



UNIVERSITAS KATOLIK
WIDYA MANDALA
SURABAYA



Meninjau Ketepatan Kriteria Diagnostik Gangguan Kesurupan: Kritik Terhadap Pedoman Diagnostik Gangguan Kejiwaan Modern

ORASI ILMIAH
dalam rangka Dies Natalis LXV
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

oleh

Dr. MICHAEL SENO RAHARDANTO, S.Psi., M.A.

Dosen Fakultas Psikologi
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya



UNIVERSITAS KATOLIK
WIDYA MANDALA
SURABAYA

**Meninjau ketepatan kriteria diagnostik gangguan kesurupan:
Kritik terhadap pedoman diagnostik gangguan kejiwaan modern**

ORASI ILMIAH
dalam rangka Dies Natalis LXV
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

oleh

Dr. MICHAEL SENO RAHARDANTO, S.Psi., M.A.
Dosen Fakultas Psikologi
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Meninjau ketepatan kriteria diagnostik gangguan kesurupan: Kritik terhadap pedoman diagnostik gangguan kejiwaan modern

Oleh:

Dr. Michael Seno Rahardanto, S.Psi., M.A.

Dosen Fakultas Psikologi

Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Yth. Bapa Uskup Keuskupan Surabaya

Yth. Ketua Umum, Ketua dan Anggota Yayasan Widya Mandala
Surabaya

Yth. Rektor dan Wakil Rektor Universitas Katolik Widya Mandala
Surabaya

Yth. Para Anggota Senat Akademik Universitas Katolik Widya
Mandala Surabaya

Yth. Para Pimpinan Unit Kerja di Lingkungan Universitas Katolik
Widya Mandala Surabaya

Yth. Para Ketua Organisasi Kemahasiswaan di Lingkungan
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Yth. Sejawat Dosen, Tenaga Kependidikan, dan Mahasiswa
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

Serta seluruh hadirin yang saya hormati,

Semoga Anda semua diberkati Tuhan dengan kesehatan, damai sejahtera, kebahagiaan, rezeki, dan segala rahmat yang Anda butuhkan dalam hidup.

Puji syukur kepada Tuhan, pada hari ini kita dapat berkumpul untuk merayakan Dies Natalis Universitas Katolik Widya Mandala (UKWMS) yang ke-65, dengan tema **“UKWMS membangun budaya inovasi yang berdampak, dan digerakkan oleh isu keberlanjutan dengan memperkuat komitmen internal serta meningkatkan kemitraan eksternal”**. Dalam kesempatan ini, saya mendapat amanah menyampaikan orasi ilmiah, yang saya buat dengan judul: **“Meninjau ketepatan kriteria diagnostik gangguan kesurupan: Kritik terhadap pedoman diagnostik gangguan kejiwaan modern”**.

A. Latar Belakang

Para hadirin yang terhormat,

Kita hidup dalam era saat ilmu pengetahuan mencapai kemajuan pesat. Kita terpukau melihat perkembangan kecerdasan buatan hingga eksplorasi tatasurya untuk mencari potensi kehidupan di luar bumi. Pada era sekarang ini, kontur dasar laut sudah dipetakan, permukaan bulan sudah dijelajahi, dan 100% genom manusia telah dipetakan. Maka dalam era perkembangan teknologi yang pesat ini, sungguh terasa janggal dan ironis bahwa, dalam ranah ilmu kesehatan

jiwa, masih ada *disorder*—gangguan—saat orang yang mengalaminya merasa sangat tidak nyaman dengan kondisi tersebut, dan dalam banyak kasus berusaha mencari pertolongan, tetapi orang-orang yang seharusnya berwenang memberi pertolongan masih sibuk berdebat tentang etiologi fenomena tersebut dan bagaimana mengatasinya, dan tidak jarang, menyepelekan fenomena tersebut (Oger, 1996; Bartholomew & Sirois, 2000, 1996; Sapkota dkk., 2014; Bhavsar dkk., 2016). Fenomena yang saya maksud adalah fenomena *kesurupan*, yang dalam bahasa Inggris disebut *spirit possession*.

Dalam DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*—buku pedoman diagnostik gangguan kejiwaan yang diterbitkan *American Psychiatric Association*, 2015—yang digunakan secara luas di kalangan praktisi psikologi, termasuk di Indonesia), kesurupan dikategorikan sebagai gangguan identitas disosiatif, sedangkan dalam ICD-11 (*International Classification of Diseases*, buku pedoman diagnostik penyakit, yang diterbitkan oleh *World Health Organization*, 2018) kesurupan digolongkan sebagai gangguan *trance*. Dengan kata lain, dua pedoman diagnostik memberikan label yang berbeda terhadap fenomena ini. DSM-5 menempatkan fenomena kesurupan dalam kategori disosiasi (fragmentasi/terpecahnya) identitas, sedangkan ICD-11 mengkategorikan fenomena ini sebagai *trance*. Gangguan identitas disosiatif—yang pada seri DSM terdahulu (APA, 1987) bernama kepribadian ganda (*multiple personality disorder*)—merupakan gangguan terpecahnya identitas seseorang

menjadi sejumlah fragmen, sedangkan *trance* adalah gangguan kehilangan kesadaran. Keduanya memiliki intervensi yang berbeda (lihat, misalnya International Society for the Study of Trauma, 2011).

Para hadirin yang terhormat,

Saya ingin mengajak Anda untuk sejenak memikirkan implikasi dari perbedaan kriteria diagnostik tersebut. Sebagai analogi, mari kita membayangkan seandainya ada seseorang yang mengalami nyeri di dadanya. Ia berkonsultasi ke dokter, yang mendiagnosis pasien tersebut mengalami gangguan asam lambung. Ketika pasien tersebut meminta *second opinion* dari dokter lain, dokter tersebut memberikan diagnosis serangan jantung. Dalam ilustrasi ini, wajar bila pasien merasa bingung: *Apa yang sebenarnya saya alami?* Dalam praktik klinis, kebingungan terhadap dimensi ontologis gangguan berimbas pada perbedaan intervensinya. Intervensi yang salah bisa lebih berbahaya daripada tidak diintervensi sama sekali. Sayangnya, dua pedoman diagnostik yang digunakan secara luas, yaitu DSM-5 dan ICD-11, memberikan penggolongan diagnostik yang berbeda terhadap gangguan kesurupan; dan saya bahkan belum menyebutkan perihal PPDGJ-III, pedoman diagnostik gangguan kejiwaan yang diterbitkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1993), yang memberikan komentar yang lain lagi. Perbedaan-perbedaan tersebut dirangkum dalam tabel berikut:

