

Penanganan Psikologik pada Obesitas

Sylvia D. Elvira

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

PENDAHULUAN

Obesitas merupakan suatu kondisi yang dahulu dianggap sebagai lambang kesejahteraan dan tidak berkaitan dengan penyakit. Insidens dan prevalensinya meningkat, baik di negara maju maupun di negara-negara berkembang, sejalan dengan perkembangan teknologi yang memberikan kemudahan dan perubahan gaya hidup. Namun, berkaitan dengan risiko kesehatan dan dampaknya terhadap kualitas hidup, kini obesitas merupakan problem atau penyakit^{1,3}

Obesitas merupakan masalah yang diperhatikan karena berkaitan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas berbagai penyakit, antara lain hipertensi, gangguan kardiovaskuler, diabetes, gangguan endokrin lainnya, penyakit kandung empedu, problem paru dan pernafasan, artritis, gangguan tidur, ketidakmampuan untuk berpartisipasi pada aktivitas-aktivitas rekreasi dan olahraga, rendahnya harga diri dan problem citra-tubuh^{1,4}

Akhir-akhir ini obesitas dinyatakan sebagai penyakit kronik dengan penyebab multifaktorial. Dari penelitian-penelitian didapatkan bahwa obesitas tidak disebabkan oleh penyebab tunggal melainkan oleh hubungan yang kompleks antara faktor genetik, fisiologik, metabolik, psikologik, sosioekonomik, gaya hidup dan faktor budaya.

Bila ditinjau dan aspek psikologik, obesitas dapat merupakan suatu kondisi tersendiri yang antara lain merupakan gejala dari gangguan makan (misalnya bulimia nervosa), atau merupakan kondisi yang berkaitan dengan citra-diri dan harga-diri, yang mempunyai dasar psiko-dinamika tertentu. Pada makalah ini hanya akan dibahas mengenai obesitas sebagai gejala dari gangguan makan, disertai penanganannya secara garis besar.

OBESITAS

Kata obesitas berasal dari bahasa Latin: *obesus*, *obedere*, yang artinya gemuk atau kegemukan. Obesitas atau gemuk merupakan suatu kelainan atau penyakit yang ditandai dengan penimbunan jaringan lemak tubuh secara berlebihan. Pendapat lain mengatakan bahwa obesitas merupakan gangguan medik kronik yang tidak dapat disembuhkan dan hanya dapat diobati^{4,5}.

Sebagian orang menggolongkan obesitas sebagai suatu kelainan akibat kurangnya pengendalian diri dan hal terse-

but bisa jadi telah menjadi anggapan umum³. Pengendalian diri yang dimaksud di sini tentunya pengendalian terhadap keinginan untuk makan. Bila kita melihat seseorang dengan obesitas, yang terbayang adalah bahwa orang itu telah makan sedemikian banyak sehingga tubuhnya menjadi seperti yang kita lihat. Mengapa ia makan sedemikian banyak? Tidak merasa kenyangkah ia hingga tidak berhenti makan? Atau, apakah porsi makannya memang sedemikian besar dan hal itu telah menjadi kebiasaannya sejak lama, atau bahkan sejak kecil? Mengapa ia tidak dapat mengendalikan keinginan makannya?

TERJADINYA OBESITAS

Obesitas terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran energi sehingga terjadi kelebihan energi yang selanjutnya disimpan dalam bentuk jaringan lemak². Etiologinya multifaktorial, baik faktor individual (biologik dan psikologik) maupun lingkungan. Bila faktor yang dapat merupakan etiologi yang berasal dari individu seperti gangguan endokrin, serta faktor organik lainnya ternyata tidak ditemukan, kondisi ini dapat merupakan konsekuensi seseorang yang tidak dapat mengendalikan keinginannya untuk makan. Bagi orang tersebut., makan dilakukan bukan untuk memenuhi kebutuhan untuk mengganti energi yang telah digunakan dan dikeluarkan pada aktivitas fisik atau psikologik tertentu, melainkan karena memang ingin makan dan makan, yang tidak mampu dikendalikan olehnya.

Kondisi ingin makan dan makan itu termasuk dalam kelompok gangguan makan dalam PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia) maupun dalam DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*). Gangguan makan tersebut, yang kondisi pasiennya biasanya tampak gemuk atau mengalami obesitas, terdiri atas *binge-eating* disorder dan bulimia nervosa^{6,7}.

Pada *binge-eating* disorder gejala yang ditemui yaitu seseorang makan pada suatu periode tertentu, dengan jumlah yang lebih banyak dan lebih cepat daripada kebanyakan orang, hingga ia merasa benar-benar sangat kenyang (*uncomfortably full*). Biasanya makan dilakukan tidak pada saat lapar, seorang diri karena malu makan dalam jumlah besar. Biasanya orang tersebut mengalami depresi atau merasa bersalah setelah makan^{6,9,10}.

