

Resistensi dalam Psikoterapi Terhadap Trauma KDRT Pada Anak (Perspektif Psikoanalisa)

Evita Yuliatul Wahidah
STIT Muhammadiyah Bojonegoro
E-mail: evitayuliatulwahidah.21@gmail.com

Abstract: Psychological resistance is a phenomenon that is often encountered in clinical practice where the patient either directly or indirectly change their behavior oppose or refuse to discuss, remember, or think about the experience may be clinically relevant. Resistance could impinge on child trauma of domestic violence. And it is important to understand that domestic violence exposure in children can cause various problems in both the short and long term. In the short term such as: threats to the safety of life of children, damaging the structure of the family, the emergence of various mental disorders; whereas in the long term raises the potential of children engaged in violent behavior and abuse in the future, either as perpetrators or victims. Psychoanalytic theory gives a resolution deals Trauma Psychotherapy Against Domestic Violence on Children In include: Free Association, Interpretation (Interpretation), and the analysis of dreams. For this paper to begin discussion of the notion of resistance, understanding and concepts of psychotherapy for the child trauma of domestic violence within the perspective of psychoanalysis.

Keywords: *Resistensi, Psikoterapi, Trauma KDRT, Psikoanalisa.*

Pendahuluan

Perjuangan mengatasi resistensi merupakan pekerjaan utama psikoanalisis dan bagian terpenting dari penanganan analitik. Padahal hal ini tidak dapat diwujudkan dengan mudah. Kekuatan yang membantu analisis untuk mengatasi resistensi-resistensi klien adalah keinginan untuk sembuh dari klien, minat klien terhadap apa pun yang mungkin dimiliki pada saat proses analitik dan yang paling penting adalah relasi positif klien dengan analisisnya.

Resistensi adalah sesuatu yang melawan kelangsungan terapi dan mencegah klien mengemukakan bahan yang tidak disadari. Selama asosiasi bebas dan analisis mimpi, klien dapat menunjukkan ketidaksediaan untuk menghubungkan pikiran, perasaan, dan pengalaman tertentu. Freud memandang bahwa resistensi dianggap sebagai dinamika tak sadar yang digunakan oleh klien sebagai pertahanan terhadap kecemasan yang tidak bisa dibiarkan, yang akan meningkat jika klien menjadi sadar atas dorongan atau perasaan yang direpres tersebut.

Sedangkan Psikoterapi adalah proses reduksi yang bertujuan membantu seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan, terutama dengan intervensi psikologis yang merupakan kebalikan dari pengobatan fisik, seperti yang

menggunakan obat-obatan. (Frank J. Bruno)

Ada tiga golongan utama dalam psikoterapi, yaitu psikoanalisis yang berasumsi bahwa ada kehidupan mental yang tidak disadari. Golongan ini dikembangkan oleh Freud. Metode terapi yang dikembangkan oleh golongan pertama ini adalah asosiasi bebas dan interpretasi mimpi.

Golongan yang kedua adalah behavioristik, yang berasumsi bahwa banyak perilaku maladaptif yang disebabkan karena salah belajar. Golongan ini mengembangkan metode terapi *counter-conditioning* dan *desensitization therapy* (terapi desensitisasi), yang akan dijelaskan dan ditunjukkan dalam penerapan teori Malik B. Badri. Sedangkan, golongan yang ketiga adalah humanistik, yang berasumsi bahwa manusia memiliki kesadaran dan kemauan. Golongan ini mengembangkan logo terapi, psikologi humanistik dan *rational-emotive therapy* sebagai metode terapinya.

Dalam pembahasan ini mengangkat perkembangan psikopatologi pada anak-anak yang mengalami trauma KDRT dalam kehidupannya. Anak-anak yang tinggal dalam lingkup keluarga yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) memiliki resiko yang tinggi mengalami trauma atas pengalaman menyaksikan kekerasan, bahkan juga akhirnya turut menjadi korban penganiayaan. Pengalaman menyaksikan, mendengar, mengalami kekerasan dalam lingkup keluarga dapat menimbulkan pengaruh-pengaruh negatif pada keamanan, stabilitas hidup dan kesejahteraan anak¹. Dalam hal ini posisi anak menjadi korban secara tidak langsung atau dapat disebut sebagai korban laten.²

Berangkat dari pernyataan tersebut, pentingnya diangkat pembahasan tentang resistensi dalam psikoterapi terhadap trauma KDRT pada anak sesuai perspektif psikoanalisa. Tulisan ini memulai pembahasan dari resistensi dalam psikoterapi, Perkembangan Psikopatologi dalam trauma KDRT pada anak, jenis-jenis psikoterapi terhadap trauma KDRT pada anak dalam perspektif psikoanalisa.

Pembahasan

I. Resistensi Dalam Psikoterapi

Resistensi adalah sebuah konsep yang fundamental dalam praktek terapi

¹ Carlson, B. E. (2000). *Children exposed to intimate partner violence. Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 321-342.

² Margaretha (2007). Hak anak dalam kekerasan dalam rumah tangga: Menilik penjaminan hak anak dan penyelesaian konflik pada anak yang berada dalam keluarga yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Disampaikan dalam Temu Ilmiah Nasional Universitas Airlangga, 2007.

