

Deteksi Dini Depresi Anak dan Remaja

Endang Warsiki

Bagian/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU Dr. Soetomo
Surabaya

Abstract. This article aims to spread awareness on the presence of depression amongst children and adolescents, especially those who suffer from natural disasters, domestic violence, and drug addiction. An estimated 15 % of children and adolescents demonstrate depression symptoms (major and dysthymic). Depression screening on children and adolescents can be conducted using the Berriga House Depression Screening Questionnaire. Early detection is essential to prevent the worst effect, i.e.: suicide. Treatment for depression depends on clients's age. Examples of therapeutic intervention include mobilization therapy, pharmaceuticals, CBT, and family therapy.

Key words: child and adolescent depression, early detection, suicide, therapy

Abstrak. Artikel ini bertujuan menyadarkan masyarakat agar peka terhadap adanya depresi pada anak dan remaja, khususnya yang mengalami bencana alam, KDRT, dan menggunakan zat adiktif. Diperkirakan sebanyak 15% anak dan remaja mengalami gejala depresi (major dan distimik). Screening depresi anak dan remaja dapat dilakukan dengan menggunakan Berriga House Depression Screening Questionnaire. Deteksi gejala depresi perlu dilakukan untuk mencegah dampak terburuk pada anak dan remaja yang mengalami depresi yaitu bunuh diri. Penanganan depresi tergantung pada usia anak. Bentuk terapi yang dapat digunakan termasuk terapi mobilisasi, terapi obat-obatan, CBT, dan terapi keluarga.

Kata kunci: depresi anak dan remaja, deteksi dini, bunuh diri, terapi

Lebih dari 70% anak dan remaja dengan gangguan depresi tidak mendapat diagnosis dan penanganan yang tepat atau sesuai. Alasan yang mungkin diperimbangkan karena adanya stigma pada gangguan ini dan tidak dikenalnya gejala depresi ini terutama pada anak prasekolah serta tidak ada pelatihan khusus mengenai gangguan ini pada para petugas kesehatan jiwa. Didapatkan jumlah yang minimal para psikiater anak dan minimalnya dana asuransi kesehatan. Anak lebih sukar mengutarakan perasaannya dan sering menyatakan perasaannya melalui penyimpangan tingkah laku yang ditunjukkan pada orang lain.

Pada anak usia prasekolah (sebelum usia 6 tahun) superego memang masih belum sempurna berkembang sehingga anak sukar mengatakan perasaan bersalah dan perasaan harga dirinya sedangkan per-

kembangan kognitif dan emosional masih terbatas sehingga anak sukar menyatakan isi hatinya secara verbal, termasuk menyatakan perasaan sedih, tak berdaya, putus asa, kecewa, dan sebagainya. Dengan demikian manifestasi gejala depresi anak sering terselubung dalam bentuk gejala lain berupa (a) perubahan tingkah laku misalnya hiperaktif, impulsif, agresivitas, sikap negativistik, suka berkelahi, (b) sukar makan, sukar tidur, mudah marah, malas bermain atau menarik diri, (c) gejala psikosomatik (sakit kepala, sakit perut, dan muntah), hipokondriasis, enuresis, enkopresis, dan phobia.

Sebenarnya gejala depresi terselubung ini merupakan jeritan minta tolong dari anak (*cry for help*) tetapi orang tua sering salah mengartikannya, bahkan anak sering mendapatkan hukuman, akibatnya gejala depresi makin bertambah dan hal ini berakibat anak tidak akan dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Gejala bunuh diri sangat jarang pada anak sebelum usia 10 tahun, hal ini disebabkan karena pada usia ini pendapatnya sangat kabur mengenai kematian, mungkin mati dianggap sebagai suatu perja-

* Artikel ini telah disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar dalam Bidang Ilmu Kedokteran Jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga di Surabaya pada 27 Oktober 2007. Courtesy of Prof. Endang Warsiki, dr., Sp.KJ(K), Bagian/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Dr. Moestopo 6-8, Surabaya.

lanan jauh yang akan kembali, berkumpul kembali dengan ibunya yang telah meninggal atau sebagai orang yang sedang tidur dan bangun lagi kemudian.

Seorang pasien anak usia 4 tahun dibawa ibunya ke makam neneknya yang sudah meninggal, sesudah tiba di rumah neneknya ini, mengajak kakaknya mencari neneknya di kamar untuk diajak bermain bersama nenek, padahal baru saja berziarah ke makam neneknya. Pasien ini tidak memahami arti kematian.

Piaget dan Koocher berpendapat pada usia prasekolah kematian diartikan khas sebagai suatu khalayan, fantasi atau alasan egosentris (alasan tidak logis yang dipertahankan oleh anak).

Sesudah usia 10 tahun anak benar-benar mengerti arti kematian (*stadium Piaget formal operation*) sehingga insidens bunuh diri makin meningkat sampai usia remaja tua. Anak usia sekolah (SD akhir) sampai remaja lebih menunjukkan gejala depresi dengan penurunan prestasi akademik, penyimpangan tingkah laku, dan masalah hubungan interpersonal dengan teman, kadang-kadang dapat menunjukkan tingkah laku gelisah, agresif, dan membicarakan kata bunuh diri. Orang tua sering mengatakan bahwa anak remajanya tampak membenci dirinya, selalu menyalahkan dirinya, merasa tak berharga, merasa tak ada harapan, dan murung terhadap masa depannya.

Pernah ada anak usia 10 tahun kelas empat SD, yang telah menulis surat kepada kedua orang tuanya dilewatkan pembantunya. Isi surat berbunyi: "Pa, Ma aku tidak bisa memenuhi keinginan Papa dan Mama. Lebih baik aku mati atau bunuh diri." Anak ini dipaksa ayahnya pindah ke sekolah "favorit" yang kepala sekolahnya sudah menekankan harus rajin belajar dan usaha keras untuk memenuhi target sekolah. Ayahnya senang di sekolah yang baru, ingin anaknya prestasi akademiknya bagus. Anak banyak dijelali les tambahan: les matematika, bahasa Inggris, komputer, dan musik. Pukul 06:00 pagi sudah berangkat ke sekolah, pukul 14:00 pulang ke rumah dan dijelali banyak les dan menyelesaikan pekerjaan rumah (PR sekolah) yang cukup banyak. Buru-buru mau bermain, nonton televisi dan bergaul dengan teman tetangga tidak sempat. Sang ayah memang mempunyai harapan tinggi, kelelah anaknya bisa menjadi insinyur seperti dirinya.

Ironisnya, nilai prestasi anak makin merosot, sang ayah langsung memarahinya sehingga akhirnya anak menjadi putus asa, mengurung diri tak mau bergaul, akhirnya menulis surat kepada orang

tuanya ingin bunuh diri saja, agar terlepas dari beban berat yang dipikulnya.