Tabel 1***Perbedaan Kriteria Diagnostik Gangguan Kesurupan***

No.	Buku pedoman	Tahun terbit	Penerbit	Kategori diagnostik
1	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , edisi 5 yang direvisi (DSM-5-TR)	2022	<i>American Psychiatric Association</i>	Gangguan identitas disosiatif (<i>dissociative identity disorder</i>)
2	Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa, edisi 3 (PPDGJ-III)	1993	Departemen Kesehatan Republik Indonesia	Gangguan trans disosiatif konversi
3	<i>International Classification of Diseases</i> , edisi 11 (ICD-11)	2018	<i>World Health Organization</i>	Gangguan trans kesurupan (<i>possession trance disorder</i>)

Para hadirin yang terhormat,

Perbedaan kriteria diagnostik bukan sekedar perbedaan istilah, label, atau kata-kata. Ketidaktahuan soal simptom, etiologi, patognomoni, dan intervensi kesurupan nyatanya telah merenggut nyawa manusia. Pada tahun 1976, seorang perempuan Jerman bernama Anneliese Michel meninggal dunia dalam proses eksorsisme yang dilakukan dua orang imam Katolik. Kedua imam tersebut kemudian dijatuhi hukuman penjara. Meski demikian, riset Felicitas Goodman (2010) menunjukkan bukti-bukti kuat bahwa Anneliese

Michel meninggal karena keracunan Tegretol yang diberikan oleh psikiaternya. (Kisah ini didramatisasi oleh Hollywood menjadi film *The Exorcism of Emily Rose*). Apapun penyebab kematian Anneliese, carut-marut soal hakikat pengalaman kesurupan berada di akar masalah penyebab kematiannya.

Kasus Anneliese, sayangnya, bukan yang terakhir. Tahun 2012, sebuah keluarga di Inggris dijatuhi hukuman penjara karena melakukan proses pengusiran *djinn* yang mengakibatkan tewasnya seorang perempuan (Igwe, 2012). Di negara kita sendiri, tahun 2021, seorang anak perempuan berusia 4 tahun tewas dalam proses *ruqyah* setelah keluarganya membenamkannya ke air, atas nasihat seorang tokoh agama yang mengatakan anak tersebut kerasukan *genderuwo* (Tim PR Bekasi 5, 2021).

Situasi di ranah profesional tidak lebih baik. Dalam DSM-5, yang menjadi acuan psikologi aras utama, fenomena kesurupan dikategorikan sebagai fenomena disosiasi (fragmentasi kepribadian). Meski demikian, riset-riset empiris menunjukkan ketidaksesuaian diagnostik ini dengan kondisi riil di medan penelitian. Perbedaan-perbedaan tersebut dipaparkan berikut ini:

1. Dalam DSM-5, disebutkan bahwa salah satu ciri yang harus ada dalam gangguan identitas disosiatif—dengan kata lain, dalam kesurupan—adalah adanya episode amnesia. Meski demikian, data menunjukkan kesurupan tidak selalu disertai amnesia. Para informan dalam penelitian Lemelson & Suryani

(2006). dan dalam penelitian Delmonte et al (2006), dan Rahardanto & Subandi (2012) mampu mengingat pengalamannya ketika kesurupan; demikian juga para informan dalam studi Igreja et al (2010). Dalam penelitian Martinez-Taboas (1999), informan memang tidak mampu mengontrol munculnya *glossolalia* (bicara meracau), namun ia menyadari berlangsungnya kondisi tersebut. Para perempuan yang merasa dirasuki *jinn* (dalam penelitian Hanely & Brown, 2014) tetap sadar dan bahkan mampu merefleksikan bahwa kondisi kesurupan tersebut membuat mereka sulit merawat bayinya. Temuan-temuan ini berbeda dari DSM-5, yang mencantumkan amnesia sebagai kriteria utama gangguan identitas disosiatif.

2. Menurut DSM-5, kesurupan tidak dianggap patologis bila terjadi dalam kerangka budaya atau agama. Namun, realitanya, bagi orang-orang yang mengalami kesurupan, pengalaman tersebut acapkali dimaknai sebagai kondisi patologis, bukan semata-mata karena fenomena tersebut diterima budaya. Sebagai contoh, ketika informan dalam penelitian Delmonte (2016) mengalami kesurupan saat pertama kali datang ke komunitas Candomblé, ia merasa hangat dan nyaman (“*warm and good*”). Namun, ia sangat terusik karena merasa tidak punya kontrol dalam kondisi tersebut (Delmonte dkk., 2016). Demikian pula, informan dalam penelitian Rahardanto &

Subandi (2012) yang berprofesi sebagai penari *jathilan*, merasa sangat terganggu dengan kondisi ketika ia mengalami *ndadhi* (kesurupan) yang tidak terkendali, meski fenomena tersebut dianggap lumrah oleh masyarakat sekelilingnya. Dengan kata lain, kesesuaian dengan budaya dan adanya perasaan positif tidak serta-merta menjadikan kesurupan sesuatu yang dikehendaki. Ketakutan terbesar informan dalam penelitian Martinez-Taboas (1999) juga berkaitan dengan hilangnya kontrol. Informan tersebut sangat takut keluar rumah karena bisa mengalami *glossolalia* sewaktu-waktu, tanpa terkendali. Meski demikian, dalam kondisi *glossolalia*, ia masih sadar, dan kondisi itu semakin membuatnya malu (Martinez-Taboas, 1999). Dalam penelitian yang berfokus ke pengalaman subjektif individu yang kesurupan (Pietkiewicz dkk., 2019; Rahardanto & Subandi, 2012), hilangnya kendali atas diri disebutkan para informan sebagai kondisi utama yang tidak dikehendaki oleh informan maupun oleh para penyembuh. Sejumlah penelitian tersebut menunjukkan indikasi bahwa patognomoni (gejala inti) kesurupan adalah hilangnya kendali atas diri, yang diatribusikan ke entitas preternatural ('gaib').

3. Tinjauan literatur terhadap kasus-kasus *spirit possession* di negara-negara berpendapatan menengah dan rendah (*Low and Middle Income Countries/ LMIC*) menunjukkan bahwa orang-

orang dengan riwayat perundungan atau trauma berat pada masa kanak-kanak rentan mengalami *spirit possession* (Hecker dkk., 2015). Namun penelitian Bowman et al (2009) terhadap sampel ibu muda di Meksiko yang memiliki riwayat pelecehan seksual pada masa kanak-kanak tidak menunjukkan adanya hubungan antara peristiwa traumatik tersebut dengan adanya simptom disosiasi pada usia dewasa. Dengan kata lain, terdapat indikasi bahwa *spirit possession* memiliki perbedaan etiologi dengan fenomena disosiasi.

Untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, dalam rentang waktu antara tahun 2018 hingga 2024, saya melakukan tiga studi yang saling menunjang. Studi 1, yang saya lakukan tahun 2018 hingga 2020, merupakan studi metode metasintesis (*metasynthesis*). Metasintesis merupakan analog kualitatif dari metanalisis. Dalam metode metasintesis, saya mensintesis dan menginterpretasi semua sampel penelitian kualitatif yang dapat saya temukan, terkait tema, konsep, atau fenomena kesurupan (lihat Kennedy dkk., 2003, p. 203). Tujuan saya adalah menemukan esensi fenomenologis pengalaman kesurupan berdasarkan semua penelitian mengenai fenomena tersebut. Dengan menggunakan kata kunci “*spirit possession*” dan “*qualitative*”, saya menemukan 900 *entry* di enam database; dengan perincian PubMed 12, PMC 100, Sagepub 174, Springerlink 168, JSTOR 443, dan PsycInfo 3 artikel. Ke-900 artikel tersebut saya

seleksi berdasarkan judul dan abstraksinya, menjadi 111 artikel, yang selanjutnya saya baca dan seleksi kembali menggunakan sejumlah kriteria inklusi. Sebanyak 17 artikel memenuhi kriteria inklusi tersebut ($n = 443$ orang).

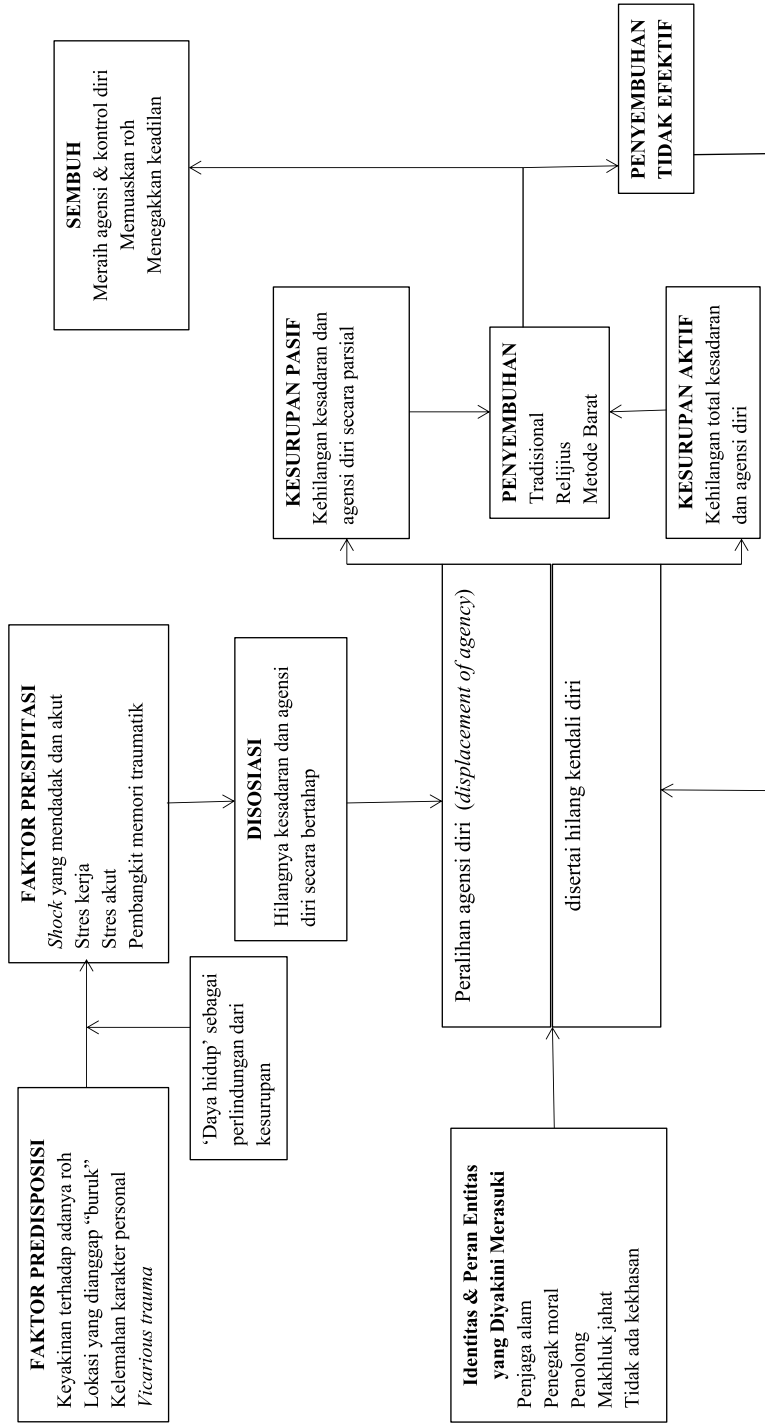
Studi 2 merupakan studi pengidentifikasian simptom-simtom individu ($n=55$) yang mengalami kesurupan menggunakan *Dissociative Disorders Interview Schedule Based on DSM-5* (DDIS-DSM-5), yakni pedoman wawancara berbasis DSM-5 untuk asesmen simptom-simtom gangguan disosiasi. Studi 2 ini saya lakukan di Pulau Nias, dengan rentang waktu pengambilan data hingga analisis selesai pada tahun 2018 hingga 2021 (Rahardanto dkk., 2024). Melalui studi ini, saya ingin mengidentifikasi apakah simtom individu yang mengalami kesurupan sesuai dengan kriteria diagnostik gangguan identitas disosiatif dalam DSM-5.

Studi 3 merupakan studi dengan metode interaksionisme simbolik (Blumer, 1986; 1969) terhadap informan penelitian ($n=5$) yang mengalami kesurupan, beserta informan pendukung yang merupakan para penyembuh ($n=2$) yang menolong informan yang mengalami kesurupan tersebut. Studi 3 ini merupakan studi yang saya lakukan tahun 2021 hingga 2025. Tujuan studi ini adalah memperdalam pengalaman orang yang mengalami kesurupan—bagaimana pemaknaan terhadap kondisi tersebut muncul, bagaimana proses penyembuhan yang efektif, dan hal-hal yang relevan dengan tujuan tersebut.

Para hadirin yang terhormat,

Studi 1, yakni metasintesis terhadap penelitian-penelitian tentang kesurupan menunjukkan dengan jelas bahwa simtom sentral yang didapati dalam kondisi kesurupan pada ke-443 subjek adalah hilangnya kendali atas diri, yang diikuti beralihnya agensi diri ke kendali entitas asing (*displacement of agency*). Temuan ini mengindikasikan bahwa hilang kontrol dan fenomena peralihan agensi-lah (*displacement of agency*), bukan amnesia, yang merupakan patognomoni kesurupan. Sebelum perpindahan agensi diri terlaksana, terjadi sejumlah gejala prodromal berupa pengalaman disosiatif dalam bentuk derealisasi, depersonalisasi, atau bahkan fragmentasi identitas. Gejala prodromal ini konsisten dengan hasil penelitian Rahardanto & Subandi (2012), yang mengidentifikasi simtom pendahulu seperti pusing, berkeringat dingin, ingin muntah, yang dialami individu-individu *sebelum* kehilangan kontrol diri dalam kesurupan.

