

Konseling Gangguan Akibat Trauma

Theodorus Immanuel Setiawan*
dan Zakarias Poerba

Abstrak

Trauma sebagai ikutan pada beberapa orang yang mengalami peristiwa yang meninggalkan kesan buruk yang tidak mampu dilupakan atau dikesampingkan, dan mempengaruhi kondisi Psikologis dan fisik, sangat memerlukan kehati-hatian profesional dalam penanganannya. Penanganan yang sembarangan akan berkemungkinan besar memperburuk kondisi penderita (klien). Pada penderita dapat pula dijumpai sikap agresif, kekerasan, kesukaran mengendalikan diri dan tindakan lain yang lebih ekstrim. Penanganan seyogianya diawali disertai dan diakhiri dalam bentuk Konseling. Konseling senantiasa melibatkan argumen-argumen yang mengarah untuk membuat tarwar kepedihan dan penderitaan serta rasa tidak enak lainnya, yang harus memperhatikan kondisi khas kasus per kasus pada setiap klien.

Kata Kunci : *Konseling, Trauma, Debriefing*

PENDAHULUAN

Trauma yang dialami seseorang dapat sangat bervariasi: mulai dari kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), kecelakaan lalu lintas, teror, penyiksaan, perkosaan / percobaan perkosaan, kebakaran, kerusuhan massal, peperangan, dan berbagai bencana alam. Berbagai peristiwa itu dapat mengakibatkan gejala-gejala berupa gangguan berbagai fungsi mental yang dapat berakibat berat dan berlangsung sangat bervariasi pada diri korban, mulai dari beberapa hari, beberapa minggu, sampai seumur hidup.

Di samping itu, beratnya gangguan juga dapat sangat bervariasi, dari penderita dengan keluhan sukar tidur atau mimpi buruk,

sampai kepada perasaan tidak berdaya yang melumpuhkan. Jelas, korban memerlukan konseling yang tepat untuk secepat mungkin memulihkan kesehatan mentalnya (Sadock & Sadock, 2009; Scott, 2002).

GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA (PTSD : POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)

Salah satu bentuk khusus gangguan akibat trauma yang kerap dijumpai adalah Gangguan Stres Pasca Trauma (*PTSD: Post Traumatic Stress Disorder*), yang ditandai oleh perkembangan berbagai gejala setelah mengalami suatu peristiwa traumatik yang sangat mengerikan. Gejala-gejala itu dapat berupa gangguan kestabilan emosional, kecemasan, depresi, ketegangan, perasaan lelah luar biasa, mimpi buruk, gangguan mengingat, gangguan

* Prof.DR.DR.Dr.Theodorus Immanuel Setiawan: Guru Besar Bimbingan Konseling, Doktor Psikiatri (kesehatan jiwa), Doktor Pendidikan, Dokter Praktek dokter. Dosen STIK-PTIK ; Dosen Universitas Negeri Jakarta (UNJ : program S 1, S 2, S 3.) ; dosen Universitas Kristen Indonesia (UKI : program S 2 pendidikan).

Dr. Zakarias Poerba, SH, M.Si, Dosen pada STIK-PTIK;

berpikir, kesukaran memberikan perhatian, dan kesukaran konsentrasi. Sering juga terdapat perasaan bersalah, perasaan ditolak, dan perasaan direndahkan. Juga dapat timbul perasaan panik, ilusi dan halusinasi. Di samping itu, pada penderita dapat pula dijumpai sikap agresif, kekerasan, kesukaran mengendalikan dorongan-dorongan yang merugikan, dan gejala akibat pemakaian narkoba (American Psychiatric Association, 2004; Sadock & Sadock, 2009). Gejala-gejala itu disebabkan karena klien (penderita *PTSD*) telah mengalami, atau menyaksikan, atau dihadapkan, ke peristiwa yang hebat luar biasa (trauma) yang memiliki paling sedikit ciri-ciri: (1) sangat dekat sekali untuk menyebabkan kematian atau cedera berat klien; atau sudah menyebabkan kematian atau cedera orang lain dengan cara sangat mengerikan; dan, (2) klien mengalami perasaan takut yang luar biasa, dan / atau perasaan ngeri, dan/atau perasaan sangat tidak berdaya. Tampaknya, beratnya gejala berkaitan erat dengan hebatnya peristiwa traumatik yang menimbulkan gejala itu (American Psychiatric Association, 2004; Sadock & Sadock, 2009).

