

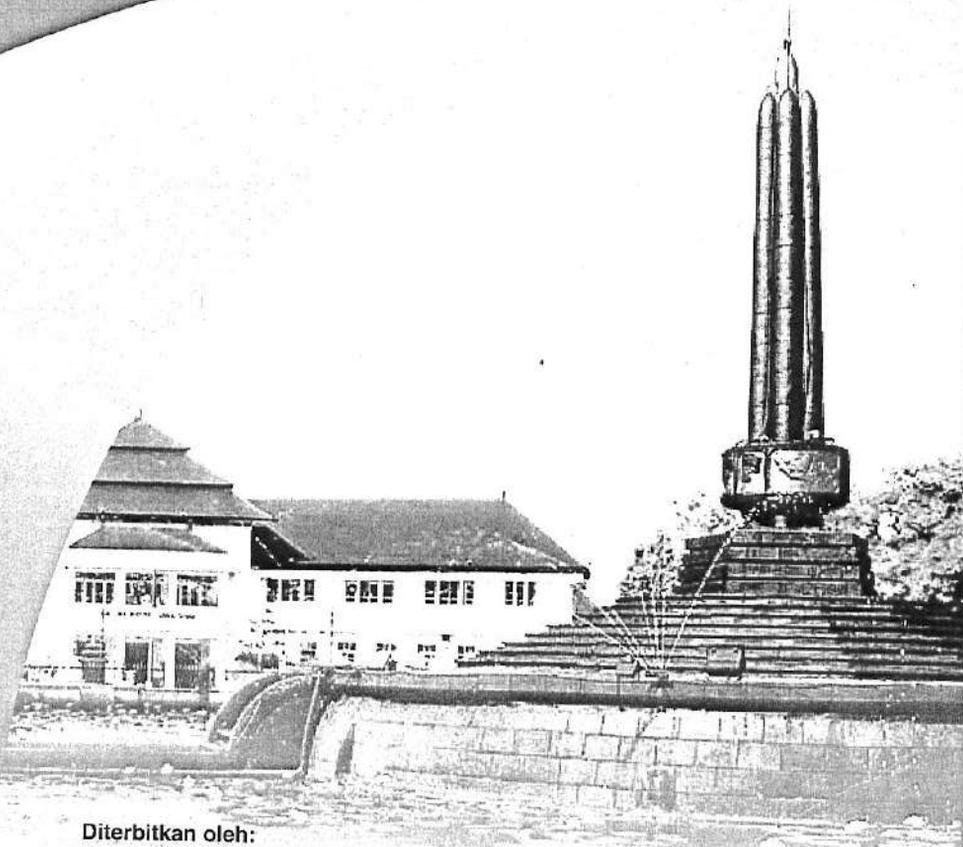


KONFERENSI NASIONAL VI PSIKOTERAPI



*Strategi Psikoanalitik
untuk Praktik Psikiatrik yang Lebih Terapeutik*
(*Psychoanalytic Strategies for a More Therapeutic Psychiatric Practice*)

16 - 18 Maret 2017, Hotel Harris, Malang



Diterbitkan oleh:

Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI)

**Buku Kumpulan Makalah Konferensi Nasional Psikoterapi VI
Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia
16-18 Maret 2017, Hotel Harris, Malang**

Diterbitkan oleh:

Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI)
Gedung Cimandiri One Lantai 4
Jalan Cimandiri Nomor 1,
Cikini, Jakarta Pusat 10330
Indonesia
Email: info@pdskji.org
Telp: (6221)31926845

Hak cipta © 2017, PDSKJI

Seluruh hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak, mencetak, atau menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seijin Editor dan Penerbit.

Publikasi pada Maret 2017

Reviewer / Editor: Petrin Redayani, Fransiska Kaligis, Enjeline Hanafi

Diterbitkan Maret 2017

Dicetak di Jakarta, Indonesia

Katalog perpustakaan nasional:

Buku Kumpulan Makalah Konferensi Nasional Psikoterapi VI, diterbitkan oleh PDSKJI – termasuk referensi bibliografi. ISBN: 978-602-61193-1-5

Didistribusikan oleh:

Seksi Psikoterapi PDSKJI
Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia
Gedung Cimandiri One Lantai 4
Jalan Cimandiri Nomor 1,
Cikini, Jakarta Pusat 10330
Indonesia
Email: konaspsikoterapivi@pharma-pro.com
Telp: (6221)31926845

