



PSIKOLOGI KLINIS

Dosen Pengampu :

Dr. Mori Vurqaniati, M.Psi, Psikolog

KLASIFIKASI TINGKAH LAKU ABNORMAL

Klasifikasi adalah pemberian suatu nama/diagnosis nosologis (penentuan penyebab penyakit) bagi suatu pola tingkah laku abnormal yang disepakati bersama oleh para professional di bidangnya.

Paradigma adalah suatu kerangka kerja konseptual atau perspektif umum, karena paradigma yang akan mendasari apa yang akan dilakukan oleh para ilmuwan / ahli klinis untuk membantu menentukan apa yang mereka telah teliti dan yang mereka temukan. Memahami suatu paradigma membantu kita menghargai pengaruh subjektif yang mungkin berperan.

Handerson & Gillespie (1956) menguraikan beberapa jenis klasifikasi gangguan jiwa sbb:

Klasifikasi Psikologis

- Didasarkan atas letak gangguan pada fungsi-fungsi psikologis (dalam Henderson *et. al.*, 1956)
- Linneaus membedakan antara gangguan-gangguan ide, imajinasi dan emosi.
- Arnold membedakan fungsi persepsi dan imajinasi dalam gangguan bidang konseptual.



Handerson & Gillespie (1956) menguraikan beberapa jenis klasifikasi gangguan jiwa sbb:

Klasifikasi Psikologis

- Pritchard membedakan *moral-insanity* dan *intellectual insanity*
- Heinhort membedakan antara gangguan dalam pengertian, kehendak dan campuran.
- Bucknill & Tuke membedakan antara gangguan intelek & gangguan afektif yang selanjutnya menjadi gangguan afektif moral dan afektif *animal*.
- Ziehen membedakan antara gangguan tanpa afek/kerusakan intelektual, gangguan intelektual lahir dan diperoleh kemudian.

Klasifikasi Fisiologis

Asumsinya proses-proses mental memiliki dasar faal/fisologis.

- Tuke : pembagian gangguan sensorik, motorik dan ide.
- Maynart : kelainan tingkah laku abnormal menurut penyebab faali yaitu :
 1. Perubahan anatomi
 2. Gangguan gizi
 3. Intoksisasi dan keracunan
- Wernicke : tiap kesadaran tergantung elemen saraf tertentu (*anesthesia, paresthesia, afunction, hyperfunction, parafunction, akinesis, hyperkinesis*)

Klasifikasi Etiologis

Didasarkan atas apa yang menyebabkan gangguan jiwa. Diantaranya penyakit fisik menyebabkan penyakit jiwa (Jacobi dalam Henderson *et.al.*, 1956)

Berdasarkan namanya terdapat gangguan sbb:

- Neurosis dan psikoneurosis

- Oligophrenia

- Psikosis Schizofrenia

- Konstitusi Psikopatik

- Keadaan Kacau (*confusional states*)

- Psikosis Epileptif

- Kelumpuhan Umum

- Psikosis lainnya yang berkaitan dgn penyakit otak

- Dementia

- Psikosis Afektif

Henderson *et. al.*, mengkritik sistem ini karena tidak adanya landasan yang sama bagi psikosis *schizophrenia* dengan keadaan kacau.

Klasifikasi Simtomatologis

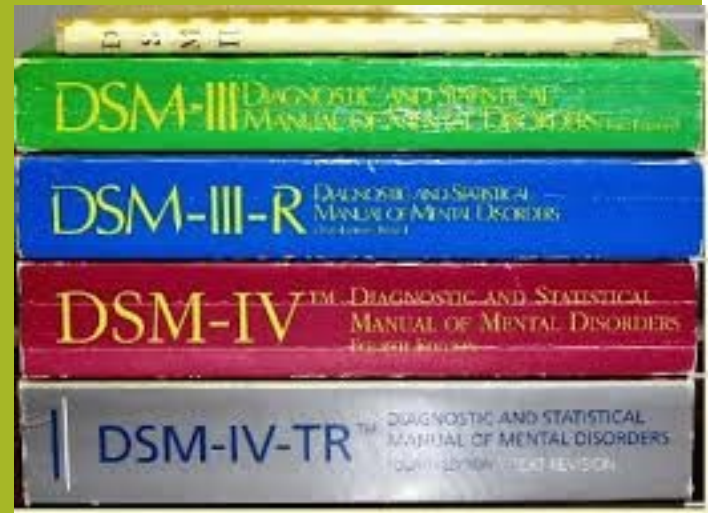
Metode klasifikasi simtomatologis yaitu mencari gejala-gejala & menyimpulkan jenis gangguan berdasarkan gejala-gejala tsbt. Mencakup etiologi & menekankan observasi (pada simtom yang muncul)