Trauma yang dialami dapat sangat bervariasi sebagaimana telah dikemukakan di bagian **Pendahuluan** di atas. Individu bersangkutan tidak mampu melupakan peristiwa traumatik itu, dan seakan-akan mengalaminya kembali berulang kali dengan perasaan sangat takut dan tak berdaya disertai berbagai gejala yang telah dikemukakan di atas. 'Pengulangan' tersebut terjadi dalam mimpi dan/atau pikiran sehari-hari individu bersangkutan, sekalipun ia berusaha keras menghindar dari semua hal yang dapat mengingatkannya kembali kepada peristiwa traumatik tersebut (American Psychiatric Association, 2004; Sadock & Sadock, 2009).

Seseorang dikatakan mengalami *PTSD* bila **gejala-gejalanya** telah berlangsung selama **lebih dari satu bulan** sejak peristiwa mengerikan

itu, dan gejala-gejala itu sangat mempengaruhi berbagai hal yang penting dalam kehidupannya, seperti keluarga dan pekerjaan. Bila **gejala-gejala** tetap ada selama **kurang dari 3 bulan**, maka diagnosis nya adalah **Gangguan Stres Pasca Trauma Akut**, sedangkan bila **gejala-gejala** bertahan selama **lebih dari 3 bulan**, diagnosis nya adalah **Gangguan Stres Pasca Trauma Menahun** (American Psychiatric Association, 2004 ; Sadock & Sadock, 2009).

Pada Gangguan Stres Pasca Trauma, detail peristiwa traumatik yang dialami (umumnya **dilihat** atau **didengar**) sangat menguasai kehidupan klien (penderita *PTSD*), baik dalam keadaan sadar maupun tak sadar (misalnya, sewaktu tidur). Ingatan klien umumnya meliputi semua komponen indrawi, terutama penglihatan, pendengaran, dan pembau; ditambah kesadaran lain, seperti kesadaran akan ruang (Scott, 2006). "Saya masih 'melihatnya' meronta-ronta dan berteriak-teriak kesakitan dengan muka sangat ketakutan sewaktu ia diperkosa bergantian oleh laki-laki itu, ditengah-tengah bau barang dan daging yang terbakar", cerita seorang klien yang dipaksa oleh para pemerkosa menyaksikan peristiwa pemerkosaan sewaktu kerusuhan besar bulan Mei 1998 di Jakarta. Untungnya, karena keajaiban (pertolongan Tuhan), ia lolos dari perkosaan, penyiksaan dan kematian dilempar ke dalam api, seperti dialami temannya itu. Tetapi ia tak lolos dari *PTSD*.

Selama 3 bulan pertama, peristiwa itu hampir setiap hari 'dialaminya', yang selalu disertai reaksi panik yang sangat hebat. Makin lama, frekuensi dan kehebatan 'pengalaman' serta reaksi paniknya makin berkurang, apalagi setelah mengikuti konseling yang tepat.

Klien (penderita *PTSD*) mungkin sekali takut berada pada tempat, atau melakukan kembali hal-hal, yang mempunyai kesamaan dengan hal-hal yang menimbulkan trauma itu. Seorang nasabah yang menyaksikan kejadian

mengerikan dalam perampokan bank yang sedang dikunjunginya, mungkin sekali takut pergi ke bank manapun setelah kejadian itu. Atau, seorang wanita yang mengalami percobaan perkosaan di suatu pasar tradisional yang sepi, mungkin sekali tidak berani lagi pergi sendirian ke pasar tradisional manapun. Pada kedua contoh itu, korban perlu dilatih, bila perlu dengan bantuan penjelasan statistik, untuk menyadari bahwa kemungkinannya kecil mereka akan mengalami kembali peristiwa traumatic tersebut. Tetapi, makin sering seseorang mengalami peristiwa traumatik yang mengerikan, makin rendah tingkat keberhasilan pelatihan ini ; artinya, makin kecil kemungkinannya klien akan sembuh (Scott, 2002).