Susunan Panitia KONAS VI Psikoterapi

Pelindung	: Dr. Eka Viora, SpKJ
Penasihat	: DR. Dr. Limas Sutanto, SpKJ(K)MPd
Ketua Umum	: Dr. Feranindhya Agiananda, SpKJ(K)
Ketua Pelaksana	: Dr. Frilya Rachma Putri, SpKJ
Wakil Ketua	: Dr. Profitasari Kusumaningrum, SpKJ
Sekretaris	: Dr. Yaniar Mulyantini, SpKJ
Sekretaris	: Dr. Zulvia Oktanida Syarif
Bendahara	: Dr. Elly Tania, SpKJ
Bendahara	: Dr. Irmia Kusumadewi, SpKJ(K)
Seksi Dana	: Dr. AAAA Kusumawardhani, SpKJ(K), MPH : Dr. Suryo Dharmono, SpKJ(K)
Seksi Acara	: Dr. Yenny D. Purnamawati, SpKJ(K) : Dr. Dearisa Surya Yudhantara, SpKJ
Ketua Panitia Pengarah	: Dr. Petrin Redayani Lukman, SpKJ(K), MPdKed
Sekretaris Panitia Pengarah	: Dr. Fransiska Kaligis, SpKJ(K) : Dr. Enjeline Hanafi
Anggota	: DR. Dr. Limas Sutanto, SpKJ(K), MPd : Prof. Dr. Sasanto Wibisono, SpKJ(K) : Prof. DR. Dr. Aris Sudiyanto, SpKJ(K) : Dr. Sylvia D. Elvira, SpKJ(K) : Dr. Jan Prasetyo, SpKJ(K) : Dr. Heriani Tobing, SpKJ(K) : Dr. Charles E. Damping, SpKJ(K) : Dr. Suryo Dharmono, SpKJ(K)

Keynote speech	
Strategi Psikoanalitik untuk Praktik Psikiatrik yang Lebih Terapeutik	12
Kuliah 1	
Major Trends in Contemporary Psychoanalytic Theory and Their Clinical Implications	20
Kuliah 2	
Psikoanalisis dan Masyarakat kita kini	42
Kuliah 3	
Psychodynamic Perspectives on Violence as Inconsistencies of Attachment and Failure of Altruism.....	47
Simposium 1	
Memelihara hubungan kerja Terapeutik dalam proses Psikoterapi	
• Aliansi Terapeutik dalam proses Psikoterapi	61
• Tantangan dalam membangun Aliansi Terapeutik: "Memulihkan Aliansi Terapeutik"	68
• Mengukur Aliansi Terapeutik dalam proses Psikoterapi	78
Simposium 2	
Pemahaman Psikoanalisis dalam Psikoterapi pada Kasus Psikiatri Anak dan Remaja	
• Pemahaman Psikoanalisa dalam Psikoterapi Kasus Psikiatrik Anak dan Remaja.....	86
• Pemahaman Psikoanalisis pada Praktik Terapi Bermain untuk Kasus Psikiatri Anak.....	93
• Memperbaiki Organisasi Kelekatan dalam Kasus Perlakuan Salah pada Anak (Child Maltreatment).....	105

Simposium 3

Pemahaman Psikoanalisis dalam Psikoterapi pada Kasus Psikiatri Geriatrik

- Psikoterapi Akhir Hayat pada Lansia: Perjalanan Menemukan Makna 113
- Pendekatan Eklektik Holistik dalam memahami Ginamika Keluarga Pasien Usia Lanjut..... 130

Simposium 4

Psychodynamic Psychiatry in Malaysia

- The landscape of Psychodynamic Psychotherapy Teaching in Malaysia: Past, Present & Future 138

Simposium 5

Implementasi Psikoanalisis dalam Praktik Psikoterapi

- Wawancara Analitik dan Kemungkinan Penerapannya di Indonesia: Sebuah Observasi Kasus 143

Simposium 6

Praktik Psikoterapi Berorientasi Psikoanalisis pada Berbagai Kasus Klinis

- Laporan Kasus Gangguan Identitas Disosiatif: Tinjauan Psikodinamik..... 155
- Strategi Psikoterapi Berorientasi Analitik pada Kasus General Weakness..... 174

Simposium 8

Pendidikan Psikoterapi di Indonesia: Pengalaman Staf Pengajar dan Peserta Didik

- Pengalaman Staf Pengajar dalam Pendidikan Psikoterapi Dinamik di Universitas Airlangga 188
- Pendidikan Psikoterapi di Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro 200

Simposium 9

Pemahaman Psikoanalisis Terhadap Kasus Disfungsi Seksual dan Praktik Terapi Marital

- Pendekatan Psikoanalisis Disfungsi Seksual 207

• Pendekatan Psikoanalisis Terhadap Problem Marital	214
• Psikoanalisis Disfungsi Seksual pada Usia Lanjut.....	220
 Diskusi panel	
Kurikulum Psikoterapi Dinamik, Kolegium Psikiatri Indonesia	
• Implementasi Kurikulum Psikoterapi Dinamik pada Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis-1 di Universitas Indonesia	229
• Implementasi Kurikulum Psikoterapi Dinamik pada Program Studi Dokter Spesialis-1 Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga	233
• Implementasi Kurikulum Psikoterapi Dinamik pada Program Studi Dokter Spesialis-1 Universitas Padjadjaran	234
• Implementasi Kurikulum Psikoterapi Dinamik pada Program Studi Dokter Spesialis 1 di Universitas Udayana	236
• Implementasi Kurikulum Psikoterapi Psikodinamik pada Program Studi Dokter Spesialis 1 Jiwa, di Universitas Gadjah Mada	240
 DB Lubis award 1	
Kasus Distimia pada Anak yang Ditatalaksana dengan Play Therapy dengan Pendekatan Psikodinamika	243
 DB Lubis award 2	
Pendekatan Psikoterapi Psikodinamik pada Pasien Somatisasi.....	257
 DB Lubis award 3	
Psikoterapi Psikodinamik pada Kasus Gangguan Konversi dengan Ciri Kepribadian Histrionik.....	271
 DB Lubis award 4	
Psikoterapi Psikodinamik Jangka Panjang pada Gangguan Kepribadian Ambang: Sebuah Laporan Kasus	285

