

Artikel Ulasan/Review Articles

Penilaian dan Pengurusan Psikologi Pemandiri Trauma Psychological Assessment and Management of Trauma Survivors

GESHINA AYU MAT SAAT & NADIAH SYARIANI MD SHARIFF

ABSTRAK

Artikel ini menghuraikan cara penilaian dan pengurusan psikologi untuk pemandiri trauma. Penilaian yang sesuai amat penting untuk memastikan bahawa psikoterapi, rawatan tingkah laku dan rangkaian sokongan adalah mencukupi untuk keperluan jangka masa panjang pemandiri trauma atau sehingga individu tersebut mampu berfungsi secara normal. Sejajar dengan misi Persatuan Psikologi Amerika (APA) Bahagian 56 (Psikologi Trauma), artikel ini mencadangkan garis panduan yang praktikal untuk ahli psikologi, kaunselor, dan pekerja kesihatan sosial. Isu yang dibincangkan termasuk takrifan trauma, gejala selepas kejadian dan pemulihan trauma. Antara jenis trauma yang diperiksa adalah kanser, kematian mengejut, penderaan seksual dan AIDS. Satu model bekerja untuk memulakan penilaian dibentangkan bersama-sama dengan modaliti rawatan projeksi. Sebagai tambahan, artikel ini juga mengandungi pengetahuan tentang pendidikan profesional dan umum mengenai penguraian (disosiasi), trauma dan kecelaruan berkaitan trauma di samping memperkasakan pengetahuan mengenai trauma, penguraian serta kecelaruan berkenaan trauma kronik. Artikel ini juga menyokong komunikasi dan kerjasama sesama ahli klinik dan profesional lain dalam bidang penguraian dan trauma selain merangsang projek penyelidikan kebangsaan serta antarabangsa. Individu yang berlainan bertindak balas secara berlainan terhadap peristiwa yang sama. Seseorang berkemungkinan mengalami trauma sebagai reaksi terhadap peristiwa tersebut namun seseorang yang lain mungkin tidak. Bukan semua individu yang mengalami peristiwa yang berpotensi mengakibatkan trauma akan mengalami trauma secara psikologi.

Kata kunci: Penilaian psikologi; pemulihan trauma; pemandiri trauma

ABSTRACT

This article describes the psychological assessment and management for trauma survivors. An appropriate assessment is essential to ensure that psychotherapy, behavioural treatment and support networks are sufficient for the trauma survivor's long-term needs or until the individual is capable of functioning normally. In line with the mission of the American Psychological Association (APA) Division 56 (Trauma Psychology), this article suggests practical guidelines for psychologists, counselors and social health workers. Issues discussed include definition of trauma, post-incident symptoms and trauma recovery. Among the types of trauma examined were cancer, sudden death, sexual abuse and AIDS. A working model to initiate assessment was presented together with projected treatment modalities. Additionally, this article also incorporates knowledge on professional and public education about dissociation, trauma and trauma related disorders besides strengthening knowledge about trauma, dissociation and disorders related to chronic trauma. This article also supports communication and cooperation among clinicians and other professionals in the field of dissociation and trauma as well as stimulating national and international research projects. Different individuals react differently to a similar event. A person may experience trauma as a reaction to the event while another person may not. Not all individuals who experience a potentially traumatic event will be psychologically traumatised.

Keywords: Psychological assessment; trauma recovery; trauma survivors

PENDAHULUAN

Setiap individu mempunyai tindak balas yang berbeza terhadap sesuatu kejadian. Ada individu boleh mengalami trauma dan terdapat juga individu yang tidak mengalami trauma akibat daripada kejadian yang serupa. Sebagai contoh, melihat kejadian kemalangan maut di jalanraya. Terdapat individu yang menyaksikan kemalangan tersebut sebagai satu kejadian yang sedih tetapi tidak mengganggu kehidupannya. Terdapat juga individu yang sentiasa

mengimbas kembali detik-detik kemalangan sehingga tidak dapat berfungsi seperti normal.

Secara am, tidak semua orang yang mengalami kejadian berpotensi trauma akan merasa trauma secara psikologi. Dalam erti kata lain, pengalaman trauma ditakrifkan oleh individu yang mengalaminya. Trauma merupakan pengalaman yang subjektif dan mempunyai julat kesan yang berbeza bagi setiap individu. Tempoh trauma juga berbeza bagi setiap individu. Terdapat individu yang masih mengalami trauma walaupun kejadian trauma telah berlalu lebih sepuluh tahun.

Pengalaman trauma yang diharungi dinilai dari segi keluasan dan kedalamannya. Julat kesan negatif dirasakan dalam satu atau lebih dari satu aspek kehidupan; iaitu fizikal, pemikiran, memori, perhubungan keluarga, perhubungan sosial, perhubungan intim, fobia, tingkah laku, atitud, perkembangan sendiri, harga diri dan lain-lain. Kedalaman bererti peratusan aspek kehidupan yang terjejas oleh trauma. Kompleksiti bertambah apabila individu yang mengharungi trauma didapati mengalami kesan negatif dalam pelbagai aspek rutin harian, pekerjaan dan perhubungan. Spektrum pengalaman trauma yang pelbagai dan meluas ini secara tidak langsung membayangkan yang penilaian dan rawatan trauma perlu secara holistik dan bukan terarah ke atas satu atau dua aspek sahaja.

Impak trauma terhadap individu juga bergantung kepada pengalaman-pengalaman yang dikongsi dan tidak dikongsi. Secara am, pengalaman trauma yang dilalui oleh beberapa individu secara bersama mempunyai kesan yang lain jika dibandingkan dengan pengalaman trauma yang diharungi secara perseorangan. Keadaan ini memerlukan psikoterapi yang disesuaikan kepada individu yang bergelut dengan kesan trauma.

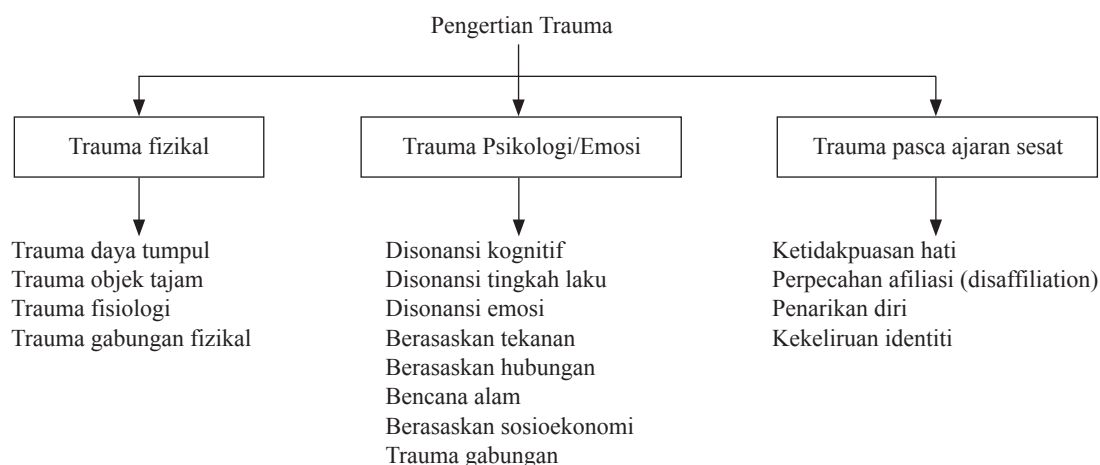
Menyedari persepsi ini, artikel ini mencadangkan model praktikal yang boleh disesuaikan dengan sewajarnya

kepada keperluan klien. Objektif artikel ini adalah untuk menarik perhatian pada kepentingan dan cara menilai dan mengurus secara psikologi individu yang mengalami trauma. Antara hasil perbincangan ini adalah untuk:

1. Menyediakan pendidikan untuk golongan profesional dan orang awam tentang disosiasi, trauma dan kecelaruan-kecelaruan yang berkaitan dengan trauma.
2. Mencadangkan peningkatan pengetahuan tentang trauma, disosiasi, dan kecelaruan-kecelaruan yang berkaitan dengan trauma kronik.
3. Memupuk komunikasi dan kerjasama antara ahli klinikal dan lain-lain ahli profesional dalam bidang disosiasi dan trauma.

PENGERTIAN TRAUMA DAN JENIS-JENIS TRAUMA

Dalam artikel ini, trauma didefinisikan dalam tiga perspektif: iaitu trauma fizikal, trauma psikologi, dan trauma pasca ajaran sesat. Rajah 1 menunjukkan hasil dari perspektif-perspektif ini.



RAJAH 1. Pengertian trauma

TRAUMA FIZIKAL

Trauma fizikal selalu merujuk kepada kecederaan fizikal yang mengubah bentuk badan yang serius, seperti barah buah dada, pembuangan anggota badan dan kelumpuhan. Trauma jenis ini lebih biasa dirawat berbanding trauma psikologi dan trauma ajaran sesat. Secara spesifik, trauma fizikal boleh terjadi sama ada dalam bentuk *trauma daya tumpul* yang disebabkan oleh kesan atau daya lain yang dihasilkan dari atau dengan objek tumpul (dipukul berulang kali di kepala dengan buku yang berat) atau *trauma objek tajam* (penetrating trauma), di mana kulit atau tisu-tisu ditusuk oleh objek tajam (peluru atau pisau); atau *trauma fisiologi*, di mana organ-organ dalaman, tisu-tisu, atau

sistem saraf dicerobohi oleh kanser, pertumbuhan barah atau sel tidak normal (tumor).

Dalam beberapa kes, individu yang mengalami trauma boleh mengalami kombinasi ketiga-tiga jenis trauma fizikal, iaitu jenis trauma fizikal yang keempat – *trauma gabungan fizikal*. Ini adalah relevan terutamanya dalam situasi di mana klien merupakan mangsa keganasan rumah tangga, penderaan kanak-kanak atau rogol. Kesan dari trauma fizikal tidak boleh diendahkan. Kesan trauma menjadi mudarat kepada biofisiologi individu tersebut apabila beberapa tahun berlalu sebelum kejadian trauma dikenal pasti oleh saudara mara, atau doktor, atau guru. Malah, individu ini berpotensi tinggi untuk tidak pulih seperti manusia normal.

TRAUMA PSIKOLOGI

Trauma psikologi juga dikenali sebagai trauma emosi. Ia adalah sejenis kerosakan jiwa yang berlaku akibat peristiwa traumatik. Apabila trauma tersebut membawa kepada keclaruan selepas tekanan trauma (PTSD), kerosakan boleh melibatkan perubahan psikofizikal yang mengganggu kemahiran ketahanan. Tragedi trauma melibatkan sama ada satu pengalaman (kematian mengejut orang yang disayangi) atau menghadapi kejadian yang berlaku berulang kali (penderaan seksual berulang kali selama beberapa tahun) yang mengatasi kebolehan individu untuk menanganinya atau menghadapi peristiwa tersebut.

