

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.5 2.1 Halusinasi Pendengaran

2.1.1 Definisi

Halusinasi pada dasarnya merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang dialami oleh seseorang dimana orang tersebut mengalami perubahan persepsi sensori berupa pengelihatn, suara, pengecapa, perabaan (Herman, 2017). Sementara halusinasi pendengaran merupakan terjadinya perubahan persepsi pada pasien gangguan jiwa dimana pasien tersebut mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak berhubungan dengan stimulus nyata dan orang lain tidak mendengar apa yang didengar pasien tersebut (Deden & Rusdi, 2018). Pendapat sejenis disampaikan Iyus (2017) bahwa yang dimaksud dengan halusinasi pendengaran adalah kesalahan pasien gangguan jiwa dalam mempersepsikan suara-suara yang didengarnya dimana suara tersebut bisa berupa suara yang menyenangkan, menyedihkan, mengancam dan merusak.

Berdasarkan sejumlah definisi di atas, maka bisa disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan halusinasi pendengaran adalah perubahan persepsi sensori yang dialami oleh pasien gangguan jiwa dimana dirinya salah mempersepsikan suara-suara yang didengarnya dan orang lain tidak mendengar apa yang didengar pasien. Suara-suara yang salah dipersepsikan tersebut bisa berupa suara ancaman, menyenangkan, menyedihkan dan sejenisnya. Selanjutnya, dapat dikatakan pula bahwa halusinasi pendengaran

merupakan kesalahan pasien gangguan jiwa dalam mempersepsikan rangsangan yang diterima melalui indera pendengarannya dimana rangsangan tersebut sebenarnya tidak ada atau tidak nyata dan tidak bisa dibuktikan.

2.1.2 Etiologi

Mary (2023) menyatakan bahwa halusinasi pendengaran bisa terjadi yang diakibatkan oleh sejumlah kondisi sebagai berikut:

1. Skizofrenia

Halusinasi pendengaran sangat terkait dengan gangguan jiwa skizofrenia. Bahkan 75% orang dengan skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran. Halusinasi ini sifatnya verbal dimana melibatkan suara.

2. Kondisi kejiwaan lainnya

Selain kondisi gangguan kejiwaan skizofrenia, halusinasi pendengaran juga bisa terjadi pada seseorang yang mengalami kondisi berikut ini: depresi bipolar, gangguan kepribadian, dan parasomnia.

3. Kondisi neurologis

Ada kondisi neurologis yang kemungkinan besar bertanggungjawab atas terjadinya halusinasi pendengaran, antara lain: tumor serebal (pertumbuhan sel atipial di bagian serebal otak), epilepsi (suatu kondisi yang melibatkan kejang), tinitus (telinga berdenging), delirium (kondisi pikiran yang sangat atipikal yang bermanifestasi dalam pikiran atau ucapan yang tidak koheren), cedera otak traumatis (kerusakan pada otak yang diakibatkan oleh trauma mendadak seperti halnya pukulan di kepala), ensefalitis virus (peradangan pada otak akibat infeksi virus), kejadian

kardiovaskuler yang mempengaruhi bagian otak tertentu seperti halnya stroke.

4. Beberapa kondisi lain

Kondisi-kondisi yang dimaksud seperti ketulian setelah lahir, kekurangan nutrisi, disfungsi tiroid, gangguan autoimun, kelainan kromosom dan stre fisik dan psikologis ekstrem sementara.

5. Penyalahgunaan zat

Halusinasi pendengaran juga bisa terjadi karena penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan.

2.1.3 Patofisiologi dan Pohon Diagnosa

Menurut Oktaviani (2020), patofisiologi atau perjalanan penyakit gangguan jiwa halusinasi, termasuk halusinasi pendengaran, yang terjadi pada seseorang muncul dan berkembang dengan lima fase berikut ini:

1. *Sleep disorder*

Pada fase ini, pasien biasanya mengalami perasaan yang mendalam seperti halnya cemas, kesepian, takut. Untuk meredakan hal itu, biasanya pasien melakukan percobaan untuk fokus pada pikiran yang dirasa menyenangkan seperti halnya tertawa atau tersenyum yang tidak sesuai, gerakan matanya cepat dan pasien asyik sendiri. Pasien yang seperti itu biasanya merasa ada banyak masalah. Ketika berbagai stresor terakumulasi, maka masalah yang dirasakannya akan semakin terasa. Contoh stressornya seperti kekasih hamil, terlibat narkoba, *drop out* dari kampus, ditinggal kekasih, dan sejenisnya. Pasien kemudian menganggap bahwa lamunan-

lamunan bisa mengatasi sejumlah masalah atau sejumlah stressor tersebut (Syahdi & Pardede, 2022).