Banyak anak di Indonesia yang mempunyai gejala mirip seperti ini, ambisi orang tua berlebihan melampaui kemampuan anak sebenarnya, sehingga anak mengalami depresi. Hal ini akan memengaruhi proses tumbuh kembang anak. Manifestasi depresi bisa dua macam: (a) anak menjadi pribadi yang tertutup, sulit bersosialisasi atau tidak pandai berkomunikasi, (b) anak bisa menjadi pribadi yang agresif dan nakal suka menyakiti temannya, sebagai konsekuensi dari rasa stres atau depresi yang dialaminya.

Pasien lain, anak usia 10 tahun, juga kelas empat SD dibawa ke rumah sakit oleh orang tuanya karena sering lari dari rumahnya akibat tidak tahan hukuman ayahnya yang sangat sadis. Bila melakukan kesalahan, pasien diikat di pohon dan bajunya harus dibuka dan dipukul dengan kayu atau rantai besi. Anak minta ke dokter: "Dokter saya minta vitamin yang banyak supaya badan saya cepat besar." Kata dokter: "Kalau sudah besar badannya, mau apa ya?" Kata anak: "Saya mau membunuh ayah saya." Anak mengalami hukuman fisik (*physical abuse*) dan lari dari rumah untuk menghindari hukuman ini. Tidak disangka pada usia 14 tahun (kelas dua SMP), anak ini dibawa ke dokter lagi oleh ayahnya dan telah menderita skizofrenia (sakit jiwa berat). Ayah penderita sangat menyesal akan keadaan ini tetapi sudah terlambat memperbaikinya.

Epidemiologi

Diperkirakan $\pm 15\%$ anak dan remaja mengalami gejala depresi. Lima persen dari gejala depresi tersebut berusia 9-17 tahun dan menderita gangguan depresi mayor dan 3% dari remaja menderita gangguan distimik. Gangguan distimik pada anak usia sekolah diperkirakan lebih banyak didapatkan dari pada gangguan depresi mayor, angka kejadian gangguan distimik sebanyak 2.5 % dibandingkan dengan gangguan depresi mayor sebanyak 2 %.

Gangguan mood pada usia prasekolah tampak lebih jarang. Gangguan depresi mayor pada anak usia prasekolah diperkirakan hanya 0.3 % di masyarakat, dibandingkan dengan 0.9 % di fasilitas klinik. Prevalensi gangguan mood tampak bertambah dengan meningkatnya usia. Harrington (2002) menyatakan bahwa gangguan depresi pada anak

usia sekolah sekitar 1% dan pada usia remaja sekitar 2-5 %. Pada remaja seperti pada orang dewasa gangguan distimik lebih jarang daripada gangguan depresi major, angka prevalensi gangguan distimik pada remaja sekitar 3.3 % dibandingkan dengan gangguan depresi major sebanyak 5 %.

Pada anak usia sekolah anak laki-laki lebih banyak depresi daripada anak perempuan. Pada usia remaja gangguan depresi pada laki-laki sama dengan anak perempuan, sedangkan pada usia dewasa wanita lebih banyak depresi daripada laki-laki.

Gangguan pada anak usia sekolah dengan gejala distimik akan berkembang menjadi gangguan depresi major sesudah 1 tahun mengalami gangguan distimik. *Mood* anak sangat peka terhadap pengaruh stresor sosial yang berat seperti adanya kekacauan keluarga yang berlangsung lama (*chronic*), anak yang mengalami penolakan (*child abuse*) berat dan penelantaran (*neglect*) serta adanya kegagalan dalam prestasi akademik. Kebanyakan anak kecil dengan gangguan depresi major mempunyai riwayat mengalami penolakan dan penelantaran dari orang tuanya. Anak ini mengalami perbaikan dari gejala depresinya bila dipindahkan dari lingkungan yang menimbulkan stres bagi anak.

Angka gangguan bipolar I sangat rendah pada anak prapubertas dan membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk didiagnosis karena onset pertama mania biasanya pada usia remaja.

Angka kejadian gangguan bipolar I pada remaja diperkirakan sekitar 0,6 % dari penelitian remaja di masyarakat (B.J. Sadock & V.A. Sadock, 2003). Pada beberapa penelitian remaja dengan gambaran klinik mania saja (bipolar I) didapatkan sebanyak $\pm 10\%$.

Menurut Pataki (2000) prevalensi gangguan mood dan bunuh diri pada anak dan remaja sebagai berikut. (a) Depresi major (prasekolah 0.3 %, anak usia sekolah 0.4-3 %, remaja 0.4-6.4 %); (b) Gangguan distimik (anak 0.6-1.7 %, remaja 1.6-8 %); (c) Gangguan bipolar I (anak 0.2-0.4 %, remaja 1 %); (d) Usaha bunuh diri (anak 1%, remaja 1.7-5.9 %).

Deteksi Dini Gangguan Depresi Anak dan Remaja

Gejala depresi harus dibedakan tingkatannya, bentuk gejala depresi yang ringan sampai yang berat. Bentuk depresi yang ringan, gejalanya dapat

sembuh sendiri atau sembuh spontan, sedangkan bentuk depresi yang berat dihubungkan dengan tingkah laku bunuh diri dan gejala psikotik. Menurut DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) dan ICD-10 (WHO, 1992) dibedakan episode depresi ringan, sedang, dan berat. Pada ICD X beratnya depresi ditekankan pada beratnya gejala sedangkan pada DSM IV beratnya depresi ditekankan pada gejala dan gangguan fungsional (*functional impairment*). Yang dimaksud dengan gangguan fungsional anak/ remaja yakni anak/remaja tak dapat pergi ke sekolah, tak mau berteman atau bergaul.

Dalam praktik klinik gangguan fungsional anak/ remaja menetapkan pilihan pengobatan dan prognosis anak/remaja. ICD-10 dan DSM IV juga membedakan episode psikotik dan nonpsikotik pada penderita depresi, yaitu gejala depresi psikotik sangat jarang pada anak-anak (sebelum remaja) serta gejala depresi psikotik menunjukkan prognosis yang lebih buruk. Menurut DSM IV dan ICD-10 gejala depresi ringan dan kronis pada anak dan remaja disebut gangguan distimik (*dysthymia* = neurosa depresi) dan dalam perjalanan penyakit 70% dari gangguan distimik ini mempunyai risiko untuk berkembang menjadi depresi major (unipolar).

Identifikasi dan pengobatan segera dari gejala depresi dapat mengurangi lamanya dan beratnya gangguan fungsional anak atau remaja.

Depresi pada anak dan remaja dihubungkan dengan bertambahnya risiko tingkah laku bunuh diri. Risiko bunuh diri makin bertambah (sebanyak 2 kali) pada saat usia remaja baik laki-laki maupun remaja perempuan terutama bila gangguan depresi disertai dengan gangguan tingkah laku dan penyalahgunaan zat utama alkohol.