DB Lubis award 5	
Psikoterapi Psikodinamik pada Pasien dengan Depresi Mayor, Gangguan Konversi, Serta Gangguan Kepribadian Ambang.....	300
DB Lubis award 6	
Studi Kasus Mengelola Countertransference pada Pasien Homoseksual dengan Erotic Transference	315
Makalah Bebas (Free Paper) 1	
Memahami Siklus Emosi Personel Militer Indonesia dalam Penugasan.....	328
Makalah Bebas (Free Paper) 2	
Terapi Multimodal pada Anak dengan Depresi Sedang dan Masalah Temper Outburst: Menggunakan Pendekatan Psikoterapi Psikodinamik sebagai Strategi Terapi Perilaku	334
Makalah Bebas (Free Paper) 3	
Studi Kasus Pendekatan Psikologis melalui Analisa Gambar pada Anak Korban Gempa Bumi Aceh Pidie Bulan Desember 2016	350
Makalah Bebas (Free Paper) 4	
Studi Kasus Penerapan Pendekatan Psikoterapi.....	359
Makalah Bebas (Free Paper) 5	
Efektivitas Logoterapi pada Penurunan Derajat Depresi dan Peningkatan Kadar CD4 Pasien HIV di VCT Rumah Sakit Umum Daerah-Dr. Moewardi Surakarta.....	370
Makalah Bebas (Free Paper) 6	
Pendekatan Psikoterapi pada Kasus Penyalahgunaan dan Ketergantungan Zat Multipel dengan Gangguan Depresi dan Gangguan Kepribadian Ambang sebuah Laporan Kasus	379

Makalah Bebas (Free Paper) 7	
Otonomi Pasien dalam Psikoterapi	398
Makalah Bebas (Free Paper) 8	
Self-Analysis Altruisme dalam Proses Politik Undang-Undang Kesehatan Jiwa	408
Makalah Bebas (Free Paper) 9	
Anoreksia Nervosa pada Pasien dengan Ciri Kepribadian Obsesif Kompulsif dan Dinamika Perjalanan dalam Psikoterapi Psikodinamik Jangka Panjang.....	419
Makalah Bebas (Free Paper) 10	
Brief psychotherapy pada pasien gangguan penyesuaian dengan afek cemas	428

PENDEKATAN PSIKOTERAPI PSIKODINAMIK PADA PASIEN SOMATISASI

Yunias Setiawati

Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/ RSUD
Dr Soetomo Surabaya

PENDAHULUAN

Hampir 50% pasien yang berkunjung ke poliklinik rawat jalan selalu berhubungan dengan gejala somatik, dimana sekurang-kurangnya tiga perempat dari kondisi tersebut tidak bisa diterangkan secara medis. Banyak keluhan fisik meliputi nyeri pinggang punggung, dada, abdomen, kepala, dan tanpa keluhan nyeri meliputi keluhan palpitasi, kelelahan dan pusing. Banyak kelompok gejala somatik dengan etiologi tidak diketahui secara pasti meliputi *irritable bowel syndrome*, fibromyalgia, kelelahan kronis (*chronic fatigue syndrome*), gangguan temporomandibular, dan cystitis interstitial (Abbass, Kisely, and Kroenke, 2009) Sindroma gangguan somatik sering bertumpang tindih dengan gangguan psikiatrik dan mengganggu fungsi pekerjaan dan didapatkan adanya riwayat genetik (Koelen et al., 2014)

Konsep gangguan somatoform ditambahkan dalam klasifikasi psikiatrik tahun 1980 di DSM III. Tahun 1925 Stekell's menyatakan bahwa somatisasi adalah "*organ speech*" yang merupakan bentuk konversi dari konflik emosional dan di manifestasikan kedalam gejala fisik. yang merupakan simbolisasi dari adanya konflik psikologis (Beutel, Michal, and Wrana, 2008). Tahun 1962 Perley dan Guze memperkenalkan istilah "Briquet Syndrome" Dalam DSM IV dikenal dalam kelompok gangguan somatoform (Sattel et al., 2012) dan dalam DSM V dimasukkan dalam kelompok *somatic symptom and related disorder*. (APA, 2013)

Gangguan somatoform adalah suatu kondisi medis yang tidak dapat diterangkan secara nyata dalam gangguan organik ataupun gangguan psikiatrik. Diagnosis gangguan somatoform ditegakkan berdasarkan *multiple somatic complain* sekurang-

kurangnya empat gejala nyeri pada bagian tubuh yang berbeda seperti pada kepala, abdomen, punggung, persendian atau fungsi tubuh misalnya menstruasi, *sexual intercourse*, gangguan berkemih dan sekurangnya dua gejala gastrointestinal misalnya mual, muntah, gejala seksual atau sistem reproduktif, misalnya disfungsi ereksi, ejakulasi, satu gejala pseudoneurologis misalnya aponia. Keluhan somatik meningkat sebesar dua sampai tiga kali lipat pada gangguan anxietas dan depresi. Somatoform mengakibatkan *economic burden* dua kali lipat dibandingkan dengan gangguan lain sehingga memerlukan perhatian klinis (Hoffmann et al. 2013, Greck et al. 2011)