Trauma psikologi meliputi percanggahan atau disonansi kognitif, percanggahan atau disonansi tingkah laku, tekanan emosi, berasaskan tekanan, berasaskan hubungan, kesan dari bencana alam, dan berasaskan sosioekonomi. Individu boleh mengalami satu atau beberapa sumber trauma ini dalam masa yang sama. Malah, individu selalunya mengadu mengalami kombinasi beberapa sumber trauma yang menjadikan sesuatu pengalaman itu traumatik (DePrince & Freyd 2002; Carlson & Ruzek 2004; Rutz et al. 2008). Sebagai contoh, dalam kegagalan sesuatu perkahwinan, individu percaya bahawa tekanan emosi, campur tangan mertua, dan masalah sosioekonomi adalah punca-punca kegagalan rumah tangga. Akibatnya, individu ini akan takut untuk menjadi rapat dengan individu lain dan lebih gemar menyendiri sehingga perjalanan kehidupan yang normal dan kehidupan berkeluarga terganggu.

Trauma psikologi boleh berlaku bersama trauma fizikal atau bersendirian. Punca-punca umum trauma ini adalah penderaan seksual, keganasan, ancaman keganasan, atau penyaksian keganasan; terutamanya ketika zaman kanak-kanak. Kejadian bencana seperti gempa bumi dan tsunami, perang, konflik atau lain-lain keganasan besar boleh menyebabkan trauma psikologi. Sebagai contoh, konflik yang melanda ahli komuniti di Lahad Datu pada awal tahun 2013 berupaya memberi kesan negatif secara psikologi pada masa yang terdekat dan akan datang. Ini kerana impak trauma psikologi boleh mula manifasi di antara enam bulan sehingga beberapa tahun setelah kejadian trauma diharungi (Andrews et al. 2007). Contoh-contoh lain trauma psikologi adalah pendedahan jangka panjang pada situasi-situasi seperti kemiskinan melampau atau persekitaraan yang menyokong keganasan. Keganasan yang lebih ringan, seperti penderaan lisan, buli dan merendahkan harga diri dalam rumah tangga atau persekitaran persekolahan berupaya membina trauma dengan mengumpul kesan-kesan negatif keganasan tersebut.

Selain daripada itu, terdapat perbezaan pengalaman trauma di antara kanak-kanak dan dewasa. Menurut Boulanger (2007), jika keadaan trauma atau peristiwa cukup melampau, "seorang dewasa tidak dapat bertindak secara yang terbaik untuk kepentingan sendiri, hilang keupayaan untuk memikirkan tentang apa yang berlaku, pertumbuhan sendiri menjadi kebas dan tidak bermaya" (hal. 28). Dalam erti kata lain, seorang dewasa yang

mengalami trauma kronik tidak dapat berfungsi secara normal kerana semua sistem sendiri terhenti. Trauma telah menguasai kehidupan.

Keadaan ini berbeza bagi kanak-kanak yang mengalami trauma. Kanak-kanak berupaya meleraikan pengalaman trauma dari kehidupan harian (proses disonansi) sebagai mekanisme bela diri dan disimpan dalam suatu ruangan yang disembunyikan atau ditanam dalam pemikiran (Boulanger 2007). Kanak-kanak terbabit kemudian membina satu personaliti yang berupaya berfungsi tanpa dihantui pengalaman trauma setiap masa. Masalahnya, terdapat masa-masa dimana pengalaman trauma tersebut terkeluar secara tiba-tiba dari ruangan sembunyi dalam bentuk imbasan kembali, ketakutan yang amat sangat, atau episod kepayahan emosi yang berupaya melemahkan konsep sendiri. Respons sebegini adalah lebih merbahaya; berbanding dengan cara orang dewasa menanganinya trauma.

TRAUMA PASCA AJARAN SESAT

Trauma pasca ajaran sesat adalah sejenis lagi trauma yang makin menjadi-jadi dalam menghadapi lumrah kehidupan moden. Bagi sesetengah pihak, ia juga dikenali sebagai penderaan rohani (Koenig et al. 2001). Ia merujuk pada masalah emosi yang mendalam atau konflik yang dialami oleh ahli ajaran sesat atau gerakan keagamaan sama ada dalam bentuk ketidaksetiaan atau penarikan diri dari kumpulan tersebut (Kaslow & Sussman 1982).

Ketidaksetiaan terbit apabila individu rasa terasing daripada orang lain atau ketika individu merasakan yang beliau tidak setia pada orang berkuasa yang sedia ada, dalam kes ini kumpulan ajaran yang diikutinya. Penarikan diri dari keagamaan (religious disaffiliation) merujuk pada perbuatan meninggalkan kepercayaan atau sesebuah komuniti. Menurut Noblitt dan Perskin (2000) penarikan diri dari kumpulan selalunya secara sukarela. Dalam sesetengah kes, penarikan diri dari kumpulan disebabkan oleh paksaan dari orang-orang yang bukan ahli kumpulan tersebut seperti ibu bapa, guru, mahupun pasangan hidup.

Ajaran sesat atau penyalahgunaan prinsip agama adalah tingkah laku teologi (Kaslow & Sussman 1982; Noblitt & Perskin 2000). Ia secara lazimnya merujuk kepada penyalahgunaan kuasa atau sokongan kognitif distorsi, sikap atau tingkah laku pemimpin ajaran sesat yang bercanggah dan bermasalah dari aliran umum norma sosial. Antara contohnya ialah aktiviti sumbang mahram, meliwat binatang, membunuh diri secara berkumpulan, mencederakan ahli kumpulan yang lain dan mencederakan diri dengan teruk di atas nama agama.

Singer (1979) memeriksa sindrom trauma pasca ajaran sesat berhubung dengan penderaan ajaran sesat. Antara ciri-ciri sindrom ini adalah menangis secara tiba-tiba, rasa kehilangan, kemurungan dan keinginan membunuh diri, takut kehilangan perlindungan, pengasingan sosial, rasa diasingkan, kesunyian, takut akan roh jahat merasuk

kehidupan seseorang di luar ajaran sesat, atau panik. Sesetengah individu yang mengalami trauma mengatakan takut menjadi gila, atau mengalami masalah seksual, atau keliru antara yang baik dan buruk, atau mempunyai rasa bersalah yang tidak munasabah berikutan penarikan diri daripada kumpulan ajaran sesat.

Trauma jenis ini mempengaruhi persepsi, sistem kepercayaan, kognisi, tingkah laku, dan hubungan interpersonal-pemandiri. Disonansi dan/atau kekeliruan identiti adalah antara kesan yang mungkin terbentuk. Kebiasaannya, pemulihan adalah lambat dan memakan masa yang lama walaupun individu kelihatan berfungsi dengan normal. Ini adalah kerana perubahan hasil daripada penglibatan mula-mula dengan kumpulan ajaran sesat itu telah menyusuk setiap aspek kehidupan klien.

Secara umum, individu yang rasa lebih terancam, tidak berdaya dan tidak bersedia adalah berpotensi tinggi untuk mengalami trauma. Individu yang ada sejarah trauma dan stres ketika kanak-kanak lebih cenderung untuk mengalami trauma ketika dewasa (Browne & Finkelhor 1986; Deprince & Freyd 2002; Brown 2008). Kajian lepas (Russell 1986; Malinosky-Rummell & Hansen 1993; Nash et al. 1993) menunjukkan bahawa kejadian trauma paling cenderung menyebabkan kesan-kesan negatif adalah kejadian yang dilakukan oleh ahli keluarga atau pasangan intim, terjadi

secara berulang kali dan berterusan, tidak disangka atau dijangka, dan sadis atau dengan niat kejam.

Jadual 1 memaparkan jenis-jenis trauma. Individu mungkin mengalami satu atau lebih jenis trauma walaupun pada hakikatnya, ramai orang menjalani kehidupan yang negatif atau pernah menjadi mangsa beberapa bentuk keganasan (Noblitt & Perskin 2000; Rutz et al. 2008). Maklumat dalam Jadual 1 boleh digunakan sebagai panduan dalam kerja-kerja penilaian psikologi individu yang mengalami trauma. Maklumat tersebut membantu memudahkan penilaian psikologi dilakukan, serta mengelakkan prosedur ini daripada menjadi satu proses melabel pengalaman pemandiri. Panduan ini juga mampu membina hubungan kemanusiaan yang baik antara golongan profesional dengan klien, penjaga dan klien, serta mengelakkan para profesional memandang rendah terhadap trauma yang dialami oleh klien. Diagnosis melibatkan persoalan tentang “apa yang telah terjadi kepada individu ini,” dan bukannya “apa yang tidak kena pada individu ini.” Pengkategorian ini mestilah disokong oleh analisis sejarah pemandiri; yang merangkumi perubatan, hubungan, pendidikan, penganiayaan jenayah, mekanisme ketahanan dan juga rangkaian sokongan yang ada untuk klien selepas kejadian trauma.

JADUAL 1. Kategori jenis kemungkinan pemandiri trauma

Kategori	Contoh
1 Tindakan keganasan	Rogol, penderaan fizikal, penderaan rumah tangga, serangan teruk, cubaan membunuh.
2 Bencana alam	Tsunami, gempa bumi, banjir, taufan, tanah jelus.
3 Jenayah	Ragut, rompakan, pecah rumah, jenayah runcit, jenayah siber, penipuan, penyelewengan.
4 Bioperubatan/fisiologi	Kanser, AIDS-HIV, penyakit kronik, operasi gagal/pembedahan pembedahan.
5 Aktiviti keganasan	Mangsa tebusan, penculikan, keganasan berkaitan peperangan, keganasan berkaitan agama.
6 Trauma berkaitan zaman kanak-kanak	Penderaan seksual, penderaan fizikal.
7 Kemalangan dan bencana	Di tempat kerja, rumah, automotif, atau di jalan.
8 Berdasarkan saksi	Saksi jenayah, keganasan, penderaan, atau kemalangan.
9 Kematian dan kesedihan	Kematian mengejut dalam kalangan ahli keluarga atau rakan-rakan. Bersedih atas kematian atau kehilangan orang tersayang.
10 Kegagalan hubungan	Penceraian, tinggal berasingan, masalah komitmen, keintiman, masalah untuk mempercayai, masalah kewangan.
11 Ketidakseimbangan di antara kerja dan hidup	Bekerja terlalu keras, masalah keluarga, komitmen kerja, stres.
12 Psikologi	Pengkhianatan kepercayaan, penyalahgunaan kuasa, manipulasi emosi, tekanan, sedih, gangguan mental.
13 Krisis situasi	Pergolakan ekonomi, kebakaran atau kerugian harta, penghospitalan diri atau ahli keluarga.

IMPAK TRAUMA

Trauma yang tidak atau gagal dirawat meninggalkan kemudaratan yang melampau kepada individu yang mengalaminya. Antara impak trauma adalah seperti berikut:

GANGGUAN TEKANAN TRAUMA (PTSD)

PTSD adalah suatu keadaan yang boleh terhasil selepas seseorang mengalami situasi yang mengancam nyawa. Individu yang mempunyai PTSD sentiasa memikirkan dan mengingati peristiwa trauma yang mereka alami. Mereka

mungkin cuba untuk mengelak orang dan tempat-tempat yang mengingatkan mereka akan trauma dan mungkin bekerja keras untuk membuang fikiran tentang kejadian tersebut dari pemikiran mereka.

KEMURUNGAN

Kemurungan melibatkan rasa tidak bersemangat atau sedih pada kebanyakan hari, serta kehilangan minat dalam aktiviti-aktiviti yang pernah menyeronokkan. Orang yang kemurungan akan berasa kurang bertenaga dan terlalu letih. Selalunya, mereka berputus asa dengan kehidupan, atau merasakan yang perkara buruk akan berlaku pada mereka. Individu cenderung mengalami kemurungan apabila kematian orang tersayang.