Tahun 1997 bunuh diri adalah penyebab kematian ketiga pada usia 10-24 tahun. National Institute of Mental Health (NIMH) mendukung para peneliti bahwa di antara para remaja yang berkembang menjadi gangguan depresi major sebanyak 7% melakukan usaha bunuh diri pada saat usia dewasa muda. Maka ditekankan agar para dokter dan orang tua memperhatikan anak remajanya yang melakukan ancaman bunuh diri secara serius.

Risiko bunuh diri pada remaja yang mengalami depresi akan meningkat bila mengalami: Stres berat, kehilangan orang tua atau orang yang dicintainya, pecahnya hubungan romantis yang dialaminya (pu-

tus pacar), keluarga tidak harmonis (banyak pertengkaran antara orang tua), terlibat NAPZA, penyalahgunaan zat heroin/merokok/ alkohol, penolakan atau penelantaran oleh orang tua (*abuse and neglect*), gangguan pemuatan perhatian, gangguan belajar atau tingkah laku, penyakit kronis misalnya diabetes, dan trauma yang berat misalnya gempa bumi, tsunami, dan lainnya.

Telah banyak disiarkan dalam acara di televisi di Indonesia bahwa didapatkan makin meningkatnya remaja yang berusaha melakukan bunuh diri karena: Tidak dibelikan sepeda motor, putus pacar, orang tua tidak harmonis, dan ekonomi keluarga makin memburuk.

Tanggal 16 September 2007 dr. Urip Murtedjo, Sp.BKL, kepala IRD RSU Dr. Soetomo menyatakan di surat kabar bahwa 27 orang remaja (sejak Januari s/d Mei 2007) melakukan usaha percobaan bunuh diri. Kira-kira sebulan ada 5 orang remaja laki-laki dan perempuan melakukan percobaan bunuh diri. Alasan remaja tersebut melakukan percobaan bunuh diri adalah karena: Putus cinta, cinta bertepuk sebelah tangan, dan masalah keluarga, remaja protes akan ketidakharmonisan hubungan keluarga, remaja minta diperhatikan orang tuanya. Usaha bunuh diri dilakukan remaja tersebut dengan cara minum racun serangga, obat-obatan, pemutih baju; dan pembersih lantai.

Anak yang mempunyai orang tua menderita depresi mempunyai kecenderungan mengalami *onset* lebih dini gangguan depresi dengan gejala depresi yang lebih berat dan lebih mengganggu aktivitas sosial daripada temannya yang orang tuanya normal. Gambaran klinik gangguan depresi anak dan remaja menurut DSM IV adalah: (a) gangguan depresi major, (b) gangguan afektif bipolar I & II, (c) siklotimia (*cyclothymia*), gangguan distimik (*dysthymic disorder*), dan (e) gangguan penyesuaian diri (*adjustment disorder*).

Gangguan Depresi Major

Gangguan depresi major pada anak lebih mudah didiagnosis bila timbulnya akut dan tanpa gejala psikiatrik sebelumnya. Dalam banyak kasus anak, *onsetnya* pelan-pelan (*insidious*) dan terjadi pada anak yang telah beberapa tahun mengalami gejala hiperaktivitas, gangguan cemas perpisahan atau

gejala depresi yang intermiten. Gejala psikopatologi gangguan depresi major: perasaan sedih atau mudah marah, kehilangan perhatian atau aktivitas yang sebelumnya disenangi, perubahan nafsu makan atau berat badan yang bermakna, sukar tidur atau banyak tidur, agitasi atau retardasi psikomotor, kehilangan energi (lemah), perasaan tak berguna atau bersalah, sukar konsentrasi, dan pikiran berulang tentang kematian atau bunuh diri.

Diagnosis gangguan depresi major ditegakkan bila ada lebih dari 5 gejala dari gejala-gejala tersebut terdahulu dan gejala tetap ada sampai lebih dari 2 minggu. Gejala-gejala ini akan menimbulkan gangguan sosialisasi atau akademik anak/remaja. Gangguan depresi major pada anak sebelum pubertas sering disertai gangguan somatik, agitasi psikomotor dan halusinasi. Anhedonia seperti tak ada harapan, retardasi psikomotor dan waham lebih sering pada anak remaja dan orang dewasa. Pada remaja tingkah laku negativistik atau antisosial dan penggunaan alkohol atau zat biasa terjadi dan bisa disertai dengan diagnosis tambahan seperti gangguan sikap menentang, gangguan tingkah laku dan gangguan penggunaan zat. Perasaan gelisah, bersungut-sungut, mengomel, menyerang, segan bekerja sama dengan pekerjaan orang tua, menarik diri dari aktivitas sosial dan ingin meninggalkan rumah adalah semuanya gejala dari depresi remaja. Kesukaran dalam mengikuti pelajaran sekolah adalah gejala depresi yang biasa terjadi. Tidak memperhatikan penampilan dirinya dan menunjukkan rasa emosionalitas yang tinggi serta khususnya peka terhadap penolakan dalam hubungan cinta kasih dengan pasangannya, yang mungkin akan mengarah pada percobaan bunuh diri.

Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan Afektif Bipolar dibagi menjadi gangguan afektif bipolar I dan II. Gangguan Afektif Bipolar I adalah gangguan depresi major disertai episode mania. Ada periode normal di antara kedua episode depresi dan mania. Episode mania jarang didiagnosis sebelum pubertas. Menurut DSM IV kriteria diagnostik episode mania pada anak dan remaja sama dengan orang dewasa.

Kriteria diagnostik episode mania adalah tiga dari gejala berikut ini: (a) euphoria (peningkatan mood

yang abnormal), (b) pikiran mengenai kebesaran dirinya (waham kebesaran), (c) harga diri yang tinggi, (d) banyak bicara, (e) pikiran cepat dan meloncat (*flight of ideas*), (f) kurang kebutuhannya untuk tidur, (g) perhatian mudah beralih, (h) tujuan aktivitas hidupnya meningkat. Episode mania ini berlangsung lebih dari 1 minggu dan menyebabkan gangguan fungsional serta kadang-kadang diperlukan rawat inap di rumah sakit.

Gangguan Afektif Bipolar II adalah gangguan depresi major disertai paling sedikit satu episode hipomanik. Episode hipomanik ditandai dengan gejala: banyak bicara, berpikir cepat, membesarkan dirinya, kebutuhan tidur berkurang, perhatian mudah beralih, dan keterlibatan berlebihan pada kegiatan yang menyenangkan. Kriteria diagnostik episode hipomania adalah tiga dari gejala tersebut terdahulu, yang berakhir paling sedikit 4 hari, gejalanya tidak cukup berat, tidak ada gejala psikotik, tidak perlu rawat inap serta tidak sampai mengganggu aktivitas sosial atau fungsi pekerjaan.

