

TERAPI KOGNITIF PERILAKU PADA KASUS TRIKOTILOMANIA DAN GANGGUAN PENYESUAIAN DENGAN REAKSI DEPRESI BERKEPANJANGAN: SEBUAH LAPORAN KASUS

I Gusti Agung Ayu Widyarini¹, Natalia Widiasih Raharjanti², Anak Agung Ayu Agung Kusumawardhani³

Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa/ Fakultas Kedokteran Universitas Udayana¹,
Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa/ Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia^{2,3}
e-mail: gusti.agung@unud.ac.id¹

ABSTRAK

Trikotilomania dan gangguan penyesuaian dengan reaksi depresi berkepanjangan merupakan komorbiditas yang menimbulkan penderitaan (*distress*) signifikan dan hendaya berat pada fungsi sosial, pekerjaan, serta area penting lainnya dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai intervensi psikoterapi berbasis bukti, Terapi Perilaku Kognitif (*Cognitive Behavior Therapy*/CBT) terbukti efektif untuk mengatasi gangguan yang berakar pada distorsi kognitif dan perilaku maladaptif. Laporan kasus ini bertujuan untuk mengilustrasikan secara rinci proses dan luaran terapeutik dari intervensi CBT yang diberikan kepada seorang pasien perempuan dengan diagnosis ganda tersebut. Tahapan intervensi utama melibatkan sesi CBT terstruktur yang diintegrasikan secara khusus dengan teknik *Habit Reversal Therapy* (HRT) untuk menargetkan perilaku mencabut rambut, serta teknik *graded exposure* untuk mengatasi kecemasan sosial. Hasil evaluasi selama dan sesudah terapi menunjukkan perbaikan klinis yang signifikan pada pasien. Temuan utama meliputi penurunan drastis pada frekuensi, durasi, dan jumlah rambut yang dicabut, serta berkurangnya tingkat ketegangan saat berelasi dengan orang lain. Laporan ini menyimpulkan bahwa kombinasi terstruktur antara CBT, HRT, dan *graded exposure* merupakan strategi intervensi yang komprehensif dan efektif dalam menangani kasus kompleks trikotilomania dengan gangguan penyesuaian.

Kata Kunci: *Cognitive Behavior Therapy, Habit Reversal Therapy, Graded Exposure, Trikotilomania, Gangguan Penyesuaian*

ABSTRACT

Trichotillomania and adjustment disorder with prolonged depressive reactions are comorbidities that cause significant distress and severe impairment in social, occupational, and other important areas of daily functioning. As an evidence-based psychotherapeutic intervention, Cognitive Behavior Therapy (CBT) has been shown to be effective in treating disorders rooted in cognitive distortions and maladaptive behaviors. This case report aims to illustrate in detail the therapeutic process and outcomes of a CBT intervention given to a female patient with this dual diagnosis. The main intervention stages involved structured CBT sessions that were specifically integrated with Habit Reversal Therapy (HRT) techniques to target hair pulling behavior, and graded exposure techniques to address social anxiety. Evaluation results during and after therapy showed significant clinical improvement in the patient. Key findings included a dramatic decrease in the frequency, duration, and amount of hair pulling, as well as a reduction in the level of tension when relating to others. This report concludes that a structured combination of CBT, HRT, and graded exposure is a comprehensive and effective intervention strategy in treating a complex case of trichotillomania with adjustment disorder.

Kata Kunci: *Cognitive Behavior Therapy, Habit Reversal Therapy, Graded Exposure, Trichotillomania, Adjustment Disorder*

PENDAHULUAN

Trikotilomania merupakan sebuah gangguan dalam spektrum obsesif-kompulsif yang kompleks dan seringkali disalahpahami. Secara klinis, gangguan ini ditandai oleh dorongan yang tidak dapat ditahan untuk mencabuti rambut dari berbagai area tubuh, seperti kulit kepala, alis, bulu mata, hingga area kemaluan, yang dilakukan secara berulang. Menurut Ghani et al. (2024), tindakan ini bukan sekadar kebiasaan buruk, melainkan sebuah siklus perilaku yang didahului oleh rasa tegang dan diakhiri dengan perasaan lega atau puas sesaat. Konsekuensinya melampaui aspek fisik semata; penderitanya kerap mengalami tekanan emosional yang mendalam, perasaan malu, serta isolasi sosial. Dampak dermatologis yang nyata, seperti kerontokan rambut signifikan atau alopesia, seringkali menjadi bukti fisik yang semakin memperburuk citra diri dan memicu lebih banyak lagi episode pencabutan rambut, menciptakan lingkaran setan yang sulit diputus tanpa intervensi yang tepat.