KEINGINAN MEMBUNUH DIRI

Trauma boleh menyebabkan individu mencederakan diri sendiri atau berfikir untuk membunuh diri. Pemikiran sebegini menunjukkan rasa berputus asa, tekanan emosi melampau atau imej diri yang negatif. Pandangan serong masyarakat atau keluarga terhadap mangsa rogol, mangsa dera kanak-kanak atau mangsa keganasan rumah tangga boleh meningkatkan perasaan yang berkaitan dengan pengalamatan trauma tersebut. Hal ini terjadi sehinggakan klien berasa keseorangan dan disisihkan, dan hidup tidak lagi bermakna. Impak trauma dialami setiap hari terutamanya apabila tinggal berseorangan atau dengan ahli keluarga yang tidak memberi sokongan di mana klien dipersalahkan atas kejadian trauma tersebut.

KEMARAHAN ATAU TINGKAH LAKU AGRESIF

Selepas trauma, individu yang mengalami trauma selalu merasakan bahawa situasi tersebut tidak adil. Dia tidak dapat memahami mengapa kejadian itu berlaku dan mengapa ia berlaku. Pemikiran-pemikiran sebegini boleh menyebabkan kemarahan. Dalam kalangan mangsa rogol contohnya, segelintir mereka mempamerkan kemarahan mereka dengan mempersoalkan ketuhanan, ibadat dan moraliti mereka. Kemarahan tersebut diekspresikan dengan cara menjadi orang yang tidak percaya kepada agama yang dianutinya dan tidak beribadat lagi.

MENYALAHKAN DIRI SENDIRI, RASA BERSALAH DAN MALU

Kadangkala klien mengambil terlalu banyak tanggungjawab atas trauma yang berlaku keatas diri sendiri. Mereka menyalahkan diri sendiri, rasa bersalah dan malu dengan apa yang telah dialami mereka. Dalam kalangan mangsa-mangsa bencana, serangan pengganas, atau trauma pasca ajaran sesat misalnya, perasaan-perasaan berikut sering dialami oleh mereka – perkara buruk yang telah terjadi, apa yang telah mereka lakukan, apa yang tidak mereka lakukan, atau kenapa mereka masih hidup sedangkan yang lain tidak.

PENYALAHGUNAAN ALKOHOL/DADAH

Mencari ketenangan dengan dadah atau alkohol adalah cara biasa yang digunakan individu yang mengalami trauma dalam menghadapi kejadian yang menyedihkan. Tujuannya adalah untuk tidak merasa sebarang kesakitan dan sebagai cubaan untuk menghadapi kesukaran pemikiran, perasaan dan memori yang berkaitan dengan trauma. Untuk seketika, trauma tersebut dilupakan dan ketenangan dicapai. Malangnya, kesan ini adalah sementara. Keburukan penyalahgunaan alkohol/dadah terhadap emosi dan psikologi memburukkan lagi pemulihan trauma.

MENGALAMI SEMULA TRAUMA

Selepas pengalaman trauma, individu boleh mengalaminya semula; sama ada secara mental atau fizikal (Malinosky-Rummell & Hansen 1993; Kisiel & Lyons 2001). Klien selalu mendapati dia tidak boleh berhenti dari memikirkan apa yang telah terjadi. Carlson dan Ruzek (2004) percaya bahawa gejala-gejala ini menunjukkan bahawa badan dan minda sedang giat berjuang untuk menghadapi trauma. Ketika mengalami semula gejala ini, individu merasakan seolah-olah beliau sedang mengalami peristiwa tersebut. Ini akan membawa individu tersebut ke arah mekanisme ketahanan yang tidak teratur dan merosakkan diri.

KECELARUAN PERSONALITI

Trauma yang berlaku berupaya mencetus kecelaruan personaliti. ‘American Psychiatric Association’ (2013) mendefinisikan kecelaruan personaliti sebagai “corak berkekal yang terhasil oleh pengalaman dalaman dan tingkah laku yang menyimpang ketara daripada jangkauan budaya yang dipamerkan oleh individu tersebut” (hal. 647). Permulaan corak tingkah laku ini boleh dikenal pasti ketika lewat remaja dan awal dewasa, atau ketika kanak-kanak (Millon & Davies 1996). Corak tingkah laku yang sukar diubah dan mudah merebak ini sering menyebabkan masalah peribadi dan sosial yang serius, serta gangguan fungsi umum.

KECELARUAN DISOSIATIF

Kecelaruan disosiatif kesan biasa bagi trauma yang teruk di peringkat awal kanak-kanak atau pengulangan penderaan fizikal, seksual, dan/atau emosi berkali-kali (Liotti 1999; Kisiel & Lyons 2001; Maldonado et al. 2002). Menurut Rutz et al. (2008), disosiasi juga boleh terjadi apabila terdapat pengabaian atau penderaan emosi, walaupun ketika tidak terdapat penderaan fizikal atau seksual secara terang-terangan. Dalam konteks trauma kanak-kanak yang kronik dan teruk, disosiasi boleh dianggap sebagai penyesuaian kerana ia mengurangkan penderitaan yang besar yang tercipta oleh trauma.

Sejurus selepas trauma yang teruk, insiden gangguan disosiasi adalah tinggi. 73% dari pemandiri trauma

akan mengalami keadaan disosiatif (Martinez-Toboas & Guillermo 2000). Kajian lain menunjukkan bahawa antara 80-100% orang yang telah didiagnosis dengan Gangguan Disosiatif juga mempunyai latar belakang PTSD (Carlson & Ruzek 2004; Becker et al. 2008). Disosiatif adalah satu proses mental, di mana hubungan antara pemikiran, kenangan, perasaan, tindakan, atau jati diri seseorang kurang dihasilkan (Blizard 2003; Becker et al. 2008). Di saat ketika seseorang sedang mengalami disosiasi, maklumat tertentu tidak dapat dikaitkan dengan maklumat lain seperti biasa (Simeon et al. 2002). Secara automatik,

orang dewasa yang mengalami disosiatif akan terputus dari situasi yang dianggap merbahaya atau ancaman, tanpa berupaya menilai atau menentukan aras bahaya yang sebenar.

Terdapat empat jenis kategori kecelaruan disosiatif yang didefinisikan dalam DSM-IV-TR; iaitu Amnesia disosiatif, Fugue disosiatif, Kecelaruan identiti disosiatif dan Kecelaruan depersonalisasi (APA 2000). Jadual 2 di bawah memberi gambaran dan penerangan ringkas untuk setiap kategori. Rawatan khusus bagi setiap kategori diperiksa dalam fasa empat.

JADUAL 2. Kategori kecelaruan disosiatif

Kategori	Ciri-ciri
1 Amnesia disosiatif (Amnesia Psikogenik)	<p>Ketidakbolehan mengingati maklumat peribadi yang penting, selalunya yang bersifat traumatik atau memberi banyak tekanan, yang terlalu luas untuk dijelaskan dengan keterlupaan biasa.</p> <p>Selalu tersembunyi bersama gangguan psikologi yang lain (e.g., kecelaruan keresahan, lain-lain kecelaruan disosiatif).</p> <p>Individu yang menghidapi Amnesia disosiatif secara umumnya sedar akan kehilangan ingatan mereka. Masalah ini selalunya berbalik kerana masalah memori ini adalah dalam proses mengingati, bukan pada proses pengrekodan.</p>
2 Fugue Disosiatif (Fugue Psikogenik)	<p>Perjalanan yang tidak terduga dari rumah atau tempat kerja, diikuti oleh ketidakbolehan mengingati masa lepas dan kekeliruan identiti diri atau andaian identiti baru.</p> <p>Individu yang menghidapi Fugue Disosiatif nampak “normal” pada orang lain.</p> <p>Secara umum, mereka tidak sedar mereka kehilangan memori/amnesia.</p>
3 Kecelaruan Depersonalisasi	<p>Perasaan rasa terpisah dari proses mental dan badan sendiri yang berterusan atau berulang.</p> <p>Individu-individu yang menghidapi Kecelaruan Depersonalisasi menghubungkan perasaan seperti seolah-olah menonton kehidupan mereka dari luar badan mereka sama seperti menonton filem.</p> <p>Individu-individu yang mempunyai Kecelaruan Depersonalisasi kerap mengadu mempunyai masalah dalam menumpukan perhatian, memori dan persepsi.</p> <p>Depersonalisasi mesti terjadi secara bebas dari Kecelaruan Identiti Disosiatif, penyalahgunaan bahan dan skizofrenia.</p>
4 Kecelaruan Identiti Disosiatif	<p>Dikenali sebagai Kecelaruan Personaliti Berganda sebelum ini, ia adalah petanda jelas disosiasi yang paling teruk dan kronik, bercirikan kehadiran dua atau lebih identiti yang berbeza atau keadaan personaliti yang bersilih ganti mengawal tingkah laku individu, diikuti dengan ketidakbolehan untuk mengingati maklumat peribadi yang penting yang terlalu luas untuk dijelaskan oleh kealpaan biasa.</p> <p>Kini telah dikenal pasti bahawa keadaan disosiasi ini bukanlah personaliti yang tidak terbentuk sepenuhnya, sebaliknya mewakili pecahan identiti.</p> <p>Amnesia yang biasanya dikaitkan dengan Kecelaruan Identiti Disosiatif adalah tidak selari, di mana keadaan identiti yang berbeza mengingati maklumat autobiografi dari aspek yang berbeza.</p> <p>Personaliti yang berbeza memainkan peranan yang berbeza dalam menghadapi masalah. Secara purata, sebanyak 2 hingga 4 personaliti/perubahan didapati semasa diagnosis, dengan purata 13 hingga 15 personaliti timbul semasa menjalani rawatan.</p> <p>Kejadian sekeliling selalunya mencetus pertukaran tiba-tiba dari satu personaliti kepada personaliti yang lain.</p>
5 Kecelaruan disosiatif yang tidak spesifik (DONOS)	<p>DDNOS meliputi segala ciri-ciri disosiasi yang tidak memenuhi kriteria penuh untuk kecelaruan disosiatif yang lain.</p> <p>Dalam latihan klinikal, disosiasi kategori ini paling biasa dijumpai, dan selalunya lebih baik dicirikan sebagai Kecelaruan Disosiatif Major dengan keadaan diri separuh disosiatif.</p>

Sumber dan adaptasi: Steinberg et al. 1993; APA 2000; Dell 2001; Maldonado et al. 2002