- Kraepelin mengemukakan 3 kategori fungsi psikis yaitu *stimmung* (S) atau emosi, *denken* (D) atau pikiran dan *handlung* (H) atau tindakan. Dalam kondisi normal ada konsisten antara S-D-H, makin terintegrasi makin baik (dikritik oleh Bleuler) karena yang ditekankan adalah bukan diagnosis yang penting, tetapi mengenali gangguan yang diderita pasien dan memahaminya.
- A Mayer mengusulkan mencari fakta-fakta & tidak menkotak-kotakan pasien tetapi berusaha mendapatkan gambaran mengapa seseorang dapat menjadi seperti sekarang melalui etiologi. (*Reaction type* sebagai pengganti *disease*) menunjukkan bahwa gangguan jiwa merupakan reaksi penyesuaian diri

Tahun 1934, WHO menyusun DSM-I

Tahun 1968 menyusun DSM-II (retardasi mental, sindroma otak, neurosis, gejala-gejala khusus, etc)

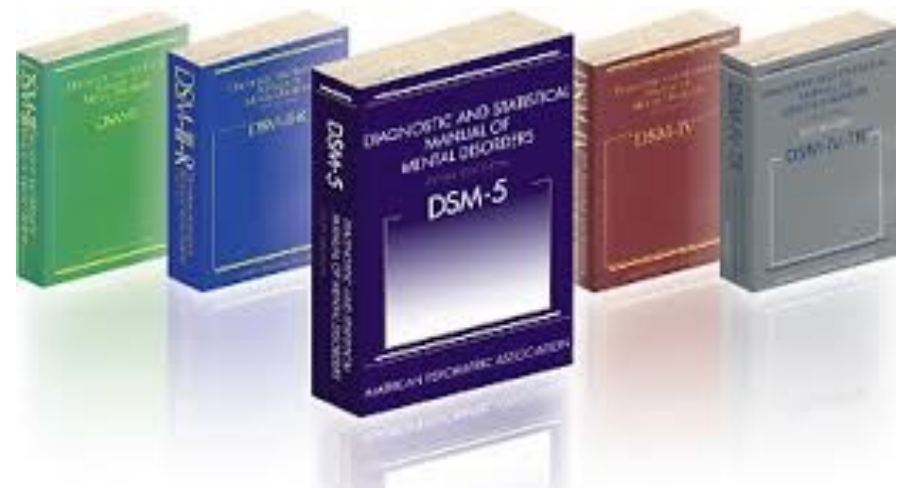
DSM IV-TR dan terakhir DSM-5 (2013)



LIMA DIMENSI KLASIFIKASI

(DSM-IV TR)

- ❑ Aksis I : semua kategori diagnostik kecuali gangguan kepribadian & retardasi mental
- ❑ Aksis II : gangguan kepribadian dan retardasi mental
- ❑ Aksis III : kondisi medis umum
- ❑ Aksis IV : masalah psikososial dan lingkungan
- ❑ Aksis V : level keberfungsian saat ini



- **Aksis I** : mencakup semua kategori diagnostik (yakni gangguan skizofrenia, gangguan mood, *anxietas*, *somatoform*, seksual GIG, gangguan makan dan gangguan tidur) kecuali gangguan kepribadian & retardasi mental
- **Aksis II** : mencakup gangguan kepribadian dependen dan retardasi mental
- **Aksis III** : mencakup misalnya komplikasi penyakit jantung penting dipahami karena beberapa obat antidepresi dapat memperburuk kondisi jantung.
- **Aksis IV** : mencakup masalah psikososial, pekerjaan, ekonomi yang mempengaruhi fungsi psikologis.
- **Aksis V** : mengindikasikan tingkat fungsi adaptif seseorang pada saat ini menggunakan skala GAF (memberikan penilaian seberapa jauh orang tersebut membutuhkan penanganan)

Catatan **Aksis III, IV, dan V** mengindikasikan faktor-faktor yang dialami seseorang di dalam kehidupannya yang harus dipertimbangkan di dalam penilaian.

Contoh :

Diagnosis Multiaksial dalam DSM-IV TR

- **Aksis I** : 295. 30 Skizofrenia paranoid
- **Aksis II** : 301.22 Gangguan Kepribadian Skizotipal
- **Aksis III** : TBC (*tuberculosis*)
- **Aksis IV** : Permasalahan dengan anggota keluarga (*sibling rivalry*), problem yang berkaitan dengan lingkungan sosial (kehilangan teman, hidup sendiri), problem pekerjaan yakni penggangguran.
- **Aksis V** : GAF : 21—30 (Pengaruh kuat pada perilaku delusi atau halusinasi, hendaya berat dalam komunikasi atau daya nilai, ketidakmampuan untuk berfungsi hampir di semua bidang.