** Dibacakan pada Simposium Penanganan gangguan obesitas dan metabolisme androgen pada masa reproduksi, Jakarta 31 Agustus 2002*

Bulimia adalah kecenderungan atau dorongan untuk makan banyak, berlebihan, mungkin disertai nafsu makan besar mungkin pula tidak¹¹. Gejalanya serupa dengan *binge-eating disorder* disertai perilaku mengeluarkan kembali makanan tersebut, baik dengan cara memuntahkan atau dengan menggunakan pencahar^{6,9,10}.

PSIKODINAMIK OBESITAS

Obesitas terjadi karena makan berlebih (*over-eating*). Pada awal kehidupan, seorang bayi mempersepsikan makanan sebagai pengekspresian rasa cinta, dan persepsi tersebut sering masih tersisa. Pada saat pemberian makan, seorang ibu dapat memindahkan perasaan cemas atau ansietas yang dialaminya kepada anaknya. Makan dapat menjadi cara untuk mengatasi kecemasan, yang terjadi karena frustrasi yang dialami, karena adanya persepsi bahwa cinta dan perhatian setara dengan makanan. Kelebihan makan mungkin merupakan indikasi adanya ansietas dini tersebut¹².

Menurut Hamburger, makan berlebih merupakan respons terhadap ketegangan emosional yang tidak spesifik, atau merupakan substitusi dari gratifikasi yang tidak dapat ditoleransi pada situasi-situasi tertentu dalam kehidupan, atau merupakan gejala dari gangguan emosional yang mendasarinya, terutama depresi¹².

Bulimia nervosa maupun *binge-eating disorder* dapat dialami mungkin karena ketidakmampuan seseorang untuk mengatasi masalah-masalah hidup secara praktis. Ketidakmampuan tersebut biasanya dalam pengendalian emosi, pemrosesannya, serta mengatasinya. Ini mungkin karena adanya depresi yang mendasarinya. Depresi tersebut dapat terjadi mungkin karena terhambatnya proses perkembangan mental seseorang sehingga ia lebih nyaman menggunakan mekanisme adaptasi (atau defensi) yang biasa digunakannya pada fase perkembangan yang lebih dini, yaitu fase oral (fase di saat seseorang mengatasi problem hidupnya terutama dengan mulut, biasanya pada usia antara 0-18 bulan). Mekanisme defensi yang digunakan adalah introyeksi, yaitu memasukkan suatu objek ke dalam struktur psikis individu¹¹; objek ini semula bersifat kongkrit (karena kemampuan berpikir yang masih terbatas dan didominasi oleh proses pikir primer) berupa makanan, tetapi kemudian secara bertahap dapat berkembang menjadi lebih abstrak (misalnya ibu atau orang lain yang dicintai atau dianggap dekat dan nantinya dapat berupa ide, harga diri, prestasi, dsb)¹¹.

Depresi dapat pula terjadi secara sekunder karena obesitasnya; individu mengalami obesitas namun mempunyai keinginan atau bayangan mengenai bentuk tubuh yang 'ideal' bisa mengalami depresi karena bayangan bentuk tubuh yang tidak dapat dicapainya. Kemungkinan

lain, depresi terjadi karena gangguan citra-tubuh (sering berupa distorsi, yaitu bila melihat di depan cermin, seseorang tidak melihat tubuhnya seperti apa adanya dalam realitas); seseorang yang obes, jarang menyadari seberapa gemuk dirinya¹⁴. Dua hal ini tidak akan dibahas lebih mendalam dalam makalah ini.

PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan terhadap obesitas merupakan pendekatan holistik dan komprehensif, termasuk meneliti latar belakang terjadinya obesitas pada seseorang, apakah murni karena gangguan metabolik atau gangguan organik lainnya, atau berperan pula faktor psikologik tertentu seperti telah dibahas sebelumnya^{6,10}. Biasanya penatalaksanaannya meliputi pemberian farmakoterapi, pengaturan diet, latihan fisik, perubahan gaya hidup.

Penatalaksanaan terhadap obesitas merupakan pendekatan holistik dan komprehensif

PENANGANAN PSIKOLOGIK

Pada pasien dengan obesitas yang dasarnya adalah gangguan makan yang didasari oleh depresi, maka penanganannya sesuai dengan penatalaksanaan terhadap gangguan depresi, yaitu pemberian psikofarmaka dan psikoterapi. Psikofarmaka berupa antidepresi golongan apa saja, antara lain: *Serotonin Selective Reuptake Inhibitor* (SSRI) (sertraline 1 x 50 mg per hari, atau fluoxetine 1 x 20 mg per hari, atau fluvoxamine 1 x 50 mg per hari), *reversible monoamine oxidase inhibitor* (RIMA) (moclobemide 2 x 150 mg per hari), maupun trisiklik dan tetrasiklik (imipramin, maprotilin), disesuaikan dengan kondisi pasien (umur, pekerjaan dan kegiatan sehari-harinya serta sosio-ekonomi).