R.A.Weller, E. B. Weller, & Fristad (1995) melaporkan 157 kasus psikotik pada anak ternyata episode hipomania lebih banyak didapatkan. Episode hipomania dan depresi sama banyak terjadi pada episode pertama, namun episode berikutnya lebih banyak episode hipomania daripada episode depresi.

Prevalensi Gangguan Afektif Bipolar I (American Psychiatric Association, 2000) 0.4-1.6 % dan Prevalensi Gangguan Afektif Bipolar II \pm 0.5 %.

Siklotimia (Cyclothymic Disorder)

Diagnosis siklotimia ditegakkan bila ada periode gejala hipomania dan periode gejala depresi minor yang tak memenuhi kriteria gangguan depresi major, hanya 2 dari 9 gejala depresi major memenuhi gejala depresi minor yakni *mood* yang depresi, kehilangan perhatian atau aktivitas yang sebelumnya disenangi. Pada anak dan remaja gejala depresi paling sedikit selama 1 tahun dan gejala depresinya lebih ringan daripada gejala gangguan depresi major. Prevalensi gangguan siklotimia 0,4-1 %.

Gangguan distimik (Dysthymic Disorder)

Gangguan distimik adalah adanya *mood* depresi

sepanjang hari untuk periode paling sedikit satu tahun. Pada anak kecil gejala mudah marah lebih banyak didapatkan daripada gejala depresi. Gejala distimia ada banyak kesamaan dengan konsep neurosis depresif (depresi neurotik). Menurut DSM IV kriteria diagnosis gangguan distimik adalah harus ada 3 gejala dari semua gejala berikut ini: Suasana perasaan depresi atau mudah marah, rasa percaya diri yang rendah, rasa pesimis atau merasa tak ada harapan, kehilangan minat terhadap sesuatu yang disenanginya, penarikan diri dari hubungan sosial, kelemahan yang kronis, merasa bersalah atau selalu sedih memikirkan masa lalu, rasa marah berlebihan, aktivitas dan produktivitas yang menurun, dan konsentrasi atau ingatan yang menurun.

Kurang lebih 70 % gangguan distimik lebih dari 1 (satu) tahun dapat berkembang menjadi gangguan depresi major. Rata-rata *onset* gangguan distimik pada anak beberapa tahun lebih muda daripada *onset* gangguan depresi major.

Gangguan Penyesuaian Diri (Adjustment Disorder)

Gangguan penyesuaian diri dengan *mood* depresi mempunyai gejala perasaan depresi, mudah menangis dan merasa tak ada harapan. Gejala ini timbul sesudah adanya stresor psikososial dan berakhir gejalanya sesudah berlangsung selama 3 bulan, paling lama sampai 6 bulan.

Gambaran Klinik Depresi Anak dan Remaja Menurut Usianya

Gejala depresi anak dan remaja juga didapatkan pada semua stadium perkembangan anak dan remaja. Gejala depresi pada stadium perkembangan anak meliputi:

Anak Berusia 7 – 30 Bulan

Anak menunjukkan gejala depresi anaklitik (*anaclitic depression*) berupa anoreksia, retardasi psikomotor, tak bergairah dan ekspresi muka sedih. Penyebab depresi anaklitik adalah adanya pemisahan bayi dengan ibu (pengasuh) yang lama (lebih dari

satu minggu) padahal anak telah membentuk kelekatan (*attachment*) dengan pengasuhnya. Penanganannya adalah pembentukan kembali hubungan kelekatan pengasuh dengan bayi/anak.

Anak Usia Prasekolah (1,5 – 6 tahun)

Gejala depresi pada usia prasekolah sering menunjukkan gangguan tingkah laku berupa hiperaktivitas, agresivitas, gejala somatik berupa sakit perut, sakit kepala, dan muntah. Gejala depresi pada usia ini disebut depresi terselubung (*masked depression*). Penyebab depresi ini adalah karena pemisahan dari pengasuhnya atau ketidakmampuan menguasai tugas perkembangannya misalnya *toilet training*. Penanganannya harus diarahkan pada perubahan lingkungan anak dan pemberian psikoterapi pada pengasuh anak.

Anak Usia Sekolah (6 – 12 tahun)

Gejala depresi pada anak usia sekolah sudah berupa gejala depresi pada umumnya misalnya perasaan depresi berupa tampak sedih, merasa bersalah, putus asa, apatis, mudah tersinggung, dan gejala somatik berupa gangguan tidur, makan, konsentrasi menurun dan mudah lelah. Kadang juga disertai membolos sekolah, menarik diri dari pergaulan, meninggalkan rumah, atau mencuri. Penyebab depresi adalah karena kepekaan faktor biologis dan perasaan tidak ada yang menolong dirinya atau perasaan tidak mampu (*helplessness* dan *incompetence*). Penanganannya adalah psikoterapi yang ditujukan untuk menolong anak mempunyai perasaan mampu diri dalam hubungan dengan lingkungannya.

Usia Remaja (12 – 18 tahun)

Depresi pada usia remaja seperti gejala depresi pada umumnya terutama menunjukkan perasaan kebosanan yang berat dan kurang mempunyai orientasi ke masa depan. Angka kejadian gangguan depresi pada usia remaja meningkat, remaja perempuan lebih sering depresi daripada remaja laki-laki. Perasaan depresi pada remaja lebih sering ditunjukkan dengan perasaan mudah tersinggung atau

mudah marah. Gejala depresi pada usia remaja mirip dengan orang dewasa berupa:

Anhedonia. Tidak dapat merasakan kesenangan atau kepuasan dalam kehidupan sehari-hari.

Gangguan kognitif. Ini mengenai (a) Dirinya (menyalahkan dirinya, menyesali dirinya, merasa bersalah, merasa tak berharga; (b) Dunia sekitarnya (merasa tak tertolong, putus asa pada situasi kehidupan; (c) Masa depan (merasa tak ada harapan, murung terhadap masa depan).

Perubahan tingkah laku. Perubahan tingkah laku berupa agitasi yang berat sampai menarik diri.

Perubahan fisiologis. Berupa nafsu makan yang kurang, berat badan menurun dan gangguan pola tidur.

Skrining Sederhana untuk Mendeteksi Dini Depresi Anak dan Remaja, Usia > 6 Tahun

Skrining depresi anak dan remaja berdasarkan *Berriga House Depression Screening Questionnaire*. Tuntunan menjawab 10 pernyataan: Bacalah pernyataan berikut ini dan jawablah sendiri (anak/ remaja) benar atau salah sesuai dengan kondisi anak/remaja.

1. Hampir seluruh hari saya merasa sedih.
2. Saya telah kehilangan perhatian pada aktivitas atau hobi saya yang sangat saya senangi
3. Saya merasa mudah marah dan muka marah setiap hari.
4. Umumnya saya merasa nyaman pada diri saya.
5. Saya memandang masa depan saya dengan baik.
6. Saya sering merasa bersalah atau tidak berguna.
7. Saya merasa lemah, tidak mempunyai kekuatan lagi.
8. Saya berpikir untuk menyakiti diri saya sendiri.
9. Saya sering mendapat kesulitan tidur atau saya banyak tidur lebih dari biasanya.
10. Nafsu makan dan berat badan saya meningkat atau banyak menurun.