- Dalam DSM-5 menggunakan diagnosis banding

Gangguan Schizophreniform

Kriteria Diagnosis	295.40 (F20.81)
A. Terdapat dua atau lebih gejala berikut ini, dimana masing - masing gejala terjadi dalam porsi waktu yang bermakna selama periode 1 bulan (atau kurang jika berhasil diobati). Setidaknya ada satu gejala nomor (1), (2), (3) : 1. Delusi. 2. Halusinasi. 3. Bicara tidak teratur (inkoheren). 4. Sangat tidak teratur atau terdapat perilaku katatonik. 5. Gejala negatif (yaitu, ekspresi emosional berkurang atau kurang motivasi).	
B. Episode terakhir gangguan berlangsung setidaknya selama 1 bulan namun kurang dari 6 bulan. Diagnosis harus dibuat tanpa menunggu pemulihan, diagnosis tersebut harus dikelompokkan sebagai diagnosis sementara.	
C. Gangguan schizoafektif dan gangguan depresi atau bipolar dengan ciri psikotik telah disingkirkan. Baik 1) Tidak ada depresi atau episode manik yang terjadi secara bersamaan dengan gejala fase aktif, atau 2) Jika episode gangguan mood terjadi selama gejala fase aktif, episode tersebut telah muncul pada sebagian kecil dari total durasi dari periode fase aktif dan residual dari penyakit.	
D. Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari zat (misalnya, penyalahgunaan obat, dalam pengobatan medis) atau dalam kondisi medis lainnya.	
<i>Tentukan jika :</i> Dengan prognosis yang baik : kelompok ini membutuhkan setidaknya dua dari gejala berikut: timbulnya gejala psikotik yang menonjol dalam 4 minggu dengan perubahan nyata yang pertama kali terlihat pada perubahan perilaku sehari - hari atau fungsi, perilaku kebingungan: fungsi sosial dan pekerjaan yang baik; dan tidak adanya afek tumpul atau datar. Tanpa prognosis yang baik : kelompok ini diterapkan jika dua atau lebih dari gejala di atas tidak ada.	

Kriteria diagnosis DSM-5 untuk skizofrenia

•Kriteria A: Gejala Khas

(Minimal dua gejala, salah satunya harus dari nomor 1, 2, atau 3):

- Delusi (keyakinan palsu yang kuat)
- Halusinasi (persepsi sensorik yang tidak nyata)
- Bicara kacau (inkonsisten atau tidak koheren)
- Perilaku sangat kacau atau katatonik (gerakan atau posisi tubuh yang tidak biasa)
- Gejala negatif (seperti ekspresi emosi yang datar atau kurang motivasi)

•Kriteria B: Durasi

- Gejala aktif (setidaknya satu dari gejala di atas) muncul setidaknya selama satu bulan (atau kurang jika diobati).
- Tanda-tanda gangguan terus-menerus ada setidaknya selama enam bulan, termasuk periode prodromal atau residual.

•Kriteria C: Gangguan Fungsi

- Setidaknya satu area fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan antarpribadi, atau perawatan diri, berada jauh di bawah tingkat sebelum timbulnya gangguan.

•Kriteria D: Eksklusi

- Gangguan tersebut bukan disebabkan oleh efek fisiologis dari zat (misalnya, obat-obatan) atau kondisi medis lain.
- Bukan gangguan skizofrenia spektrum lainnya, gangguan bipolar, atau gangguan depresi dengan fitur psikotik.

Perubahan penting dalam DSM-5

•**Penghapusan subtype:** Kriteria DSM-5 tidak lagi menggunakan subtype skizofrenia (seperti paranoid, hebefrenik, dll.) karena dianggap kurang membantu dalam memprediksi hasil pengobatan, seperti dikutip dalam

Contoh:

Berdasarkan kriteria DSM 5 dengan perilaku yang sering muncul serta hasil observasi, menunjukkan adanya kesesuaian sehingga dapat ditegakkan diagnosa gangguan skizofrenia.

Diagnosis

- Berdasarkan kriteria diagnosis DSM 5 yang muncul, seperti halusinasi pendengaran dan penglihatan yang membuat klien berbicara sendiri, tertawa sendiri, melamun dan menjadi kurang mampu melakukan aktivitas sehari-harinya. Sehingga dapat ditegakkan diagnosa Gangguan Skizofrenia (F20.9).

Diagnosis Banding

- Diagnosis banding pada klien adalah gangguan skizoafektif karena hasil pemeriksaan menunjukkan adanya halusinasi, cenderung adanya tendensi depresi, trauma, mudah cemas, takut, *insecure*, mudah sedih dan paranoid.

Dr. First menunjukkan untuk membentuk diagnosis banding pada gangguan kesehatan mental menggunakan kerangka enam langkah. Dr First mendasarkan proses enam langkahnya pada diagnosis banding DSM-5.