Psikoanalitik, adalah suatu yang melawan kelangsungan terapi dan mencegah klien mengemukakan bahan yang tak disadari. Freud memandang resistensi sebagai suatu dinamika yang tidak disadari yang mendorong seseorang untuk mempertahankan terhadap kecemasan. Hal ini akan timbul bila orang menjadi sadar terhadap dorongan dan perasaan yang tertekan. Resistensi adalah segala usaha yang dilakukan pasien untuk menghambat bahan tak sadar menjadi sadar.

Resistensi psikologis adalah fenomena sering dijumpai dalam praktek klinis di mana pasien baik secara langsung maupun tidak langsung mengubah perilaku mereka menentang atau menolak untuk membahas, mengingat, atau berpikir tentang pengalaman mungkin secara klinis relevan.

Freud memandang bahwa resistensi merupakan suatu dinamika yang tidak disadari untuk mempertahankan kecemasan. Resistensi atau penolakan adalah keengganan klien untuk mengungkapkan materi ketidaksadaran yang mengancam dirinya, yang berarti ada pertahanan diri terhadap kecemasan yang dialaminya. Apabila hal ini terjadi, maka sebenarnya merupakan kewajaran. Namun, yang penting bagi konselor adalah bagaimana pertahanan diri tersebut dapat diterobos sehingga dapat teramati, untuk selanjutnya dianalisis dan ditafsirkan, sehingga klien menyadari alasan timbulnya resistensi tersebut. Interpretasi konselor terhadap resistensi ditujukan kepada bantuan klien untuk menyadari alasan timbulnya resistensi.

Proses interpretasi resistensi, terapis meminta klien melakukan asosiasi bebas dan analisis mimpi yang dapat menunjukkan kesediaan klien untuk menghubungkan pikiran, perasaan dan pengalaman klien. Terapis menanyakan bila terjadi hal yang berbeda dengan apa yang di utarakan misal klien bercerita dengan penuh semangat namun tiba-tiba sedih.

Tujuan dari terapi psikoanalisa adalah untuk mengubah kesadaran individu, sehingga segala sumber permasalahan yang ada didalam diri individu yang semulanya tidak sadar menjadi sadar, serta memperkuat ego individu untuk dapat menghadapi kehidupan yang realita.

Didalam terapi psikoanalisis ini sangat dibutuhkan sifat dari terapeutik, maksudnya adalah adanya hubungan interpersonal dan kerja sama yang profesional antara terapis dan klien, terapis harus bisa menjaga hubungan ini agar klien dapat merasakan kenyamanan, ketenangan dan bisa rileks menceritakan permasalahan

serta tujuannya untuk menemui terapis. Karena fokus utama dalam proses terapi ini adalah menggali seluruh informasi permasalahan dan menganalisis setiap kata-kata yang diungkapkan oleh klien.

Beberapa alasan mengapa tujuan utama dari terapi ini adalah penyadaran individu, yakni :

1. Bila individu menyadari konflik *intrapsikis* nya atau permasalahan yang ada dalam dirinya, maka individu tidak perlu lagi banyak mengeluarkan energi psikisnya melakukan *defence mechanism*.
2. Penyadaran memungkinkan untuk membentuk kembali struktur kepribadian yang selama ini terpisah, maksudnya adalah adanya konflik antara *id*, *ego*, *superego* yang selama ini tidak berjalan dengan baik. Proses penyadaran dalam terapi ini mengajak individu untuk mengenali kembali dan menerima bagian-bagian diri yang selama ini ditolak, diserang, dan diproyeksikan terhadap orang lain. Setelah itu semua disadari, kemungkinan secara bertahap bagian-bagian dari kepribadian individu akan kembali kokoh.
3. Penyadaran juga memulihkan kembali hubungan antara dunia internal dan realita eksternal, sehingga individu dapat memandang dunia secara nyata.

Suatu bentuk perilaku atau cara yang dilakukan individu dalam mengalihkan dan mengurangi ancaman atau kecemasannya dengan cara tertentu. Sistem kerja *defence mechanism* tergantung pada tingkat perkembangan dan derajat kecemasan yang dialami individu. *Ego defence mechanism* mempunyai 2 karakteristik yaitu, sifatnya menolak realita atau memutarbalikan realita dan beroperasi pada alam bawah sadar. *Defence mechanism* bukanlah sebuah patologi atau gangguan, melainkan sebuah perilaku normal yang dapat digunakan individu untuk mengurangi kecemasan yang dialami, namun apabila *ego defence mechanism* terlalu sering dilakukan maka akan mengalami gangguan.

Macam-macam bentuk *Defence Mechanism*

1. *Proyeksi* : merupakan suatu perbuatan untuk mengurangi/ frustrasi dengan cara melampiaskan keluar sentimen-sentimen dan dorongan-dorongan keluar dalam dirinya.

2. *Represi* : merupakan suatu perbuatan untuk mengurangi kecemasan/frustasi dengan cara menekan kembali keinginannya.
3. *Regresi* : merupakan suatu mekanisme dengan kembali ke masa-masa perkembangan yang telah dilewati sebelumnya, ketika seseorang menghadapi kesulitan/ kecemasan perilaku yang muncul adalah kekanakan-kanakan atau mundur seperti masa lalu saat mengalami kenyamanan.
4. *Rasionalisasi* : merupakan mekanisme pertahanan diri untuk mengurangi kecemasan/frustasi dengan cara memberikan alasan-alasan yang bersifat rasional, atau mencoba memaafkan diri sendiri dan kesalahan.
5. *Reaksi formasi* : perbuatan untuk mengurangi kecemasan/frustasi dengan melakukan perbuatan sebaliknya atau berlawanan dengan kondisi saat mengalami stress/dalam masalah, misalnya perasaan benci diganti dengan perasaan cinta.
6. *Sublimasi* : adalah perbuatan untuk mengurangi kecemasan/frustasi dengan cara melakukan perbuatan yang bersifat positif ataupun melakukan perbuatan sosial.
7. *Displacement* : merupakan perbuatan untuk mengurangi kecemasan/frustasi dengan mengalihkan ke perbuatan negatif.