2. *Comforting*

Pengalaman sensori yang dirasa menakutkan atau menjijikan. Dalam tahap ini, pasien mulai lepas kendali dan menjaga jarak dengan sumber cemas atau stresnya. Kemudian pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti merasa berdosa, kesepian, ketakutan dan mulai memusatkan pikirannya pada timbulnya rasa cemas dan stres. Kemudian pasien merasa bahwa dengan mengontrol cemas dan stresnya, ia bisa mengatasi masalahnya. Pada fase ini, pasien cenderung merasa nyaman dengan halusinasi yang dirasakannya (Syahdi & Pardede, 2022).

3. *Condemning*

Fase dimana pasien menyerah pada halusinasi dan menghentikan perlawanan pada halusinasinya. Pasien kemudian mulai menjaga jarak dengan objek yang dipersepsikannya. Karena itu, pasien mulai menarik diri dari orang lain dan sukar berhubungan dengan orang lain dalam waktu yang lama (Syahdi & Pardede, 2022).

4. *Controlling Severe Level of Anxiety*

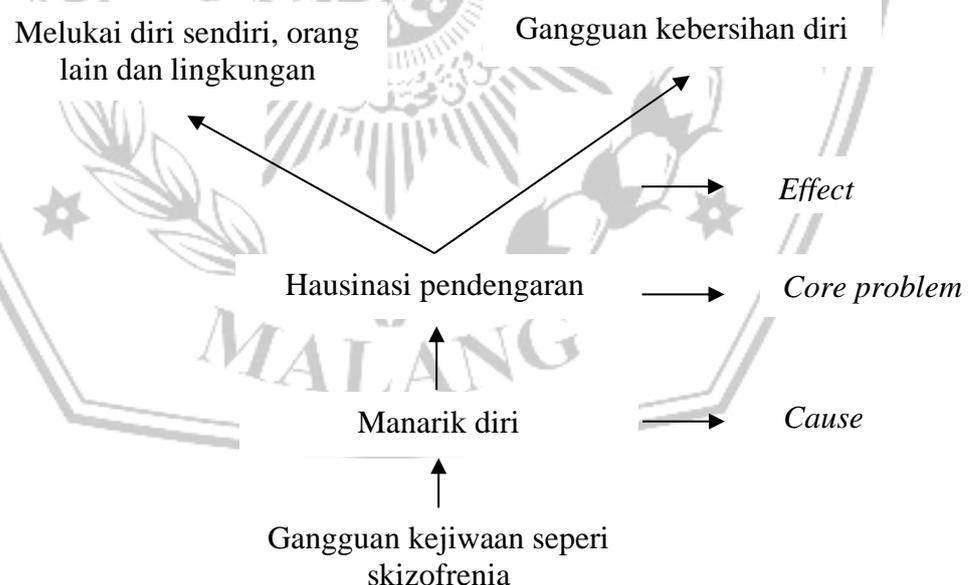
Fase ini merupakan fase dimana pasien mulai mengikuti perintah halusinasi dan kondisi tersebut mengancam diri dan lingkungannya. Karena pasien mulai melakukan perilaku kekerasan, agitasi, tidak mematuhi perintah orang lain dan tidak mampu merespon perintah lebih dari satu orang. Pada fase ini pula, pasien mulai mencoba melakukan perlawanan terhadap suara-suara abnormal yang datang pada dirinya.

Namun, pasien merasa kesepian melandanya ketika halusinasi yang dirasakannya berakhir. Ketika itu terjadi, maka di situlah gangguan psikotik mulai terjadi (Syahdi & Pardede, 2022).

5. *Conquering Panic Level of Anxiety*

Fase ini merupakan fase dimana pasien mulai merasa terancam dengan suara-suara yang datang pada dirinya ketika ia tidak bisa menuruti apa yang didengari dari perintah halusinasinya. Ketika pasien tidak mendapatkan komunikasi terpeutik, maka halusinasi yang dirasakannya bisa berlangsung minimal empat jam atau seharian (Syahdi & Pardede, 2022).