1. Singkirkan malingering yaitu untuk mengatasi diagnosis banding berdasarkan informasi dari pasien. Malingering adalah ketika individu dengan sengaja berpura-pura atau melebih-lebihkan. Malingering dilakukan umumnya untuk suatu tujuan tertentu misalnya mendapatkan perhatian, kebebasan dari suatu tugas dsbnya.
2. Tidak terkait penggunaan zat artinya diagnosis dalam DSM-5 menyatakan bahwa penyakit tersebut tidak boleh disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat. Hal ini karena penggunaan atau penarikan diri dari penggunaan narkoba dapat menyerupai banyak gangguan kesehatan mental. Menghilangkan efek penggunaan narkoba dan gejala yang disebabkan oleh narkoba sebelum mendiagnosis gangguan kesehatan mental. Hal ini sulit dilakukan karena orang yang menggunakann zat sering kali enggan mengakui karena takut akan konsekuensi lainnya.

3. Gangguan bukan karena gangguan medis umum artinya kondisi medis umum yang menjadi penyebab harus disingkirkan sebelum mendiagnosis gangguan kesehatan mental.
4. Tentukan gangguan primer tertentu artinya menentukan gangguan kesehatan mental mana yang menyebabkan gejala yang dialami pasien.
5. Bedakan gangguan penyesuaian dari gangguan residu lainnya atau tidak tertentu artinya mengatasi gejala yang tidak sesuai dengan kategori diagnosis tertentu. Hal ini melibatkan penentuan apakah gejala yang tidak terdiagnosis merupakan gangguan penyesuaian yang merupakan respons psikologis yang berlebihan dan terus-menerus terhadap suatu peristiwa kehidupan. Alternatifnya, dokter harus memutuskan apakah gejala harus dikategorikan sebagai tidak spesifik jika gejala tersebut tidak sesuai dengan diagnosis lain.
6. Tetapkan batasan gangguan mental artinya jika gejalanya cukup mengganggu sehingga menyebabkan seseorang membutuhkan pertolongan, maka gejala tersebut cukup mengganggu secara psikologis untuk menjadi bagian dari gangguan kesehatan mental.

- Sumber: www.thecoveryvillage.com

Diagnosis Tiga Tahap Abnormal

Goldman dan Foreman (Goldman, 1992) mengemukakan bahwa diagnosis psikiatri mencakup tiga proses :

1. Mengorganisasikan gejala-gejala, simptom-simptom, keluhan-keluhan (subjektif), serta tanda-tanda (objektif) perilaku abnormal yang diperoleh melalui interviu & pemeriksaan psikiatris.
2. Sejumlah simptom dikelompokkan menjadi suatu sindrom (sejumlah simptom seringkali ada bersama-sama)
3. Melalui pemeriksaan spesifik lagi menentukan gangguan mental apa yang di hadapinya.

- Gangguan mental merupakan penyimpangan dari pola pikir, emosi, perilaku dan persepsi yang menyimpang dari suatu norma sosial serta menimbulkan kelemahan sosial (*social impairment*)
- Istilah lain yang mirip gangguan adalah penyakit/*disease*. Gangguan mirip dengan sindrom, namun pada gangguan sudah lebih spesifik daripada sindrom karena pada gangguan sudah diketahui penyebabnya namun tidak terlalu jelas.
- Istilah penyakit telah diketahui penyebab yang jelas, diketahui juga perjalanan gangguan/penyakit itu.

- Beberapa konsep yang perlu diketahui untuk mendeskripsikan suatu keadaan abnormal yakni : disfungsi, keadaan (*state*), dan sifat.
- Keadaan abnormal belum tentu merupakan gangguan/penyakit, mungkin saja suatu keadaan yang bersifat sementara, suatu disfungsi yakni tidak/kurang berfungsinya salah satu kemampuan, atau ekspresi dari suatu sifat kepribadian.



Daftar Pustaka

1. Davison, G.C., & Neale, J.K. (2001) : Abnormal Psychology & Psychopathology. New York : John Wiley & Sons, Inc
2. Nietzel, T.Y., Bernstein, D.A., Milich, R. (1994). Introduction to Clinical Psychology (4th edition). New Jersey: Prentice Hall
3. Suprpti Sumarmo Markam, (2003). Pengantar Psikologi Klinis. Jakarta: UI Press
4. Suprpti Sumarmo Markam. 1997. Kapita Selekta Psikodiagnostik. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan psikologi (LPSP3) UI. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
5. Marnat, G.G. (2010). Handbook of Psychological Assesment. New Jersey : John Willey & Sons, Inc
6. Trull T.J dan Prinstein, M.J. 2013. 8th. Ed. The Science and Practice of Clinical Psychology. United States. WADSWORTH
7. Sunberg, N.D., Winebarger, A.A., Taplin, J.R. (2007). Psikologi Klinis (Perkembangan Teori, Praktik, dan Penelitian). Pustaka Pelajar

Thank
You!