Psikoterapi dalam Trauma KDRT Pada Anak Perspektif Psikoanalisa

1. Perkembangan Psikopatologi dalam Trauma KDRT pada Anak

Anak-anak yang menjadi saksi peristiwa kekerasan dalam lingkup keluarga atau korban KDRT secara tidak langsung juga dapat mengalami gangguan serius dalam perkembangan, mental dan emosional, perilaku, kesehatan, dan kemampuan akademisnya di sekolah.³ Tidak jarang, karena sering melihat kekerasan di sekelilingnya, anak menjadi cenderung agresif (*externalizing problem behavior*) atau menarik diri dari lingkungan sosialnya (*internalizing problem behavior*). Penting untuk dipahami bahwa ekspos kekerasan dalam rumah tangga pada anak dapat menimbulkan berbagai persoalan baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka

³ Bauer, N. S., Herrenkohl, T. I., Lozano, P., Rivara, F. P., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2006). Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *American Academy of Pediatrics*, 118, 235-242.

pendek seperti: ancaman terhadap keselamatan hidup anak, merusak struktur keluarga, munculnya berbagai gangguan mental; sedangkan dalam jangka panjang memunculkan potensi anak terlibat dalam perilaku kekerasan dan pelecehan di masa depan, baik sebagai pelaku maupun korbannya.

Lebih lanjut, penelitian longitudinal oleh Emery (2011) menemukan bahwa hubungan antara trauma menyaksikan KDRT dengan munculnya problem psikologis melemah seiring meningkatnya usia anak pada saat menyaksikan KDRT pertama kali. Usia anak pada saat terekspos KDRT menjadi moderator hubungan antara KDRT dan problem perilaku, atau dengan kata lain probabilitas munculnya problem perilaku akibat terekspos KDRT menjadi lebih rendah jika anak menyaksikan KDRT pada usia yang lebih tua. Hal ini mengindikasikan bahwa efek trauma KDRT mempengaruhi perkembangan psikologis anak.⁴

Trauma menyaksikan dan atau mengalami KDRT dapat mempengaruhi berbagai dimensi kehidupan anak dan manifestasinya dapat terjadi secara khas di masing-masing tahapan perkembangan. Jika trauma terjadi dalam periode yang cukup lama, maka efeknya juga akan semakin buruk atas perkembangan anak; bahkan efek kumulatif tersebut dapat terus mempengaruhi hingga masa dewasanya. Oleh karena itu, tulisan ini akan fokus untuk mengulas apa dan bagaimana pengaruh KDRT pada perkembangan psikopatologi sepanjang masa kanak hingga remaja. Berikut akan diuraikan pengaruh trauma KDRT yang dapat terjadi pada masa kanak awal, masa usia sekolah dan masa remaja.

a. Masa kanak-kanak awal

Pada masa kanak-kanak awal (sejak lahir hingga 6-7 tahun), anak masih sangat tergantung pada pengasuhnya untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologisnya, oleh karena itu mereka mengembangkan kelekatan dengan pengasuhnya, biasanya ibunya. Hubungan antara anak dengan pengasuhnya dipengaruhi oleh perkembangan kognitifnya, dimana ciri kemampuan kognitif anak pada usia ini adalah pola pikir pre-

⁴ Emery, C.R. (2011). *Behavior Problems and Exposure to Intimate Partner Violence Controlling for Selection Effects in the Relationship Between Child Behavior Problems and Exposure to Intimate Partner*. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1541-1558.

operasional.⁵ Dalam masa ini, anak belajar lebih banyak dipengaruhi oleh apa yang mereka lihat atau dengar daripada hasil logika berpikir mereka. Oleh karena itu mereka akan mengalami kesulitan untuk memahami hal-hal yang bersifat abstrak, contohnya seperti kesulitan memahami apa dan bagaimana makna kematian.

Dalam hal perkembangan diri, mereka masih berada dalam fase egosentris, artinya mereka berasumsi bahwa semua pikiran dan perasaan semua orang sama atau merujuk pada pikiran dan perasaan mereka, sehingga mereka sulit memahami situasi dari perspektif orang lain.⁶ Secara emosional, mereka sedang berproses untuk mengenali berbagai bentuk perasaan dan emosi, serta emosi apa dan bagaimana yang perlu ditunjukkan dalam suatu konteks situasi. Lebih lanjut, keterbatasan perbendaharaan kata dan kepekaan penggunaan kata yang dimiliki mereka masih terbatas, karena itu mereka juga sering menggunakan perilaku untuk mengungkapkan emosi atau perasaan mereka, contohnya: menangis dan melempar barang sebagai tanda perasaan marah. Oleh karena itu, anak pada masa kanak-kanak awal perlu mengembangkan kelekatan yang kuat (*secured attachment*) dengan pengasuhnya, dimana pengasuh akan berperan penting sebagai pemberi struktur dan sebagai panduan belajar dalam memahami dan mengendalikan emosi anak.⁷

