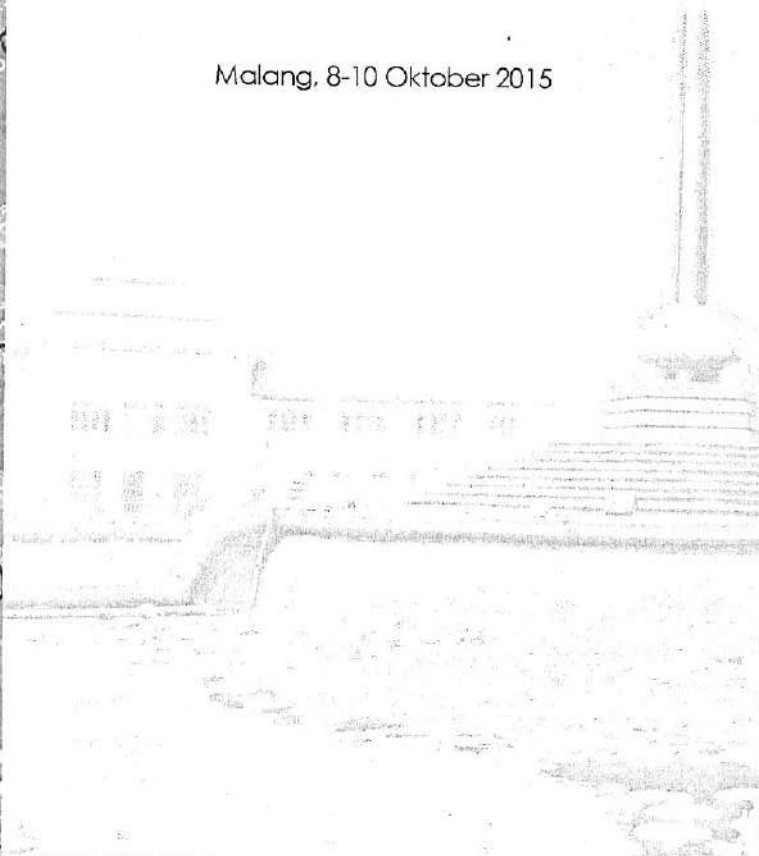


***Bipolar and Related Disorders  
Today: The Unified Efforts In Basic  
Sciences, Clinical Practices and  
Community Initiatives***

KONFERENSI NASIONAL 2  
BIPOLAR DAN GANGGUAN MOOD LAIN

Malang, 8-10 Oktober 2015



**Makalah Ilmiah  
Konferensi Nasional 2  
Bipolar dan Gangguan *Mood* Lain**

***Bipolar and related disorders today:  
the unified effort in basic sciences, clinical practices  
and community initiatives***

Editor:

Agustina Konginan  
Frilya Rachma Putri  
Ivana Sajogo

Hak cipta:

Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo  
Prof. Dr. Moestopo no. 6-8 Surabaya  
Telp. 031-5017274

ISBN: 978-602-1302-20-0

Cetakan Pertama: Oktober 2015

Hak cipta di tangan penerbit. Seluruh atau sebagian dari isi buku ini tidak boleh diperbanyak, disimpan dalam bentuk yang dapat dikutip, atau ditransmisi dalam bentuk apa pun seperti elektro-nik, mekanik, fotokopi, rekaman, dlsb tanpa ijin dari penerbit.



DEPARTEMEN/SMF ILMU KEDOKTERAN JIWA  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

## **KATA PENGANTAR KETUA SEKSI BIPOLAR DAN GANGGUAN *MOOD* LAIN PDSKJI**

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, bahwa akhirnya buku kumpulan makalah Konferensi Nasional 2 Bipolar dan Gangguan *Mood* Lain bisa diterbitkan, berkat kerja keras panitia dan para penulis yang walaupun dalam kesibukannya masih mau menyediakan waktu untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman.

Buku kumpulan makalah ini dimaksudkan sebagai dokumentasi kegiatan, juga sebagai bahan bacaan tambahan bagi sejawat yang ingin lebih mendalami masalah bipolar dan gangguan *mood* lain, sesuai dengan perkembangan terkini dari berbagai sudut pandang. Sebagai wadah untuk memuat tulisan, ide-ide para sejawat yang berbicara di dalam Konferensi Nasional 2, sehingga terdokumentasi dengan baik.