Cara menilai jawaban: 1 sampai dengan 3, 6 sampai dengan 10 dinilai 1 bila jawabannya benar dan dinilai 0 bila jawabannya salah. Nomor 4 dan 5 dinilai 0 bila jawabannya benar, dinilai 1 bila jawabannya

salah. Anak dinyatakan depresi anak/remaja positif, bila skor > 6.

Psikodinamika Depresi Anak dan Remaja

Para ahli kedokteran jiwa anak menyatakan bahwa dalam perkembangan anak yang normal diperlukan hubungan yang hangat dengan orang lain dan menilai dirinya cukup baik. Hubungan hangat dengan orang lain termasuk hubungan dengan orang tua, pengasuh, keluarga, teman, dan orang dewasa lain yang berhubungan dengan anak.

Arti hubungan yang hangat dengan orang lain adalah telah terbentuk kelekatan atau ikatan batin yang baik dengan orang lain. Umumnya pada bayi sekitar usia 6-8 bulan telah terbentuk kelekatan dengan ibunya, bila ibu mengasuh dengan baik, memahami kebutuhan bayi misalnya kebutuhan makan, minum susu, dipeluk/dicium, berak/kencing, atau sedang sakit. Dengan terbentuk kelekatan bayi dengan ibunya sejak bayi maka anak akan berkembang dan mempunyai kemampuan sosialisasi yang baik sampai dewasa.

Timbulnya gejala depresi akibat gangguan dalam hubungan interpersonal dan adanya ancaman pada harga dirinya. Seorang individu memang membutuhkan untuk dicintai dan diperhatikan orang lain serta membutuhkan penghargaan dan dikagumi orang lain. Individu yang merasa kehilangan cinta kasih sehingga merasa lemah dan tak ada yang menolongnya serta merasa rendah diri, merasa bersalah dan tak berharga, keadaan inilah yang menjadikan individu ini menjadi depresi. Penelitian Harter (1990) menghasilkan 2 kelompok depresi anak dan remaja; kelompok terbesar disebabkan karena harga diri yang rendah sedangkan kelompok yang lebih kecil disebabkan karena kehilangan orang berarti dalam hidupnya.

Depresi usia sekolah dan remaja seperti pada orang dewasa disebabkan karena *Triad Cognitive*, yaitu perasaan tak berharga (*I am no good*) – *worthlessness*, perasaan tak ada yang menolong (*There is nothing I can do about my self*) – *helplessness*, dan perasaan tak ada harapan (*I will always be this way*) – *hopelessness*.

Ada sejumlah faktor yang memengaruhi dan menyebabkan timbulnya depresi pada anak dan

remaja.

Faktor Biopsikososial

(1) Kepkaan genetik (keturunan, transmisi, atau penerimaan neurotransmitter, bahan-bahan biokimia); (2) Peristiwa saat perkembangan anak (stresor saat anak masih kecil, sering merasa tidak tertolong, kehilangan orang yang dicintai); (3) Stresor psikososial (orang tua mengalami tekanan atau kesedihan); (4) Stresor fisiologis (kondisi medis, penyakit, infeksi virus); (5) Ciri-ciri kepribadian/temperamen anak/remaja (sifat khas anak/remaja yang memengaruhi reaksi anak/remaja terhadap stres).

Faktor Psikososial

Depresi anak/remaja timbul akibat masalah anak/remaja berinteraksi dengan lingkungan: Kehilangan atau penurunan dukungan orang lain, kekurangan keterampilan sosial, kurangnya keakraban keluarga, kurangnya saling mengungkapkan perasaan dalam keluarga, kurangnya pengaturan organisasi dalam keluarga, konflik keluarga, kurang kemampuan untuk melakukan monitoring, evaluasi dan dukungan pada dirinya sendiri, memandang negatif dirinya sendiri, dunia, dan masa depannya sendiri, sering merasa dirinya tidak tertolong, kurang kemampuan menyelesaikan masalahnya.

Faktor Sosial

Adanya peristiwa tertentu menyebabkan depresi pada anak/remaja: Pemisahan dengan orang yang sangat dekat hubungannya dengan anak, perceraian orang tua; kematian orang yang dicintai atau binatang yang disayangi; pindah dari satu kota ke kota lain, pisah dengan tetangga yang dekat hubungannya; kegagalan dalam prestasi akademik atau olahraga; kecelakaan atau penyakit fisik yang menyebabkan masuk rumah sakit (opname) sehingga membatasi aktivitas geraknya; kehilangan teman dekat atau keluarga; rasa malu, bersalah atau kehilangan muka; gagal untuk hidup seperti yang diharapkan; berulang-ulang mengalami penganiayaan fisik, emosional atau verbal.

Penanganan Depresi Anak dan Remaja

Penanganan gejala depresi anak dan remaja sangat tergantung pada berat ringannya gejala depresi, keadaan psikotik atau tidak dan usia berapa anak mengalami depresi, apakah gejala depresi terselubung atau gejala depresi yang jelas manifestasinya. Penanganan pada depresi anak dan remaja, umumnya meliputi 3 hal: Psikoterapi, teknik mobilisasi, dan obat-obatan. Penanganan pada bayi atau anak dan remaja dibagi menurut usia perkembangan: (a) Usia 0-3 tahun; (b) Usia 3-5 tahun; (c) Usia 6-8 tahun, dan (d) Usia 9-18 tahun

Usia 0 – 3 Tahun

Terapi Ibu dan Bayi/Anak

Cara terapi ini selain menanyakan perasaan ibu terhadap bayinya, ibu diminta juga menunjukkan secara aktif bagaimana ibu mengasuh atau berinteraksi dengan bayi atau anaknya. Bila ada perasaan marah, kecewa atau depresi pada ibu dapat diutarakan pada dokter (*therapist*). Tetapi yang lebih penting adalah kesehatan bayi harus lebih dahulu diperhatikan karena kesembuhan bayi tidak dapat menunggu sampai ibu sembuh dari gejala neurotiknya (Fraiberg).

Tujuan terapi ini adalah meningkatkan keakraban hubungan ibu dan bayinya serta mendidik orang tua agar mengerti dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bayi atau anaknya. Metode terapi ini meliputi:

Psikoterapi suportif untuk ibunya. Ibu dapat mengutarakan perasaan sakitnya pada masa lalu dan sekarang. Kemudian ditanyakan juga bagaimana reaksi bayi atau anak pada keadaan ibu demikian. Keadaan interaksi ibu dan bayi dapat diterangkan pada ibu dan ibu mendapat bimbingan bagaimana ibu dapat bersikap lebih baik dalam memenuhi kebutuhan bayi atau anaknya.