Kompleksitas trikotilomania diperdalam oleh adanya serangkaian perilaku ritualistik yang sering menyertai tindakan mencabut rambut. Individu yang menderita gangguan ini tidak hanya berhenti setelah rambut tercabut, namun seringkali melanjutkan dengan ‘ritual’ yang melibatkan rambut tersebut. Sebagaimana dilaporkan oleh Johnson et al. (2016), ritual ini dapat bervariasi, mulai dari sekadar menggosok-gosokkan helai rambut di antara jari atau bibir, memilinnya, hingga memeriksanya secara detail. Pada kasus yang lebih ekstrem, ritual ini dapat berkembang menjadi perilaku menggigit atau bahkan memakan rambut yang telah dicabut, sebuah kondisi yang dikenal sebagai trikofagia. Perilaku-perilaku ritualistik ini menunjukkan betapa dalamnya akar gangguan ini dalam sistem perilaku individu, berfungsi sebagai mekanisme pengatur sensori atau pereda kecemasan yang termanifestasi secara maladaptif dan seringkali dilakukan secara sembunyi-sembunyi karena rasa malu yang melekat.

Dampak yang ditimbulkan oleh trikotilomania bersifat multifaset, menggerogoti kualitas hidup penderitanya secara signifikan. Dari sisi psikologis, individu terus-menerus berjuang dengan perasaan bersalah, cemas, dan depresi akibat ketidakmampuan mengendalikan dorongan mereka. Perasaan malu yang intens seringkali memicu perilaku penghindaran, membuat mereka menarik diri dari situasi sosial, hubungan intim, atau bahkan aktivitas sehari-hari seperti berenang atau berolahraga untuk menyembunyikan area yang mengalami kebotakan. Secara fungsional, hendaya ini dapat mengganggu konsentrasi di sekolah atau di tempat kerja. Konsekuensi dermatologis seperti alopesia, iritasi kulit kronis, atau infeksi sekunder tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan fisik tetapi juga berfungsi sebagai pengingat konstan akan gangguan yang mereka alami, yang pada akhirnya memperkuat siklus negatif dari tekanan emosional dan perilaku mencabut rambut.

Etiologi trikotilomania diyakini bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi rumit antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan. Bennett et al. (2024) mengemukakan bahwa adanya peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seringkali bertindak sebagai pemicu utama yang mencetuskan atau memperburuk gejala. Pada level neurobiologis, penelitian menunjukkan kemungkinan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya pada jalur yang melibatkan serotonin dan dopamin, yang berperan dalam regulasi impuls dan emosi. Selain itu, studi mengenai polimorfisme genetik juga mengindikasikan adanya kerentanan biologis yang diturunkan. Gabungan dari berbagai faktor ini berujung pada satu masalah inti: buruknya regulasi emosi. Dalam kondisi ini, tindakan mencabut rambut menjadi sebuah perilaku maladaptif yang dipelajari sebagai cara untuk meredakan ketegangan, kecemasan, atau kebosanan yang tidak tertahankan.

Meskipun dampaknya sangat melumpuhkan, trikotilomania seringkali menjadi kondisi yang tidak mendapatkan diagnosis dan penanganan yang memadai. Salah satu penghalang

utama adalah kecenderungan pasien untuk menyembunyikan kondisinya karena stigma dan rasa malu yang mendalam, sehingga mereka lebih sering mencari bantuan ke dokter kulit daripada profesional kesehatan jiwa. Heterogenitas gejala, di mana pola dan pemicu mencabut rambut sangat bervariasi antar individu, juga menjadi tantangan dalam standardisasi penanganan. Stigma terhadap diri sendiri (*self-stigma*) membuat penderita merasa bahwa mereka lemah atau cacat, yang semakin menghalangi niat untuk mencari pertolongan. Kombinasi dari kurangnya kesadaran publik, rasa malu pasien, dan kompleksitas gejala ini menciptakan sebuah hambatan besar dalam memberikan intervensi yang efektif dan tepat waktu bagi mereka yang membutuhkannya.

Di tengah tantangan tersebut, Terapi Perilaku Kognitif atau *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) muncul sebagai salah satu modalitas psikoterapi dengan landasan bukti terkuat untuk penanganan trikotilomania. Sebagaimana ditekankan oleh Sabra et al. (2023), CBT secara efektif mengatasi gangguan yang melibatkan regulasi emosi. Pendekatan ini bekerja dengan membantu individu untuk mengidentifikasi pikiran (kognisi) dan perasaan pemicu, serta mengubah respons perilaku yang maladaptif. Dalam konteks trikotilomania, CBT sering dikombinasikan dengan teknik spesifik seperti *Habit Reversal Therapy* (HRT), yang melatih kesadaran akan dorongan dan mengajarkan respons pengganti yang tidak merusak. Teknik lain seperti *graded exposure* dan restrukturisasi kognitif juga diintegrasikan untuk mengatasi kecemasan dan keyakinan negatif yang menyertai, menjadikannya pendekatan yang komprehensif dan potensial.