Psikiatri psikodinamik pertama kali digunakan oleh Ellen-berger (1970). Leibniz menggunakan istilah dinamis untuk melawan pendekatan statis. Psikoterapi psikodinamik adalah pendekatan untuk menegakkan diagnosis dan melakukan terapi dengan mengenal karakteristik proses berfikir *unconscious conflict*, defisit dan distorsi struktur intrapsikis dan *internal object relations* dari pasien dan terapis. Pendekatan ini bermanfaat untuk memahami *internal world* pasien meliputi fantasi, mimpi, ketakutan, harapan, impuls, harapan dan persepsi *self image* dan *self other*, dan memahami hubungan reaksi psikologis terhadap timbulnya pelbagai macam gejala somatik (M. D. E. Greck et al., 2010)

Psikoterapi suportif - ekspresif dengan membangun aliansi terapeutik antara terapis dan pasien lewat empati bertujuan untuk membantu pasien memecahkan masalah secara matur dan mengembalikan fungsi adaptif dan meningkatkan *well being* keluarga (Gabbard, 2014)

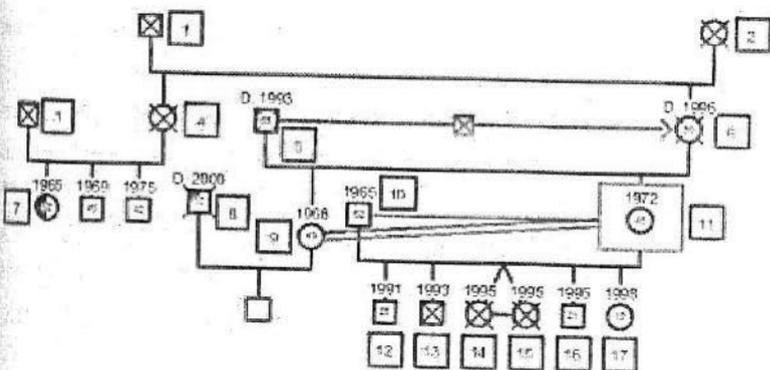
METODE: ILUSTRASI KASUS

Telah diperiksa seorang wanita, umur 45 tahun, suku Jawa, agama Islam, menikah, ibu rumah tangga, tamatan SMP, tinggal di Selodono, Ringinrejo, Kandat, Kediri. Pasien datang ke poli jiwa RSUD Dr. Soetomo pada tanggal 13 Maret 2016 dengan keluhan pinggang terasa keju, panas, cekot-cekot menjalar ke perut, mual, kembung, sering muntah, diare, sering kentut, kedua kening terasa pusing, dada berdebar-debar, sering kaget, kedua lengan terasa kesemutan dan tungkai bawah berat untuk berjalan, serta

merasakan kesakitan setiap berhubungan intim dengan suami. Keluhan ini sudah dirasakan pasien sejak 10 tahun yang lalu dan sering kambuh, dan keluhan semakin memberat dalam tiga bulan terakhir setelah mendapatkan kabar bahwa kontrak kerja anak ke tiga di Kalimantan berakhir, berat badan turun 5 kg dan sejak 2 minggu yang lalu tidak dapat melakukan pekerjaan di rumah seperti biasanya setelah mengetahui kaki anak ke empat mengalami fraktur setelah bertanding sepak bola di kamungnya. Saat remaja pasien juga sering mengalami nyeri saat menstruasi.

Pasien sudah berobat ke RS Baptis, ke banyak dokter, telah dilakukan pemeriksaan laboratorium, CT Scan dan endoscopy, juga berobat ke orang pintar, namun semua hasil pemeriksaan menyatakan tidak ada kelainan yang bermakna. Pasien merasa kecewa, marah dan tidak puas terhadap keterangan dokter yang menerangkan bahwa kondisi pasien sehat padahal pasien benar-benar merasakan kesakitan sepanjang hari. Tiga bulan lalu anak pertama pasien menelpon dari Kalimantan dan mengabarkan bahwa kontrak kerja di pabrik kayu selama 3 tahun akan segera berakhir. Pasien menjadi bingung, sedih memikirkan nasib anaknya dan mulai timbul keluhan fisik.