Konferensi Nasional 2 ini selain sebagai ajang pertemuan organisasi, kegiatan ilmiah, juga sebagai kesempatan kita bertemu dan mengeratkan tali persahabatan.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada PP PDSKJI, PDSKJI Cabang Surabaya, PDSKJI Cabang Malang, Departemen/SMF Psikiatri FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Departemen/SMF Psikiatri FK UB/RS Saiful Anwar Malang, RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Para Pembicara, Panitia Konferensi Nasional 2 Bipolar dan Gangguan *Mood* lain, serta semua pihak yang sudah membantu dan bekerja sama, sehingga buku ini bisa diterbitkan.

Sekian dan semoga bermanfaat.

**Dr. B. Handoko Daeng, dr., SpKJ(K)**

**KATA PENGANTAR KETUA  
DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Alhamdulillah, akhirnya buku kumpulan makalah ilmiah yang dipresentasikan pada Konferensi Nasional (Konas) 2 Bipolar dan Gangguan *Mood* Lain berhasil diterbitkan.

Topik utama yang diangkat dalam Konas kali ini adalah "*Bipolar and related disorders today: the unified effort in basic sciences, clinical practices and community initiatives*", sehingga materi yang disampaikan oleh para pembicara disesuaikan dengan topik tersebut.

Sebagai institusi pendidikan, baik pendidikan dokter maupun dokter spesialis ilmu kedokteran jiwa, Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dengan sepenuh hati mengemban tugas sebagai penerbit buku makalah lengkap Konas ini, dengan harapan materi yang disampaikan dalam buku ini dapat memperkaya pengetahuan tentang perkembangan bipolar dan gangguan *mood* lainnya.

Harapan kami buku ini bermanfaat bagi semua pihak, saling mengisi dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang lebih berkualitas.

**Sasanti Juniar, dr., SpKJ(K)**

## DAFTAR ISI

Ketua Seksi Bipolar dan Gangguan <i>Mood</i> Lain PDSKJI .....	4
Ketua Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.....	5
1. Penyakit Kronis dan Hubungannya dengan Kejadian Depresi: Peran Psikiater Konsultasi dan <i>Liaison</i> Andri, dr, SpKJ, FAPM.....	10
2. Depresi Pada Pasien Kanker Marintik Ilahi, dr, SpKJ .....	24
3. <i>The Role of Spirituality in Mood Disorder Due to General Medical Condition</i> Prof. Dr. H. Much Syamsulhadi, dr, SpKJ(K).....	38
4. <i>Multi Disciplinary Approach in Managing Mood Disorder in CLP</i> Didi Aryono Budiyo, dr, SpKJ(K).....	46
5. <i>Predictors of Treatment Response in Patients with Bipolar Disorder</i> Dr. Sri Idaiani, dr, SpKJ(K).....	50
6. <i>Bipolar Disorder in Ultra Rapid Drug Metabolizers</i> Dr. Elmeida Effendy, dr, M.Ked. KJ, Sp.KJ(K).....	62
7. <i>Biomarker of Bipolar Disorder</i> Dr. Margarita M. Maramis, dr, SpKJ(K) .....	68
8. <i>Polypharmacy Focus on Biological Aspect</i> Debre Septiawan, dr, SpKJ, M.Kes.....	80
9. <i>Polypharmacy In Bipolar Disorder</i> Wini Agus, dr, SpKJ .....	91
10. Efikasi Klinis Terapi Polifarmasi pada Gangguan Bipolar Azimatul Karimah, dr, SpKJ(K) .....	101
11. <i>Short Term Anti-depressant Treatment for Rapid Cycling Bipolar Disorder</i> Santi Yuliani dr, SpKJ.....	113