Laporan kasus ini secara spesifik mengkaji aplikasi klinis dari pendekatan CBT yang terintegrasi pada seorang pasien perempuan yang didiagnosis dengan trikotilomania dan komorbiditas berupa gangguan penyesuaian dengan reaksi depresi berkepanjangan. Adanya diagnosis ganda ini menghadirkan tantangan terapeutik yang lebih kompleks, di mana perilaku repetitif saling terkait dengan respons terhadap stresor kehidupan yang signifikan. Tujuan utama dari laporan ini adalah untuk memberikan gambaran terperinci mengenai proses terapi, mulai dari formulasi kasus, pemilihan teknik intervensi, hingga evaluasi luaran yang dicapai oleh pasien. Dengan demikian, laporan ini diharapkan dapat berkontribusi pada literatur klinis dengan menyajikan pemahaman praktis mengenai efektivitas dan adaptasi CBT dalam menangani gangguan perilaku repetitif yang berkomorbid dengan gangguan terkait stres yang kompleks.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus klinis tunggal dengan pendekatan deskriptif. Objek penelitian adalah seorang pasien perempuan berusia 23 tahun yang datang untuk perawatan. Pengumpulan data primer dilakukan secara longitudinal selama proses penatalaksanaan pasien, yang bersumber dari catatan rekam medis, wawancara psikiatri terstruktur, observasi perilaku, dan pemeriksaan fisik berkala di rumah sakit. Prosedur diagnostik awal melibatkan anamnesis mendalam dan pemeriksaan status mental untuk mengidentifikasi gejala, pemicu, dan hendaya fungsional. Berdasarkan temuan tersebut dan dengan mengacu pada kriteria dari Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III, ditegakkan diagnosis aksis I ganda: Trikotilomania (F63.3) dan Gangguan Penyesuaian dengan Reaksi Depresi Berkepanjangan (F43.2).

Prosedur intervensi yang diterapkan pada pasien bersifat multimodal, mengombinasikan tatalaksana farmakologis dan non-farmakologis. Terapi farmakologis terdiri dari pemberian Aripiprazole 5 mg dan Sertraline 100 mg per oral setiap hari untuk menstabilkan mood dan mengurangi dorongan impulsif. Intervensi non-farmakologis utama adalah 16 sesi Terapi Perilaku Kognitif (CBT) yang terstruktur. Sesi awal difokuskan pada psikoedukasi,

membangun aliansi terapeutik, dan melakukan asesmen mendalam untuk memetakan kesalahan kognitif spesifik (misalnya, *fortune telling*, *labelling*) serta pola perilaku (perilaku eksekutif mencabut rambut dan perilaku defisit berupa penghindaran sosial) yang menjadi target utama terapi.

Pelaksanaan terapi perilaku menggunakan dua teknik utama yang spesifik. Untuk mengatasi trikotilomania, diterapkan *Habit Reversal Therapy* (HRT) yang melatih pasien mengenali pemicu dan menggantinya dengan respons kompetitif. Kemajuan dipantau menggunakan grafik pemantauan mingguan yang mengukur tiga variabel: frekuensi, durasi, dan kuantitas rambut yang dicabut. Sementara itu, untuk mengatasi penghindaran sosial, digunakan teknik *graded exposure*. Pasien dibantu menyusun hierarki situasi sosial dari yang paling mudah hingga paling sulit, kemudian dipaparkan secara bertahap. Tingkat kecemasan subjektif sebelum dan sesudah paparan diukur menggunakan skala *Subjective Units of Disturbance* (SUDS) untuk mengevaluasi efektivitas intervensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Laporan kasus ini menggunakan data klinis pasien dari catatan medis, hasil wawancara dengan pasien, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan psikiatri. Data klinis dikumpulkan melalui pemeriksaan berkala di rumah sakit dan wawancara terstruktur. Objek penelitian adalah seorang perempuan, 23 tahun, datang dengan keluhan tidak dapat mengendalikan perilaku mencabut rambut di tubuhnya (kepala, ketiak, dan kemaluan) yang memberat sejak lima bulan terakhir. Pasien mengatakan dirinya bisa mencabut rambut beberapa kali dalam sehari dan menyebabkan kebotakan di beberapa area. Pasien mengatakan keinginan mencabut rambut muncul saat ia berada di situasi yang kurang nyaman dan menimbulkan perasaan cemas seperti saat sendirian atau tidak ada kegiatan. Pasien sudah mengalami hal ini sejak lima tahun yang lalu dimana ia merasa saat itu terdapat banyak masalah yang harus dihadapinya seperti pertengkaran orang tua dan lingkungan baru di tempat kuliah. Perilaku ini muncul saat pasien merasa kesal baik terhadap orang lain maupun dirinya sendiri. Pasien merasakan ada kelegaan setelah mencabut rambut sehingga membuatnya melakukan hal itu terus menerus. Pasien mengatakan saat ini ada keinginan menghentikan perilaku berulang tersebut namun tidak mengetahui caranya.