Psikoterapi yang diberikan dapat berupa psikoterapi dengan pendekatan dinamik, atau non-dinamik, seperti terapi kognitif-perilaku, atau modifikasi perilaku. Pemilihan jenis psikoterapi disesuaikan dengan kondisi dan kepribadian pasien. Pada psikoterapi dinamik, tujuan utama adalah pencapaian tilikan (*insight*), yaitu mengajak pasien untuk lebih memahami diri dan kehidupannya (termasuk konflik dan pelbagai problem yang pernah dihadapi dan cara mengatasinya), baik pasien maupun dokter berperan aktif dalam proses. Pada setiap pertemuan, topik yang dibahas disesuaikan dengan yang ingin dikemukakan oleh pasien; topik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan depresi atau gangguan makan atau obesitas yang dialami dapat dibahas sesuai dengan kebutuhan. Biasanya dilakukan dalam jangka panjang, minimal 3-12 bulan.

Pada terapi kognitif-perilaku, pasien diajak untuk meni-

lain cara berpikirnya selama ini yang lebih cenderung ke arah irasional (sering berpikir negatif secara otomatis tentang diri dan kondisi yang dialaminya), pasien diajak mengubah cara berpikirnya ke arah yang lebih rasional; pasien juga diajak untuk dapat menggunakan cara lain dalam menghadapi stres dan perasaan-perasaan negatif lainnya yang mengarah pada perilaku *'bingeing'* dan makan berlebihan¹⁴.

Pada terapi perilaku (*behavior modification*), tujuan terapi adalah membantu pasien memodifikasi kebiasaan makannya, meningkatkan aktivitas fisik, meningkatkan kesadaran akan kedua hal tersebut (pengubahan kebiasaan makan dan latihan fisik). Pasien diminta mengidentifikasi dan mencatat saat, suasana dan tempat sewaktu keinginan makan timbul serta frekuensi makannya; pasien kemudian diarahkan untuk dapat mengontrol stimulus agar dapat memutuskan rantai antara peristiwa yang membangkitkan keinginan makan dengan perilakunya (contohnya antara lain dengan membatasi tempat-tempat makannya, atau dengan mengambil segelas air putih di antara setiap gigitan makanan, mengunyah dengan frekuensi tertentu). Kemudian pasien diajak untuk memodifikasi konsekuensi dari perilaku makannya untuk *self-reward* (termasuk mengembangkan kemampuan *assertive*, belajar menyatakan 'tidak' serta mengembangkan *self-talk* yang positif.).^{6,14-16}

SIMPULAN

Obesitas merupakan gangguan yang disebabkan oleh pelbagai faktor, yang merupakan hubungan kompleks antara faktor genetik, fisiologik, metabolik, psikologik, sosioekonomik, gaya hidup dan faktor budaya. Faktor psikologik juga berperan dalam terjadinya obesitas, antara lain berupa terdapatnya gangguan makan yaitu bulimia nervosa atau *binge-eating disorder*, yang didasari oleh depresi. Penanganan psikologik terhadap obesitas adalah sesuai dengan yang dilakukan terhadap depresi, yaitu pemberian psikofarmaka berupa antidepresan, serta psikoterapi, baik dengan pendekatan dinamik, atau terapi kognitif-perilaku, atau modifikasi perilaku yang disesuaikan dengan kondisi dan kepribadian pasien.

KEPUSTAKAAN

1. Waspadji S. Kegemukan: pendekatan klinis dan pemilihan obatnya, dalam Prosiding Temu Ilmiah Akbar 2002. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2002: 69-71.
2. Sjarif DR Evaluasi dan tata laksana obesitas pada anak, dalam Prosiding Temu Ilmiah Akbar 2002. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2002.
3. Soegondo S. Obesitas dan permasalahannya, dalam Prosiding Temu Ilmiah Akbar 2002. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI 2002: 64.
4. Anorexia Nervosa & Related Eating disorders, Inc. Obesity, is it an eating disorder? ANRED, 2002.
5. Myers MD. Comprehensive obesity treatment, 2000. www.weight.com.
6. Brownell KD, Wadden TA. Obesity dalam Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. VII, Kaplan & Sadock. (ed) 2000: 1787, 1789, 1792.
7. Direktorat Kesehatan Jiwa -Ditjen Pelayanan Medik - Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III (PPDGJ-III) -1995.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders -fourth edition (DSM-IV), 1994.
9. Schwartz M. Binge eating disorder: a new eating disorder category. webmaster@ct.addictionprofessionals.com 1998.
10. Fairburn. Risk factors for binge eating disorder. Arch Gen Psychiatr. 1998;55: 425
11. Lubis DB. Pengantar psikiatri klinik. Jakarta, Balai Penerbit FKUI, 1989: 91.
12. Grinker RR, Robbins FP. Obesity, dalam Psychosomatic case book, New York Toronto The Blakiston Co, Inc. 1954: 191-2
13. Psychological causes of obesity
14. Eating disorder and obesity www.austinspsych.com/services.eating_dis.html.
15. Palmer MP. Complexity of obesity by www.innerself.com.
16. Autres Traitements. Psychotherapy for obesity www.obesity-diet.com
17. Bray GA. Behavior modification in the treatment of obesity. Louisiana State University Jan 2000