Pada usia ini anak masih sangat bergantung pada pengasuhnya atas segala aspek kehidupan mereka, maka pengaruh negatif KDRT yang akan dialami akan lebih mendalam sepanjang hidup mereka.⁸ Anak usia ini yang menyaksikan KDRT dapat memunculkan lebih banyak permasalahan perilaku, permasalahan relasi sosial, gejala *post-traumatic stress disorder*, dan kesulitan mengembangkan empati jika dibandingkan dengan anak seusianya yang tidak menyaksikan KDRT.⁹

⁵ Vernon, A. (2009). *Counselling for children and adolescents*. Love Publishing Company: Denver.

⁶ Ibid

⁷ Edleson, J.L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-869.

⁸ Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., & Semel, M. A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16, 269-290.

⁹ Ibid

Stress yang dialami balita muncul dalam berbagai gejala seperti: mudah menangis, kurang berkembang atau mundurnya kemampuan berbahasa dan *toilet training*¹⁰; gangguan tidur, serta persoalan kelekatan dimana anak mudah takut dan stress jika ditinggal pengasuhnya.¹¹ Juga ditemukan gejala psikosomatis seperti sakit kepala, sakit perut, asma, insomnia, mimpi buruk, tidur sambil berjalan, dan enuresis.¹² Gejala-gejala psikosomatis ini merupakan indikasi usaha ego mereka untuk melepaskan diri dari rasa takut atau kecemasan mereka yang disebabkan oleh stress menyaksikan KDRT.

Pertanyaan yang muncul dari sini adalah, bagaimana mekanisme munculnya permasalahan psikologis anak yang menyaksikan KDRT pada masa kanak-kanak awal? Pemahaman anak pada usia ini atas KDRT sebagai konsep yang abstrak masihlah terbatas. Mereka dapat membuat simpulan-simpulan sederhana tentang apa itu KDRT dari apa yang mereka lihat sehari-hari, seperti KDRT adalah berkelahi atau memukul; namun pemahaman mereka atas bagaimana dan mengapa KDRT terjadi belumlah utuh. Sehingga dapat disimpulkan bahwa efek negatif KDRT tidak terjadi secara langsung pada saksi KDRT balita melainkan pengaruhnya tidak langsung melalui hubungan kelekatan antara balita dan pengasuhnya.

Ibu yang menjadi korban KDRT akan mengalami keadaan emosional yang negatif dan mendalam (emosi sedih, marah), hal ini membuat ibu kesulitan menyediakan kebutuhan emosi keamanan dan nyaman yang konsisten bagi anak karena mereka sibuk dengan mengelola emosi negatif yang mereka alami sebagai korban KDRT. Terbagi di antara rasa sedih, marah dan takut dengan tuntutan memberikan rasa nyaman dan aman bagi anaknya. Jika orang tua gagal memberikan dukungan emosional bagi balitanya, maka akibatnya

¹⁰ Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9, 33-49. Suara Karya (2007) Artikel: Pemberdayaan Perempuan: KDRT hambat jiwa anak. Edisi Senin, 2 Juli 2007.

¹¹ Lundy, M., & Grossman, S. F. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society*, 86, 17-29.

¹² Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.

kelekatan antara orang tua-anak menjadi lemah¹³ atau pada beberapa kasus anak dapat mengembangkan kelekatan ambivalen atau disorganized attachment, dimana ibu dilihat sebagai sumber rasa nyaman dan juga rasa takut.¹⁴

Martin (2002) mencoba menjelaskan bahwa anak yang dibesarkan ibu korban KDRT mengalami kesulitan dalam menentukan pendekatan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan afeksinya yaitu rasa aman dan nyaman dari pengasuhnya. Akhirnya, ambivalensi ini membuat anak kesulitan belajar mengidentifikasi, memahami dan memilih emosi yang tepat untuk diungkapkan dalam suatu relasi yang dekat.¹⁵ Lebih lanjut ibu juga kurang dapat berperan menjadi panduan dalam memahami dan mengungkapkan emosi yang tepat dalam suatu konteks. Misalkan, kemarahan ibu sebagai korban KDRT yang tidak tersalurkan juga ditemukan dapat disalurkan pada perilaku kekerasan dalam pengasuhan anak. Lebih lanjut, ibu yang mengalami gangguan kesehatan mental juga berhubungan dengan semakin besarnya gangguan perkembangan anak. Hal ini dapat terjadi karena di satu sisi, depresi ibu semakin memperburuk pengalaman negatif anak atas KDRT.¹⁶ Namun di sisi lain, ibu yang depresi juga cenderung mudah melaporkan bahwa anak-anak mereka menjadi sulit diatur, karena Ibu kewalahan mengelola perasaannya sendiri sehingga mereka kesulitan melakukan pengasuhan dan pengawasan anak.¹⁷

b. Masa usia sekolah

Pada masa usia sekolah (6-12 tahun) anak mengembangkan kemampuan pemahaman emosi yang lebih kompleks. Oleh karena itu, mereka menjadi lebih mampu merasakan apa dan bagaimana perasaan

¹³ Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., & Semel, M. A. (2002). Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 206-218.