Selain perilaku berulang, pasien juga mengeluhkan adanya perasaan sedih dan tidak bersemangat tiap masuk kerja. Pasien mengatakan ia merasa kurang nyaman ditempat kerjanya saat ini karena ketidakcocokan dengan rekan kerja dan posisi pekerjaannya. Pasien menceritakan dirinya memang sulit beradaptasi dengan lingkungan baru walaupun dirinya sudah bekerja sejak satu tahun lalu dan perasaan tidak nyaman ini memberat lima bulan terakhir sejak pasien mendapat respon yang tidak sesuai dari atasan. Hal ini membuat pasien sering menghindar masuk kerja, mengalami sulit tidur, dan penurunan nafsu makan. Di pergaulan pasien juga menyadari dirinya adalah orang yang lebih banyak menuruti keinginan teman, mudah dipersuasi, dan mengalah. Menurut pasien ia melakukan hal ini untuk menghindari konflik dan tidak ditinggalkan oleh teman. Ia lebih nyaman bergaul dengan teman yang cerewet, banyak ide, dan perhatian kepadanya. Pasien juga tidak memiliki banyak teman dan cenderung dekat dengan orang yang sama dalam waktu lama.

Pada pemeriksaan status mental, didapatkan pasien tampak disforik, afek terbatas, pembicaraan spontan, lancar, dan proses pikir yang koheren. Pada pasien didapatkan isi pikir berupa preokupasi terhadap perilaku mengorek kulit dan relasi di tempat kerja dan *cognitive error* berupa *fortune telling*, *labelling*, *should statement*, *mind reading*, *filtering on negative side*, dan *jump to conclusion* yang mendasari pola perilakunya saat ini. Pada pemeriksaan fisik

didapatkan adanya kelainan pada daerah kepala berupa area yang ditumbuhi rambut kecil dan jarang.

Berdasarkan hasil anamnesis, riwayat perjalanan penyakit, dan pemeriksaan yang dilakukan pada pasien ini terdapat perilaku mencabut rambut tubuh yang sulit dikendalikan, selama 5 tahun dan memberat sejak lima bulan terakhir. Pasien juga mengalami kerontokan yang nyata berupa area botak di beberapa area tubuh yang disebabkan perilaku mencabut rambut berulang. Pasien mengatakan perilaku ini dicetuskan adanya perasaan cemas yang berkurang setelah perilaku mencabut rambut dilakukan. Pasien merasa perilaku ini menyebabkan gangguan karena bisa terjadi dimana saja dan kapan saja ia merasa cemas. Perilaku mencabut rambut ini tidak didahului adanya penyakit kulit atau respon terhadap waham dan halusinasi. Berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III (Klasifikasi Gangguan Mental Indonesia), kondisi pasien memenuhi kriteria diagnostik untuk Trikotilomania (F63.3).

Pada pasien juga didapat gejala berupa perasaan sedih dan tidak bersemangat yang muncul sejak setahun lalu. Pasien mengatakan dirinya mengalami kesulitan beradaptasi di tempat kerja karena tidak cocok dengan rekan-rekan kerjanya. Hal ini membuat pasien merasa tidak nyaman tiap kali masuk kerja hingga pasien beberapa kali tidak masuk. Pada pasien juga didapatkan adanya kesulitan tidur dan penurunan nafsu makan. Pasien mengatakan perasaan tidak nyaman dirasakannya tiap masuk kerja namun cenderung membaik saat libur atau kembali ke rumah. Gejala-gejala yang dialami pasien mengarah kepada depresi namun belum cukup untuk mendukung diagnosis depresi. Stresor yang terjadi pada pasien juga merupakan stresor yang biasa terjadi dalam kehidupan dan gangguan pada pasien tidak muncul bila pasien tidak mengalami hal tersebut. Onset munculnya gejala terjadi dalam 1 bulan adanya stresor dan sudah bertahan lebih dari enam bulan. Berdasarkan hal ini, pasien dapat didiagnosis sebagai gangguan penyesuaian dengan reaksi depresi berkepanjangan (F43.2).