18 bulan pertama setelah peristiwa traumatik adalah masa yang penting untuk diperhatikan.

Bagaimana penderita berfungsi selama 18 bulan itu merupakan cermin dari bagaimana mereka akan berfungsi dalam banyak tahun berikutnya. Harus diingat bahwa banyak orang yang terganggu karena trauma dapat menemukan sendiri cara yang tepat untuk menyesuaikan dirinya sehubungan dengan ingatan akan trauma itu, dan juga memulihkan dirinya, tanpa konseling atau bentuk-bentuk konsultasi lainnya (Resick, 2003).

DEPRESI DAN PTSD

Beberapa peneliti menjumpai bahwa gejala-gejala yang menyerupai PTSD juga sering dilihat pada klien dewasa yang depresi. Bedanya dengan klien penderita PTSD adalah, klien dengan depresi tidak mengalami, atau menyaksikan, atau dihadapkan, ke peristiwa yang hebat luar biasa (trauma) yang memiliki ciri-ciri tertentu seperti telah dipaparkan di bagian awal tulisan ini.

Ingatan akan perlakuan buruk semasa anak (dari klien dewasa dengan depresi) memenuhi pikiran mereka, dan menimbulkan gejala-gejala

yang menyerupai PTSD. Di samping itu gejala-gejala depresi yang menyerupai PTSD juga dijumpai pada karyawan yang terus menerus diperlakukan buruk oleh majikan; atau pada istri yang bertahun-tahun merawat suami dengan penyakit saraf yang makin lama makin berat ; atau pada perwira polisi yang 'tahu terlalu banyak' dan karena itu terancam akan 'dihilangkan'. Tampaknya hubungan antara gejala-gejala depresi dengan gejala-gejala PTSD akan terus ditelusuri pada waktu-waktu yang akan datang, dengan harapan akan berkembang hal-hal baru yang bermanfaat untuk klien dan profesi konselor (Blanchard, 2007).

DEBRIEFING

Salah satu teknik awal untuk pemulihan yang biasa digunakan sebelum melakukan konseling adalah *debriefing*. Teknik ini dijalankan dalam kelompok, beberapa hari setelah peristiwa traumatik. Para peserta didorong untuk membicarakan perasaan mereka mengenai trauma yang mereka alami. Perasaan mereka yang tidak enak itu dipandang dan diakui sebagai tanggapan (*response*) 'normal' terhadap peristiwa yang 'tidak normal'. Dengan cara ini gejala-gejala emosi korban diakui (sebagai normal). Pengakuan ini lebih diperkuat lagi bila anggota-anggota lain dari kelompok yang sama mengemukakan adanya gejala-gejala yang sama pada diri mereka juga.

Penting, bahwa pemimpin *debriefing* menimbulkan harapan para peserta dengan memberitahu mereka adanya kemungkinan hilangnya semua gejala dalam waktu 6 bulan. Bila gejala masih ada, konseling spesifik mungkin diperlukan (Buckley, 2005). Bila trauma dialami bersama kerugian atau kehilangan yang dirasakan sangat berat oleh klien, seperti kehilangan sebagian atau seluruh sanak keluarga, terutama keluarga dekat, teman-teman; sebagian besar atau seluruh harta benda, atau pekerjaan, maka *debriefing* saja tampaknya tidak memadai untuk

memulihkan klien (Phillips, 2005).

Penting untuk diperhatikan, bahwa klien (penderita *PTSD*) sama sekali **tidak boleh dipaksa** untuk menjalani *debriefing*, bila mereka tidak bersedia. Bila klien tetap dipaksa, maka dapat terjadi hal-hal yang merugikan kesehatan, bahkan membahayakan jiwa mereka (Phillips, 2005).

Pada *debriefing* perhatian khusus harus diberikan kepada 'keamanan' klien (penderita *PTSD*), walaupun klien, setelah memahami bagaimana *debriefing* akan dijalankan, setuju menjalaninya.