MODEL PRAKTIKAL UNTUK PENILAIAN PSIKOLOGI TRAUMA

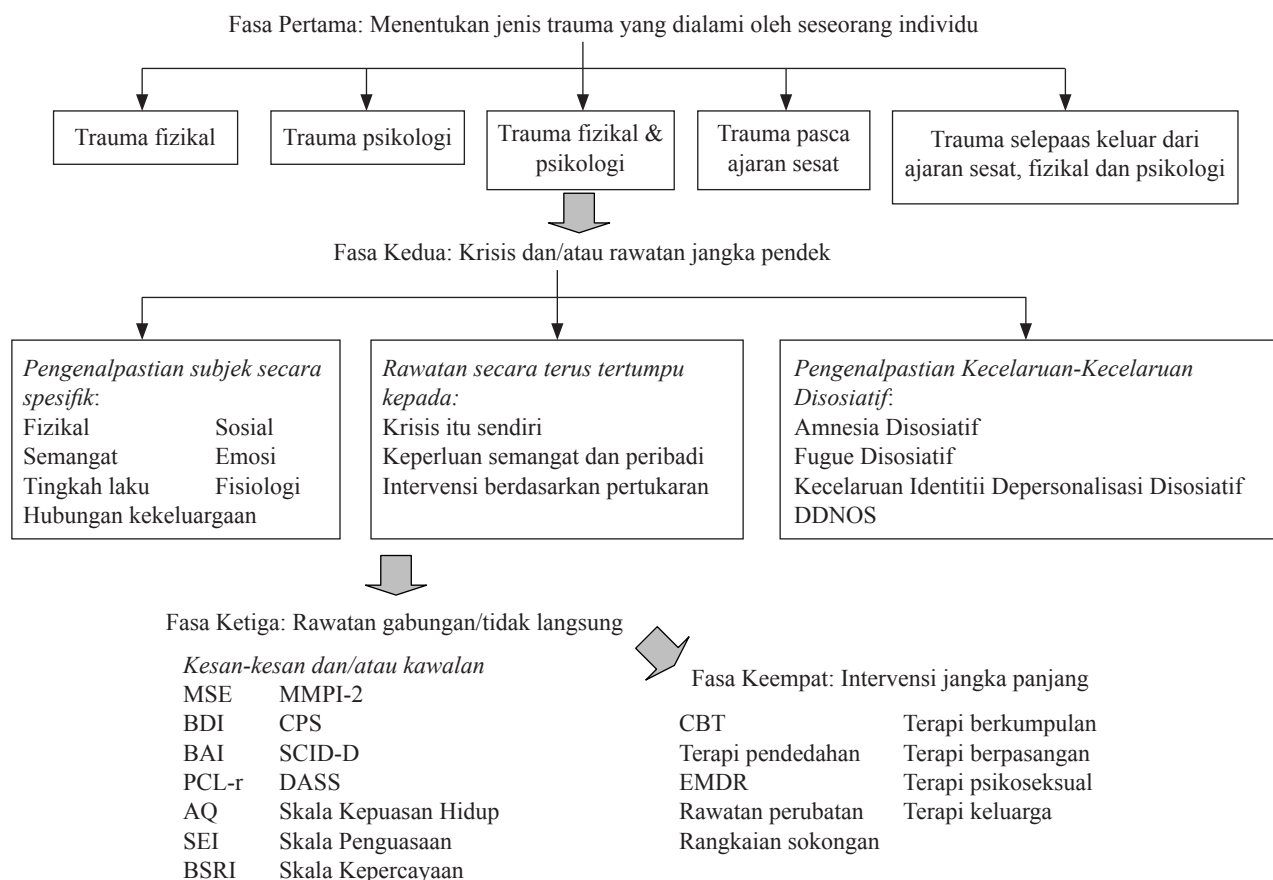
Sebelum rawatan bermula, penilaian psikologi perlu dilakukan terlebih dahulu. Penilaian psikologi merupakan satu prosedur yang melibatkan aktiviti saintifik dan profesional bagi “mengumpul, menilai, dan mengintegrasikan maklumat mengenai klien menggunakan, bilamana mungkin, sumber-sumber maklumat yang berbeza; menurut pelan” (Fernández-Ballesteros et al. 2001: 188) yang telah digubal dalam usaha untuk menjawab soalan klien. Dalam konteks ini, penilaian trauma yang dialami menurut pendekatan psikososial dan biomedikal.

Hunsley & Mash (2011) dan Rust & Golombok (2014) berpendapat terdapat empat komponen dalam penilaian psikologi. Ini merangkumi ujian norma-dirujuk (Norm-referenced test), temu ramah, pemerhatian, dan penilaian tidak formal. Setiap satu komponen mempunyai prosedur tertentu, di mana ‘prosedur’ bererti satu siri tindakan atau aktiviti yang dilakukan untuk mencapai sesuatu matlamat. Prosedur bergantung kepada jenis komponen yang dilakukan sewaktu menjalankan penilaian psikologi. Pelbagai sumber lain seperti Kaplan & Saccuzzo (2012), Friedman et al. (2014), Rust & Golombok (2014), dan Kline

(2013) boleh dirujuk. Ini adalah kerana, bukan fokus artikel ini untuk menerangkan atau mengulas prosedur untuk setiap penilaian psikologi dalam pemulihan trauma.

Secara am, ujian norma-dirujuk merupakan ujian psikologi yang standard. Ia digubal untuk menilai satu atau lebih aspek ilmu pengetahuan, kemahiran atau personaliti seseorang menurut skala yang telah ditetapkan. Menurut Fernández-Ballesteros et al. (2001), penilaian sebegini membolehkan perbandingan kedudukan atau prestasi seseorang berbanding dengan kumpulan orang-orang normal yang telah mengambil bahagian dalam ujian yang sama.

Sebuah model praktikal untuk penilaian psikologi dan rawatan trauma ditunjukkan dalam Rajah 2 di bawah. Secara umumnya, model ini melibatkan empat fasa. Fasa pertama melibatkan penentuan jenis trauma yang dihadapi oleh individu. Dalam fasa kedua, krisis dan/atau rawatan dilakukan. Ini diikuti oleh rawatan gabungan/tidak langsung yang menggunakan pelbagai alat ukuran psikologi bagi menentukan diagnosis dan rancangan rawatan dalam fasa ketiga. Fasa terakhir melibatkan rawatan jangka masa panjang bergantung kepada keperluan klien dan penilaian rawatan.



RAJAH 2. Model praktikal untuk penilaian psikologi trauma

FASA PERTAMA: PENENTUAN TRAUMA

Fasa ini melibatkan pemahaman berkaitan perkara-perkara yang menyebabkan trauma, gejala trauma, kesan trauma dan strategi-strategi intervensi menanganinya. Golongan profesional dan separa profesional yang membantu individu yang mengalami trauma dapat menawarkan pendekatan yang pelbagai untuk pengimbangan semula keadaan psikologi dan fungsi normal menerusi pengetahuan dan kemahiran terkini. Di Amerika Syarikat contohnya, sumber sah untuk pemulihan dari trauma adalah Bahagian 56 (Psikologi Trauma), Persatuan Psikologi Amerika (APA). Bahagian 56 diwujudkan pada tahun 2006 atas hasil usaha kerjasama sekumpulan pengkaji, ahli klinikal, pendidik dan pakar penggubal polisi yang berminat dengan kesan-kesan trauma dari aspek psikologi. Bahagian ini menggabungkan sains, pengalaman praktikal dan komitmen terhadap kebajikan masyarakat mengenai trauma dan kecelaruan-kecelaruan yang berkaitan. Ini memberi ruang kepada individu yang mengalami trauma, ahli keluarga dan sahabat handai serta golongan profesional yang terlibat dalam bidang ini untuk menambah pengetahuan, pemahaman dan kemahiran sendiri.

FASA KEDUA: KRISIS DAN/ATAU INTERVENSI JANGKA MASA PENDEK

Fasa ini membincangkan tentang cara mengenal pasti dan intervensi jangka pendek menangani krisis untuk kelegaan trauma segera. Fasa ini merupakan tahap yang kritikal kerana ia membolehkan klien menjalani pemulihan yang progresif. Klien, ahli keluarga dan ahli profesional perlu merancang arah psikoterapi dan menangani isu-isu dan reaksi biasa selepas trauma.

Penilaian trauma secara psikologi diperkukuhkan dalam Model Bio-Psiko-Sosial. Model ini berdasarkan analisis keturunan individu, prestasi *neurotransmitter* tertentu, gejala psikologi dan kesan trauma ke atas keluarga dan fungsi sosial klien. Pemeriksaan Status Mental (Status Mental Evaluation atau SME) tertumpu pada respons kognitif, emosi dan tingkah laku klien. Pada masa yang sama, SME memberi perhatian pada penampilan dan proses berfikir klien. Hasil proses ini menunjukkan fungsi intelek dan tahap kapasiti kognitif klien. Pemerhatian ke atas kesan regulasi dan emosi klien semasa sesi awal klien-kaunselor membantu dalam menentukan respons perasaan, emosi, tingkah laku dan kognitif yang penting untuk pemulihan trauma. Melalui cara ini, psikoterapi adalah lebih dari sekadar mendengar masalah dan kebimbangan klien. Fasa kedua penilaian psikologi ini melibatkan interaksi dan pengumpulan data dari klien dan ahli keluarga klien untuk mencipta rawatan jangka pendek. Rawatan jangka pendek ini seterusnya menangani kognitif tertentu, atau kebimbangan tingkah laku atau rohani yang terkumpul ke arah pemulihan trauma jangka panjang.

Reaksi Biasa Selepas Trauma Individu biasanya menggambarkan perasaan lega kerana masih hidup,

stres, rasa takut dan marah selepas sesuatu kejadian yang meninggalkan trauma berlaku. Reaksi sebegini sering terjadi dan ia tiada kena mengena dengan kelemahan seseorang (Allen 1995; Van der Kolk et al. 1996; Stolorow 2007). Reaksi biasa selepas trauma terbahagi kepada tiga kategori; iaitu emosi, fisiologi dan hubungan.

Kejadian trauma boleh meninggalkan kesan yang berpanjangan kepada seseorang individu meskipun kesan fizikal tidak kelihatan. Dari segi emosi, individu yang mengalami trauma cenderung untuk mengalami ketidakstabilan emosi yang berpanjangan dan mendalam. Hal ini terjadi kerana kejadian trauma sering berlaku di luar jangkaan seseorang di mana dia berada dalam keadaan tidak bersedia serta tiada apa yang boleh dilakukan oleh individu tersebut untuk menghalang dari kejadian trauma berlaku. Reaksi fisiologi pula lebih kepada tindak balas neurobiological tubuh badan individu terhadap kejadian trauma yang melibatkan sistem saraf autonomik. Reaksi individu yang mengalami trauma dalam hubungan pula lebih tertumpu kepada hubungan interpersonal dengan orang di sekeliling.

Melalui ketiga-tiga jenis reaksi ini, ahli profesional dapat mengenal pasti jenis trauma yang dialami oleh seseorang individu. Justeru itu, cadangan intervensi yang sesuai dapat diberikan bagi memastikan kelegaan trauma individu dan mencapai intervensi yang efektif.

Merujuk kepada penerangan di atas dan untuk meningkatkan keberangkalian program pemulihan dari trauma berkesan, pelan pemulihan perlu menggabungkan pemulihan dari aspek emosi, fisiologi dan hubungan. Perlu diingatkan di sini, oleh kerana impak trauma mendalam dan melibatkan sekurang-kurangnya tiga kategori reaksi: emosi, fisiologi dan hubungan; proses pemulihan memerlukan masa. Berdasarkan maklumat dalam Jadual 3, pemulihan merupakan satu proses berperingkat yang berterusan. Ia tidak terjadi serta merta. Malah, dalam keadaan normal, perasaan-perasaan seperti ketakutan, kebimbangan, kenang kembali, usaha untuk tidak mengingati dan gejala rangsangan akan berkurangan secara beransur-ansur, progresif dan berperingkat.