Tatalaksana untuk pasien ini terdiri dari terapi farmakologis dan non-farmakologis dengan sasaran mengatasi perilaku pasien mencabut rambut serta membantu pasien memulai interaksi dengan orang lain untuk mengatasi rasa kesendirian. Terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien terdiri dari obat antipsikotik atipikal dan antidepresan. Obat golongan antipsikotik atipikal yang diresepkan adalah Aripiprazole dengan dosis 5 mg yang diminum secara oral sekali setiap 24 jam. Antidepresan yang diresepkan adalah Sertralin dengan dosis 100 mg yang diminum secara oral sekali setiap 24 jam pada malam hari. Terapi non-farmakologis meliputi 16 sesi CBT terdiri dari *intellectual approach* untuk mendisputasi kesalahan berpikir dan *behavioral approach* dengan teknik *Habit Reversal Therapy* (HRT) dan *graded exposure*.

Tujuan utama dari CBT adalah untuk membantu pasien mengenali dan memikirkan pikiran serta respon yang membuatnya cemas sehingga mencabuti rambut, membantu pasien mengenali dan memikirkan pikiran serta respon alternatif yang lebih adaptif agar perilaku mencabut rambut berkurang, serta mengajak pasien mencoba pengalaman agar terbentuk pola perilaku baru, terutama yang terkait dengan rasa cemas, kesal, dan perilaku menghindarnya. Sesi terapi diawali dengan membangun aliansi terapeutik serta mengidentifikasi kesalahan kognitif dan perilaku. Kesalahan kognitif yang terungkap adalah: (1) *Jump to Conclusion* ("Atasan tidak mengizinkan saya dinas luar artinya atasan tidak menyukai saya dan ingin menghambat karir saya.") (2) *Labelling* ("Saya tidak mampu mengambil keputusan sendiri.") (3) *Fortune-Telling* ("Kalau saya berbuat salah, teman akan langsung meninggalkan saya.") (4) *Mind reading* ("Orang diam saja saat mendengar cerita saya, artinya orang itu tidak peduli") (5) *Should statement* ("Saya harus mengalah agar tidak ditinggal.") (6) *Filtering on negative side* ("Rekan kerja menganggap saya tidak kompeten dan tidak memasukkan saya dalam group

chat"). Kesalahan perilaku (*behavioural errors*) yang ditemukan adalah perilaku berlebihan (*excessive behaviour*) mencabut rambut dan perilaku defisit (*deficit behaviour*) yang ditemukan adalah pasien menghindari interaksi dengan orang serta tidak berani menyampaikan pendapat karena takut ditolak.

Fase terapi lanjutan diisi dengan aplikasi teknik HRT yang terdiri dari lima komponen. Teknik HRT pada kasus ini berfokus pada target pengurangan jumlah rambut yang dicabut setiap minggu dan telah disepakati untuk membatasi jumlah rambut yang dicabut oleh pasien sebanyak 50 helai setiap kali ada dorongan ingin mencabut rambut. Pada komponen *Inconvenience review*, pasien diajak mengenali sambil mendeskripsikan secara detil situasi yang menjadi stimulus terhadap perilaku menarik rambut. Lalu melalui *Awareness training* pasien diajak menyadari perilaku menarik rambut merupakan konsekuensi dari pikiran dan emosi yang timbul. Komponen ketiga yaitu *Competing response training* dilakukan dengan mendiskusikan alternatif respon yang bisa digunakan menggantikan perilakunya. Alternatif respon merupakan hal yang disepakati oleh pasien, melibatkan aktivitas psikomotor yang sama dengan perilaku repetitif maladaptif, dan tidak mencolok.

Pada komponen *Social support*, terapis mendiskusikan kepada pasien pentingnya peran keluarga dan teman untuk membantu pasien mengontrol perilakunya hingga komponen *Generalization procedure* berupa latihan yang dilakukan terhadap berbagai situasi baik yang menimbulkan perasaan tidak nyaman ataupun bermuatan emosi netral. Pada perilaku menghindar, teknik yang dilakukan dimulai dari *cognitive reframing* menggunakan dialog Sokratik untuk mengajak pasien mencari pikiran alternatif menggantikan kesalahan kognitif. Pasien kemudian diajak melatih kemampuannya berinteraksi dengan teknik *graded exposure*. Pasien diminta membuat hirarki jenis interaksi yang paling mudah dilakukan (ikut menyimak saat teman berkumpul, menyapa, menanyakan kabar) hingga yang paling sulit (memulai topik baru pembicaraan dan mempertahankan pembicaraan). Pasien juga diajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi kecemasan yang muncul baik sebelum atau sesudah paparan.