Bagan hasil metasintesis ditampilkan di halaman berikutnya.



Bagan 1. Model eksplanatori kesurupan sebagai fenomena peralihan agensi diri yang disertai kehilangan kendali diri

Para hadirin yang terhormat,

Setelah mengidentifikasi apa yang dikatakan literatur tentang esensi fenomenologi pengalaman kesurupan (dalam Studi 1), saya melakukan pengambilan data terhadap orang-orang yang mengalami kesurupan, menggunakan pedoman wawancara berdasarkan DSM-5. Saya melakukan pengambilan data terhadap 55 orang yang mengalami kesurupan. Temuannya menarik, karena justru menunjukkan hasil yang berbeda dari apa yang dikatakan DSM-5 itu sendiri. Hasilnya dirangkum di tabel 2 dan 3.

Tabel 2.

Rangkuman Data Deskriptif Hasil Wawancara DDIS-DSM-5

Item	Persentase
Jumlah subjek	55
Rerata usia (tahun)	14.51
Persentase laki-laki	23.63
Persentase perempuan	76.37
Persentase mengalami gangguan somatisasi	98.18
Rerata simptom positif gangguan somatisasi	10.82
Persentase mengalami penyalahgunaan zat	3.63
Persentase memiliki riwayat psikiatrik	3.63
Persentase mengalami gangguan depresi mayor	49
Rerata simptom positif skizofrenia jenjang pertama menurut Schneider (<i>Schneiderian first rank symptoms</i>)	3.82
Persentase mengalami <i>trance</i>	69
Persentase memiliki teman khayalan (<i>childhood companion</i>)	31
Persentase mengalami berjalan saat tidur (<i>sleepwalking</i>)	11
Persentase mengalami perundungan fisik masa kanak-kanak	35
Persentase mengalami perundungan seksual masa kanak-kanak	9
Persentase mengalami perundungan fisik dan seksual masa kanak-kanak	5.4
Rerata simptom umum positif gangguan identitas disosiatif	6.3

Item	Persentase
Rerata simtom positif pengalaman supernatural/kesurupan/persepsi ekstrasensorik/ kultus	2.65
Persentase mengalami gangguan kepribadian ambang	47.2
Rerata simtom positif gangguan kepribadian ambang	4.16
Persentase mengalami amnesia disosiatif	14.54
Persentase mengalami fuga disosiatif	7.27
Persentase mengalami gangguan depersonalisasi/ derealisasi	3.63
Persentase mengalami gangguan identitas disosiatif	5.45
Persentase mengalami gangguan disosiatif lain yang spesifik maupun tidak spesifik (<i>other specified dissociative disorder or unspecified dissociative disorder</i>)	11
Persentase menunjukkan proses berpikir idiosinkratik	13

Tabel 3.

Simtom Gangguan Berdasarkan Persentase Jumlah Partisipan yang Mengalaminya (Disaring di atas 50%)

Gangguan	Simtom	Persentase jumlah partisipan
Keluhan Somatis	Sakit kepala	78%
	Perasaan bahwa jantung berdebar sangat kencang	71%
	Pusing	89%
	Kehilangan suara	53%
	Penglihatan kabur	56%
	Pingsan atau kehilangan kesadaran	65%
Episode Mayor	Depresi Sulit konsentrasi dan mengambil keputusan	55%
Gejala Skizofrenia	Positif Suara-suara yang berdebat di kepala	62%
<i>Trance</i>	Sesaat menatap ruang kosong dan lupa waktu serta hilang kesadaran akan apa yang terjadi di sekeliling	69%

Gangguan	Simtom	Persentase jumlah partisipan
Karakteristik yang terkait dengan gangguan identitas disosiatif	Mendengar suara suara yang terkadang berbicara kepada Subjek atau berbicara di dalam pikiran Subjek	58%
Pengalaman supranatural	Pernah merasa terasuki oleh setan	73%
	Pernah merasa terasuki oleh orang yang sudah meninggal	67%
	Pernah merasa memiliki kontak dengan setan	56%
Gangguan kepribadian ambang	Secara umum memiliki pola hubungan personal yang mendalam namun tidak stabil yang ditandai dengan perubahan perasaan antara ekstrem positif dan ekstrem negatif	64%
	Kurangnya kendali akan kemarahan	69%
	Suasana hati yang sering berganti, dari perasaan normal ke sedih atau marah atau cemas	64%
	Merasa tertekan dan kadang menjadi paranoid	53%

Studi II, berupa asesmen berbasis DSM-5 terhadap orang-orang yang mengalami kesurupan ($n=55$), menghasilkan temuan bahwa simtom-simtom utama yang diidentifikasi pada para subjek adalah gangguan somatis (diidentifikasi pada 98% subjek) dan *trance* (diidentifikasi pada 69% subjek), Di sisi lain, simtom amnesia

disosiatif hanya diidentifikasi pada 14% subjek, dan simptom identitas disosiatif diidentifikasi hanya pada 5% subjek. Dengan kata lain, ketika DSM-5—yang mengkategorikan kesurupan sebagai disosiasi identitas—digunakan untuk asesmen orang yang mengalami kesurupan, justru gejala disosiasi tidak muncul sebagai simptom utama kesurupan. Simptom utama yang muncul justru *trance*, yang mendukung kriteria diagnostik ICD-11 (yang merupakan kompetitor DSM-5) !