12. <i>Pharmacotherapy for Bipolar Disorder: Temporary Focus on Clinical Efficacy</i> Agustina Konginan, dr., SpKJ(K).....	121
13. <i>Long-term Pharmacotherapy in Bipolar Disorder: Focus on Psychosocial Aspects</i> Ida Rochmawati, dr., SpKJ .....	129
14. <i>Terapi Psikofarmaka Jangka Panjang pada Gangguan Afektif Bipolar</i> Didit Roesono, dr., SpKJ .....	137
15. <i>Recognizing Disruptive Mood Dysregulation Disorders</i> Yunias Setiawati, dr., SpKJ(K).....	146
16. <i>Working With Parents and Teachers of Children With Disruptive Mood Dysregulation Disorders (DMDD)</i> Fransiska Kaligis, dr., SpKJ(K).....	156
17. <i>REM Sleep Abnormalities Due To Bipolar Disorders</i> Denny Rotinsulu, dr., SpKJ .....	165
18. <i>Application of Light Therapy for the Treatment of Sleep and Depressive Disorder</i> Dharmawan Ardi Purnama, dr., SpKJ.....	170
19. <i>Interpersonal and Social Rhythm Therapy</i> Ivana Sajogo, dr., SpKJ.....	187
20. <i>Psychotropic Medications for Sleep Disorders in Bipolar Patients</i> Justina Evy, dr., SpKJ .....	197
21. <i>Sexual and Marital Legal Issues Due To Bipolar Disorder</i> Darmadji Ang, dr., SpKJ(K) .....	205
22. <i>Bipolar Disorder and Violence</i> Roni Subagyo, dr., SpKJ.....	211
23. <i>Cognitive Deficit in Pediatric Bipolar Disorder</i> Dr. Tjhin Wiguna, dr., SpKJ(K) .....	217

# **RECOGNITION DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER**

Yunias Setiawati

Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga, Surabaya

## **ABSTRACT**

*DMDD is a new diagnosis with a set of characteristic symptoms of severe irritability, settling, and chronic in children and adolescents. Children with DMDD showed a low frustration tolerance and experiencing difficulty in regulating emotions, low tolerance in a state of distress and trouble in controlling behaviors. Between attacks, children showed persistent irritability mood throughout the day which can be observed by parents, teachers and peers. Diagnosis is made when this disorder lasts in at least two settings in different places (home, school, neighborhood). Onset of symptoms before age 10 years, but diagnose can't be made before the age of 6 years and above 18 years. Symptoms that stick out are chronic irritability, known by Leibenluft as severe mood dysregulation (SMD), which in the DSM V known as DMDD. Chronicity of symptoms indicating a mismatch with symptoms episode according to DSM IV, where manic episode lasts at least 4 days and hypomania for at least one week. Based on the results of researches, DMDD will evolve into anxiety and depression disorders, and not a bipolar disorder in adulthood. SMD can be distinguished from DMDD by the onset of age and the presence of hyperarousal. In SMD, hyperarousal symptoms can be found on an episode of mania and sometimes on ADHD, chronic, and non episodic irritability with onset before 12 years of age. There has been no appropriate tools to assess and diagnose DMDD. Child Behavior Checklist Dysregulation Profile (CBCL-DP) can be used as a tool to identify patients with severe mood disorders. High Scoring indicate persistence problems with bad outcomes such as substance abuse, suicidality, and functional disorders in facing life.*

**Keywords:** DMDD, SMD, irritability, bipolar disorder, depression

## **PENDAHULUAN**

Dalam praktek klinis sering dijumpai orangtua dan *caregiver* memba-

wa anak dengan keluhan peningkatan derajat energi dan perubahan *mood* yang sangat cepat dengan gejala tidak spesifik, meliputi derajat kemarahan yang tinggi, elasi, iritabilitas dan perilaku agresivitas, sehingga para klinisi berusaha menyingkirkan diagnosa hipomania dan mania karena kompleksitas gejala. (Danielyan A, Pathak, et.al, 2007)

Kraepelin 100 tahun yang lalu membedakan antara *dementia pre-cox* (skizofrenia) dengan *manic depressive illness* (gangguan bipolar). (Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et al, 2009). Pandangan tradisional menyatakan gangguan bipolar dapat terjadi pada masa pra pubertas dengan gejala sama dengan dewasa, namun prevalensinya jarang yang berkembang pada masa remaja, dimana pada masa *toodler* dan prasekolah menunjukkan perbedaan gejala dengan dewasa. Pada anak jarang dijumpai perubahan *mood*, namun gejala yang menonjol adalah agresivitas, iritabilitas, gangguan tidur dan peningkatan energi yang berlebihan. (Danielyan A, Pathak, et.al, 2007)