Developmental guidance. Bimbingan pada ibu dalam memajukan perkembangan bayi atau anak. Pendidikan mengenai perkembangan bayi diperkenalkan secara pelan-pelan pada ibu agar ibu dapat memahami benar bagaimana perkembangan bayi atau anaknya.

Intervensi krisis. Ibu dapat dibimbing cara me-

ngatasi bayi atau anak dalam keadaan krisis misalnya saat panas, muntah, muncrat, dan kejang.

Teknik Mobilisasi

Diberikan bimbingan pada ibu mengenai program stimulasi bayi berupa stimulasi emosional (membelai, mencium bayi atau anak, menimang bayi/anak), Terapi Fisik (mengajak bermain bayi/anak, bimbingan nutrisi, makanan bayi disesuaikan dengan usia perkembangannya), memberikan bimbingan pada bayi/anak untuk bermain dengan saudara atau temannya agar perkembangan sosialisasinya lebih baik. Obat-obatan belum dianjurkan pada usia 0-3 tahun.

Usia 3 – 5 Tahun

Psikoterapi pada Ibu dan Anak

Bimbingan pada orang tua agar memperhatikan perasaan, keluhan dan tingkah laku anak. Gejala depresi pada usia ini biasanya terselubung berupa gejala hiperaktif, agresivitas, gejala somatik: berupa sakit perut, mual, muntah, sakit kepala, dan sebagainya. Bimbingan pada ibu agar memahami masalah yang menyebabkan timbulnya gangguan ini dengan memperbaiki hubungan atau interaksi antara ibu dan anak sehingga gejala depresi terselubung dapat dihilangkan dan dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Terapi bermain (*play therapy*) untuk anak agar anak dapat menyalakan perasaannya dengan cara bermain dan dokter dapat memahami masalah anak dengan melihat cara bermain anak (misalnya boneka ibu dibuang, "mama jahat, aku benci padanya." Dokter dapat menyelesaikan masalah anak dengan mengutarakan masalah anak pada orang tuanya sehingga orang tua dapat memahami penyebab tingkah laku anak yang kurang menyenangkan dan dapat memperbaiki hubungan anak dengan orangtuanya.

Teknik Mobilisasi

Anak diberi program pendidikan misalnya *play group*, taman kanak-kanak atau kelas khusus yang

disesuaikan dengan kebutuhan anak agar dapat membantu anak meningkatkan kemampuannya dan menambah kepercayaan dirinya serta dapat mengurangi perasaan depresinya.

Obat-obatan

Dianjurkan untuk penggunaan obat anti-depresan sesudah usia 6 tahun, kecuali bila sangat diperlukan. Obat *Tricyclic Antidepresan (TCA)* tidak dianjurkan untuk anak karena kardiotoksik dan hasil penelitian menyatakan bahwa efeknya hampir sama dengan placebo. Bila tampak gejala depresi terselubung maka dapat diberikan obat *anti-anxietas* atau anti hiperraktivitas (*methylphenidate* 0,2-0,4 mg/kg/hari) sesuai dengan gejala yang ditunjukkan dan itu pun bila sangat diperlukan dan diperlukan konsultasi ke psikiater atau psikiater anak.

Usia 6 – 8 Tahun

Psikoterapi pada Orang Tua dan Anak

Bimbingan atau penyuluhan pada orang tua (*parental counseling*) agar memperbaiki interaksi orang tua dan anak dengan cara menganjurkan orang tua agar bersikap realistik terhadap kondisi dan kemampuan anak, harapan yang sesuai dengan kemampuan, kondisi dan usia anak (harapan orang tua jangan berlebihan di luar kemampuan anak). Cara komunikasi jangan bersikap terlalu kritis dan mengadili anak sehingga gejala depresi anak dapat menurun atau menghilang. Penyuluhan pada orang tua bertujuan agar orang tua dapat memahami pertumbuhan dan perkembangan jiwa anak usia 6-8 tahun sehingga dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Terapi bermain (*play therapy*) dapat dilakukan pada usia 6-8 tahun agar dapat diketahui perasaan, pikiran dan persoalan anak sehingga persoalan anak dapat ditangani dengan baik. Anak diberi bimbingan agar menggunakan mekanisme pertahanan yang baik dalam menyelesaikan masalah dan konflik yang dialaminya. Bila anak merasa sedih atau cemas, ia dapat melakukan napas dalam dan relaksasi otot sehingga rasa sedih atau cemas berlebihan dapat diatasi (*relaxation training*).

Cognitive Behavior Therapy (CBT) sangat efektif diberikan pada depresi anak yang ringan sampai sedang. Tujuan CBT untuk menghilangkan pandangan negatif anak pada dirinya yang menyebabkan timbulnya perasaan depresi anak. Anak perlahan-lahan dituntun agar menjadi sadar pada pikirannya yang negatif yang menyebabkan timbulnya perasaan depresi dan cemas. Maka anak diajarkan agar menggunakan pernyataan diri atau pikiran yang positif untuk menghilangkan perasaan depresi. (contoh: Kata terapis atau orang tua pada anak "Kamu sebenarnya sangat cerdas hanya kurang rajin belajar saja sehingga prestasi belajarmu menurun, kamu jangan sedih ya.")

Psikoterapi individual untuk masing-masing orang tua atau keduanya bila ada masalah pribadi atau masalah perkawinan atau rumah tangga yang perlu diselesaikan agar dapat memperbaiki interaksi orang tua dengan anak dan orang tua dapat memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi anak.

Teknik Mobilisasi

Anak dianjurkan agar mengikuti pelajaran sekolah secara teratur terutama pada anak yang sering membolos sekolah atau anak yang mempunyai persoalan di sekolah. Pendekatan orang tua pada wali kelas atau guru bimbingan dan penyuluhan sangat diperlukan terutama bila anak mempunyai masalah di sekolah baik dengan teman-temannya maupun guru sekolah.

Anak dianjurkan untuk mengikuti kegiatan di sekolah atau kegiatan sesudah sekolah misalnya kepramukaan, berkemah, penyaluran hobi (olahraga atau kesenian). Aktivitas ini akan meningkatkan kekuatan fisik anak yang akan menambah harga diri anak dan memperbaiki ikatan anak dengan keluarganya (*social skills training*). Program khusus dapat direncanakan untuk anak sesuai dengan kebutuhannya (*special need program*) misalnya *speech therapy*, bimbingan belajar (*remedial teaching*), sekolah luar biasa.

Obat-obatan

Obat *Tricyclic antidepresan (TCA)* seperti *Imipramin*, *Amitryptilin*, *Desipramin* tidak dianjurkan

pada anak dan remaja karena efek kardiotoksik (kecepatan detak jantung meningkat, PR interval memanjang, QRS *complex* melebar), dan efek anti-depresan tidak berbeda dengan placebo.