Pasien menunjukkan perbaikan signifikan dari perilaku mencabut rambutnya sejak sesi 4 dan seterusnya yang dituangkan dalam grafik pemantauan terhadap tiga aspek yaitu frekuensi (per minggu), durasi (per menit), dan kuantitas rambut yang dicabut (per kali). Pada sesi 1-3, pasien masih menunjukkan perilaku trikotilomania dengan frekuensi, durasi, dan kuantitas yang tinggi dan menjadi hampir 0 pada sesi 10. Di beberapa kesempatan pasien dapat mengendalikan diri dengan tidak mencabut rambut. Pasien dapat mencari respons alternatif sendiri untuk mencegah tangannya mencabut rambut. Pada situasi tertentu pasien masih mencabut rambut dengan jumlah yang tidak sebanyak dulu. Pasien juga merasa senang karena area kepala yang botak saat ini sudah ditumbuhi rambut. Hal ini juga memperkuat keinginan pasien untuk tidak mencabut rambut.

Selain perilaku mencabut rambut, pasien juga memiliki target kedua yaitu untuk menghilangkan perilaku menghindarnya saat berada pada situasi sosial. Target kedua ini dicapai dengan menggunakan teknik *graded exposure*. Awalnya pasien mengatakan latihan ini yang paling sulit dilakukan karena sebenarnya ia masih enggan melakukannya. Pasien awalnya hanya mau melakukan hal yang biasa dilakukannya seperti menyapa orang lain seperlunya. Pasien juga mencoba berbicara dengan orang asing seperti tukang ojek *online* seperti yang sering dilakukannya. Terapis kemudian mengajak pasien melihat keuntungan dan kerugian dari perilaku menghindarnya. Terapis juga melakukan pendekatan suportif untuk mengelola resistensi pasien dan membantu mengingatkan kembali tujuan terapi kepada pasien. Pasien akhirnya mau mencoba latihannya di sesi-sesi berikutnya. Pada evaluasi, pasien mengatakan sudah mencoba dan mendapatkan respons yang berbeda dari yang dikhawatirkannya. Hal ini membuat pasien merasa lega dan ditunjukkan dengan berkurang skor *Subjective Units of*

Disturbance (SUDS) dari 9 (gangguan yang parah) menjadi 3 (gangguan ringan-sedang) saat berhadapan dengan situasi sosial. Di sesi keenambelas, pasien menceritakan pengalamannya dalam mengelola kecemasan saat berhadapan dengan orang banyak. Pasien mengatakan sempat merasa cemas dan ragu akan kemampuannya namun ia juga ada keinginan untuk berubah. Hal ini membuat pasien merasa lega dan setuju untuk terus mencobanya. Sesi CBT diakhiri setelah 16 minggu pertemuan dengan pasien. Pasien tetap melakukan kontrol rutin setelahnya untuk penyesuaian dosis terapi farmakologisnya.

Pembahasan

Trikotilomania merupakan salah satu bentuk gangguan kebiasaan dan impuls (Melo et al., 2022). Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan laki-laki dengan prevalensi 0,5-2,0% populasi dunia (Johnson et al., 2016; Grant et al., 2015). Trikotilomania dapat dicetuskan dari stimulus sensoris (ketebalan, tekstur, warna, dan sensasi gesekan pada rambut), emosi (cemas, takut, bosan, dan marah), dan pikiran (obsesi terhadap rambut dan ketakutan isi pikir) (Grant et al., 2015; Labrot et al., 2014). Kebanyakan pasien tidak menyadari perilaku mencabuti rambut ini karena sering berakhir dengan perasaan lega yang menguatkan perilaku mencabut rambut. Hal ini membuat trikotilomania terbagi menjadi dua fenomena yaitu *automatic pulling* yang tidak menyadari perilaku mencabut rambut dan *focused pulling* yang mencabut rambut karena adanya perasaan berbeda dan aneh pada rambut sehingga perlu dicabut (Keuthen et al., 2015). Pada pasien ditemukan gambaran yang konsisten dengan tipe *focused pulling*. Hal ini ditunjukkan dari perilaku pasien yang memiliki kriteria spesifik terhadap rambut yang akan dicabut.