Para hadirin yang terhormat,

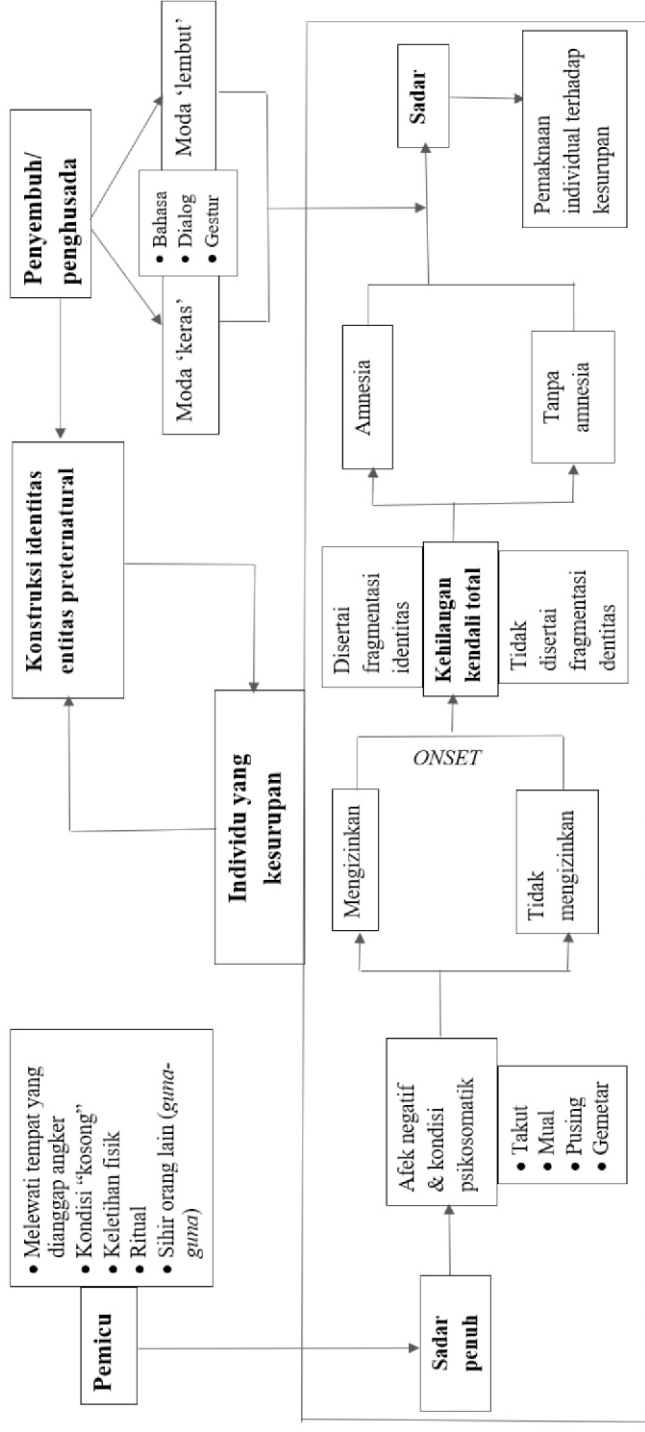
Setelah mengetahui apa esensi temuan penelitian selama beberapa dekade mengenai esensi fenomenologi kesurupan—yakni hilang kontrol dan peralihan agensi diri yang diatribusikan ke entitas preternatural (Studi 1), dan mengidentifikasi simptom utama yang didapati pada orang-orang yang mengalami kesurupan—yakni simptom somatis dan *trance* (Studi 2), maka saya melanjutkan dengan studi tahap ketiga, yaitu melakukan studi terhadap orang-orang yang mengalami kesurupan beserta individu-individu yang menjadi penolong atau penyembuh bagi orang-orang tersebut. Saya menggunakan metode interaksionisme simbolik (*symbolic interactionism*), yang memandang individu terus-menerus berinteraksi dengan orang-orang dan objek-objek di sekelilingnya (termasuk dengan dirinya sendiri, yang juga merupakan objek), dan terus memperbaiki pemaknaan-pemaknaan objek-objek tersebut dalam

setiap interaksi yang dilakukannya dengan sesamanya. Saya memilih simbolik interaksionisme karena studi-studi terdahulu menunjukkan bahwa pengalaman kesurupan tidak dapat dilepaskan dari budaya; sebagai contoh, orang tidak pernah kesurupan makhluk yang berasal dari luar budayanya sendiri (Ng, 2000).

Hasil studi III menunjukkan bahwa kesurupan secara umum dimaknai para informan sebagai pengalaman aversif, namun dapat memiliki sisi yang ego-sintonik manakala individu yang bersangkutan mampu mengelola pengalaman tersebut sehingga mendukung citra dirinya (misalnya, dengan mengklaim diri dirasuki sosok yang sangat berkuasa, atau dengan menunjukkan ekspresi agresivitas yang tinggi). Studi ini juga menemukan bahwa konstruksi identitas makhluk yang merasuki, beserta ekspresi simptom, dibentuk bersama oleh figur penyembuh, dalam kerangka budaya yang mengakomodasi pemaknaan identitas tersebut. Meski demikian, pada titik tertentu, identitas yang dibentuk itu kemudian seolah menjadi memiliki hidupnya sendiri dan berkembang tanpa intervensi lanjutan penyembuh. Dalam konteks ini, terjadi pembentukan makna bersama (*constructive shared meaning*) antara individu yang mengalami kesurupan dengan masyarakat di sekelilingnya, dan terutama, dengan individu yang diyakini sebagai figur penyembuh. Studi ini menunjukkan bahwa identitas makhluk yang merasuki itu selalu merupakan bentukan bersama antara individu yang mengalami kesurupan dengan orang yang menolong individu tersebut, dalam

kerangka besar budaya tempat keduanya berada. Studi ini juga menunjukkan bahwa terdapat dua jenis penyembuhan terhadap orang yang kesurupan, yang saya sebut moda *exorcism* dan *adorcism*. Dalam moda *exorcism*, penyembuh mengambil posisi “keras” sebagai figur yang otoritatif; yang mengambil kendali dan kemudian mengusir makhluk yang diyakini merasuki individu. Dalam moda *adorcism*, penyembuh mengambil posisi “lunak” sebagai figur yang akomodatif; yang mengambil kendali dengan cara memenuhi keinginan makhluk yang diyakini merasuki individu, agar makhluk tersebut pergi. Dalam kedua moda ini, benang merahnya adalah pengambilalihan kontrol kembali oleh figur penyembuh. Temuan Studi 3 ini selaras dengan temuan metasintesis (Studi 1) yang menunjukkan hilangnya kontrol yang diatribusikan ke entitas preternatural sebagai patognomoni kesurupan.

Bagan hasil Studi III dipaparkan di halaman selanjutnya.



Temuan Baru

Temuan baru yang dihasilkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Kesurupan, yakni fenomena hilangnya kendali atas diri yang dihayati sebagai dampak masuknya makhluk gaib dari luar tubuh, merupakan fenomena yang bersifat kontinum, bukan kategorikal, yang tidak dapat dikategorikan secara arbitrer dalam kriteria diagnostik gangguan identitas disosiatif maupun *trance*. Temuan ini memberikan implikasi bahwa **kriteria diagnosis gangguan kesurupan bukan bersifat kategorikal, melainkan kontinum**, dengan rentang dari kondisi kesadaran relatif utuh, namun disertai gejala prodromal seperti adanya rasa takut yang tidak memiliki penyebab spesifik, yang berlanjut ke munculnya sensasi-sensasi somatis (seperti perasaan pusing, ingin muntah, kedinginan), dan berlanjut ke kehilangan kendali tubuh sepenuhnya, yang tidak selalu disertai kehilangan kesadaran.
2. Kesurupan merupakan **pengalaman yang dibentuk bersama (*constructed shared experience*) antara individu yang mengalami kesurupan dengan figur penyembuhnya**. Temuan ini berbeda dari konseptualisasi disosiasi sebagai gangguan yang dibentuk akibat pengalaman traumatik. Di sisi lain, sekalipun pengalaman kesurupan merupakan *constructed shared experience*, **individu yang mengalami kesurupan**

pada akhirnya menjadi agen aktif yang mengelola makna kesurupan itu. Individu masih memiliki sejumlah kendali untuk mencegah dirinya mengalami kesurupan. Yang lebih penting lagi, individu **memiliki mekanisme menjadikan kesurupan yang dialaminya sebagai fenomena sintonik-ego, yang mencegahnya mengalami stigma sosial dari masyarakat.** Kerentanan terhadap kesurupan akan semakin berkurang ketika pemaknaan tersebut diarahkan ke pemaknaan yang adaptif, konstruktif, dan ego-sintonik. Temuan ini berbeda dari konseptualisasi gangguan identitas disosiatif yang menganggap individu sebagai ‘korban’ yang nyaris tidak berdaya terhadap gangguan tersebut.