¹⁴ Martin, S. G. (2002). Children exposed to domestic violence: Psychological considerations for health care practitioners. *Holistic Nursing Practice*, 16, 7-15.

¹⁵ Ibid

¹⁶ Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.

¹⁷ Edleson, J.L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-869.

mereka dan juga mampu memahami bagaimana perasaan orang lain. Secara kognitif mereka juga mulai bergerak dari pola pikir pra-operasional menuju operasional konkret; dimana kemampuan berpikir menjadi lebih logis dan kemampuan memecahkan persoalan menjadi lebih baik.

Kemampuan bahasa berkembang melalui eksplorasi dalam interaksi sosial. Akan tetapi, karena pola pikir yang masih konkret, masih belum memungkinkan mereka untuk mengolah hal-hal abstrak. Akibatnya, dalam berpikir mereka cenderung melompat pada simpulan tertentu tanpa berpikir untuk melihat berbagai kemungkinan atau alternatif lain terlebih dahulu.¹⁸ Contohnya, jika ibu tidak memeluk saya seperti yang biasanya ia lakukan sebelum tidur, maka anak berpikir bahwa ada sesuatu yang ia lakukan sehingga membuat ibunya marah dan tidak mau memeluknya. Secara personal, perkembangan diri mereka berkembang dari pemahaman akan atribut-atribut yang mereka miliki. Atribut psikologis atau fisik seperti, “saya pintar”, atau “saya pendek” menjadi dasar pengembangan kompetensi dan harga diri (*self-esteem*) mereka. Pada masa ini, secara emosional mereka menjadi kritis terhadap diri sendiri dan peka terhadap masukan dari orang lain; oleh karena itu mereka mampu mengembangkan emosi kompleks seperti rasa bersalah, malu dan harga diri.¹⁹

Pada usia sekolah, efek yang paling sering terlihat dari KDRT adalah kurang berkembangnya kemampuan sosial dan agresif, kesulitan menyesuaikan diri dan beradaptasi dengan lingkungan sekolah, munculnya perasaan sedih dan depresi.²⁰ Persoalan yang paling besar mungkin adalah permasalahan dengan kemampuan sosial anak. Anak dengan keterbatasan kemampuan sosial dapat menjadi lebih reaktif-agresif atau menarik diri secara sosial; akibatnya mereka sering dilaporkan menjadi pelaku atau korban dari *bullying*.²¹ Lebih lanjut anak-

¹⁸ Vernon, A. (2009). *Counselling for children and adolescents*. Love Publishing Company: Denver.

¹⁹ Ibid

²⁰ Ibid

²¹ Bauer, N. S., Herrenkohl, T. I., Lozano, P., Rivara, F. P., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2006). *Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence*. American Academy of

anak ini dapat mengalami kesulitan untuk mengikuti peraturan di sekolah, kurang mampu mengembangkan relasi yang bermakna dengan teman sebaya dan sulit mempercayai guru.

Perkembangan sosio-emosional anak usia ini membuat mereka mampu memahami lebih dalam fenomena KDRT, terutama bagaimana perasaan ibunya yang menjadi korban.²² Mereka juga mampu memahami alasan terjadinya KDRT dan melakukan prediksi kapan terjadinya KDRT di lingkungan rumah, bahkan pada kasus-kasus tertentu anak akan berusaha untuk mencegah terjadinya kekerasan di rumah berdasarkan pemahaman mereka tersebut. Namun kemampuan kognitif dan emosional yang diiringi sikap kritis mereka sering membuat usaha pemahaman mereka atas kejadian KDRT menjadi kurang tepat. Sering, anak-anak yang hidup dalam keluarga yang mengalami KDRT berpikir bahwa mereka turut memiliki andil atas terjadinya kekerasan di rumah. Contoh pikiran-perasaan yang muncul pada anak-anak yang menyaksikan KDRT di masa ini adalah: “karena saya nakal maka ayah marah-marah dan memukul ibu”. Hal ini terjadi karena anak yang masih memiliki pola pikir egosentris, mengambil posisi kritis dengan menyalahkan diri sendiri atas terjadinya kekerasan pada ibunya.²³ Tidak jarang mereka akan berlogika bagaimana cara mencegah kekerasan terjadi di rumah (“saya akan berusaha tidak nakal agar ayah tidak marah-marah” atau “ayah memukul ibu karena rumah berantakan, maka saya akan membantu ibu memastikan rumah rapih”), bahkan bisa melakukan berbohong dan menutupi keadaan rumah dalam rangka menjaga kestabilan rumah dan keluarga. Jika tidak diresolusi, kesalahan berpikir ini dapat berpotensi menjadi dasar perilaku agresifnya baik secara sosial maupun dalam relasi intimnya di masa depan.²⁴

Pediatrics, 118, 235-242.

²² Daniel, Wassell, & Gilligan, 1999 dalam Holt, Buckley, & Whelan, 2008. Opcit.

²³ Vernon: 2009, Opcit.

²⁴ Cunningham & Baker, 2004 dalam Holt, Buckley, & Whelan, 2008. Opcit.

c. Masa remaja

Periode remaja berlangsung dari usia pubertas hingga usia kemasakan dewasa (11-12 tahun hingga 18 tahun). Pubertas ditandai dengan perubahan fisik dan hormonal.