Pada klien yang mengalami trauma yang sangat mengerikan atau sangat menyeramkan, pelakonan kembali peristiwa yang merupakan trauma itu, atau hanya pembahasannya saja, dapat menimbulkan reaksi-reaksi mental disertai reaksi-reaksi fisik yang hebat, seperti yang menyertai keadaan panik. Reaksi-reaksi itu sangat berpotensi menyebabkan berbagai masalah yang membahayakan kesehatan atau jiwa klien (Buckley, 2005).

KONSELING

Berikut ini dikemukakan beberapa petunjuk untuk konseling klien dengan gangguan akibat trauma, termasuk klien *PTSD* (Carroll, 2006; Resick, 2003; Scott.M.J. (2006).

1. Mengakui bahwa klien benar-benar menderita akibat trauma yang dialaminya itu.
2. Jelaskan kepada klien cara-cara yang lebih efektif dan efisien dalam 'mengelola' ingatannya berkenaan dengan trauma yang mengerikan itu, misalnya dengan menghilangkan sedikit demi sedikit detail-detail konkret peristiwa yang traumatik itu. Untuk mempermudah menghilangkannya, detail-detail itu dapat

ditukar dengan hal-hal yang lebih abstrak, seperti 'konsep-konsep' berkenaan dengan peristiwa traumatik itu.

3. Mintalah supaya klien mengemukakan pandangan hidupnya sebelum mengalami peristiwa traumatik itu ; kemudian doronglah klien supaya membahas panjang lebar pengalaman-pengalaman positifnya yang menyebabkannya memilih pandangan hidup itu.
4. Kembangkanlah pemikiran-pemikiran yang membesarkan hati klien sekitar peristiwa traumatik yang dialaminya itu.
5. Bimbinglah klien untuk mengatasi penyebab-penyebab kecemasannya yang berkaitan dengan kehidupannya di waktu yang akan datang.

Cara berikut ini dapat ditempuh.

Pertama-tama konselor meminta klien mengemukakan tujuan hidup yang ditetapkannya sebelum mengalami peristiwa traumatik itu, dan cara mencapainya. Setelah itu klien menetapkan-ulang tujuan hidup yang sama itu dan cara untuk mencapainya. Atau, menetapkan tujuan hidup yang berbeda.

6. Bimbinglah klien untuk mengatasi penyebab-penyebab kecemasannya yang berkaitan dengan peristiwa traumatik yang dialaminya itu. Kembangkanlah berbagai argumen yang dapat 'menawarkan' berbagai kepedihan dan perasaan tidak enak lainnya. Dalam kegiatan ini sertakanlah orang lain yang penting, disamping konselor.
7. Bimbinglah klien untuk mengatasi atau membuang hal-hal lain yang mengganggu, seperti depresi, atau penggunaan zat-zat yang tergolong NAPZA.

KOMENTAR AKHIR

Entusiasme untuk menggunakan teknik baru harus diimbangi dengan penilaian sehat mengenai manfaatnya, sedapatnya kasus per kasus. Konselor sebaiknya memahami dan dapat menerapkan dengan tepat pengetahuannya mengenai gejala-gejala gangguan akibat trauma dan juga berbagai peristiwa yang dapat berfungsi sebagai trauma (terutama trauma mental) sebelum menetapkan, untuk klien dan bersama klien, rencana *debriefing* dan konseling.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blanchard, E.B. (2007). *Links between Post Traumatic Stress Disorder and Depression*. London: Sage.
- Buckley, T.C. (2005). *Debriefing and Counseling: Important Tools in Resolving Symptoms in PTSD*. New York: Yale University Press.
- Carroll, F. (2006). *How to Manage Intrusive Memories Effectively*. Boston: Little, Brown & Co.
- Phillips, E. (2005). 'Debriefing as a prerequisite before counseling', *Journal of the British Association for Counseling* 16(4): 76-85.
- Resick, P.A. (2003). *Developing Cognitive-Behavioural Technique for Personal Use*. Los Angeles: Souvenir Press.
- Sadock, B.J., dan Sadock, V.A. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scott, M.J. (2006). 'Counseling posttraumatic clients', *Canadian Journal of Clinical Psychology* 56: 42-49.