Studi yang dilakukan Keuthen, dkk mendapatkan bahwa kedua tipe trikotilomania sama-sama menunjukkan tingkat neurotisisme yang tinggi (Keuthen et al., 2015). Hal ini juga berhubungan dengan tingginya ketegangan yang menyebabkan hilangnya kontrol terhadap perilaku mencabut rambut. Hagh-Shenas, dkk juga mendapatkan hasil studi bahwa penderita trikotilomania memiliki skor yang tinggi terhadap ketegangan, kecemasan, depresi, dan rentan terhadap stres (Hagh-Sennas et al., 2004). Seorang dengan trikotilomania sering kali dijumpai memiliki komorbid dengan gangguan lainnya seperti depresi dan gejala *pathological grooming* lainnya (American Psychiatric Association et al., 2013; Grant et al., 2016). Demetrovics, dkk melakukan sebuah studi untuk mencari kesamaan faktor yang dapat mencetuskan gejala *pathological grooming* ini terjadi secara bersamaan. Studi yang dilakukan Demetrovics et al. (2017) pada 2.705 partisipan mendapat tiga faktor yang diidentifikasi bermakna dalam mencetuskan *pathological grooming* yaitu adanya impulsifitas, distress psikologis, dan rendahnya *self-esteem*. Laporan kasus ini menyajikan penggunaan beberapa teknik CBT seperti HRT dan *graded exposure* dalam mengatasi distorsi kognitif, pola perilaku, hingga respons emosional berlebih, yang dialami pasien dengan trikotilomania dan gangguan penyesuaian dengan reaksi depresi berkepanjangan.

Berdasarkan teori kognitif-perilaku, perilaku mencabuti rambut dapat menjadi pelarian atau penghindaran seseorang dari perasaan tidak nyaman yang dialaminya. Adanya perasaan lega sesaat menjadi *maintaining consequences* pada siklus *negative reinforcement*. Perilaku repetitif (*behavioral excess*) ini terus terjadi karena pasien mengalami perasaan lega sementara tanpa menyadari efek jangka panjang dari perilakunya seperti kebotakan dan infeksi kulit kepala (*immediate reinforces vs. cumulatively significant punisher for a behavior*). Hal ini yang perlu disampaikan pada pasien dan diperkuat selama sesi terapi CBT. Setelah pasien memahami hal ini, pasien dapat diajak membuat komitmen untuk merencanakan teknik yang dapat menghentikan perilaku repetitifnya. Teknik CBT yang menjadi lini pertama pada gangguan

perilaku repetitif yang berfokus pada tubuh, salah satunya adalah HRT (Grant et al., 2017; Rahman et al., 2023).

HRT pertama kali diperkenalkan oleh Azrin dan Nunn untuk mengatasi tik dan kebiasaan yang terkait cemas (Grant et al., 2017; Morris et al., 2013). HRT dilakukan tiap 1 minggu sekali tergantung derajat keparahan gejala dan berlangsung selama 4-22 sesi (Grant et al., 2017). Inti dari HRT adalah melatih pasien untuk mengenali stimulus yang mencetuskan perilaku dan melawannya (Grant et al., 2017). Teknik HRT memiliki lima komponen dalam praktiknya yaitu *inconvenience review*, *awareness training*, *competing response training*, *social support*, dan *generalization procedure* (Morris et al., 2013). Selama sesi terapi, pasien diminta membuat tabel pemantauan yang membantu pasien mengidentifikasi situasi yang dialami, pikiran, dan emosi yang mencetuskan perilaku mencabut rambutnya. Pasien juga dapat menyebutkan *competing response* yang bisa dilakukan sehari-hari seperti mengepalkan tangan, meremas boneka atau bantal, merobek kertas, hingga mewarnai.

Selain trikotilomania, pasien yang berkomorbid dengan gangguan psikiatri lainnya juga perlu mendapatkan perhatian dalam tata laksana karena dapat menjadi pencetus maupun dampak dari perilaku repetitifnya (Lee et al., 2019). Pada pasien perilaku mencabuti rambut menjadi respon dari keadaan yang dianggap tidak nyaman seperti kesendirian. Pasien merasakan kesendirian karena tidak memiliki kemampuan berinteraksi yang baik dengan lingkungan sekitar. Situasi ini menimbulkan rasa cemas pada pasien yang membaik setelah melakukan perilaku mencabuti rambut. Kesendirian pasien juga merupakan produk dari berbagai kesalahan kognitif yang terkait relasi pasien dengan orang lain. Ketakutan pasien akan penolakan ketika berinteraksi dengan orang lain menyebabkan pasien memilih menghindari berbagai situasi sosial. Adanya perilaku menghindar (*behavioral deficit*) ini terus terjadi karena menimbulkan perasaan lega sementara bagi pasien. Selama sesi terapi pasien diajak melihat kemungkinan lain yang muncul bila perilaku menghindarnya diubah dengan melakukan *graded exposure*. Pasien perlu memahami bila ia mencoba berinteraksi, mungkin muncul perasaan kurang nyaman saat memulainya (*immediate small punisher*) namun dapat membuatnya lebih memiliki teman dan tidak merasa sendiri lagi (*cumulatively significant reinforces*).