Secara kognitif, terjadi transisi secara bertahap dari pola pikir operasional konkrit menuju operasional formal, dimana kematangan berpikir ditandai dengan kemampuan berpikir abstrak, meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah dan kemampuan mengkaji persoalan dari berbagai perspektif (Kaplan, 2000 dalam Vernon, 2009). Namun perlu dipahami bahwa pencapaian kematangan berpikir biasanya dicapai pada periode akhir masa remaja, dan waktu pencapaian kematangan berpikir ini sangat dipengaruhi oleh perbedaan individual.

Pada sisi lain seorang remaja muda (12-14 tahun), kemampuan penalaran yang lebih tinggi belum tentu ikut disertai pemahaman yang menyeluruh atas suatu situasi, misalnya: walau tahu orang tuanya tidak memperbolehkan pulang malam, remaja mudah akan mencoba menolak hukuman jika ia melanggar peraturan tersebut.

Secara personal, remaja berusaha untuk membentuk pribadi yang unik dan lebih otonom. Namun pada remaja muda, usaha individuasi ini masih sering berkonflik dengan kebutuhan mereka yang masih tergantung pada orang tua baik secara ekonomi, psikologis dan sosial. Kebutuhan menjadi diri sendiri juga sering bersitegang dengan kebutuhan diterima oleh kelompok teman sebaya dan teman dalam relasi intimnya. Akibatnya mereka menjadi peka dan cenderung reaktif emosional terhadap persoalan yang berkaitan dengan orang tua dan remaja sebayanya.

Sedangkan pada remaja menengah-akhir (15-18 tahun), kemampuan berpikir secara formal telah berkembang sehingga lebih mampu melakukan perencanaan tentang masa depan yang lebih realistis. Secara personal, mereka berproses untuk mengembangkan identitas dan kemandirian, seiring dengan ini remaja juga mengalami tuntutan peran baru baik secara seksual, psikologis dan sosial sebagai individu yang berproses menuju kedewasaan.

Kesuksesan dalam proses diatas akan mempengaruhi tingkat kepercayaan diri-nya (*self confident*). Didukung dengan kedewasaan berpikir, remaja akhir lebih mampu mengendalikan emosi dan perasaannya daripada remaja muda.²⁵ Namun, pada usia ini remaja masih mungkin melakukan perilaku yang tidak konsisten antara sikap dan perilaku, contohnya: mengetahui bahwa ia belum siap melakukan perilaku seksual namun ketika diminta oleh pacarnya akhirnya melakukan perilaku seksual. Hal ini terjadi bukan karena keterbatasan kognitif sehingga mereka tidak mampu berpikir tentang alternatif lain, namun lebih dikarenakan keterbatasan pengalaman sehingga mereka dapat mengambil keputusan yang kurang tepat.

Berbagai penelitian menunjukkan remaja yang menyaksikan KDRT menunjukkan banyak persoalan dalam relasi sosialnya, mereka mengalami kesulitan membentuk relasi intim yang sehat baik dengan teman sebaya maupun dengan teman dalam relasi intimnya.²⁶

Remaja yang menyaksikan KDRT ditemukan memiliki masalah kelekatan sosial terutama munculnya sikap sosial menjauh (*avoidant attachment style*) yang berarti bahwa mereka memiliki tingkat kepercayaan sosial yang rendah pada orang lain.²⁷ Hal ini terjadi karena mereka melakukan sikap terhadap relasi sosial yang telah dipelajari dari lingkungan keluarganya. Berbagai literatur dan riset menemukan hubungan antara trauma masa remaja dengan kekerasan yang dilakukan oleh laki-laki pada pasangan perempuannya di masa dewasa. Edleson (1999) menyatakan bahwa pengalaman menyaksikan kekerasan dalam keluarga dapat digunakan menjadi prediktor atas kemunculan perilaku KDRT pada laki-laki dan prediktor atas pengalaman viktimisasi pada laki-laki dan perempuan dalam suatu relasi intim di masa dewasa. Remaja yang hidup di lingkungan KDRT ditemukan memiliki tingkat persepsi kontrol diri yang rendah dan distress personal, serta melakukan perilaku

²⁵ Vernon: 2009. Opcit.

²⁶ Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., & Semel, M. A. (2002). Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 206-218.

²⁷ Ibid

beresiko seperti eksperimentasi dan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.²⁸

Namun perlu dipahami bahwa tidak semua anak dan remaja yang mengalami dan atau menyaksikan KDRT akan menampilkan hanya perilaku berpersoalan, mereka juga dapat menunjukkan sikap dan perilaku positif untuk membantu atau memberikan dukungan emosional dan dukungan praktis untuk ibu atau korban kekerasan lainnya di keluarga.

Anak dan remaja ini juga dapat mengadopsi perilaku merawat ibu, adik atau saudara sekandungnya, ia akan mengembangkan sikap melindungi keluarga walaupun ia memahami masih mengalami persoalan atas pengelolaan lingkungan yang mengalami kekerasan. Namun perlu dipahami, terkadang tindakan ini bisa juga berarti memperburuk tekanan trauma KDRT bagi remaja, karena beban psikologisnya sebenarnya bertambah dengan tanggung-jawab pengasuhan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan secara seksama bagaimana dinamika psikologis masing-masing individu anak dan remaja dalam menghadapi pengalaman KDRT. Pemahaman atas dinamika psikologis korban serta disesuaikan dengan pertimbangan tahapan perkembangan psikologisnya akan dapat membantu proses intervensi dan pemulihan korban anak-remaja menjadi lebih optimal.

