaikan suatu pandangan keseluruhan beberapa pendekatan perawatan psikologis

yang telah digunakan baik sendiri atau dalam kombinasi dengan prosedur-prosedur medis untuk meringankan atau mengurangi tingkah laku simptomatis yang berhubungan dengan berbagai gangguan somatik pada anak-anak. Dalam beberapa kasus pendekatan-pendekatan psikologis ini telah digunakan secara berhasil untuk merawat gangguan-gangguan somatik ketika intervensi-intervensi medis telah gagal untuk mempengaruhi perubahan-perubahan apapun dalam disfungsi badani. Lebih lanjut, berbagai intervensi psikologis telah menunjukkan harapan besar dalam perawatan gangguan fisik yang mempunyai konsekuensi-konsekuensi melemahkan atau mengancam kehidupan yang potensial bagi anak itu.

Diantaranya dengan *Case Conference* atau suatu diskusi mengenai metode-metode intervensi untuk gangguan-gangguan makan, gangguan-gangguan eliminasi, dan asma bronkhitis. Suatu tekanan ditempatkan pada strategi-strategi perawatan yang konsisten dengan belajar berdasarkan pendekatan tingkah laku untuk memodifikasi tingkah laku yang terganggu. Prosedur-prosedur tingkah laku telah menunjukkan harapan besar dalam bidang ini, dan banyak program perawatan inovatif telah dikembangkan dokter-dokter tingkah laku. Yang paling impresif, riset telah mendemonstrasikan bahwa metoda-metoda yang kontras dengan pendekatan-pendekatan medis lain dan non medis, telah menjadi strategi-strategi terapeutik yang paling efektif dengan beberapa gangguan somatik pada anak-anak.

Daftar Pustaka

- Bernis, K.M. (1978) *Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa*, Psychology Bulletin.
- Grace, W.J. & Graham D.T. (1952) *Relationship of specific attitude and emotions of certain bodily diseases. Psychosomatic Medicine*,
- Holmes, T.H. & Rahe, R.A. (1967) *The Social Readjustment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research*,
- Lipowski Z.J. (1977) *Psychosomatic Medicine in the Seventies. an Overview. American Journal of Psychiatry*
- Richard J.Morris & Thomas R Kratochwill, (1983) *The Practise of Child Therapy*, , Pergamon Press New York
- Selye, H. *Forty Years of Stress Research : Principal Remaining Problems and Misconceptions Canadian Medical Association Journal* 1976
- Siegel L.J. & Richards, C.S. (1978) *Behavioral Interventions with Somatic Disorder in Children. in Child Behavior Therapy*, New York.Gardner Press,