Diagnosa gangguan bipolar di Amerika meningkat secara dramatis pada akhir abad 20 sehubungan dengan banyak artikel yang mempublikasikan gangguan bipolar anak. Pada rentang tahun 1993 sampai dengan 2003 timbul peningkatan 40 kali angka kunjungan di klinik dan penegakan diagnosa gangguan tersebut. Gangguan bipolar sering misdiagnosis atau komorbiditas dengan *attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*, sehingga memerlukan perhatian klinis untuk penanganan optimal. (Blader JC, Carlson GA, 2007)

Janet Wozniak bersama dengan Joseph Biederman sebagai pelopor penelitian menyimpulkan bahwa anak dengan perilaku *tantrum* dan iritabilitas serta agresivitas kronis berbeda dengan kondisi mania. Leibenluft mengembangkan gangguan ini dengan istilah *severe mood dysregulation disorder (SMD)*. (Grohol JM, 2012)

Kebanyakan anak dengan karakteristik gangguan *mood* kronis dengan iritabilitas berat yang dikenal sebagai *severe mood dysregulation (SMD)* dan dalam *DSM 5* dikenal sebagai *disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)* dikelompokkan dalam gangguan depresif dengan alasan gejala yang ada bersifat kronis dan pada saat dewasa lebih banyak mengakibatkan gangguan depresi dan hanya 1% yang menjadi gangguan bipolar. (American Psychiatric Association, 2013)

*SMD* dapat dibedakan dari *DMDD* berdasarkan dengan onset usia dan



ada tidaknya *hiperarousal*. *SMD* menunjukkan gejala *hiperarousal* yang dapat dijumpai pada episode mania dan kadang pada *ADHD*, bersifat kronis, dan iritabilitas non-episodik dengan onset usia sebelum 12 tahun. (Leibenluft E, 2011)

Penatalaksanaan *DMDD* meliputi intervensi farmakologis, dan non farmakologis berupa terapi kognitif, perilaku, dan *Alderian Play Therapy*. (Zepf FD, Holtmann M, 2012)

## BATASAN

*DMDD* adalah diagnosis baru dalam *DSM 5* ditandai dengan sekumpulan karakteristik gejala meliputi iritabilitas yang parah, menetap, kronis pada anak dan remaja. Anak dengan *DMDD* menunjukkan toleransi frustrasi yang rendah, sehingga mengalami kesulitan dalam meregulasi emosi, diakibatkan toleransi rendah dalam kondisi distres dan kesulitan mengontrol perilaku. Diantara serangan, anak menunjukkan iritabilitas *mood* yang menetap sepanjang hari yang dapat diobservasi oleh orangtua, guru dan teman sebaya. Diagnosis ditegakkan apabila gangguan ini berlangsung minimal dalam dua *setting* tempat yang berbeda (rumah, sekolah, lingkungan). Onset gejala sebelum usia 10 tahun, tidak dapat ditegakkan sebelum usia 6 tahun dan diatas 18 tahun. (APA, 2013) Penegakkan diagnosis *DMDD* sehubungan dengan keprihatinan akan maraknya berita di media populer dan pengaruh industri farmasi ditunjang oleh ketidaksesuaian pendapat klinisi yang berdampak pada kecenderungan *over-diagnosis* dan *overtreatment* dari gangguan bipolar anak, karena gejala yang timbul sering bertumpang tindih dan adanya komorbiditas, anak juga sukar untuk mengungkapkan perasaannya, gejala yang lebih menonjol adalah iritabilitas. Mengingat penatalaksanaan gangguan bipolar memerlukan waktu panjang sebaiknya dilakukan pemeriksaan klinis gejala secara berkesinambungan. (Blader JC, Carlson GA, 2007)

*DMDD* adalah diagnosa baru, sehingga belum ada alat yang sesuai untuk melakukan asesmen dan menegakkan diagnosa. *Child Behavior Checklist Dysregulation Profile (CBCL-DP)* dapat digunakan sebagai alat untuk melakukan identifikasi pasien dengan gangguan *mood* berat. Skoring yang tinggi mengindikasikan problem yang menetap dengan *outcome* buruk seperti penyalahgunaan zat, *suicidality*, dan gangguan

fungsional dalam menghadapi kehidupan. *DMDD* dalam *DSM 5* digolongkan dalam kelompok gangguan depresi berdasarkan hasil penelitian bahwa *DMDD* akan berkembang menjadi gangguan kecemasan dan depresi dan bukan menjadi gangguan bipolar pada masa dewasa. (Danielyan A, Pathak, et.al, 2007)