Antara isu lain yang dibincangkan dalam fasa kedua ini adalah isu mengenal pasti strategi ketahanan individu yang mengalami trauma. Klien yang mengalami trauma berulang kali cenderung untuk menggunakan strategi ketahanan yang sama untuk melindungi diri mereka dari risiko kelemahan sendiri semasa mengimbas kembali atau berasa seolah-olah mengharungi semula trauma asal. Kelampauwaspadaan (*hypervigilance*), disosiasi, penghindaran dan rasa kaku adalah contoh-contoh strategi ketahanan yang mungkin berkesan dalam satu-satu masa, walaupun, bagi kes-kes tertentu ia mengganggu kebolehan seseorang untuk menjalani kehidupan yang diinginkannya. Hakikatnya, penggunaan strategi ketahanan sebegini dalam sesetengah kes boleh menghalang kejayaan pemulihan trauma.

Krisis Dan/Atau Intervensi Jangka Pendek Sebaik sahaja reaksi berikutan trauma telah dikenal pasti, krisis

JADUAL 3. Kategori reaksi biasa kepada trauma

Emosi	<ul style="list-style-type: none"> Rasa tiada harapan tentang masa depan Rasa gementar, tidak berdaya, terlalu takut, sedih Rasa terkejut, kaku, tidak dapat menikmati cinta atau kegembiraan Menjadi mudah melenting atau ledakan kemarahan Menjadi mudah kecewa dan terganggu Menyalahkan diri sendiri atau mempunyai pandangan negatif terhadap diri sendiri atau dunia
Fisiologi	<ul style="list-style-type: none"> Mudah terkejut dan tergamam pada bunyi yang terhasil secara tiba-tiba Sentiasa berjaga dan dalam keadaan awas Sakit perut, masalah pemakanan Masalah tidur dan keletihan Berdebar-debar, bernafas laju, tidak senang duduk Sakit kepala yang teramat jika berfikir tentang kejadian, berpeluh Kegagalan untuk melakukan senaman, diet, seks selamat, penjagaan kesihatan seharian Berlebihan dalam merokok, alkohol, ubat-ubatan, makanan Masalah kronik perubatan yang semakin teruk
Hubungan	<ul style="list-style-type: none"> Mengasingkan diri atau tidak mengambil peduli tentang orang lain Sentiasa berjaga dan dalam keadaan Masalah di tempat kerja atau sekolah Mengelak orang, tempat, dan perkara yang berkaitan dengan kejadian Tidak mempercayai orang lain, konflik, menjadi terlalu mengongkong Mengasingkan diri, rasa tidak diterima atau diabaikan Hilang kemesraan atau rasa terasing

atau intervensi jangka pendek perlu dirancang. 'Krisis' digunakan ketika ketiadaan fungsi normal sama ada di peringkat keluarga atau sosial. Jika klien boleh berfungsi secara normal, tetapi mempunyai reaksi emosi, maka istilah 'jangka pendek' digunakan. Maklumat dalam Jadual 4

merupakan contoh perancangan intervensi jangka pendek untuk empat minggu. Perancangan intervensi ini dirangka berdasarkan kepada maklumat-maklumat yang terdapat dalam Jadual 1 dan 2:

JADUAL 4. Contoh-contoh intervensi jangka pendek

Definisi trauma	<p>Trauma objek tajam (penetrating force)</p> <p>Keperluan yang disasarkan: pemeriksaan perubatan untuk kes rogol, pil perancang, bantuan perubatan, isu percaya kepada lelaki, isu perhubungan</p>
Jenis trauma	Keganasan – rogol
Gejala fisiologi	<ul style="list-style-type: none"> Mudah terkejut & tergamam pada bunyi yang terhasil secara tiba-tiba Sentiasa berjaga dan dalam keadaan awas Berdebar-debar, bernafas laju, tidak senang duduk Resah apabila nampak lelaki
Minggu pertama	<ul style="list-style-type: none"> Mencari zon selamat individu Mengenal pasti keperluan keselamatan peribadi Mengenal pasti bunyi bising yang biasa dan jarang berlaku di kawasan sekeliling Mempelajari semula untuk menerima kebisingan yang biasa Mengenal pasti cara untuk mengurangkan keresahan Menggunakan ciri-ciri sekuriti

Bersambung

JADUAL 4. *Sambungan*

Minggu kedua	Meluaskan zon selamat Mengenal pasti situasi yang meningkatkan keadaan awas dan berjaga-jaga Mengenal pasti bunyi bising yang biasa dan jarang berlaku di kawasan sekeliling Mempelajari semula untuk menerima kebisingan yang biasa Mempelajari teknik bertenang Menggunakan cara-cara untuk mengurangkan keresahan
Minggu ketiga	Meluaskan zon selamat Menerima situasi/kawasan di mana rasa awas yang berterusan tidak diperlukan Mengenal pasti bunyi bising yang biasa dan jarang berlaku di kawasan sekeliling Mempelajari semula untuk menerima kebisingan yang biasa Menggunakan teknik-teknik bertenang setiap kali terjadinya hati berdebar atau pernafasan menjadi laju Menggunakan cara-cara untuk mengurangkan keresahan
Minggu keempat	Memeriksa had zon selamat Memeriksa situasi-situasi yang perlu untuk sentiasa berjaga dan dalam keadaan awas Melaksanakan cara-cara untuk mengurangkan kegelisahan

Kebiasaannya, intervensi jangka pendek dirancang berdasarkan jangka masa dan matlamat yang dipersetujui oleh klien dan profesional yang membantunya. Klien bertanggungjawab mengikuti sasaran yang dipersetujui bagi membolehkan penguasaan sendiri dan meningkatkan keyakinan diri. Semasa peringkat ini, sokongan sosial yang positif sangat penting dalam membantu klien melihat bahawa dia tidak berseorangan dan beliau dibantu dalam proses pemulihannya. Ahli profesional pula memainkan peranan sebagai pengurus dan memerhatikan sasaran mingguan. Sasaran ini mestilah wajar untuk dicapai. Penilaian ini perlu memastikan yang sasaran minggu kedua telah tercapai berdasarkan pencapaian dalam minggu pertama. Bagi kes di mana sasaran tidak tercapai atau kurang berkesan, ahli profesional perlu memastikan yang keadaan tersebut adalah tulen; bukannya disebabkan oleh ketiadaan pematuhan, sebelum meminda tempoh masa yang diperlukan untuk matlamat intervensi yang seterusnya.

Penggunaan intervensi jangka pendek semakin penting dalam kontinum penjagaan dalam pemulihan trauma. Matlamat asas untuk klien adalah untuk mengurangkan risiko bahaya yang boleh dihasilkan dari impak trauma yang berterusan. Intervensi jangka pendek boleh membantu klien dalam pelbagai cara termasuk:

1. Mengurangkan atau menghentikan tingkah laku sabatoj diri.
2. Bertindak sebagai langkah pertama dalam proses pemulihan untuk menentukan sama ada klien boleh berhenti atau mengurangkan tingkah laku pro-trauma mereka sendiri.
3. Bertindak sebagai kaedah untuk mengubah tingkah laku tertentu sebelum atau semasa pemulihan.
4. Apabila terdapat beberapa isu yang berkaitan dengan pematuhan pemulihan yang mendapat manfaat daripada intervensi jangka pendek yang terancang

seperti menghadiri sesi kumpulan atau melakukan aktiviti pemulihan sendiri di rumah.

5. Berfokus kepada masalah khusus dalam keluarga klien dan/atau ahli keluarga.
6. Bertumpu kepada masalah tertentu seperti kewangan peribadi, kehadiran kerja, dan kesediaan mempercayai orang lain.

Sesetengah intervensi jangka pendek boleh diadakan secara serentak. Contohnya, bagi kes trauma melihat kapal terbang meletup dan jatuh, tiga intervensi jangka pendek boleh di gubal dan dilakukan dalam masa yang sama. Kaedah ini dihuraikan secara ringkas:

Intervensi jangka pendek pertama: Mengenal pasti sumber audio pencetus imbas kenang kejadian trauma dan mempraktikkan langkah-langkah penyakpekaan terhadap sumber tersebut, seperti mendengar kapal terbang yang melalui ruang angkasa di kawasan perumahan atau kerja.

Intervensi jangka pendek kedua: Mengenal pasti sumber visual pencetus imbas kenang kejadian trauma dan mempraktikkan langkah-langkah penyakpekaan terhadap sumber tersebut, seperti melihat kapal terbang, sama ada semasa berlepas, sedang mendarat, atau berada di ruang angkasa.

Intervensi jangka pendek ketiga: Mengenal pasti sebab pergolakan emosi yang berlaku berkaitan dengan kejadian trauma melihat kapal terbang meletup dan jatuh, seperti rasa terharu, bersalah, dan marah kerana tidak dapat melakukan apa-apa. Kemudian menenangkan mengapa pergolakan emosi tersebut berlaku dan apa yang boleh dilakukan secara nyata untuk mengurangkan ketidaktertaman emosi tersebut.

Intervensi-intervensi sebegini lebih mudah diikuti oleh klien jika ia hampir sama atau dikumpulkan dalam tindakan kognitif, tingkah laku dan fisiologi yang sama. Sebagai contoh yang lain, intervensi dalam Jadual 3 boleh juga digunakan untuk membolehkan klien belajar semula mempercayai anggota keluarganya dan kemudian orang lain dalam persekitaran sosial yang lebih luas.

Proses-proses yang terlibat dalam fasa dua menunjukkan penggunaan satu jenis teori psikologi diikuti rawatan susulan adalah tidak mencukupi. Jenis-jenis dan reaksi trauma yang ditunjukkan dalam Jadual 1 dan 2

adalah membuktikan yang pemahaman dan kemahiran yang menyeluruh adalah perlu dalam membantu klien. Penggunaan satu teori psikologi yang spesifik tidak cukup untuk menerangkan sesuatu pengalaman trauma. Pemulihan holistik memerlukan integrasi pelbagai pendekatan psikologi.

Sebagai contoh, terapi Gestalt “menekankan personaliti dan cubaan untuk menyedarkan semula individu terhadap emosi dan kesedaran secara keseluruhan pada masa ini dan detik ini” (Morris & Maisto 2005: 530). Ia adalah perkara biasa bagi ahli profesional yang menggunakan terapi ini membuatkan klien sedar akan perasaan yang dikaitkan dengan trauma dan maklumat rangsangan yang telah disekat atau diabaikan. Teknik “kerusi kosong” adalah cara yang popular dalam terapi ini bagi memastikan individu sedar akan konflik dalaman yang dialaminya. Pendekatan ini berguna dalam membantu klien memahami diri mereka dengan lebih baik. Namun begitu, ia mungkin tidak efektif dalam mengurangkan imbas kembali, cetusan rangsangan atau ingatan terhadap trauma itu sendiri.

Dalam keadaan lain, terapi tingkah laku tertumpu pada mengubah tingkah laku yang jelas (Morris & Maisto 2005). Ia bertindak atas kepercayaan bahawa semua tingkah laku dipelajari, dan oleh itu, ia juga boleh tidak dipelajari. Dalam erti kata lain, pemulihan trauma adalah sesuai apabila klien mempelajari semula cara hidup sebelum trauma. Pendekatan ini boleh membantu dalam mengurangkan ketakutan, ketidakselesaan atau kerisauan berhubung dengan tingkah laku yang berkaitan dengan trauma. Kekurangan terapi ini ialah ia tidak menasaskan emosi yang berkaitan dengan pengalaman trauma. Klien boleh mendapatkan semula fungsi sosial yang normal; tetapi bukan dari segi keseimbangan emosi.