Jenis-Jenis Psikoterapi Terhadap Trauma KDRT pada Anak Perspektif Psikoanalisa

1. Asosiasi Bebas

Asosiasi Bebas merupakan teknik utama dalam psikoanalisis. Terapis meminta klien agar membersihkan pikirannya dari pikiran-pikiran dan renungan-renungan sehari-hari, serta sedapat mungkin mengatakan apa saja yang muncul dan melintas dalam pikiran. Cara yang khas adalah dengan mempersilakan klien berbaring di atas balai-balai sementara terapis duduk di

²⁸ Goldblatt, H. (2003). Strategies of coping among adolescents experiencing interparental violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 532-552.

belakangnya, sehingga tidak mengalihkan perhatian klien pada saat-saat asosiasinya mengalir dengan bebas.

Asosiasi bebas merupakan suatu metode pemanggilan kembali pengalaman-pengalaman masa lampau dan pelepasan emosi-emosi yang berkaitan dengan situasi traumatis masa lalu, yang kemudian dikenal dengan *katarsis*.

2. Penafsiran (Interpretasi)

Penafsiran merupakan prosedur dasar di dalam menganalisis asosiasi bebas, mimpi-mimpi, resistensi, dan transferensi. Caranya adalah dengan tindakan-tindakan terapis untuk menyatakan, menerangkan, dan mengajarkan klien makna-makna tingkah laku apa yang dimanifestasikan dalam mimpi, asosiasi bebas, resistensi, dan hubungan terapeutik itu sendiri. Fungsi dari penafsiran ini adalah mendorong ego untuk mengasimilasi bahan baru dan mempercepat proses pengungkapan alam bawah sadar secara lebih lanjut. Penafsiran yang diberikan oleh terapis menyebabkan adanya pemahaman dan tidak terhalangnya alam bawah sadar pada diri klien.

3. Analisis Mimpi

Studi Freud yang mendalam tentang mimpi melahirkan pandangan-pandangan kritisnya tentang hal ini. Bukunya yang berjudul "*The Interpretation of Dreams*" (1899) adalah telaah intensif atas mimpi yang dilakukannya. Mimpi bagi Freud sejajar dengan gejala-gejala penderita neurosis dan interpretasi atasnya selalu mendukung hipotesisnya. Baginya mimpi adalah merupakan pemenuhan yang tersamar dan bersifat halusinasi atas keinginan-keinginan yang terpaksa ditekan. Bagian teori tentang mimpi yang paling hakiki dan vital bagi Freud adalah adanya kaitan antara distorsi mimpi dengan suatu konflik batiniah atau semacam ketidakjujuran batiniah (jurnal "*Mengkaji Lucia Hartini Dan Lukisannya Dari Perspektif Psikoanalisis*")

Analisis mimpi adalah prosedur atau cara yang penting untuk mengungkap alam bawah sadar dan memberikan kepada klien pemahaman atas beberapa area masalah yang tidak terselesaikan. Selama tidur, pertahanan-pertahanan melemah, sehingga perasaan yang *direpres* akan

muncul ke permukaan, meski dalam bentuk lain. Freud memandang bahwa mimpi merupakan “jalan istimewa menuju ketidaksadaran”, karena melalui mimpi tersebut hasrat-hasrat, kebutuhan-kebutuhan, dan ketakutan tak sadar dapat diungkapkan. Beberapa motivasi diantaranya sangat tidak dapat diterima oleh seseorang, sehingga pada akhirnya diungkapkan dalam bentuk yang disamarkan atau disimbolkan dalam bentuk yang berbeda.

Mimpi memiliki dua taraf, yaitu *isi laten* dan *isi manifes*. Isi laten terdiri atas motif-motif yang disamarkan, tersembunyi, simbolik, dan tidak disadari. Karena begitu menyakitkan dan mengancam, maka dorongan-dorongan seksual dan perilaku agresif tak sadar (yang merupakan isi laten) ditransformasikan ke dalam isi manifes yang lebih dapat diterima, yaitu impian yang tampil pada si pemimpi sebagaimana adanya. Sementara tugas terapis adalah mengungkap makna-makna yang disamarkan dengan mempelajari simbol-simbol yang terdapat dalam isi manifes. Di dalam proses terapi, terapis juga dapat meminta klien untuk mengasosiasikan secara bebas sejumlah aspek isi manifes impian untuk mengungkap makna-makna yang terselubung.

4. Analisis Resistensi

Resistensi adalah sesuatu yang melawan kelangsungan terapi dan mencegah klien mengemukakan bahan yang tidak disadari. Selama asosiasi bebas dan analisis mimpi, klien dapat menunjukkan ketidaksediaan untuk menghubungkan pikiran, perasaan, dan pengalaman tertentu. Freud memandang bahwa resistensi dianggap sebagai dinamika tak sadar yang digunakan oleh klien sebagai pertahanan terhadap kecemasan yang tidak bisa dibiarkan, yang akan meningkat jika klien menjadi sadar atas dorongan atau perasaan yang direpres tersebut.