Penelitian akhir-akhir ini banyak menggunakan *selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)* untuk depresi anak dan remaja. SSRIs mempunyai efek samping yang rendah dibandingkan dengan TCA, mempunyai risiko kardiotoksik dan kematian yang rendah sehingga lebih aman digunakan untuk pengobatan depresi anak dan remaja. Obat SSRIs yang digunakan adalah: Citalopram hydrobromide (Celexa, Cipralex), dosis 10-40 mg/ hari, half-life 35 jam; fluoxetine hydrochloride (Prozac, Kalxetin), dosis 0,5-1,0 mg/ kg/hari, half-life 1-4 hari; fluvoxamine maleate (Luvox), dosis 1,5-4,5 mg/ kg/hari, half-life 16 jam; paroxetine hydrochloride (Paxil), dosis 0,25-0,7 mg/kg/hari, half-life 21 jam; dan sertraline hydrochloride (Zoloft, Nudep, Fridep), dosis 1,5-3,0 mg/kg/hari, half-life 26 jam.

Hampir semua obat SSRIs mempunyai efek samping gejala saluran cerna (*nausea, anorexia, vomiting*), berkeringat (*sweating*), *restlessness*, mengubah nafsu makan & pola tidur. Obat antidepresan lain kadang-kadang digunakan untuk depresi anak dan remaja: Bupropion hydrochloride (Wellbutrin), dosis 3-6 mg/kg/hari, half-life 14 jam, kontraindikasi untuk pasien epilepsi dan bulimia; venlafaxine (Effexor), dosis 1-3 mg/kg/hari dibagi dalam 2 atau 3 dosis (bid/tid), half-life 5 jam; trazodone hydrochloride (Desyrel), dosis 1,5 mg/kg/hari, half-life 4-9 jam; nefazodone hydrochloride (Serzone), dosis 4-8 mg/kg/hari dibagi dalam 2 dosis (bid), half-life 2-4 jam; dan mirtazapine (Remeron), dosis 15-45 mg/hari, half-life 20-40 jam.

Bupropion sebaiknya tidak diberikan pada anak yang mempunyai penyakit epilepsi (*seizure disorder*) atau bulimia nervosa, karena menurunkan nilai ambang kejang (0.4 %) pada dosis lebih dari 450 mg/hari. Bupropion tampak lebih rendah menimbulkan gejala mania dari obat anti depresan lain. Bupropion sering digunakan untuk mengobati anak dengan gejala komorbid, gangguan hiperkinetik (*attention deficit hyperactivity disorder/ADHD*). Bupropion meningkatkan kadar dopamine dan norepinephrine di synaps pada sistem susunan saraf pusat. Venlafaxine mencegah pengambilan (uptake) serotonin dan norepinephrine di synaps sehingga mempunyai efek mirip SSRIs dan TCA, karena itu

harus dimonitor efek samping pada jantung. Trazodone menghambat reuptake serotonin dan ada efek antagonis dengan alpha-adrenergic receptor, maka bahaya kematian lebih besar dari pada SSRIs.

Nefazodone yang secara kimia mirip dengan Trazodone meningkatkan kadar *serotonin* dan *norepinephrine* di synaps dan memblokade *alpha-adrenergic receptor* dan menyebabkan efek QT memanjang bila diberikan bersama Pimozide (Orap). Mirtazapine memengaruhi *serotonin*, *norepinephrine*, *histamine*, dan *alpha-adrenergic systems*. Untuk mencegah kekambuhan pengobatan antidepresan sebaiknya diberikan sampai 6-12 bulan dan kontrol tiap bulan sesudah pemakaian antidepresan 6-12 bulan, kemudian dapat diturunkan pelan-pelan sampai 6 minggu. Pemutusan lebih cepat pemakaian obat SSRIs yang mempunyai *half-life* lebih pendek waktunya akan memudahkan timbul efek abstinensi (*withdrawal symptom*) berupa gejala somatik, kegelisahan, dan kelelahan.

Usia 9 – 18 Tahun

Psikoterapi

Psikoterapi individual. Psikoterapi individual untuk anak/remaja dan masing-masing orang tua yang mempunyai persoalan pribadi sehingga orang tua sukar menciptakan hubungan yang akrab dengan anak. Psikoterapi individual pada masing-masing orang tua bertujuan agar dapat menyelesaikan persoalan orang tua sehingga orang tua dapat memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi anak atau remajanya. Psikoterapi pada anak atau remaja harus dalam suasana santai atau informal agar tercapai hubungan interpersonal yang baik antara dokter (*therapist*) dengan anak atau remaja. Depresi pada anak atau remaja dapat terjadi karena hubungan interpersonal anak atau remaja yang kurang baik dengan orang lain termasuk orang tua, saudara, keluarga lain atau teman-temannya (Goodyer, Herbert, Secher, & Pearson, 1997).

Karena itu ada 2 cara untuk mengobati depresi anak atau remaja: Mengobati gejala depresinya dan Menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan timbulnya gejala depresi termasuk memperbaiki hubungan interpersonalnya dengan orang lain. Penerimaan, pengertian, pemahaman dokter (*therapist*)

pada masalah anak atau remaja dapat mengurangi gejala depresinya dan memperbaiki penyesuaian diri terhadap lingkungan.

Cognitive Behavior Therapy (CBT). CBT bertujuan menolong anak atau remaja menghilangkan pandangan yang negatif mengenai dirinya sejak masa lalu, sekarang dan masa yang akan datang. Adanya *Triad Cognitive* pada anak usia sekolah dan remaja yang mengalami depresi yakni perasaan tak berharga (*worthlessness*), perasaan tidak ada yang menolong dirinya (*helplessness*) dan perasaan tidak ada harapan (*hopelessness*), maka penanganan dengan CBT paling tepat. CBT dapat dilakukan sekali seminggu, selama 1-2 jam.

Terapi keluarga (family therapy). Terapi keluarga adalah terapi oleh seorang dokter (*therapist*) pada sebuah keluarga yang terdiri atas orang tua dan saudara-saudara penderita. Dokter mengobservasi keluarga sebagai satu kesatuan dan mengawasi serta mengoreksi hubungan yang tidak sehat dalam keluarga yang menimbulkan depresi bagi anak. Terapi keluarga dapat dilakukan sekali seminggu, selama 1-2 jam.

Terapi kelompok (group psychotherapy). Terapi kelompok dapat diberikan pada sekelompok anak atau remaja sejumlah 3-10 orang, yang dilakukan sekali seminggu, selama 1,5 - 2 jam. Tujuan terapi kelompok agar anak atau remaja dapat menyatakan persoalannya dengan teman-temannya dan dapat mengatasi persoalannya bersama dengan teman-temannya. Mungkin anak atau remaja akan berbicara lebih baik pada kelompok teman-temannya daripada secara individual dengan dokter. Dengan demikian gejala depresi dapat berkurang atau hilang.