FASA KETIGA: INTERVENSI GABUNGAN TIDAK LANGSUNG

Mengikuti fasa ketiga ini adalah pilihan klien. Dalam kebanyakan kes, satu siri krisis atau intervensi jangka pendek sudah mencukupi untuk klien. Beberapa intervensi jangka pendek dirancang untuk satu jangka masa. Setiap intervensi merupakan sambungan dari yang lepas. Matlamat akhir intervensi ini adalah untuk memandu klien menjadikan kehidupan selepas trauma lebih mudah diuruskan, atau dengan kata lain membantu klien pulih dari pengalaman trauma.

Fasa ketiga melibatkan intervensi gabungan. Dalam fasa ini, pelbagai psikometrik untuk diagnosis dan rancangan rawatan digunakan secara mendalam dan meluas bergantung kepada keperluan klien. Antara contohnya ialah ‘Inventori Kebimbangan Beck’ (BAI), ‘Inventori Kemurungan Beck’ (BDI), ‘Skala Kepuasan Hidup,’ ‘Soal selidik Agresif’ (AQ), dan ‘Skala Kepercayaan.’

Ada kesan trauma tidak mudah disasarkan melalui intervensi jangka pendek atau krisis. Bergantung pada personaliti, kebingkasan, dan mekanisme ketahanan (seperti Model Bio-Psiko-Sosial), impak trauma boleh menghalang

seseorang dari menjadi ahli masyarakat normal yang berguna. Tambahan lagi, memori dan kejelasan mengingat kembali mempunyai kesan penentu dalam mengalami semula perasaan dan emosi trauma. Menurut Rothschild (2000), memori yang tidak menyenangkan seperti imej, pemikiran, atau imbas kembali boleh menghantui seseorang. Insomnia boleh terjadi sebagai ketakutan tersembunyi dan rasa tidak selamat menyebabkan seseorang terlalu berwaspada. Tingkah laku sedemikian boleh menghasilkan suatu corak rangsangan akut yang berpanjangan dan keletihan fizikal dan mental (Becker et al. 2008). Bagi pemandiri yang mengalami komplikasi ini, ahli profesional atau kaunselor perlu menilai kesan-kesan trauma jangka masa panjang yang dialami. Dalam hal ini, rawatan psiko-perubatan yang lebih dinamik, interaktif dan tersusun berdasarkan komplikasi dan kesan trauma boleh dilakukan.

Ujian Psikologi Seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 2, fasa tiga menggunakan beberapa ujian psikologi dalam membantu ahli profesional dalam menilai masalah dan/atau keperluan klien. Pelbagai jenis ujian telah dibangunkan dan telah dibuktikan dapat memenuhi ukuran penilaian psikologi yang subjektif mengikut keadaan klien. Antara ujian yang terkenal, sah dan dalam Bahasa Malaysia digunakan adalah seperti berikut:-

Pemeriksaan status mental (MSE) MSE adalah penilaian klinikal untuk fungsi mental. Ia mempunyai lima bahagian yang memerlukan keputusan klinikal terhadap tingkah laku yang diperhatikan dan corak pertuturan. Sebanyak 62 kenyataan terbuka tentang imej peribadi, ekspresi wajah, corak pertuturan, disonans kognitif, kesesuaian emosi, kecelaruan personaliti, dan persepsi realiti. Penilaian memerlukan 15-30 minit. Terdapat versi yang dikenali sebagai MMSE – *Mini Mental Status Examination* yang telah diterjemahkan kepada Bahasa Malaysia.

Inventori kemurungan Beck (BDI) Inventori Kemurungan Beck (BDI, BDI-II) adalah inventori laporan diri yang mengandungi 21 soalan aneka pilihan jawapan. Ia merupakan salah satu instrumen yang digunakan secara meluas dalam mengukur tahap keterukan kemurungan. Versi soal kaji selidik yang terbaru direka untuk individu yang berumur 13 tahun dan ke atas, dan terdiri dari item yang berkait dengan kemurungan seperti putus asa dan kerengsaan, kognitif seperti rasa bersalah atau rasa dihukum, serta simptom-simptom fizikal seperti keletihan, hilang berat badan, dan kekurangan minat dalam seks (Beck 1972).

Inventori kebimbangan Beck (BAI) Inventori Kebimbangan Beck (BAI) adalah 21 soalan inventori laporan diri yang digunakan untuk mengukur tahap keterukan kebimbangan seseorang individu (Osman et al. 2002). BAI terdiri dari beberapa soalan mengenai bagaimana individu rasa pada minggu lepas. Setiap soalan mempunyai set empat pilihan jawapan yang sama.

Senarai semak psikopati-pindaan (PCL-r) Psikopati mungkin terhasil daripada pengalaman trauma. Senarai Semak Psikopati-Pindaan (PCL-r) adalah alat psiko-diagnostik yang sering digunakan untuk menilai tahap psikopati (Hare & Neumann 2006). Ujian ini akan hanya dianggap sah jika dilakukan oleh doktor yang berkelayakan dan berpengalaman dalam keadaan terkawal. Selain gaya hidup dan tingkah laku jenayah, senarai semak ini menilai kepetahan dan daya tarikan luaran, kehebatan, keperluan untuk rangsangan, penipuan patologi, kelicikan dan upaya memanipulasi, kekurangan rasa menyesal, tiada belas ihsan, kelemahan kawalan tingkah laku, sifat impulsif, kecuai, dan kegagalan untuk bertanggungjawab atas tindakan sendiri.

Soalan kaji selidik agresif (AQ) Seseengah individu yang mengalami trauma berubah perangai kepada agresif dan benci orang. Inventori laporan diri dari soalan kaji selidik agresif (AQ) ini membolehkan saringan rutin kecenderungan sifat agresif dalam kalangan kanak-kanak dan orang dewasa. AQ mengukur respons agresif dan kebolehan seseorang individu dalam mengalihkan respons tersebut dalam cara yang selamat dan membina. Inventori ini mengambil masa selama 10 minit untuk dilengkap. Versi asal mengandungi 29 item yang terdiri dari skala berikut: sifat agresif secara fizikal, sifat agresif secara lisan, penentangan, kemarahan, dan sifat agresif secara tidak langsung. Terdapat versi pendek dengan 12 item.

Inventori peranan seks bem (BSRI) Inventori Peranan Seks Bem (BSRI) menyediakan penilaian sifat maskulin dan feminin dari segi laporan pemilikan peribadi responden berkaitan ciri-ciri idaman sosial dan stereotaip personaliti maskulin dan feminin (Bem 1974). Ia juga boleh digunakan sebagai ukuran sejauh mana responden menyusun maklumat diri yang berkaitan ke dalam kategori lelaki dan wanita. Ujian ini memerlukan 10 minit untuk dilengkapkan. Inventori ini boleh digunakan untuk menentukan jika klien ada permasalahan yang berkait dengan perwatakan dan peranan mereka menurut jantina sendiri setelah mengalami trauma.

Temu ramah berstruktur klinikal untuk DSM-IV kecelaruan disosiatif (SCID-D) Temu ramah Berstruktur Klinikal untuk DSM-IV Kecelaruan Disosiatif (SCID-D) digunakan secara meluas untuk mendiagnos kecelaruan disosiatif (Steinberg, 1994). Temu ramah ini mengambil masa selama 30 hingga 90 minit, bergantung pada pengalaman ahli profesional. SCID yang dilakukan dengan bukan pesakit psikiatrik mengambil masa ½ jam ke 1½ jam. Penilaian personaliti SCID II mengambil masa kira-kira ½ hingga 1 jam.

Inventori personaliti berperingkat Minnesota (MMPI-2) Inventori Personaliti Berperingkat Minnesota (MMPI) adalah salah satu dari ujian personaliti yang sering digunakan dalam kesihatan mental. Ujian ini digunakan oleh ahli profesional terlatih untuk membantu dalam mengenal pasti struktur personaliti dan psikopatologi. MMPI-2 yang

terbaru mempunyai 567 item, dan biasanya mengambil masa di antara 1 hingga 2 jam untuk dilengkapkan. Ujian ini menilai seperti antara lain:- hipokondriasis, kemurungan, histeria, penyimpangan jiwa, sifat maskulin/feminin, paranoia, psikastenia, skizofrenia, hypomania, dan introversi sosial.

Skala penguasaan Dalam ujian ini, “penguasaan” ditakrifkan sebagai sejauh mana seseorang menganggap peluang kehidupannya berada di bawah kawalan sendiri (Pearlin et al. 1981). Penguasaan dilihat sebagai perantara penting dalam peralihan tekanan hidup, termasuk trauma. Skala ini terdiri dari tujuh item yang perlu dijawab berdasarkan format empat pilihan jawapan bersetuju-tidak bersetuju. Hasil ujian mencorakkan rawatan atau terapi tingkah laku dan atitud klien.

Skala kepuasan hidup Skala Kepuasan Hidup telah dihasilkan oleh Neugarten et al. (1961). Skala A mengukur kehairahan berbanding sikap tidak peduli, Skala B mengukur resolusi dan ketabahan, dan Skala C mengukur kesesuaian di antara matlamat yang diinginkan dan dicapai. Skala D mengukur konsep diri sementara Skala E mengukur perubahan angin. Kepuasan Hidup Indeks A terdiri dari kenyataan-kenyataan tentang kehidupan secara umum dan Kepuasan Hidup Indeks B mengandungi item yang tidak terbatas dan senarai semak tentang gaya hidup. Setiap Skala A hingga E mengandungi lima kenyataan. Kepuasan Hidup Indeks A mengandungi 20 kenyataan dan Kepuasan Hidup Indeks B mempunyai 12 soalan. Hasil ujian menentukan fokus rawatan mengikut markah Skala sebagai aspek kehidupan yang penting bagi klien.

Skala kepercayaan Skala ini mengukur kepercayaan dalam hubungan rapat. Skala ini telah dihasilkan oleh Rempel dan Holmes (1986). Ia mengandungi 18 item yang menggunakan 7-mata skala Likert. Tiga aspek kepercayaan dalam skala ini meliputi: kebolehamalan, keboleharapan, dan kepercayaan. Setiap aspek mengandungi enam item. Separuh dari item ini mempunyai skor songsang. Dari ujian ini, para profesional dan klien boleh menentukan tahap keperluan usaha dan ketabahan diri yang perlu dilakukan supaya fungsi normal seperti sebelum trauma dapat dicapai.

Skala depresi, keresahan, stres (DASS) Skala Depresi, Keresahan, Stres (DASS) merupakan satu set psikometrik yang terdiri dari tiga skala laporan diri yang direka bentuk untuk mengukur keadaan emosi negatif depresi, keresahan, dan stres (Lovibond & Lovibond 1995). Skala Depresi menilai disforia, rasa putus asa, penurunan nilai kehidupan, kecaman terhadap diri sendiri, kurang minat/penglibatan, ketidakbolehan merasai kebahagiaan dan keadaan malas. Skala Keresahan menilai rangsangan autonomik, kesan otot rangka, kebimbangan yang disebabkan oleh situasi, dan pengalaman subjektif berkenaan kesan cemas. Skala Stres menilai kesukaran untuk bertenang, rangsangan resah, dan mudah merasa terganggu/gelisah, marah/reaksi berlebihan dan kurang sabar.