Genogram



Keterangan

1. Kakek pasien meninggal, umur tidak diketahui

2. Nenek pasien meninggal, umur tidak diketahui
3. Suami kakak perempuan ibu pasien, meninggal
4. Kakak perempuan ibu pasien meninggal.
5. Ayah pasien meninggal pada tahun 1993 karena stroke (usia 75 tahun), sifat keras, disiplin, mudah marah, mengontrol ibu
6. Ibu pasien meninggal pada tahun 1996 karena TB paru
(usia 70 tahun), sifat sabar, pendiam, memanjakan pasien, patuh pada suami
7. Saudara sepupu pasien, mengalami gangguan jiwa dengan gejala suka melamun, bicara melantur, sering keluyuran sehingga dikurung dalam rumah.
8. Suami kakak meninggal karena hipertensi (th 2000 umur 50 th).
9. Kakak pasien janda, 49 tahun, sangat sayang dan penuh perhatian pada pasien, selalu membantu keperluan pasien
10. Suami pasien, keras, namun selalu memperhatikan dan mengalah kepada pasien
11. Pasien, 45 tahun
12. Anak pertama pasien, laki-laki, (26th) lahir ditolong dukun, SMEA kelas II tidak melanjutkan sekolah karena ibu pasien operasi dan tidak ada biaya, bekerja di pabrik kayu lapis di Kalimantan dan pemain sepak bola Barito Putra. Sifat keras kepala
13. Anak kedua pasien, laki-laki, meninggal saat berumur 2 bulan karena sesak napas, diperiksa ke dukun, belum sempat dibawa ke dokter
14. Anak ke empat pasien, laki-laki anak kembar pertama, prematuritas, lahir ditolong dukun, meninggal saat melahirkan di rumah
15. Anak kelima pasien, laki-laki anak kembar yang kedua, meninggal dalam perjalanan di DKT. Sesudah itu pasien tidak pernah kontrol ke dokter, pasien ikut KB spiral
16. Anak ke lima pasien, laki-laki, 20 tahun, lulusan SMA, lahir ditolong dukun, keras kepala.
17. Anak ke enam pasien, perempuan, 18 tahun lahir ditolong dukun, lulusan SMA manja

Pendekatan Psikodinamik

Pasien perempuan berusia 45 tahun, tamatan SMP, menikah dan mempunyai lima anak, anak kedua meninggal saat berusia 7 bulan dan anak ketiga kembar meninggal, pekerjaan membantu suami, dirujuk dari poli kebidanan dan kandungan dengan *multiple somatic complain* namun tidak diketemukan kelainan pada pemeriksaan fisik.

Sepuluh tahun yang lalu pasien juga mengalami gejala yang sama yang diakibatkan setelah pasien mengalami operasi histerektomi. Delapan tahun lalu keluhan timbul kembali saat pasien mulai mengalami kesakitan saat berhubungan dengan suami. Tiga bulan lalu saat mendengar kabar bahwa anak sulung pasien masa kontrak kerjanya akan segera habis maka keluhan berulang kembali. Dua minggu yang lalu keluhan semakin memberat saat anak ke 4 pasien kakinya fraktur pada saat pertandingan sepak bola. Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara, anak yang diharapkan kedua orangtuanya, pasien diasuh oleh ayah dan ibunya. Bapak pasien keras, pemarah, disiplin, namun setelah marah bapak pasien selalu mengajak pasien berjalan-jalan dan memenuhi permintaan pasien, sedangkan ibu pasien sabar, selalu mengikuti kemauan pasien. Saat pasien berumur 18 tahun, dijodohkan orangtuanya, dan menikah dengan suami yang berusia 25 tahun dengan ciri kepribadian sabar, pendiam, cenderung mengalah pada pasien. Karena pasien sejak kecil dibesarkan dengan pola asuh inkonsisten namun dominan ke pengasuhan *overindulgen*, dimana keinginan pasien selalu terpenuhi dan tidak pernah merasakan kekecewaan maka pasien tumbuh dengan ciri kepribadian manja, egois, ingin dituruti kemauannya, mudah ngambek, penakut, dependen, suka membesar-besarkan masalah, mudah cemas, kurang percaya diri dan impulsif

Pasien memiliki perasaan ambivalen kepada ayahnya. Hal ini timbul akibat pasien merasa jengkel karena ayah pasien sering memarahi pasien bahkan sampai pasien menikah, namun pasien juga menyayangi ayahnya karena pasien sering diberi hadiah oleh ayahnya. Perasaan ambivalen antara *love and hate* terhadap ayah diintroyeksi kedalam dirinya sebagai rasa bersalah untuk melindungi dirinya dari *self other complex*, sehingga anak tidak belajar untuk *trust other dan self* dan pada akhirnya menimbulkan *self focus, self criticism* dan meningkatkan *mistrust of self* (Banai,

Mikulincer, and Shaver, 2005; Goldberg, 2003). Konflik sentral dimulai pada masa falik/oedipal, di mana menurut Sigmund Freud pada masa awal falik anak perempuan akan lebih dekat pada ayahnya, dan menganggap ibunya sebagai saingannya dalam mendapatkan cinta ayahnya. Timbul *narcissistic injury* sehingga anak mentansfer *libidinal phallic striving* dari ibu ke ayahnya. Pada akhir masa oedipal anak perempuan akan dekat kembali dengan ibunya melalui proses identifikasi. Namun pada pasien ini fase oedipal berlangsung dengan lambat, pasien tidak dapat dekat pada ayahnya karena ayah pasien keras, sehingga pasien tetap dekat dengan ibunya dari awal hingga akhir masa oedipal. dan menganggap ibunya sebagai *homosexual unconscious love object*. Akibat fase oedipal yang berlangsung lambat dan pasien tidak bisa meresolusi fase oedipal dengan baik, terjadilah *lacunar superego* sehingga pasien tumbuh menjadi seseorang dengan ciri kepribadian campuran dependen dan histrionik dan menimbulkan konflik dorongan seksual atau libido pada saat pasien dewasa. Akibat konflik yang tidak dapat direpresi di bawah sadar secara sempurna, maka energi mental yang normalnya didorong ke alam sadar, dikonversikan menjadi bermacam-macam keluhan somatik yang berfungsi untuk mengurangi *anxietas* dengan mengekspresikan konflik secara simbolik, di mana keluhan ini akan memberikan keuntungan primer (*primary gain*) yaitu kecemasan pasien akan hilang dan keuntungan sekunder (*secondary gain*) berupa perhatian dari suami, anak, dan saudaranya (Gabbard, 2014)