## DIAGNOSA

Tabel 1. Diagnosa *DMDD* menurut *DSM 5* (Sumber: APA 2013)

Ringkasan Kriteria Diagnostik *DMDD* yang dikemukakan di *DSM 5*

1. Ledakan kemarahan terhadap stresor ringan, meliputi:
  - Manifestasi verbal atau perilaku berupa kemarahan verbal, agresi fisik terhadap orang dan benda
  - Derajat kemarahan dengan intensitas dan lamanya tidak sesuai dengan provokasi dan situasi
  - Tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak
2. Ledakan amarah rerata tiga sampai empat kali dalam seminggu
3. *Mood* negatif bersifat menetap diantara ledakan amarah (iritabilitas, kemarahan, dan atau kesedihan) hampir setiap hari
4. Kriteria 1-3 berlangsung minimal selama 12 bulan dengan periode bebas gejala kurang dari tiga bulan
5. Gejala minimal dalam 2 keadaan (di sekolah, di rumah, atau dengan teman sebaya), dan gejala yang berat pada satu keadaan .
6. Usia sekurangngnya 6 tahun atau lebih
7. Onset sebelum usia 10 tahun
8. Dan tidak memenuhi kriteria gangguan mental lain (misalnya bipolar, depresi mayor, psikosa), namun dapat bersamaan dengan gangguan sikap menentang, *ADHD*, gangguan tingkah laku dan gangguan penyalahgunaan zat.

### *Severe Mood Dysregulation (SMD)*

Istilah *SMD* dikenalkan oleh Leibenluft 2003, meliputi gejala *hiper-arousal* seperti pada episode mania, kadang pada *ADHD*, dengan iritabilitas non episodik berat dan kronis. Pada awal remaja dapat berkembang menjadi gangguan depresi dan gangguan cemas dan bukan gangguan bipolar dengan frekwensi familial pada komunitas dan populasi klinis lebih kecil dibandingkan dengan gangguan bipolar.

Tabel 2. Kriteria Diagnostik SMD (adaptasi dari Leibenluft 2011, Leibenluft et al., 2003)

No	Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
1	Usia 7-17 tahun dengan onset gejala sebelum usia 12 tahun	Gejala utama mania yang menonjol <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mood</i> yang meningkat atau meluas</li> <li>▪ <i>Grandiosity</i> atau <i>inflated self esteem</i></li> <li>▪ Berkurangnya kebutuhan tidur secara episodik</li> </ul>
2	Abnormalitas <i>mood</i> berat (sedih atau marah) tampak sepanjang hari yang dapat diobservasi orangtua, guru dan teman sebaya	Gejala timbul dalam periode kurang dari sehari
3	<i>Hyperarousal</i> , didefinisikan minimal tiga gejala berikut: insomnia, agitasi, distraktibilitas, pikiran kacau, <i>flight of idea</i> , memaksakan kehendak dan intrusif	Memenuhi kriteria skizofrenia, skizoafektif, gangguan perkembangan pervasif atau gangguan stres pasca trauma
4	Anak dengan meningkatnya emosi negatif terhadap stimulus bila dibandingkan teman sebaya, meliputi verbal dan perilaku, sebagai contoh: respon frustrasi yang dapat berkembang menjadi <i>tantrum</i> yang tidak sesuai dengan usia atau peristiwa yang mendahului, ledakan kemarahan terhadap orang dan benda. Rerata terjadi tiga kali dalam seminggu	Memenuhi kriteria gangguan penyalahgunaan zat dalam tiga bulan sebelumnya

5	Gejala 2,3 dan 4 muncul minimal dalam 12 bulan, dengan periode bebas gejala selama 2 bulan	IQ <70
6	Gejala sangat berat dalam satu keadaan (rumah, sekolah, teman sebaya) dan kurang berat dalam dua keadaan	Gejala secara langsung ditimbulkan karena penyalahgunaan zat, kondisi neurologis dan kondisi medik umum

### OVERLAPPING EPISODE MANIA DAN ADHD

Gejala *ADHD* menurut *DSM IV* yang dapat diobservasi dalam episode mania. (Zepf FD, Holtmann M, 2012)