FASA EMPAT: INTERVENSI JANGKA PANJANG

Fasa terakhir melibatkan intervensi jangka panjang berdasarkan keperluan pemandiri, penilaian rawatan dan keputusan ujian psikologi/psikometrik individu yang dijalankan dalam fasa tiga. Fasa ini melibatkan strategi ketahanan, psikoterapi spesifik dan rawatan-rawatan untuk kecelaruan disosiatif yang spesifik.

Tindak balas Pada Trauma – Strategi Ketahanan Dalam istilah psikologi, strategi ketahanan merujuk pada kemahiran yang digunakan secara sedar dan mekanisme pertahanan di bawah keadaan sedar. Terdapat dua cara utama dalam menghadapi trauma:

Ketahanan Berdasarkan Tindakan Ketahanan berdasarkan tindakan sebenarnya melibatkan pengurusan

dengan masalah sebenar yang menyebabkan tekanan dari trauma. Antara contohnya termasuk pemindahan semula dari tempat kejadian trauma dalam kes bencana alam, atau menguasai kemahiran pertahanan diri akibat trauma dari kejadian samun jalanan. Ketahanan berdasarkan tindakan melibatkan perancangan, penindasan aktiviti bersaing, konfrontasi, kawalan diri dan sekatan.

Ketahanan Berdasarkan Emosi Kemahiran ketahanan berdasarkan emosi mengurangkan gejala tekanan tanpa menangani punca tekanan trauma (Folkman 1984). Memendam perasaan atau membincangkan trauma dengan seseorang adalah antara contoh strategi ketahanan berdasarkan emosi. Antara contoh lain termasuk penafian, pengekangan, mengalih perhatian, penenangan, penilaian semula dan kelucuan.

JADUAL 5. Ketahanan trauma berdasarkan tindakan dan emosi

Mekanisme ketahanan	Berdasarkan emosi	Berdasarkan tindakan
1 Bertindak melulu: tidak menangani – akur pada tekanan untuk berbuat jahat.		x
2 Pengekangan matlamat: merendahkan pandangan terhadap perkara yang kelihatan lebih mudah dicapai.		x
3 Altruisme: Membantu orang lain untuk membantu diri sendiri.		x
4 Serangan: cuba untuk mengalahkan perkara yang mengancam anda.		x
5 Penghindaran: menghindari sesuatu yang menyebabkan kesengsaraan secara fizikal atau mental.		x
6 Pemetakan: memisahkan pemikiran konflik kepada bahagian yang berasingan.	x	
7 Pengimbangan: menggantikan kelemahan dalam suatu sudut dengan cara mendapatkan kekuatan dari sudut yang lain.	x	
8 Penukaran: penukaran separa sedar tekanan kepada gejala fizikal.	x	
9 Penafian: enggan mengakui bahawa sesuatu peristiwa telah berlaku.	x	
10 Sesaran: menukar tindakan yang disengajakan kepada sasaran yang lebih selamat.		x
11 Pemisahan: memisahkan diri dari bahagian-bahagian kehidupan anda.		x
12 Emosional: Ledakan dan emosi yang melampau.	x	
13 Fantasi: melarikan diri dari realiti ke dalam dunia yang penuh dengan kemungkinan.	x	
14 Tindak balas lawan-atau-lari: Bertindak balas dengan menyerang.		x
15 Kelucuan: mencari sesuatu yang dapat mengurangkan ketidakgembiraan atau yang bertentangan dengan emosi sebenar.	x	
16 Idealisasi: menekankan kebaikan dan mengabaikan batasan-batasan berkenaan perkara yang dikehendaki.		x
17 Pengenalan: meniru orang lain untuk memperoleh ciri-ciri mereka.		x
18 Intelektualisasi: menghindari emosi dengan memberi focus pada fakta dan logik.		x
19 Introjeksi: membawa perkara-perkara dari dunia luar ke dalam dunia dalaman.	x	
20 Keagresifan pasif: menghindari penolakan secara pengekangan pasif.	x	
21 Melaksanakan upacara keagamaan: Corak yang melewati.		x
22 Projeksi: melihat perasaan yang anda tidak ingini dalam diri orang lain.	x	
23 Rasionalisasi: mencipta alasan yang logik untuk tingkah laku jahat.	x	
24 Pembentukan Reaksi: menghindari sesuatu dengan mengambil kedudukan yang bertentangan.	x	
25 Regresi: kembali kepada keadaan kanak-kanak untuk menghindari masalah.	x	
26 Pengekangan: menyembunyikan pemikiran yang tidak selesai secara separa sedar.	x	
27 Mencederakan diri: merosakkan tubuh badan secara fizikal.		x
28 Somatisasi: masalah psikologi bertukar menjadi gejala fizikal.		x
29 Sublimasi: menyalurkan tenaga psikik ke dalam aktiviti-aktiviti yang boleh diterima.		x
30 Penggantian: Menggantikan suatu perkara dengan yang lain.	x	
31 Perencatan: menahan dorongan yang tidak diinginkan secara sedar.	x	
32 Perlambangan: menukar pemikiran yang tidak diinginkan kepada simbol metafora.	x	
33 Memandang rendah: Memperkecil sesuatu tu yang besar.	x	
34 Pengunduran: tindakan 'mengundur' salah laku secara psikologi untuk pesalah.		x

Sumber dan adaptasi: Allen 1995; Rothschild 2000; Blizard 2003; Bonanno 2004; Denborough 2006; Rutz et al. 2008

Menurut Allen (1995), Rothschild (2000), Bonanno (2004), dan Denborough (2006) terdapat beberapa respons tingkah laku yang biasa terhadap trauma. Jadual 5 membentangkan pelbagai mekanisme ketahanan yang digunakan selepas mengalami trauma yang dikategorikan sama ada berasaskan tindakan atau emosi. Individu yang mengalami trauma boleh mempunyai lebih dari satu mekanisme ketahanan.

Sebagai contoh, individu yang telah didiagnosis dengan kanser uterus menghadapi trauma diagnosis dan trauma tidak boleh mempunyai anak melalui mekanisme yang berasaskan tindakan iaitu altruisme dan idealistik. Pada masa yang sama, individu ini juga merasa kerapuhan emosi atau memandang enteng terhadap kanser tersebut. Dalam keadaan ini, pemahaman berkenaan empat mekanisme ketahanan yang berbeza diperlukan sama ada untuk menguatkan atau mengubah mekanisme supaya klien dapat menerima keadaan trauma tersebut, menyesuaikan diri dengan perubahan gaya hidup yang disebabkan kanser, dan memulihkan fungsi normal rutin harian.

Dalam fasa ini, sama seperti fasa tiga; rangkaian sokongan sosial memainkan peranan penting dalam membantu klien mengatasi trauma. Rangkaian ini termasuk sokongan emosi dari keluarga, rakan-rakan, rakan sekerja, dan komuniti yang lebih besar. Ahli profesional perlu mengenal pasti rangkaian sokongan sosial klien yang sedia ada dan yang berpotensi. Hal ini penting kerana pada hakikatnya, masa untuk sesi terapi adalah terhad dan ahli profesional tidak boleh berada di sisi klien sepanjang masa.

Banyak perkara boleh menghalang pemulihan trauma. Peranan rangkaian sokongan bukanlah untuk memanjakan atau bersimpati dengan individu yang mengalami trauma sehingga ke tahap pergantungan emosi. Sebaliknya, ia lebih pada empati dan mengukuhkan pemulihan trauma. Rangkaian sokongan yang positif membolehkan klien memahami bahawa dia tidak bersendirian dan mampu mengatasi pengalaman trauma.

Psikoterapi Khusus Untuk Pemulihan Trauma Berikut menunjukkan beberapa pendekatan untuk pemulihan trauma selepas penilaian psikologi dijalankan. Walaupun ramai ahli profesional sering menggunakan satu kaedah terapi, adalah disarankan beberapa jenis kaedah digunakan untuk memaksimumkan usaha untuk membantu klien dalam mengatasi trauma. Di samping itu, disebabkan oleh perbezaan personaliti dan trauma, sesetengah bentuk terapi mungkin mempunyai kadar kejayaan yang lebih baik dari jenis lain.

Terapi Kognitif Tingkah Laku Dalam terapi kognitif, ahli profesional membantu klien untuk memahami dan mengubah pemikiran tentang trauma dan akibatnya. Matlamat terapi adalah untuk memahami bagaimana pemikiran tertentu mengenai trauma boleh menyebabkan tekanan dan menjadikan gejala semakin teruk. Dengan kesedaran ini akan memudahkan tanggungjawab ahli profesional memberi kemahiran kepada klien kaedah

kognitif dan tingkah laku yang mempercepatkan pemulihan dari trauma. Klien akan belajar untuk mengenal pasti pemikiran tentang dunia dan diri yang membuatkan dia berasa takut atau marah. Pemikiran-pemikiran yang berkaitan dengan trauma akan digantikan dengan pemikiran yang lebih tepat dan kurang menyedihkan. Individu itu juga akan belajar cara-cara untuk menangani perasaan seperti marah, rasa bersalah, dan takut.

Terapi Pendedahan Matlamat terapi pendedahan adalah untuk mengurangkan ketakutan terhadap ingatan yang berkait dengan trauma (Maldonado et al. 2002). Ia berasaskan idea bahawa seseorang belajar untuk takut atau berfikir takut, berperasaan negatif, dan mengingat peristiwa trauma yang lalu. Dengan berbicara tentang trauma berulang kali dengan ahli profesional, individu yang mengalami trauma belajar untuk mengawal pemikiran trauma dan perasaan. Individu tersebut tidak perlu berasa takut dengan memori.

EMDR Pergerakan mata penyahpekaan dan pemprosesan semula (EMDR) adalah terapi yang agak baru untuk PTSD (Lazrove & Fine 1996). Seperti lain-lain jenis kaunseling, ia dapat membantu mengubah bagaimana seseorang bertindak balas terhadap ingatan trauma. Ketika bercakap mengenai memori, klien memberi tumpuan pada gangguan seperti pergerakan mata, tepukan tangan, dan bunyi. Sebagai contoh, ahli profesional akan menggerakkan tangannya berhampiran dengan muka, dan klien akan mengikuti pergerakan tersebut dengan mata.

Rawatan Perubatan Perencat pengambilan semula serotonin terpilih (SSRIs) adalah sejenis ubat antidepresan. Ia boleh membantu individu yang mengalami trauma berasa kurang sedih dan bimbang. Dalam praktikal, ia kelihatan membantu, dan sangat berkesan bagi sesetengah orang (Maldonado et al. 2002). SSRIs termasuk citalopram (*Celexa*), *fluoxetine* (seperti *Prozac*), *paroxetine* (*Paxil*), dan *sertraline* (*Zoloft*).

Terapi Berkumpulan Dalam terapi berkumpulan, seseorang bercakap dengan sekumpulan orang yang juga telah melalui trauma. Perkongsian pengalaman dengan orang lain boleh membantu individu yang mengalami trauma berasa lebih selesa untuk berbicara tentang trauma. Ini dapat membantu seseorang menghadapi gejala, ingatan, dan kesan-kesan yang berkaitan dengan peristiwa trauma.

Klien belajar untuk menangani emosi seperti malu, rasa bersalah, marah, berang, dan ketakutan. Berkongsi dengan kumpulan juga dapat membantu untuk membina keyakinan diri dan kepercayaan kepada kebolehan sendiri. Klien belajar untuk menumpukan perhatian pada kehidupan sekarang, dari rasa ditenggelami oleh masa lalu atau merasa sebagai mangsa sepanjang masa.