5. Analisis Transferensi

Resistensi dan transferensi merupakan dua hal inti dalam terapi psikonalisis. Transferensi dalam keadaan normal adalah pemindahan emosi dari satu objek ke objek lainnya, atau secara lebih khusus pemindahan emosi

dari orangtua kepada terapis. Dalam keadaan neurosis, merupakan pemuasan libido klien yang diperoleh melalui mekanisme pengganti atau lewat kasih sayang yang melekat dan kasih sayang pengganti. Seperti ketika seorang klien menjadi lekat dan jatuh cinta pada terapis sebagai pemindahan dari orangtuanya.

Dengan cara ini, maka diharapkan klien dapat menghidupkan kembali masa lampaunya dalam terapi dan memungkinkan klien mampu memperoleh pemahaman atas sifat-sifat dari fiksasi-fiksasi, konflik-konflik, serta mengatakan kepada klien suatu pemahaman mengenai pengaruh masa lalu terhadap kehidupannya saat ini.

Catatan Akhir

Resistensi sebuah konsep yang fundamental dalam praktek terapi Psikoanalitik, adalah suatu yang melawan kelangsungan terapi dan mencegah klien mengemukakan bahan yang tak disadari. Perjuangan mengatasi resistensi merupakan pekerjaan utama psikoanalisis dan bagian terpenting dari penanganan analitik. Sedangkan Psikoterapi adalah proses reduksi yang bertujuan membantu seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan, terutama dengan intervensi psikologis yang merupakan kebalikan dari pengobatan fisik, seperti yang menggunakan obat-obatan.

Anak-anak yang menjadi saksi peristiwa kekerasan dalam lingkup keluarga atau korban KDRT secara tidak langsung juga dapat mengalami gangguan serius dalam perkembangan, mental dan emosional, perilaku, kesehatan, dan kemampuan akademisnya di sekolah. Dampak lainnya, anak menjadi cenderung agresif (*externalizing problem behavior*) atau menarik diri dari lingkungan sosialnya (*internalizing problem behavior*).

Jenis-Jenis Psikoterapi Terhadap Trauma KDRT pada Anak Dalam Perspektif Psikoanalisa: *Pertama*, Asosiasi Bebas, Asosiasi Bebas merupakan teknik utama dalam psikoanalisis. Terapis meminta klien agar membersihkan pikirannya dari pikiran-pikiran dan renungan-renungan sehari-hari, serta sedapat mungkin mengatakan apa saja yang muncul dan melintas dalam pikiran. *Kedua*, Penafsiran (Interpretasi), Penafsiran merupakan prosedur dasar di dalam menganalisis asosiasi bebas, mimpi-mimpi, resistensi, dan transferensi. *Ketiga*, Analisis mimpi adalah prosedur atau cara

yang penting untuk mengungkap alam bawah sadar dan memberikan kepada klien pemahaman atas beberapa area masalah yang tidak terselesaikan. Selama tidur, pertahanan-pertahanan melemah, sehingga perasaan-perasaan yang *direpres* akan muncul ke permukaan.

Daftar Rujukan

Bair-Merritt, M., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). *Physical Health Outcomes of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: A systematic review*. Pediatrics.

Bauer, N. S., Herrenkohl, T. I., Lozano, P., Rivara, F. P., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2006). *Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence*. American Academy of Pediatrics.

Carlson, B. E. (2000). *Children exposed to intimate partner violence. Trauma, Violence, and Abuse*.

Edleson, J.L. (1999). *Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. Journal of Interpersonal Violence*.

Emery, C.R. (2011). *Behavior Problems and Exposure to Intimate Partner Violence Controlling for Selection Effects in the Relationship Between Child Behavior Problems and Exposure to Intimate Partner*. Journal of Interpersonal Violence.

Fanani, E.R. (2006) Undang-undang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga belum menjawab keadilan bagi korban KDRT. Sumber: <http://www.bkkbn.go.id>, akses: Agustus, 2007.

Goldblatt, H. (2003). *Strategies of coping among adolescents experiencing interparental violence. Journal of Interpersonal Violence*.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). *The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. Child Abuse & Neglect*.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., & Semel, M. A. (2001). *The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning*. Journal of Family Violence.

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., & Semel, M. A. (2002). *Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence*. Journal of Clinical Child Psychology.

Lundy, M., & Grossman, S. F. (2005). *The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. Families in Society*.

Margaretha (2007). Hak anak dalam kekerasan dalam rumah tangga: Menilik penjaminan hak anak dan penyelesaian konflik pada anak yang berada dalam keluarga yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Disampaikan dalam Temu Ilmiah Nasional Universitas Airlangga, 2007.

Margaretha (2010). *Children exposed to domestic violence: The latent victims*. Disampaikan dalam *Division of Forensic Psychology Conference from the British Psychological Society*, pada tanggal 23-24 Juni di University of Kent, United Kingdom.

Martin, S. G. (2002). *Children exposed to domestic violence: Psychological considerations for health care practitioners*. *Holistic Nursing Practice*.

Martin, S.L., Gordon, T.E., & Kupersmidt, J.B. (1995). *Survey of exposure to violence among the children of migrant and seasonal farm workers*. *Public Health Reports*.

Osofsky, J. D. (1999). *The impact of violence on children*. *The Future of Children*, 9, 33-49. Suara Karya (2007) Artikel: Pemberdayaan Perempuan: KDRT hambat jiwa anak. Edisi Senin, 2 Juli 2007.

Vernon, A. (2009). *Counselling for children and adolescents*. Love Publishing Company: Denver.