3. **Identitas yang dibentuk itu disadari oleh individu yang bersangkutan.** Fenomena ini berbeda dari konseptualisasi identitas disosiatif dalam DSM-5, yang menyatakan bahwa individu tidak menyadari identitas-identitas *alter ego* dirinya.

Implikasi Teoretik

Diagnosis memiliki peran penting dalam praktik klinis penyedia layanan kesehatan mental karena memengaruhi pengambilan keputusan terkait pengobatan. Adanya buku pedoman diagnostik terstandarisasi, seperti DSM dan ICD, sangat membantu praktisi dalam menegakkan diagnosis. Meski demikian, pedoman diagnostik perlu terus-menerus dievaluasi. Penelitian ini secara khusus

memberikan bukti bahwa gangguan kesurupan (*spirit possession*) bersifat kontinum, alih-alih kategorikal. Berbagai studi secara konsisten menemukan bukti adanya kontinuitas antara psikopatologi dan normalitas (Haslam dkk., 2012, Krueger dkk., 2009), yang menunjang gagasan bahwa banyak gangguan kejiwaan bersifat kontinum. Versi terbaru DSM dan ICD (DSM-5 dan ICD-11) memang telah memperkenalkan penilaian dimensional (kontinum), tetapi sebagian besar diagnosis masih bersifat kategorikal (APA 2022), tak terkecuali untuk diagnosis *spirit possession*. Dalam mendiagnosis gangguan kesurupan, kriteria diagnostik kategorikal mempersulit asesmen dan penegakan diagnosis, karena beberapa gejala yang dialami orang-orang yang kesurupan, termasuk para informan dalam penelitian ini, tidak sepenuhnya cocok dengan kriteria diagnostik yang spesifik. DSM-5 memang mengakomodasi fenomena ketidakcocokan ini dengan membuat kriteria diagnostik gangguan '*not otherwise specified*', yang selalu ada di bagian akhir tiap-tiap bab (APA, 2022), namun kriteria diagnostik ini tidak informatif dan mempersulit pemberian intervensi yang akurat. Beberapa studi menunjukkan bahwa diagnostik menggunakan pedoman 'tradisional' seperti DSM menunjukkan reliabilitas yang rendah dari waktu ke waktu (misalnya Shea dkk., 2002) dan juga antarpraktisi itu sendiri (Regier dkk., 2013).

Hasil-hasil Studi yang saya lakukan memberikan kontribusi terhadap upaya peningkatan akurasi kriteria diagnostik DSM-5 terkait gangguan kesurupan. Studi I, yang merupakan metasintesis terhadap

penelitian kualitatif terpublikasi mengenai fenomenologi pengalaman kesurupan, menunjukkan bahwa esensi pengalaman kesurupan adalah hilangnya kendali diri yang diatribusikan ke agensi entitas preternatural. Temuan literatur ini didukung oleh Studi III yang menunjukkan bahwa bagi para informan penelitian, kesurupan adalah hilangnya kendali diri akibat pengambilalihan secara arbitrer oleh entitas dari luar diri. Studi II juga menunjukkan bahwa penggunaan pedoman wawancara berbasis DSM-5 terhadap orang-orang yang mengalami gangguan kesurupan, justru menunjukkan diagnosis gangguan yang berbeda dengan komorbiditas utama pada gangguan somatis dan trans (Rahardanto dkk., 2024). Hasil Studi II tersebut, khususnya, menunjukkan bahwa sistem diagnostik tradisional memperlakukan gangguan mental sebagai kategori-kategori yang terpisah (*discreet*), namun dalam praktik klinis, telah diketahui bahwa komorbiditas (munculnya gangguan bersamaan) sangat umum terjadi (Caspi dkk., 2014; Kessler dkk., 2005). Kecenderungan komorbiditas ini, apalagi bila ditambah kondisi heterogenitas intradiagnostik, secara substansial mempersulit desain penelitian dan pengambilan keputusan klinis (Clark dkk., 1995, Hasler dkk., 2004). Akibatnya, dan ini rentan terjadi dalam kasus gangguan kesurupan, banyak individu tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis gangguan yang spesifik dalam DSM-5 sekalipun mereka mengalami distres atau gangguan signifikan yang menunjukkan kebutuhan akan perawatan. Kalaupun didiagnosis, mereka akan rentan menerima diagnosis Gangguan Tertentu

Lainnya/Tidak Spesifik (*Other Disorders/ Not Otherwise Specified*). Diagnosis umum ini, sayangnya, hanya memberikan sedikit informasi tentang gangguan tersebut (Kotov dkk., 2017).

Terdapat sejumlah perbedaan penting pengekspresian simtom yang terjadi pada para informan, dengan kriteria diagnostik dalam DSM-5. Yang pertama, amnesia tidak selalu terjadi. Beberapa informan mengingat dengan jelas dan detail pengalamannya saat kehilangan kendali. Di sisi lain, amnesia penuh dialami beberapa informan yang lain. Fenomena ini mengimplikasikan bahwa kriteria diagnostik DSM-5 yang mensyaratkan adanya amnesia sebagai penegakan diagnostik gangguan identitas disosiatif dapat ditinjau kembali. Perbedaan lainnya adalah, sebagaimana telah disebutkan dalam paragraf di atas, kesurupan itu merupakan fenomena yang terjadi secara bertahap, dari kontinum kesadaran penuh hingga kehilangan kendali yang kadang-kadang disertai kehilangan kesadaran, hingga akhirnya individu sadar kembali. Seluruh pengalaman tersebut merupakan kontinum pengalaman kesurupan, bukan fenomena yang terdiri dari komponen-komponen yang diskrit dan politomik.

Sebagai kesimpulan, implikasi teoretik utama dari penelitian ini adalah perlunya peninjauan ulang terhadap kriteria diagnostik gangguan kesurupan dalam DSM-5.

PENUTUP

Para hadirin yang terhormat,

Apa takeaway dari semuanya ini?