Menurut Setiawan (2017), patofisiologi atau perjalanan penyakit gangguan halusinasi pendengaran yang dialami oleh pasien, khususnya pasien skizofrenia, secara sederhana bisa digambarkan dalam pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 1. Pohon Diagnosa Pasien Halusinasi Pendengaran

2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut Herman (2017), pasien yang mengalami halusinasi pendengaran bisa dilihat dari tanda dan gejala sbjekif dan objektif.

1. Data subjektif

Data subjektif pasien gangguan jiwa yang mengalami halusinasi pendengaran biasanya pasien mendengarkan suara atau bunyi-buyinan tanpa disertai dengan stimulus nyata, takut pada apa yang merasa didengarnya, ingin memukul atau melempar barang, merasa makan sesuatu, merasa ada sesuatu pada kulitnya.

2. Data objektif

Data objektif pasien gangguan jiwa yang mengalami halusinasi pendengaran biasanya pasien akan berbicara, tertawa, senyum-senyum snediri, berbicara kacau dan kadang-kadang tidak masuk akal, pasien tidak bisa membedakan sesuatu yang nyata dan tidak nyata, menghindari atau menarik diri dari orang lain, disorientasi, konsentrasi menurun atau tidak bisa memusatkan perhatiannya, selalu merasa curiga, gelisah, takut, bingung, ekspresi wajah tegang, muka merah dan pucat, tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kurang bisa mengontrol diri, menunjukkan perilaku yang bisa merusak diri dan lingkungannya.

2.1.5 Rentang Respon

Menurut Stuart (2016), halusinasi pada dasarnya merupakan reaksi maladaptif pasien dengan rentang respon yang berbeda. Tabel berikut ini merupakan rentang respon pada pasien halusinasi:

Tabel 1. Rentang Respon

Respon Adaptif	→	Respon Maladaptif
-----------------------	---	--------------------------

✓ Pikiran yang logis	✓ Distorisi pikiran	✓ Gangguan pikiran atau delusi
✓ Persepsi yang akurat	✓ Ilusi	✓ Halusinasi
✓ Emosi yang konsisten dengan pengalaman	✓ Reaksi emosional yang berlebihan atau kurang	✓ Sulit merespon
✓ Perilaku yang sesuai	✓ Perilaku tidak biasa atau aneh	✓ Perilaku disorganiasi
✓ Berhubungan sosial	✓ Menarik diri dari masyarakat	✓ Isolasi sosial

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Halusinasi

Faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi terdiri dari dua faktor, yaitu predisposisi dan presipitasi.

1. Predisposisi

Aldam *et al.*, (2019) menyatakan bahwa etiologi atau penyebab terjadinya dari aspek predisposisi, antara lain:

a. Biologis

Secara biologis, pasien halusinasi, termasuk halusinasi pendengaran, kemungkinan memiliki hubungan keluarga yang juga menderita gangguan kejiwaan yang sama dengan keluarga tingkat pertama (seperti orang tua), tingkat kedua (seperti kakek-nenek). Ketika memiliki hubungan keluarga yang semacam itu, maka seseorang rentan mengalami gangguan halusinasi.

b. Psikologis

Faktor-faktor yang termasuk dalam kategori ini seperti halnya kondisi keluarga, pola asuh dan lingkungan.

c. Sosial-budaya

Faktor-faktor yang termasuk dalam kategori ini antara lain: kondisi ekonomi, konflik sosial dan kehidupan terisolasi yang disertai dengan kondisi stres.

Pendapat sejenis juga menyatakan bahwa faktor predisposisi atau faktor yang mempermudah terjadinya halusinasi terdiri dari beberapa hal, yaitu:

a. Perkembangan

Faktor ini menyatakan bahwa pasien halusinasi mengalami gangguan pada perkembangannya seperti halnya kurangnya mengontrol emosi dan teradinya ketidakharmonisan dalam keluarganya, sehingga hal itu bisa menyebabkan pasien tidak bisa berdiri sejak kecil, hilang percaya dirinya dan mudah frustrasi.

b. Sosio-kultural

Faktor sosio-kultural yang dimaksud biasanya pasien merasa tidak diterima di lingkungannya sejak ia masi bayi, sehingga hal itu membekas pada dirinya dan akan diingatnya sampai pasien dewasa serta pasien akan merasa disingkirkan dari lingkungan dan merasa kesepian serta pasien tidak akan percaya pada lingkungannya.