Menurut Erik Erikson konflik sentral dimulai pada masa inisiatif versus guilty di mana pada stadium ini anak akan berkembang rasa inisiatifnya, banyak bertanya dan aktivitas motorik akan seakin bertambah (Fleming, 2004)

Akibat ayah pasien yang keras sehingga fase inisiatif tidak dapat teresolusi dengan baik pada saat dewasanya akan menimbulkan *frigiditas*, keluhan somatik, kesukaran bergaul, *neurosa histeri*, perasaan rendah diri dan ragu-ragu (Smith and Hart, 2002)

Pada proses terapi kemungkinan pasien akan berusaha untuk mencari perhatian untuk mendapatkan penghargaan dan mengharapkan sesuatu yang berlebihan dari terapi.

Bila ternyata terapis tidak dapat memenuhi hal-hal tersebut, pasien akan kecewa dan berkecil hati.

DISKUSI

Gangguan somatisasi dahulu dikenal dengan istilah Briquet Syndrome, St Louis Hysteria. Gangguan ini prevalensinya 0,5 – 3%, di mana pada wanita prevalensinya 5 sampai 20 kali lebih besar bila dibandingkan dengan laki-laki (Beutel et al., 2008). Penyebab gangguan ini tidak diketahui. Beberapa faktor psikososial adalah interpretasi gejala sebagai suatu tipe komunikasi sosial, ditandai dengan menghindari kewajiban (sebagai contoh melakukan pekerjaan yang tidak disukai) mengekspresikan emosi (kemarahan terhadap pasangan), mensymbolisasikan perasaan atau keyakinan (*multiple somatic complain*). Pada interpretasi psikoanalitik didapatkan hipotesis bahwa gejala adalah substitusi impuls instinctual yang direpresi. (Sattel et al., 2012)

Pada pasien ini didapatkan *multiple somatic complain* tanpa diketemukan penyakit fisik yang mendasarinya. Adapun mekanisme adaptasi yang digunakan adalah

1. Gangguan somatisasi ditempatkan secara nyata sebagai penyakit fisik
2. Keterlibatan anxietas primer, merata, agresif masa kanak
3. Melindungi pasien akan timbulnya psikosis
4. Memberikan pasien hak seseorang yang sakit tanpa rendahnya self esteem dan terkekangnya kebebasan walaupun secara *unconsciously*.
5. Pasien mendapatkan perhatian, perawatan dan kasih sayang dari orang sekitarnya.

Pada pasien ini gangguan somatisasi muncul satu tahun setelah histerektomi dan pasien memasuki periode post menopause. Adapun keluhan perut terasa nyeri, terbakar, seperti ditusuk-tusuk saat berhubungan dengan suami dapat disebabkan karena gangguan libido atau penurunan hasrat seksual; orgasme yang terhambat, rangsangan seksual yang terganggu yang disebabkan oleh masalah psikogenik, dyspareunia karena dinding vagina sudah menipis dan tidak adanya lubrikasi, juga

vaginismus akibat kontraksi yang kuat pada otot vagina dan paha saat memulai hubungan intim.

Pada pasien ini rentan untuk timbulnya depresi yang dapat disebabkan karena faktor biologis sebagai akibat penurunan kadar hormon estrogen yang akan mempengaruhi biosintesa, reuptake, release, degradation dan reseptor density dari norepinefrin, dopamin, serotonin, dan asetilkolin (Grigoriadis and Kennedy, 2002); Erik Erikson dalam konsep psikodinamika yang dikenal dengan *inner space* dan *biological clock* menerangkan bahwa citra wanita diidentikkan dengan kehamilan, melahirkan dan menyusui (*inner space*) dan *biological clock* merupakan fenomena yang melengkapi dan menyempurnakan citra tersebut. Sehingga pada menopause pasien akan kehilangan makna simbolik "citra wanita" yang akan mempengaruhi kehidupan psikoseksualnya. (Schulz, 2007)

Ciri kepribadian pasien cemas, kurang percaya diri, egosentris, senang menjadi pusat perhatian akan dapat meningkatkan kerentanan terhadap depresi.