Teknik Mobilisasi

Anak atau remaja dianjurkan untuk datang ke sekolah secara teratur mengikuti aktivitas di sekolah dan di luar sekolah. Dapat diberikan program khusus bagi anak atau remaja sesuai dengan kebutuhannya (*special need program*) misalnya program kursus komputer, bahasa Inggris, matematika, musik, olah raga dan kesenian. Teknik mobilisasi ini akan menambah kemampuan anak dan menaikkan harga diri anak serta memperbaiki hubungan anak atau remaja dengan teman-temannya. Contoh: Seorang

remaja kelas 2 SMA di Surabaya mengalami depresi, sering sedih dan marah terhadap adiknya yang selalu mendapat peringkat pertama. Prestasi akademik remaja ini selalu kurang baik karena dia kurang pandai dan malas belajar. Sesudah menemukan bakatnya dalam hal musik dia sangat pandai sehingga dikirim ke Amerika, maka dia merasa bangga, harga dirinya meningkat karena dapat mengalahkan adiknya yang tidak berbakat dalam hal musik.

Obat-obatan

First line treatment. Dianjurkan golongan obat *selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)* termasuk obat *Fluoxetine hydrochloride*, half-life 1-4 hari. *Fluoxetine hydrochloride* adalah satu-satunya obat SSRIs yang disetujui oleh *FDA (Food and Drug Administration)* untuk pengobatan depresi anak usia 8-17 tahun. *Fluoxetine hydrochloride* baik digunakan untuk pengobatan depresi anak atau remaja dengan derajat depresi sedang sampai berat. Golongan obat SSRIs yang lain dengan *half-life* yang pendek waktunya akan meningkatkan risiko pikiran dan tingkah laku bunuh diri bila cepat dihentikan pemakaiannya. Obat SSRIs yang lain adalah *Citalopram hydrobromide*, half-life 35 jam, *Fluvoxamine maleate*, half-life 16 jam, *Paroxetine Hydrochloride*, half-life 21 jam, dan *Sertraline hydrochloride*, half-life 26 jam.

Second line treatment. Obat antidepresan lain termasuk *Bupropion hydrochloride*, *Venlafaxine*, *Trazodone hydrochloride*, *Nefazodone hydrochloride*, dan *Mirtazapine* yang telah dijelaskan terdahulu mengenai dosis, manfaat, dan bahayanya.

Depresi psikotik. Depresi Psikotik didapatkan pada pasien depresi berat dengan diagnosis depresi major dan Bipolar I (depresi major disertai episode mania). Depresi major dengan gejala psikotik dapat diobati dengan obat SSRIs (*sertraline hydrochloride*) yang baik dikombinasi dengan dosis rendah dari *Risperidone* (0.02 mg/kg/hari selama 1-3 mg/hari). *Risperidone* termasuk golongan neuroleptik atipikal, yaitu efek samping ekstrapiramidal sangat rendah dan baik digunakan untuk gejala psikotik dengan gejala negatif yang utama.

Ada tiga komitmen yang saya sampaikan untuk mengakhiri pidato pengukuhan saya. Hal ini sangat berhubungan juga dengan peringatan Hari Keseha-

tan Mental Dunia pada 10 Oktober lalu dengan tema tahun ini adalah *'The Impact of Culture and Diversity.'* Kultur dan keberagaman memperkaya kita jangan malah menjadi konflik dan masyarakat akan menjadi depresi, akhirnya kualitas manusia Indonesia menurun.

Komitmen untuk mahasiswa S1. (a) Dapat ditetapkan ada gejala depresi atau tidak dengan memakai skrining depresi anak dan remaja, pada anak usia > 6 tahun, sesudah dapat membaca sendiri tulisan berbahasa Indonesia. Dua kriteria diagnosos DSM IV/ICD X untuk menetapkan diagnosis gejala depresi anak atau remaja, ada gejala psikosis atau tidak, disertai gejala mania atau hipomania dan ada atau tidak stresor psikososial yang berat dialami anak/remaja, lama sakit 3 bulan atau lebih satu tahun. (b) Pada anak usia < 6 tahun biasanya ada gejala depresi terselubung (sukar makan, sukar tidur, malas bermain, hiperaktif, agresif, ada gejala somatik (sakit perut, sakit kepala, muntah dan sebagainya); (c) Perlu dievaluasi hubungan anak dengan orang tua/keluarga di rumah atau anak yang sudah sekolah bagaimana hubungan anak dengan guru atau temannya; sebelum ditetapkan cara penanganannya.

Komitmen untuk masyarakat. (a) Masyarakat agar peka adanya depresi pada anak dan remaja bila ada: KDRT, kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan oleh ayah/ibu terhadap anak (kerasan dan penelantaran anak); ada anak/remaja memakai zat adiktif (NAPZA) atau ada usaha bunuh diri; ada bencana di sekelilingnya, gempa bumi, banjir, tsunami, konflik di masyarakat. (b) Sesudah ada tanda-tanda gejala tersebut agar melaporkannya kepada: Tim KDRT di rumah sakit/Dinas Kesehatan Kota; Pemerintah daerah untuk meminta bantuan tim kesehatan, agar menangani dampak bencana pada keluarga, anak/remaja.

Komitmen untuk universitas. Untuk membantu penanganan depresi anak/remaja, universitas dapat membentuk: (a) Tim KDRT (kerasan dalam rumah tangga) yang ditangani universitas bekerja sama dengan Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kota, Pemerintah Daerah, Kepolisian, dan Staf dari FISIP, Psikologi dan Psikiatri/Psikiatri Anak; (b) Satgas penanganan anak/remaja terlantar di jalanan. Staf dari universitas bersama Dinas Kesehatan Kota, Pe-

merintah Daerah, Kepolisian membantu/membimbing anak jalanan agar dapat ditampung Dinas Sosial untuk dapat dididik atau diasuh dengan baik (pengentasan kemiskinan anak terlantar di jalanan); (c) Satgas penanganan bencana (gempa bumi, banjir, tsunami, gunung meletus). Staf dari universitas dari disiplin ilmu terkait dapat membantu pemerintah daerah untuk menangani bencana yang terjadi.

Pustaka Acuan

- American Psychiatric Associations. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Iowa: Author.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Secher, S., & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression, I: Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36, 179-187.
- Harrington, R. (1994). Affective disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.) *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (4th ed., pp.463-485). Oxford: Blackwell Scientific.
- Harter, S. (1990). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. In A. M. La Gracia (Ed.), *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 292-325). Boston, M.A.: Allyn and Bacon.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision ICD10). New York: Author.
- Pataki, C.S. (2000). Mood disorders and suicide in children and adolescents. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 2, pp. 2740-2757). Broadway NSW: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th. ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weller, E.B., Weller, R.A., & Fristad, M.A. (1995). Bipolar diagnosis in children: Misdiagnosis, underdiagnosis, and future direction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(6), 709-714.