Psikodinamik Psikoterapi Ringkas Dalam terapi jenis ini, individu yang mengalami trauma belajar cara-cara untuk menangani konflik emosi yang disebabkan oleh trauma (Blizard 2003). Terapi ini membantu untuk

memahami bagaimana masa lalu memberi kesan kepada perasaan semasa. Ahli profesional boleh membantu untuk mengenal pasti apa yang mencetuskan kenangan tekanan dan gejala-gejala lain. Ini dilakukan untuk mencari cara-cara mengatasi perasaan yang kuat tentang masa lalu dan meningkatkan keyakinan diri.

Terapi Keluarga PTSD boleh mendatangkan kesan kepada semua ahli keluarga. Anak-anak atau pasangan mungkin tidak memahami mengapa individu yang mengalami trauma menjadi marah atau tertekan. Mereka mungkin berasa takut, bersalah, atau marah dengan pengalaman atau keadaan emosi klien. Ahli profesional membantu individu yang mengalami trauma dan juga ahli keluarganya berkomunikasi, mengekalkan hubungan baik, dan menangani emosi yang sukar. Dalam terapi keluarga, setiap orang boleh mengekspresikan ketakutan dan kebimbangan. Bahagian-bahagian yang penting dalam rawatan dan pemulihan dibincangkan. Melalui cara ini, keluarga akan lebih bersedia untuk membantu klien.

RAWATAN KHUSUS UNTUK JENIS KECELARUAN DISOSIATIF

AMNESIA DISOSIATIF

Sebelum rawatan bermula, adalah penting untuk menentukan bahawa amnesia adalah disosiatif pada asalnya. Klien yang hadir dengan dengan permulaan akut biasanya dirawat dengan lebih agresif daripada klien yang mempunyai amnesia kronik (Freyd 1994; Maldonado et al. 2002).

Amnesia akut. Bagi klien yang menunjukkan tanda-tanda akut, persekitaran terapi amnesia yang selamat adalah perlu (Maldonado et al. 2002). Kennedy dan Neville (1957) telah menunjukkan bahawa kadangkala dengan hanya mengalihkan rangsangan ancaman dan menyediakan persekitaran yang selamat untuk individu membolehkan ingatan semula secara spontan.

Amnesia kronik. Hipnosis boleh memberi manfaat dalam memulihkan dan menyelesaikan ingatan trauma. Pembentukan semula pengalaman trauma boleh berlaku semasa proses hipnosis. Menurut Maldonado et al. (2002), rawatan Amnesia Disosiatif kronik biasanya adalah dalam jangka masa panjang.

KECELARUAN IDENTITI DISOSIATIF

Rawatan biasanya melibatkan komponen-komponen berikut: hubungan terapeutik yang kuat, persekitaran terapeutik yang selamat, sempadan yang sesuai, kemajuan kontrak ketiadaan kecederaan diri sendiri atau orang lain, pemahaman struktur personaliti, bekerja melalui bahan trauma dan disosiasi, membina pertahanan psikologi yang lebih matang, dan integrasi keadaan diri (Kluft 1999; Lazrove & Fine 1996; Blizard 2003).

KECELARUAN DEPERSONALISASI

Rawatan-rawatan kini yang digunakan melibatkan pelbagai model termasuk pendekatan kognitif dan tingkah laku, psikoanalisis, dan psikofarmakologi (seperti yang dipetik dalam Maldonado et al. 2002). Penemuan klinikal adalah tidak konsisten. Kekurangan kajian rawatan empirikal mengenai depersonalisasi memberi kesan buruk kepada pemahaman dan rawatan kecelaruan disosiasi lain. Ini adalah kerana depersonalisasi sering menjadi komponen untuk kecelaruan sebegini (Simeon et al. 2001).

KESIMPULAN

Artikel ini cuba menerangkan proses yang terlibat dalam penilaian psikologi individu yang mengalami trauma. Tidak seperti pendekatan psikoterapi satu dimensi untuk kaedah kognitif tingkah laku, membantu klien yang mengalami trauma memerlukan penggunaan banyak pendekatan. Dalam artikel ini, empat fasa telah digariskan. Tiada teori tertentu yang ditetapkan pada mana-mana fasa. Dalam setiap fasa, kaedah dan alat-alat penilaian yang berlainan digunakan untuk membantu ahli profesional dalam merealisasikan psikoterapi dan rawatan holistik.

PENGHARGAAN

Pengarang ingin mengucapkan setinggi penghargaan kepada Universiti Sains Malaysia (USM) dan USM Fellowship kerana membolehkan manuskrip ini dihasilkan. Tidak lupa juga kepada Pusat Bahasa USM Kampus Kesihatan atas bantuan dan sokongan yang diberikan sepanjang penghasilan penulisan ini.

RUJUKAN

- Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R. & Stewart, L. 2007. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 164: 1319-1326.
- Allen, J. G. 1995. *Coping with Trauma: A Guide to Self-Understanding*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T. 1972. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Becker, T., Karriker, W., Overkamp, B. & Rutz, C. 2008. *The extreme abuse surveys: Preliminary findings regarding dissociative identity disorder; Forensic aspects of dissociative identity disorder*. London: Karnac Books.
- Bem, S.L. 1974. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 155-62.
- Blizard, R.A. 2003. Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation* 4(3): 27-50.

- Bonanno, G.A. 2004. Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59: 20-28.
- Boulanger, G. 2007. *Wounded by Reality – Understanding and Treating Adult Onset Trauma*. The Analytic Press, New York.
- Brown, A.D. 2008. The effects of childhood trauma on adult perception and worldview. Capella University. PhD Thesis
- Browne, A. & Finkelhor, D. 1986. *Impact of Child Sexual Abuse: a Review of the Research*. *Psychol Bull* 99: 66-77.
- Carlson, E.B. & Ruzek, J. 2004. *Effects of Traumatic Experiences: A National Center for PTSD Fact Sheet*. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.
- Denborough, D. 2006. *Trauma: Narrative Responses to Traumatic Experience*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- DePrince, A.P. & Freyd, J.J. 2002. The Harm of Trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In J. Kauffman (Ed.) *Loss of the Assumptive World: A Theory of Traumatic Loss*, pp. 71-82. New York: Brunner-Routledge.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E.E.J., Godoy, A., Hornke, L.F., Ter Laak, J., Vizcarro, C. & Zaccagnini, J.L. (2001). Guidelines for the Assessment Process (GAP): A proposal for discussion. *European Journal of Psychological Assessment* 17(3): 187.
- Folkman, S. 1984. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personal and Social Psychology* 46: 839-852.
- Friedman, A.F., Bolinsky, P.K., Levak, R.W. & Nichols, D.S. 2014. *Psychological Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF*. Routledge.
- Freyd, J.J. 1994. Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior* 4(4): 307-329.
- Hare, R.D. & Neumann, C.N. 2006. The PCL-R Assessment of Psychopathy: Development, Structural Properties, and New Directions. In C. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy*, pp.58-88. New York: Guilford.
- Hunsley, J. & Mash, E.J. (2011). Evidence-based assessment. *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* 76-97.
- Kaplan, R. & Saccuzzo, D. 2012. *Psychological Testing: Principles, Applications and Issues*. Cengage Learning.
- Kline, P. 2013. *Handbook of Psychological Testing*. Routledge.
- Kluft, R.P. 1999. Current issues in dissociative identity disorder. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioural Health*: 2-19.
- Kaslow, F.W. & Sussman, M.B. 1982. *Cults and the Family*. New York: Haworth Press.
- Kennedy, A. & Neville, J. 1957. Sudden loss of memory. *British Medical Journal* 2: 428-433.
- Kisiel, C.L. & Lyons, J.S. 2001. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 158: 1034.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. & McCullough, M.E. 2001. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Lazrove, S. & Fine, C.G. 1996. The use of EMDR in patients with Dissociative Identity Disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 9(4): 289-299.
- Liotti, G. 1999. Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry Special Issue: Attachment Research and Psychoanalysis* 19(5): 757-783.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. 1995. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Maldonado, J.R., Butler, L.D. & Spiegel, D. 2002. *Treatments for Dissociative Disorders*. In *A Guide to Treatments that Work*. (2nd Ed). New York: Oxford University Press.
- Malinosky-Rummell, R. & Hansen, D.J. 1993. Long term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 144: 68-79.
- Martinez-Toboas, A. & Guilermo, B. 2002. Dissociation, psychopathology and abusive experiences in a non-clinical Latino university student group. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6: 32-41.
- Millon, T. & Davis, R. D. 1996. *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons, Inc
- Morris, C.G. & Maisto, A.A. 2005. *Psychology: An Introduction* (12th ed). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Nash, M.R., Hulseley, T.L., Sexton, M.C., Harralson, T.L. & Lambert, W. 1993. Long-term sequelae of childhood sexual abuse, perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 276-283.
- Neugarten, B.L., Havinghurst, R.J. & Tobin, S. 1961. The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology* 16: 134-143.
- Noblitt, J.R. & Perskin, P.S. 2000. *Cult and Ritual Abuse: Its History, Anthropology, and Recent Discovery in Contemporary America*. New York: Praeger.
- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Breitenstein, J.L. & Hahn, S.K. 2002. Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 58(4): 443-56.
- Pearlin, L., Liberman, M., Menaghan, E. & Mullan, J. 1981. The Stress process. *Journal of Health and Social Behaviour* 22: 337-356.
- Rempel, J.K. & Holmes, J.G. 1986. "How Do I Trust Thee?" *Psychology Today*. (February) 28-34.
- Rothschild, B. 2000. *The Body Remembers: The Physiology of Trauma and Trauma Treatment*, USA: Norton Professional Books.
- Russell, D.E.H. 1986. *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York: Basic Books.
- Rust, J. & Golombok, S. 2014. *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment*. Routledge.
- Rutz, C. Becker, T., Overkamp, B. & Karriker, W. 2008. Exploring commonalities reported by adult survivors of extreme abuse: Preliminary empirical findings. In *Ritual Abuse in the Twenty-first Century: Psychological, Forensic, Social and Political Considerations*, edited by Noblitt, J.R. & R.C. Brandon, Oregon: Robert D. Reed Publishers.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B. & Knutelska, M. 2001. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *The American Journal of Psychiatry* 158(7): 1027-3.
- Singer, M.T. 1979. "Coming Out of Cults," *Psychology Today*, Jp. 75; "Destructive Cults, Mind Control and Psychological

Coercion, "Positive Action Portland, Oregon, and "Fact Sheet," New York City: Cult Hot-Line and Clinic.

Steinberg, M. 1994. *Interviewers Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P. & Rounsaville, B. 1993. Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The Structured Interview for DSM-IV

Dissociative Disorders (SCID-D). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 61(1): 108-120.

Stolorow, R.D. 2007. *Trauma and Human Existence*. New York: Routledge.

Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (eds.) 1996. *Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guilford Press.

Geshina Ayu Mat Saat
Nadiah Syariani Md Shariff
Program Sains Forensik
Pusat Pengajian Sains Kesihatan
Universiti Sains Malaysia
16150 Kubang Kerian, Kelantan
Malaysia

Pengarang untuk dihubungi: Geshina Ayu Mat Saat
Alamat Emel: geshina@usm.my
Tel.: +6097677773
Faks: +6097677515

Diterima: 20 Ogos 2014