Pada pasien ini didapatkan gejala *multiple somatic complain*, disertai gejala psikologis, depresi, kecemasan, ketegangan, kelelahan, labilitas emosi, iritabilitas dan insomnia sehingga dipertimbangkan pemberian antidepresan. (Archer, 1999)

Alasan pemberian antidepresan adalah berdasarkan teori hubungan *mind* dan *brain*. Gold et al menerangkan bahwa peristiwa yang membuat nyeri pada awal kehidupan seperti perpisahan ataupun kehilangan akan meningkatkan reseptor cete dan dapat mengakibatkan depresi pada masa dewasa. Perpisahan dengan ibu akan merubah sintesa enzim cathecolamine pada glandula adrenalis dan sekresi serotonin pada hipotalamus. (Gabbard GO, 2010.) Pasien mengalami kehilangan anak kedua dan anak kembarnya dan mengalami operasi histerektomi yang dapat meningkatkan risiko depresi

Penatalaksanaan

Prinsip dasar penatalaksanaan somatisasi adalah

1. Dilakukan terapi untuk penyakitab komorbiditas, pada pasien ini di terapi kecemasan, depresi, nyeri kepala, nyeri abdomen dan dyspareunia
2. Dilakukan psikoterapi suportif dan psikoterapi ekspresif
3. Dilakukan terapi marital dan edukasi keluarga

Penjelasan yang diberikan pada awal pemeriksaan adalah

- Menjelaskan kepada pasien bahwa keluhan yang timbul tidak selalu berhubungan dengan kelainan organ tubuh
- Menjelaskan bahwa setiap keluhan yang muncul dari tubuh tidak selalu didapatkan kelainan pada organ, terapis menerangkan kepada pasien bahwa kondisi psikologis dapat mempengaruhi kondisi tubuh
- Hindari pernyataan : anda tidak dalam kondidi sakit yang serius, atau anda saat ini sehat, tidak ada yang patut dijelaskan
- Diskusikan sumber kecemasan dan ketakutan pasien
- Mendukung pasien untuk dapat melakukan tugas sehari-hari
- Melakukan latihan relaksasi secara teratur, membuat goal terapi dan membuat catatan
- Memberikan terapi anti kecemasan dan antidepresan untuk mengatasi kecemasan dan depresi pada pasien

Pada pasien ini diberikan jadwal satu kali per minggu selama satu bulan, kemudian dua minggu sekali selama dua bulan, dan selanjutnya kontrol rutin setiap bulan.

Pasien diminta membuat jadwal kegiatan harian, mencatat, olahraga yang dilakukan, menceritakan permasalahan yang dihadapi dengan keluarga dan rutin melakukan relaksasi

Penatalaksanaan Biopsikosial

1. Farmakologis

Pada penatalaksanaan farmakologis diberikan antidepresan fluoxetine golongan selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) karena obat ini cukup aman, efektif, efek samping lebih ringan dan batas keamanan luas. Fluoxetine diberikan bersama

makanan untuk menekan kemungkinan muntah karena pasien mengeluh sering mual.

Mengingat efek kerja SSRI baru tampak pada minggu ke 4 – 6 sesudah terapi maka pada terapi awal diberikan alprazolam dengan fungsi sebagai obat antianxietas dan antidepresan. Sesudah pemakaian selama 4 minggu dan memberikan efek yang diharapkan maka dosis di tapering off untuk mencegah risiko adiksi.

II. Psikoterapi

Pada penatalaksanaan awal dilakukan psikoterapi suportif.

1. Ventilasi : membiarkan pasien untuk menceritakan isi hatinya sehingga pasien merasa lega dan kecemasan pasien terhadap penyakitnya akan berkurang karena pasien dapat melihat masalahnya dalam proporsi yang sebenarnya.
2. Sugesti : secara halus dan tidak langsung menanamkan pikiran atau membangkitkan kepercayaan bahwa gejala-gejala akan berkurang.
3. Reassurance : menerangkan apa yang telah dicapai pasien dan pasien dapat berfungsi adekuat

Psikoterapi suportif diberikan dengan tujuan:

- a) menguatkan daya tahan mental yang ada
- b) mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik untuk mempertahankan kontrol diri
- c) mengembalikan keseimbangan adaptif (dapat menyesuaikan diri)

Psikoterapi ekspresif dilakukan untuk meningkatkan insight pasien tentang sumber konflik yang dihadapi dan melatih untuk menggunakan defense mechanism yang matur. Psikoterapi suportif – ekspresif diberikan disesuaikan dengan kondisi dan kemajuan yang telah dicapai oleh pasien

Edukasi keluarga

- meminimalkan kontak pasien dengan bagian kedokteran (spesialisasi yang lain) karena terlampau banyak praktisi membuat perawatan menjadi kabur dan dapat menimbulkan risiko penyakit iatrogenik.

memberi pengertian pada keluarga bahwa penyakit pasien didasarkan keluhan psikologis

melibatkan keluarga dalam proses penyembuhan pasien

Konseling pernikahan

Memberi pengertian pada suami untuk menghindari perselisihan karena suami merasa tidak diperhatikan dan dilayani istri seperti biasanya. Karena perselisihan dapat mengakibatkan pasien semakin cemas, mudah tersinggung, dan meningkatkan depresi, dan rasa cemburu yang berlebihan. Pengertian toleransi dan kasih sayang (tender loving care/TLC) merupakan dorongan moral yang paling efektif bagi pemulihan kondisi psikologisnya.