c. Biokimia

Faktor biokimia yang dimaksud biasanya pasien mengalami stres yang berlebihan, sehingga tubuhnya akan menghasilkan suatu zat yang sifatnya halusinogenik *dimetytranferase* dan *neorukimia buffoeno*, sehingga pada akhirnya akan terjadi ketidakseimbangan *asetilokin* dan *dopamin*.

d. Psikologis

Faktor psikologis yang dimaksud adalah tipe kepribadian yang lemas dan tidak bertanggung jawab. Faktor ini biasanya menjadikan pasien mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Pasien akan lebih mudah memilih kesenangan sesaat atau sementara dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Genetik dan pola asuh

Gen keluarga dan pola asuh yang diterapkan di dalam keluarga sebagaimana ditunjukkan oleh sejumlah penelitian menunjukkan adanya hubungan yang sangat berpengaruh pada terjadinya halusinasi pasien. Artinya, halusinasi tersebut bisa menurun dari orang tua dan hal itu juga dipermudah oleh pola asuh yang tidak benar di dalam keluarga pasien.

2. Presipitasi

Aldam *et al.*, (2019) menyatakan bahwa etiologi atau penyebab terjadinya halusinasi dari aspek presipitasi, antara lain:

a. Biologi

Faktor ini terkait dengan gangguan komunikasi dan putaran balik otak yang berfungsi untuk mengatur proses informasi dimana hal ini biasanya terjadi pada pasien yang putus obat. Pasien tersebut biasanya akan mengalami halusinasi kembali.

b. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang menyebabkan stres atau menjadi stresor di luar batas toleransi.

c. Koping

Lemahnya mekanisme koping yang bisa menentukan seseorang dalam mentoleransi stresor yang muncul. Ketika hal itu terjadi, maka seseorang rentan mengalami halusinasi.

2.1.7 Komplikasi

Menurut Putri *et al.* (2022) komplikasi yang bisa terjadi pada pasien halusinasi antara lain: resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial dan harga diri rendah. Keliat & Akemat (2016) menyatakan bahwa halusinasi yang dialami pasien bisa menjadi alasan ia melakukan kekerasan karena ia menganggap bahwa suara-suara yang didengarnya telah memberinya perintah. Menurutnya, pada pasien skizofrenia, perilaku kekerasan biasanya diawali dengan adanya rasa diri yang tidak berharga, takut dan ditolak lingkungan, sehingga pada akhirnya pasien menjaga jarak atau menyingkir dari orang lain yang ada di sekitarnya.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Satrio *et al.* (2019) menyatakan bahwa tata laksana medis untuk pasien yang mengalami halusinasi pendengaran karena gangguan skizofrenia bisa dilakukan dengan pemberian obat-obatan psikofarmakologis, yaitu obat-obatan yang lazim atau biasa diberikan kepada pasien dengan halusinasi

pendengaran sebagai gejala psikotik dimana terdiri dari dua golongan obat-obatan, yaitu antipsikotik dan antiparkinson.

1. Antipsikotik

Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini seperti halnya *chlorpromazine* (contoh: *Largactile, Promactile*), *Haloperidol* (contoh: *Serenace, Haldol, Ladomer*), *Stelazine, Resperidone* (contoh: *Respiridal*), dan *Clozapine*.

2. Antiparkinson

Obat-obatan yang termasuk dalam golongan obat ini seperti *Trihexpenidile* dan *Arthan*.

1.6 2.2 Skizofrenia

2.2.1 Definisi

Secara etimologis, skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu “*schizo*” (terpotong atau terpecah) dan “*phren*” (pikiran). Karena itu, skizofrenia bisa diartikan sebagai pikiran yang terpecah atau terpecahnya pikiran (Maramis & Maramis, 2017). Secara terminologis, skizofrenia adalah gangguan psikis di mana hal itu ditandai dengan gejala penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, dan disorganisasi pikiran, persepsi, dan kognitif (Stuart & Laraia, 2016). Karena itu pula, maka dapat dikatakan bahwa skizofrenia merupakan terpecahnya pikiran, perasaan dan tindakan yang pada akhirnya memunculkan gejala penyimpangan realitas, penarikan diri dari kehidupan sosial, dan disorganisasi pikiran dan perasaan.