1. Kesulitan memusatkan perhatian
2. Tidak dapat memperhatikan tugas secara terperinci, sehingga banyak melakukan kesalahan
3. Mudah terganggu
4. Selalu tergesa-gesa, tangan dan kaki selalu bergerak, tidak bisa duduk diam
5. Banyak bicara
6. Kesulitan bermain atau menikmati waktu luang dengan tenang
7. Sering menginterupsi dan memotong perkataan orang
8. Sulit menunggu giliran

Gejala episode mania menurut *DSM IV* yang dapat diobservasi pada *ADHD*:

1. Bicara berlebihan
2. Distraktibilitas
3. Meningkatnya aktivitas
4. Penurunan inhibisi sosial (Zepf FD, Holtmann M, 2012)

### KONTROVERSI DARI IRITABILITAS

Geller: iritabilitas sering terjadi dengan sensitivitas tinggi, namun bukan merupakan diagnosis bipolar

Wozniak: iritabilitas dapat merupakan gangguan *mood* primer, episodik

Leibbluft: iritabilitas episodik lebih direkomendasikan dalam menegakkan dignostik gangguan bipolar anak bila dibandingkan dengan iritabilitas kronis

Hunt/Birmahu: iritabilitas episodik dapat menunjukkan fase mania, namun gejala iritabilitas tunggal jarang terjadi, terutama pada anak. (Will French, MD.2014)

## EPISODE

Telah disepakati sesuai *DSM IV* bahwa episode dikategorikan dengan periode nyata dari perubahan *mood*, berlangsung sekurang-kurangnya seminggu untuk mania dan 4 hari untuk hipomania. Macam macam episode yang berlainan dibedakan dengan periode dari *euthymia* atau gejala sub sindromal. Beberapa grup peneliti menyatakan bahwa kriteria ini gagal untuk mendeteksi proporsi dari anak dengan sindroma bipolar, karena anak seperti ini memiliki episode kurang dari 4 hari atau punya gejala yang kronik (seperti contoh, non-episode). (Danielyan A, Pathak, et al. 2007)

## PREVALENSI

Penelitian epidemiologik retrospektif menemukan diagnosa dari *SMD* anak usia 9 sampai 19 tahun sebesar 3,3% dimana *SMD* berhubungan dengan gejala kecemasan dan depresi pada dewasa akhir. Frekuensi dari gangguan bipolar anak sangat kontroversial. Dijumpai 0,6% pada anak SMA, 1% dari praktek umum, 6% dari pasien rawat jalan psikiatri anak, 22% remaja dipenjara dan 26-34% anak yang dirawat inap di bagian psikiatri anak. (Zepf FD, Holtmann M, 2012)

## NEUROBIOLOGI

Pasien *SMD* menunjukkan penurunan amplitudo N1 *even related potential*, sedangkan pasien bipolar tampak penurunan amplitudo parietal P3. Pasien *ADHD* menunjukkan peningkatan aktivitas amigdala kiri sedang pada pasien *SMD* terjadi hipoaktivitas. (Zepf FD, Holtmann M. 2012)

## KOMORBIDITAS

Klinisi harus mampu menegakkan diagnosa banding *DMDD* dan gang-

guan bipolar. Gangguan bipolar ditandai dengan perubahan *mood* akut dan episodik, sedangkan pada *DMDD* iritabilitas berlangsung kronis. Pada gangguan bipolar dengan komorbiditas *ADHD* hanya dapat dilakukan observasi pada kondisi eutimia. *DMDD* tidak dapat koeksis dengan gangguan sikap menentang, gangguan eksplosif intermiten maupun bipolar. Apabila dijumpai pasien yang memenuhi kriteria gangguan sikap menentang dan *DMDD*, maka hanya dapat ditegaskan gejala *DMDD*. (Zepf, FD. 2009)