Tanggal/ Bulan/ tahun	Jam tidur Jam bangun	Jumlah waktu tidur (jam)	Jumlah waktu berada di tempat tidur, termasuk berbaring di tempat tidur	Kegiatan saat mengantuk Tulis bila saat ini meminum obat	Kondisi yang membuat sulit tidur	Perkiraan waktu terjaga di saat tidur	Skoring 1. tidak bisa tidur 2. Tidur tidak nyenyak 3. mimpi buruk 4. bangun terlalu pagi 5. relaks

Pasien diminta mengisi tabel untuk jadwal tidur

Tahap Terapi

Fase awal

1. Menjalin rapport yang baik dengan pasien
2. Menjelaskan goal terapi secara tentatif
3. Memotivasi pasien agar supaya dapat menerima terapi

4. Memberikan keyakinan bahwa terapis mengerti penderitaan pasien dan siap membantu
5. Memberikan penjelasan kepada pasien bahwa setiap keluhan yang muncul tidak berarti ada kelainan dalam organ
6. Memberikan antidepresan
7. Pasien mengisi tabel jadwal tidur

Fase pertengahan

1. Terapis melakukan eksplorasi lingkungan dan hubungan interpersonal yang menyebabkan kecemasan (*encouragement to elaborate, empathic validation, interprestasi, confrontasi, dan klarifikasi*)
2. Menjelaskan bahwa konflik intrapersonal dan interpersonal dapat merupakan dasar timbulnya keluhan
3. Melakukan latihan relaksasi
4. Memberikan antidepresan
5. Pasien mengisi tabel jadwal tidur
6. Pasien belajar melakukan asosiasi, analisis karakter dan analisis transferensi

Fase Akhir

1. Menganalisis elemen dependensi hubungan terapis dan pasien
2. Mendefinisikan situasi terapi dengan tujuan mendorong pasien untuk dapat menentukan keputusan yang sesuai
3. Membantu pasien untuk mencapai kemandirian dan dapat menggunakan mekanisme defence yang matur (*empathic validation, advice and praise, affirmation*)

SIMPULAN

Pendekatan psikodinamik, psikoterapi suportif-ekspresif ditunjang dengan farmakoterapi disertai dukungan keluarga dan lingkungan bermanfaat dalam penatalaksanaan somatisasi

DAFTAR PUSTAKA

- Abbass, A., Kisely, S., and Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. *Psychother Psychosom*, 78, 265–274. <http://doi.org/10.1159/000228247>
- Archer, J. S. (1999). relationship between estrogen, serotonin, depression.pdf. *Menopause: The Journal of The American Menopause Society*, 16. No 1, 71–78.
- Banai, E., Mikulincer, M., and Shaver, P. R. (2005). "Selfobject" Needs in Kohut's Self Psychology: Links With Attachment, Self-Cohesion, Affect Regulation, and Adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 224–260. <http://doi.org/10.1037/0736-9735.22.2.224>
- Beutel, M. E., Michal, M., and Wrana, C. S. (2008). Psychoanalytically-Oriented Inpatient Psychotherapy of Somatoform Disorders, 36(1), 125–142.
- de Greck, M., Scheidt, L., Bölter, A. F., Frommer, J., Ulrich, C., Stockum, E., ... Northoff, G. (2011). Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12(4), 1–13. <http://doi.org/10.3109/15622975.2010.539269>
- Fleming, J. S. (2004). Erikson ' s Psychosocial Developmental Stages. *In Childhood Development*, 1(1), 9–24.
- Gabbard, G. O. (2000.). *and and and and e* (DSM IV edi). Washinton, DC, London, England.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychotherapy in Clinical Practice* (5th ed.). Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing.
- Goldberg, A. (2003). Heinz Kohut, 1913–1981. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 670.
- Greck, M. D. E., Scheidt, L., Lter, A. F. B. Ö., Frommer, J. Ö. R. G., Ulrich, C., Stockum, E. V. A., ... Northoff, G. (2010). Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder, (July), 1–13. <http://doi.org/10.3109/15622975.2010.539269>
- Grigoriadis, S., and Kennedy, S. H. (2002). Role of Estrogen in the Treatment of

- Depression. *American Journal of Therapeutics*, 9(6), 503-508.
<http://doi.org/10.1097/00045391-200211000-00008>
- Hoffmann, T., Tempelmann, C., Beutel, M., Frommer, J., and Northoff, G. (2013). Changes in brain activity of somatoform disorder patients during emotional empathy after multimodal psychodynamic psychotherapy, 7(August), 1-11.
<http://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00410>
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-bontekoe, E. H. M., Broeckhuysen-kloth, S. A. M. Van, and Bu, M. E. F. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis, 12-19.
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>
- Sattel, H., Lahmann, C., Gu, H., Guthrie, E., Kruse, J., Ohmann, C., ... Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial, 60-67.
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- Schulz, P. (2007). Biological clocks and the practice of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(3), 237-255.
- Smith, P. K., and Hart, C. H. (2002). Blackwell Handbook of Childhood Social Development. *Blackwell Handbooks of Developmental Psychology*.
<http://doi.org/10.1111/b.9780631217534.2004.x>