Yang pertama, saya meyakini bahwa para akademisi memiliki tanggungjawab untuk secara rutin, dan kritis, mengevaluasi teori-teori dan konsep-konsep dalam bidang ilmunya. Saya memahami sulitnya berada dalam posisi dianggap bertentangan dengan sesuatu yang sudah mapan. Resistensi ini tidak mengejutkan bagi kita yang mempelajari perilaku manusia, karena salah satu sifat dasar manusia adalah berpegang teguh pada apa yang sudah diketahuinya, dan resisten terhadap ide yang baru. Sifat heuristik ini memang telah membantu leluhur manusia untuk bertahan hidup di alam liar, namun bisa menjadi bias kognitif yang merugikan kita yang hidup pada era sekarang, karena menghambat perkembangan ilmu pengetahuan.

Yang kedua, untuk kita yang berkiprah di bidang layanan kesehatan, saya merasa kita perlu dengan kritis mengevaluasi pedoman asesmen, diagnostik, intervensi yang kita miliki saat ini. Dalam bidang keilmuan saya, psikologi, ada beberapa hal yang ‘menganjal’ soal kriteria diagnostik DSM-5; bukan hanya soal gangguan identitas disosiatif (di mana kesurupan dimasukan di dalamnya), melainkan juga sejumlah kriteria gangguan yang lain. Sebagai contoh, untuk dapat didiagnosis mengalami depresi, seseorang harus mengalami 5 dari 9 kriteria dalam

waktu selama 2 minggu. Kenapa harus 5, bukan 4? Tidak ada dasar biologis yang jelas untuk aturan ini. Angka ini lahir dari konsensus para ahli, bukan dari “batas alamiah.” Kesewenangan angka *cut-off* ini berisiko menimbulkan *under-diagnosis* atau *over-diagnosis*, karena depresi, yang sebetulnya merupakan spektrum (kontinu),”dipaksa” menjadi kategori ada atau tidak ada. Akibatnya, orang dengan 4 gejala berat bisa “tidak punya diagnosis,” sementara orang dengan 5 gejala ringan bisa didiagnosis. Demikian juga dengan kriteria diagnosis pedofilia. Dalam DSM-5, untuk dapat didiagnosis pedofilia, seseorang harus sudah bertindak melampiaskan hasrat seksualnya, dan merasakan distres akibat perilakunya. Lantas pertanyaannya, bagaimana dengan pelaku yang tidak merasakan distres, yang bahkan menikmati perbuatannya? Bagaimana dengan orang-orang yang merasa menderita karena memiliki hasrat seksual terhadap anak-anak, namun tidak sampai melakukannya? DSM-5 akan menyatakan orang-orang yang saya sebut ini *bukan* sebagai penderita pedofilia, dan karenanya tidak bisa mendapatkan diagnosis resmi (dan klaim medis atau asuransi yang menyertai diagnosis tersebut; terutama di negara di mana diagnosis gangguan kejiwaan bisa digunakan untuk mengklaim asuransi perawatan).

Yang ketiga, keberanian untuk mempertanyakan *status quo*, termasuk dalam ranah akademik, seringkali dibayar dengan harga yang tidak murah. Terkait fenomena kesurupan, saya yakin, inilah fenomena 3T

(terluar, terpencil, tertinggal) dalam sains. Inilah fenomena yang dianggap hanya catatan kaki (*footnote*) (Oger, 1996), dan sulit diteliti (Bhavsar dkk., 2016). Gangguan kejiwaan seperti skizofrenia dan depresi menempati posisi yang ‘terhormat’ dalam ranah psikiatri, dan banyak perusahaan obat dengan senang hati mensponsori seminar tentang skizofrenia dan depresi, namun perusahaan obat mana yang mau mensponsori seminar tentang kesurupan (bdk. Wicaksana, 2008)? Kita juga melihat buktinya dalam ranah budaya: Tari-tarian yang melibatkan kesurupan (*ndadhi*) tidak akan pernah bisa menempati posisi luhur (*adiluhung*); berbeda dengan tari yang lebih elegan, seperti sendratari Ramayana. Bahkan tari-tarian seperti *jaranan* disembunyikan dari wisatawan mancanegara, karena dianggap ‘tidak pantas’; berbeda dengan pementasan sendratari Ramayana yang dilakukan di candi Prambanan.

Harga yang harus dibayar oleh para peneliti fenomena ‘terluar, terpencil, tertinggal’ seringkali adalah perjuangan seorang diri, ejekan, dan penolakan. Meski demikian, pertumbuhan tidak tumbuh dalam kenyamanan. *Growth doesn't coexist with comfort; one exists at the price of the other.* Harga dari yang satu, adalah yang dikorbankannya yang lain; dan ini adalah harga yang saya, sebagai peneliti, bersedia bayar.

Yang keempat, selama 13 tahun saya meneliti fenomena ini dalam jenjang magister maupun doktoral, saya semakin menyadari manfaat

relasi interdisipliner. Sejauh—atau tepatnya, sependek—yang saya pahami, sumbangsih terbesar riset-riset tentang kesurupan berasal dari ranah antropologi. Rekan-rekan antropolog sudah meneliti fenomena ini selama dua abad lebih. Hanya saja, riset antropologi memang cenderung berfokus ke faktor eksternal (terutama budaya), dan kurang berfokus ke faktor dinamika psikologis. Dalam hal ini, saya sepakat dengan antropolog Inggris, Emma Cohen (2008), yang menulis bahwa sudah waktunya meninjau ulang teori-teori lama tentang *spirit possession*, dengan melibatkan kerjasama ilmu psikologi dan antropologi. Sesungguhnya, saya percaya bahwa sebutan tempat kita berkarya ini—*universitas*, bukan *multiversitas*—menunjukkan pentingnya integrasi dan kolaborasi antara disiplin-disiplin ilmu. Sudah waktunya kita memperluas kolaborasi interdisipliner untuk mencapai harmoni sains yang utuh.

Para hadirin yang terhormat,

Apabila kita sungguh-sungguh ingin membangun budaya inovasi yang berdampak dan memiliki keberlanjutan, sudah pasti kita tidak bisa hanya tinggal diam dalam kenyamanan menara gading akademik. Sebagai akademisi, kita bukan hanya konsumen, namun juga pelaksana, yang harus secara aktif mengasah kompetensi keilmuan kita, mengevaluasi *state of the art* keilmuan kita, berani menyuarakan kebenaran, dan mempertahankan kerendahan hati untuk terus belajar, termasuk untuk mengakui bahwa bisa jadi kita keliru. Sikap mental

ini, bila digabungkan dengan kemauan keluar dari zona kenyamanan dan menjalin kemitraan eksternal, akan menjadikan UKWMS sungguh-sungguh menjadi *a life improving university*.

Demikian orasi ilmiah ini saya akhiri. Sebagai penutup, saya mengucapkan selamat kepada UKWMS yang merayakan Dies Natalis ke-65. Semoga Tuhan, yang nama-Nya secara rutin kita daraskan dalam doa, ibadat harian, dan misa di kampus ini, memberkati karya, pelayanan, dan itikad baik kita. Semoga UKWMS menjadi garam dan terang dunia, dan kita pun boleh menjadi berkat, sekaligus menikmati berkat, sebagai bagian universitas besar ini.