## LAPORAN KASUS

M 10 tahun, orangtuanya menjadi lebih waspada dan khawatir karena ledakan amarah tanpa penyebab yang cukup atau pencetus kecil yang sering, seperti setelah berdebat dengan kakak perempuannya karena melihat saluran TV yang mereka lihat. Ledakan ini bertambah pada intensitas dan frekuensi dari waktu ke waktu, dengan agresivitas verbal dan fisik kepada teman sekelas sebagai objek. Diantara ledakan itu M paling sering menunjukkan *mood* negatif. Dia pernah mengatakan kepada teman dan orangtuanya bahwa dia berpikir tentang apa yang akan terjadi kalau dia tidak hidup lagi. Teman sebayanya heran mengapa M sangat mudah ngambek dan mengganggu. Provokasi kecil dapat menyebabkan reaksi agresif jauh dari yang diharapkan. Mereka mengungkapkan, ledakan terjadi sekitar 3 sampai 4 kali perminggu, namun awalnya lebih rendah. Ledakan emosi menyebabkan perkelahian di sekolah, sehingga gurunya memanggil orangtua untuk membicarakan masalah ini. Kemudian M dibawa ke pusat kesehatan karena guru mengungkapkan kemungkinan M terkena *ADHD*, namun sulit untuk menegakkan diagnosa, karena M sering menolak untuk berpartisipasi dalam evaluasi dan jarang kontrol. Diagnosa tentang *DMDD* akhirnya ditegaskan. Diagnosa tentang depresi berat juga gangguan tingkah laku berdasarkan laporan dari diri sendiri, orangtua, dan guru, melalui wawancara dan kuesioner diagnostik akhirnya dibatalkan.

## PENATALAKSANAAN

Intervensi dan pendekatan efektif *DMDD* masih dalam penelitian, seperti protokol terapi gangguan sikap menentang dan gangguan bipolar maka penatalaksanaan meliputi terapi farmakologis, terapi kognitif

dan perilaku dimana terapi bersifat individual dan dapat disesuaikan sesuai dengan keperluan pasien. (Gilea BL, Rachel M, et al., 2013)

1. Intervensi farmakologis  
meliputi antipsikotik, *mood stabilizers* dan stimulan (Zepf FD, Holtmann M. 2012)
2. Intervensi non farmakologis
  - a. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*  
Tehnik yang digunakan meliputi stabilitas rutinitas harian anak, meningkatkan dukungan keluarga, monitoring emosi anak. Tujuan terapi adalah mengurangi agresivitas fisik, meningkatkan *self esteem* dan meningkatkan kemampuan mengontrol diri dalam mengendalikan kemarahan serta mengenal hubungan *mood* dan perilaku yang muncul akibat timbulnya stimulus. (Waxmonsky, JG, Wymbs, FA, et al, 2013)
  - b. *Alderman Play Therapy (AdPT)*  
Bertujuan untuk mengurangi perilaku disruptif, sebagai gejala dari *DMDD* (misalnya melanggar peraturan, agresivitas, menarik perhatian) dengan *setting* kelas. Dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung dengan tujuan melatih kemampuan merubah persepsi, sikap dan perilaku dalam berbahasa dan mengartikan kiasan (*metaphors*). (Meany-Walen, KK, Bratton S, et al, 2014)

## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*, p: 156-160
- Blader JC, Carlson GA. (2007) Increased rates of bipolar disorder diagnoses among US, child, adolescent and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62:107-114
- Danielyan A, Pathak, et al. (2007) Clinical characteristic of bipolar disorder in very young children. *Journal of affective disorders* 97: 51-59
- Gilea BL, Rachel M, et al. (2013) Disruptive Mood Dysregulation Disorder. American Counseling Association Practice Briefs, The Center for Counseling Practice, Police and Research, [counseling.org/practice\\_briefs](http://counseling.org/practice_briefs) 703-823-9800x324
- Grohol JM. (2012) What Is Disruptive Mood Dysregulation Disorder, *World Of*

*Psychology*

- Leibenluft E. (2011) Severe mood dysregulation, irritability and the diagnosis boundaries of bipolar disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142
- Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et. Al. (2009) Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*, 373: 234-239
- Meany-Walen, KK, Bratton S, et al. (2014) Effects of Adlerian Play Therapy on reducing students' disruptive behaviors. *Journal of Counseling and Development*, 92, 47-56. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00129.
- Waxmonsky, JG, Wymbs, FA, et al. (2013) A novel group therapy for children with ADHD and severe mood dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 17(6), 527-541.
- Will French, MD. (2014) Pediatric Mood Dysregulation: Irritability, Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder. *PAL Conference Yakima, WA*
- Zepf, FD. (2009) Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Early-Onset Bipolar Disorders: Two Facets of One Entity? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11:63-72
- Zepf FD, Holtmann M. (2012) Disruptive Mood Dysregulation Disorder, in *IA-CAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Chapter E3, p: 1-11