Kombinasi teknik CBT disertai pemberian antidepresan seperti antipsikotik atipikal dan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI) memiliki efikasi yang baik dalam memperbaiki perilaku impulsif sekaligus gangguan mood pasien. Adanya disregulasi serotonin ganglia basal yang dimodulasi dopamin memberikan potensi baik dari Olanzapin, Aripiprazole, dan Risperidon sebagai augmentasi pengobatan trikotilomania (Bennett et al., 2024). Dimasukkannya SSRI seperti Sertraline ke dalam terapi karena dapat memberikan respons yang baik dalam mengatasi komorbiditas gangguan jiwa, seperti ansietas, depresi, dan gangguan penyesuaian pada pasien (Domínguez et al., 2025).

KESIMPULAN

CBT dengan teknik HRT merupakan pendekatan yang efektif, terstruktur, dan sederhana untuk kondisi trikotilomania, sebagaimana ditunjukkan dalam kasus ini. Kombinasi dengan teknik *graded exposure* juga menunjukkan hasil yang baik dalam mengatasi gejala gangguan penyesuaian yang dimiliki pasien. Meskipun berdampak signifikan terhadap perbaikan gejala, kekambuhan trikotilomania yang tinggi akibat stres kehidupan berulang tidak dapat dihindarkan. Oleh karena itu, diperlukan observasi berkala terkait gejala mencabut rambut dan kemampuan adaptasi pasien setelah sesi psikoterapi berakhir.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). Trichotillomania (hair-pulling disorder). In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 251–254). American Psychiatric Publishing.
- Bennett, L. P., & Ryznar, R. (2024). A review of behavioral and pharmacological treatments for adult trichotillomania. *Psychology International*, 6(2), 509–530.
- Demetrovics, Z., & Maraz, A. (2017). Pathological grooming: Evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. *PLoS ONE*, 12(9), 1–13.
- Domínguez, L. N., Imbernón-Moya, A., Saceda-Corralo, D., & Vañó-Galván, S. (2025). Trichotillomania treatment update. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 116(2), 152–158.
- Ghani, H., Podwojniak, A., Tan, I. J., Fliorent, R., & Jafferany, M. (2024). From tugs to treatments: A systematic review on pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical and Experimental Dermatology*, 49(8), 774–782.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2015). Trichotillomania and skin-picking disorder: Different kinds of OCD? *Focus (Madison)*, 13(2).
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2017). Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 868–874.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Research*, 239, 68–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.004>
- Hagh-Shenas, H., Moradi, A., Dehbozorgi, G., Farashbandi, B., & Alishahian, F. (2004). Trichotillomania-associated personality characteristics. *IJMS*, 29(3), 105–108.
- Johnson, J., & El-alfy, A. T. (2015). Review of available studies of the neurobiology and pharmacotherapeutic management of trichotillomania. *Journal of Advanced Research*, 1–16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jare.2015.05.001>
- Keuthen, N. J., Tung, E. S., Altenburger, E. M., Blais, M. A., Pauls, D. L., & Flessner, C. A. (2015). Trichotillomania and personality traits from the five-factor model. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 317–324.
- Labrot, Z., Dufrene, B. A., Ness, E., & Mitchell, R. (2014). Functional assessment and treatment of trichotillomania and skin-picking: A case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 257–264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.006>
- Lee, M. T., Mpavaenda, D. N., & Fineberg, N. A. (2019). Habit reversal therapy in obsessive compulsive related disorders: A systematic review of the evidence and CONSORT evaluation of randomized controlled trials. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 79.
- Melo, D. F., Lima, C. D. S., Piraccini, B. M., & Tosti, A. (2022). Trichotillomania: What do we know so far? *Skin Appendage Disorders*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1159/000518191>
- Morris, S. H., Zickgraf, H. F., Dingfelder, H. E., & Franklin, M. E. (2013). Habit reversal training in trichotillomania: Guide for the clinician. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(9), 1069–1077. <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.2013.827477>
- Rahman, S. M., Jafferany, M., & Barkauskaite, R. (2023). Habit-reversal training: A psychotherapeutic approach in treating body-focused repetitive behaviour disorders. *Clinical and Experimental Dermatology*, 48, 1310–1316. <https://doi.org/10.1093/ced/llad247>

Sabra, M. A. A., Al Kalalkeh, M., Alnaeem, M. M., & Zyoud, A. H. (2024). The efficacy of using psychotherapy interventions to minimize symptoms of trichotillomania and trichophagia: A scoping review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54, 143–154. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09604-8>