Salam Widya Mandala!

Referensi

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bartholomew, R. E., & Sirois, F. (1996). Epidemic hysteria in schools: An international and historical overview. *Educational Studies*, 22(3), 285–311. <https://doi.org/10.1080/0305569960220301>
- Bartholomew, R. E., & Sirois, F. (2000). Occupational mass psychogenic illness: A transcultural Perspective. *Transcultural Psychiatry*, 37(4), 495–524. <https://doi.org/10.1177/136346150003700402>
- Bhavsar, V., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2016). Dissociative trance and spirit possession: Challenges for cultures-in-transition. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(12), 368. <https://doi.org/doi:10.1002/pcn.12425>
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Blumer, Herbert. (1969). *Symbolic Interactionism_ Perspective and Method*-University of California Press (1986).pdf (p. 110).
- Bowman, K. G., Ryberg, J. C., & Becker, H. (2009). Examining the relationship between a childhood history of sexual abuse and later dissociation, breast-feeding practices, and parenting anxiety. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1304–1317.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2, 119–137. <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and

- classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121–153. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ps.46.020195.001005>
- Cohen, E. (2008). What is spirit possession? Defining, comparing, and explaining two possession forms. *Ethos*, 73(1), 101–126.
- Delmonte, R., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., & Farias, M. (2016). Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(3), 322–337. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1103351>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1993). *Pedoman penggolongan diagnosis gangguan jiwa* (3rd ed.).
- Goodman, F. (2010). *Eksorsisme: Misteri kematian Anneliese Michel* (Terjemahan: P. Hardono Hadi). Kanisius.
- Hanely, J., & Brown, A. (2014). Cultural variations in interpretation of postnatal illness: Jinn possession amongst muslim communities. *Community Mental Health Journal*, 50(3), 348–353. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9640-4>
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42, 903–920. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Hasler, G., Drevets, W. C., Manji, H. K., & Charney, D. S. (2004). Discovering endophenotypes for major depression. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1765–1781. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.npp.1300506>
- Hecker, T., Braitmayer, L., & van Duijl, M. (2015). Global mental health and trauma exposure: The current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(July 2017). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.29126>
- Igreja, V., Dias-Lambranca, B., Hershey, D. A., Racine, L., Richters, A., & Reis, R. (2010). The epidemiology of spirit possession in the aftermath of mass political violence in Mozambique. *Social*

- Science and Medicine*, 71(3), 592–599.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.024>
- Igwe, L. (2012). *Combating exorcism-related abuses*.
<http://saharareporters.com/2012/09/26/combating-exorcism-related-abuses-leo-igwe>
- International Society for the Study of Trauma. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115–187.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Kennedy, H. P., Rousseau, A. L., & Low, L. K. (2003). An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery*, 19, 203–214. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00034-2](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00034-2)
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM–IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., Moffitt, T. E., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Ormel, J., Patrick, C. J., Regier, D. A., Rescorla, L., Ruggero, C. J., Samuel, D. B., Sellbom, M., Simms, L. J., Skodol, A. E., Slade, T., South, S. C., Tackett, J. L., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., Widiger, T. A., Wright, A. G. C., & Zimmerman, M. (2017, March 23). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication.
<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F., & South, S. C. (2009). Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2061–2070.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709990328>

- Lemelson, R., & Suryani, L. K. (2006). The spirits, ngeb, and the social suppression of memory: A complex clinical case from Bali. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(3), 389–413. <https://doi.org/10.1007/s11013-006-9026-y>
- Martinez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 322–348. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.297317>
- Oger, L. (1996). The pastoral approach to spirit possession: a Zambian case. *African Ecclesial Review*, 38(1), 274–290.
- Padmanabhan, D. (2017). From distress to disease: A critique of the medicalisation of possession in DSM-5. *Anthropology and Medicine*, 24(3), 261–275. <https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1389168>
- Pietkiewicz, I. J., Lecoq-Bamboche, M., & van der Hart, O. (2019). Cultural pathoplasticity in a Mauritian woman with possession-form presentation: Is it dissociative or not? *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100131. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100131>
- Rahardanto, M.S., & Subandi. (2011). *Dari rasa sakit yang mencekam hingga sukacita yang meluap-luap: Dinamika psikologis individu yang mengalami kesurupan. Tesis, tidak dipublikasikan.* Fakultas Psikologi UGM.
- Rahardanto, M.S., Sudagijono, J. S., Susilo, D., Simon, Hartini, N., & Ardi, R. (2024). Dissociative symptoms among individuals affected by mass psychogenic illness: A study on the Indonesian island of Nias. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 13(1), 114–132.
- Rahardanto, Michael Seno, & Subandi, M. A. (2012). From acute pain to intense elation: The psychological dynamics of five individuals who experienced spirit possession. *Jurnal Psikologi*, 39(1), 25–45. <https://jurnal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/6965>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM–5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American*

Journal of Psychiatry, 170, 59–70.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>

Sapkota, R. P., Gurung, D., Neupane, D., Shah, S. K., Kienzler, H., & Kirmayer, L. J. (2014b). A Village Possessed by “Witches”: A Mixed-Methods Case–Control Study of Possession and Common Mental Disorders in Rural Nepal. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 38(4), 642–668. <https://doi.org/10.1007/S11013-014-9393-8>

Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T., Keller, M. B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2036–2041.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2036>

Tim PR Bekasi 5. (2021). *Anak perempuan di Temanggung tewas mengenaskan usai dirukiyah, diyakini nakal karena kerasukan genderuwo*. <https://bekasi.pikiran-rakyat.com/nasional/pr-121926153/anak-perempuan-di-temanggung-tewas-mengenaskan-usai-dirukiyah-diyakini-nakal-karena-kerasukan-genderuwo>

Wicaksana, I. (2008). *Mereka bilang aku sakit jiwa: Refleksi kasus-kasus psikiatri dan problematika kesehatan jiwa di Indonesia*. Yogyakarta: Kanisius.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int>



Kampus Dinoyo

Jl. Dinoyo 42-44
Surabaya 60265
T. (031) 567 8478
(031) 568 2211

Kampus Kalijudan

Jl. Kalijudan 37
Surabaya 60114
T. (031) 389 3933
(031) 381 3070

Graha Widya Mandala

Jl. Dinoyo 48A
Surabaya 60265
T. (031) 568 2681
(031) 568 2223

Kampus Pakuwon City

Jl. Raya Kalisari Selatan 1
Surabaya 60112
T. (031) 990 05299
(031) 990 05294

Kampus Kota Madiun

Jl. Manggis 15-17
Madiun 63131
T. (0351) 453 328

www.ukwms.ac.id



PERGURUAN TINGGI
UNGGULAN
LLDIKTI WILAYAH VII
JAWA TIMUR



**DIKTISAINTEK
BERDAMPAK**