2.2.2 Faktor Resiko

Penyebab terjadinya skizofrenia tidak diketahui secara pasti. Hanya saja, para peneliti umumnya meyakini bahwa ada sejumlah faktor tertentu yang meningkatkan resiko atau memicu terjadinya skizofrenia, antara lain:

1. Faktor genetik. Seseorang beresiko menderita skizofrenia karena memiliki keluarga skizofrenia;
2. Beberapa komplikasi kehamilan dan kelahiran, seperti halnya malnutrisi atau paparan racun atau virus yang dapat mempengaruhi perkembangan otak; dan
3. Mengonsumsi obat-obatan yang mampu mengubah pikiran seperti psikotropika selama masa remaja dan dewasa awal (Mayo Clinic, 2022).

Pendapat lain mengatakan bahwa faktor resiko terjadinya skizofrenia dipengaruhi oleh faktor organobiologik (virus, genetika, dan malnutrisi janin), faktor psikoreligius dan psikososial termasuk di dalamnya psikologis, sosio-ekonomi, sosio-demografi, sosio-budaya, migrasi penduduk dan kepadatan penduduk baik di pedesaan ataupun di perkotaan (Hawari, 2017). Selanjutnya, Wahyudi & Fibriana (2016) menyatakan bahwa ketika stress sosio-ekonomi dan psikososial (seperti halnya status ekonomi yang rendah, gagal menggapai apa yang dicita-citakan, konflik berlarut, kematian keluarga tersayang dan yang sejenis melanda seseorang, maka hal itu semua bisa memicu berkembangnya skizofrenia.

2.2.3 Tanda dan Gejala

Videbeck (2018) menyatakan bahwa tanda atau gejala skizofrenia secara umum bisa dilihat dari dua gejala, yaitu positif dan negatif. Berikut ini merupakan penjelasan keduanya:

1. Gejala positif (nyata). Beberapa hal yang termasuk gejala positif, antara lain:

- a. Halusinasi, yaitu persepsi sensirik yang keliru dan salah atau pengalaman seseorang yang sebenarnya tidak ada dalam realitas;
- b. Waham, yaitu keyakinan salah seseorang, namun keyakinan itu dipertahankan dalam realita;
- c. Ekopraksia, yaitu tindakan mimetik atau peniruan atas gerakan atau gestur orang lain yang diamati oleh pasien;
- d. *Flight of ideas*, yaitu suatu aliran verbalitasi yang terjadi secara terus-menerus pada saat individu melompat dari suatu topik ke topik yang lain secara cepat;
- e. Perseverasi, yaitu tindakan melakukan pembicaraan atas satu topik topik atau gagasan tertentu yang disertai dengan pengulangan kalimat, kata atau frasa verbatim, serta orang yang melakukannya menolak mengubah atas topik pembicaraan tersebut;
- f. Asosiasi longgar, yaitu suatu gagasan atau pikiran yang terpecah atau terpisah dan buruk;
- g. Gagasan rujukan, suatu kesan keliru atau salah mengenai peristiwa eksternal tertentu di mana dianggap memiliki makna khusus bagi individu yang mengalaminya; dan

h. Ambivalensi, yaitu tindakan mempertahankan perasaan atau keyakinan yang sebenarnya kontradiktif mengenai individu, situasi atau peristiwa yang sama.

2. Gejala negatif (samar). Beberapa hal yang termasuk ke dalam gejala ini, antara lain:

a. Apatis, yaitu suatu perasaan tidak peduli atas aktivitas, peristiwa atau pada individu lain;

b. Alogia, yaitu suatu kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi tentang makna namun sebenarnya miskin isi;

c. Afek datar, yaitu kecenderungan tidak adanya ekspresi wajah emosi atau mood tertentu;

d. Afek tumpul, yaitu terbatasnya rentang kondisi perasaan emosional atau mood;

e. Anhedonia, yaitu kecenderungan perasaan tidak gembira saat menjalani hidup, aktivitas kehidupan atau hubungan dengan orang lain;

f. Katatonia, yaitu suatu imobilitas yang disebabkan oleh faktor psikologis di mana seringkali ditandai periode agitasi atau gembira; tampak tidak bergerak; dan seolah-olah dalam kondisi setengah sadar; dan

g. Tidak memiliki kemauan, yaitu suatu kondisi tidak adanya kemauan, ambisi atau dorongan dalam rangka untuk bertindak atau melakukan suatu aktivitas tertentu.

2.2.4 Tipikal

Menurut Videbeck (2018), terdapat beberapa macam tipe skizofrenia dominan berdasarkan diagnosa DSM-IV-TR tahun 2000, antara lain:

1. Tipe paranoid. Tipe ini ditandai oleh waham kejar (suatu perasaan sedang dimata-matai oleh seseorang), waham kebesaran, halusinasi, terkadang waham keagamaan hiperbolik (fokus waham agama) dan perilaku agresif atau berseberangan dengan orang lain (bermusuhan);
2. Tipe tidak terorganisasi: ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkoherensi, asosiasi longgar, dan diorganisasi perilaku yang ekstern;
3. Tipe katatonik. Tipe ini biasanya ditandai oleh gangguan psikomotorik yang nyata. Bentuknya bisa tanpa gerakan atau kegiatan (aktivitas) motorik berlebihan, perilaku negatif ekstrem, mutisme, ekolalia, gerakan volunter aneh dan ekopraksia;
4. Tipe tidak dapat dibedakan. Tipe ini biasanya ditandai dengan gejala campuran di mana disertai dengan gangguan pikiran, emosi serta perilaku; dan
5. Tipe residual. Tipe ini biasanya ditandai oleh setidaknya satu episode skizofrenia yang sebelumnya. Pada saat ini, tidak sedang psikotik, namun menarik diri dari lingkungan masyarakat, emosi yang datar dan asosiasi yang longgar.

2.2.5 Faktor Kekambuhan

Menurut Yosep (2016), terdapat sejumlah faktor yang bisa mempengaruhi kekambuhan gangguan mental skizofrenia pada seseorang, yaitu: Tidak minum obat secara teratur dan tidak melakukan kontrol pada dokter, berhenti minum obat tanpa persetujuan dokter yang menanganinya, dukungan keluarga dan masyarakat yang rendah dan masalah besar kehidupan yang menjadikan penderitanya stres berat.

2.2.6 Faktor Resiko Kekambuhan

Murphy & Moller sebagaimana dikutip Videbeck (2018) menyatakan bahwa ada tiga faktor resiko yang memicu kambuhnya skizofrenia pada bekas penderitanya, yaitu:

1. Kesehatan, meliputi: gangguan sebab-akibat berfikir; gangguan proses informasi, kurang tidur, gizi buruk, kelelahan, kurang olahraga dan efek samping obat yang tidak bisa ditoleransi.
2. Lingkungan, meliputi: kesulitan tempat tinggal, kesulitan keuangan, perubahan peristiwa kehidupan yang membuat stress, ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan, keterampilan kerja yang buruk, tidak memiliki transportasi/sumber-sumber, isolasi sosial, keterampilan sosial yang buruk, kesepian dan kesulitan interpersonal.
3. Perilaku dan emosional, meliputi: perilaku agresif tidak ada kontrol atau perilaku kekerasan, pengobatan dan penatalaksanaan yang buruk, perubahan mood, penampilan dan tindakan yang berbeda, konsep diri rendah, perasaan putus asa dan kehilangan motivasi.

2.2.7 Gejala Kekambuhan

Ada sejumlah gejala yang bisa menandai kekambuhan skizofrenia pada seseorang, yaitu:

1. Nervous (menjadi ragu-ragu dan serba takut saat melakukan tindakan atau aktivitas;
2. Berkurang atau tidak adanya nafsu makan;
3. Kesulitan untuk berkonsentrasi;
4. Kesulitan untuk tidur;
5. Mengalami depresi;
6. Tidak ada kemauan atau minat; dan
7. Menarik diri dari lingkungan masyarakat atau dari interaksi sosial (Yosep, 2016).

2.2.8 Penatalaksanaan

Penderita skizofrenia harus segera ditangani atau harus segera mendapat penatalaksanaan. Tujuannya, demikian menurut Prabowo (2016), untuk mengembalikan fungsi normal pasien dan untuk mencegah kekambuhannya. Hanya saja, menurutnya sampai saat ini belum ada tatalaksana pengobatan spesifik pada masing-masing tipe skizofrenia yang diderita seseorang. Maramis & Maramis (2017) berpendapat bahwa tatalaksana pada pasien skizofrenia meliputi:

1. Farmakologi. Umumnya, tatalaksana farmakologi (pemberian obat-obatan) pada pasien skizofrenia berupa golongan obat antipsikotik dengan dua golongan: yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal.

2. Non-farmakologi. Tatalaksana non-farmakologi yang diberikan pada pasien skizofrenia berupa pendekatan psiko-sosial yang meliputi: psikoterapi suportif, psiterapi re-edukatif, psikoterapi rekonstruksi dan psikoterapi kognitif.

