

Submission date: 07/10/2020

Accepted date: 10/11/2020

**DESENSITISASI BERSISTEM (CBT-SD) TERHADAP SIMPTOMATOLOGI  
PTSD MANGSA BULI: SATU KAJIAN KES***Treating PTSD Symptomatology in Victim of Bullying Through Systematic  
Desensitization (CBT-SD): A Case Study*Siti Fadhlina Mustapa Kamal<sup>a1</sup>, Syed Mohamad Syed Abdullah<sup>a2</sup> & Rezki  
Perdani Sawai<sup>b1</sup><sup>a</sup>Universiti Sains Malaysia<sup>b</sup>Universiti Sains Islam Malaysia[siti.fadhlina@student.usm.my](mailto:siti.fadhlina@student.usm.my) (corresponding author)**Abstract**

Bullying not only has a significant influence on victims' physical and emotional well-being, but they are also reported to experience symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) such as nightmares, intrusive thoughts and emotions of hopelessness and powerlessness. The symptomatology of untreated PTSD exposes victims to other psychological issues such as substance abuse, depersonalization and suicide. This case study was conducted to identify the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-Systematic Desensitization (CBT-SD), a counseling intervention for reducing symptomatology of PTSD. He was diagnosed with clinically severe symptomatology of PTSD (T> 65) by using the Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS) (Briere, 2001). The treatment planning using CBT-SD technique was constructed aimed at answering the research questions. The results indicate a decrease in the symptomatology of PTSD and other psychological issues, particularly on the scales of dissociation and suicide. Reducing PTSD symptoms has a favourable impact on the client's cognitive, emotional and behavioural functioning, as seen by his improved personal functioning in his daily life. Hence, prevention and early rehabilitation through counseling interventions are crucial in aiding victims of bullying achieve psychological balance. The implications of this intervention are also discussed.

Keywords: Counseling intervention, PTSD, bullying

**Abstrak**

Tingkah laku buli yang tidak dibendung bukan sahaja memberi kesan negatif terhadap fizikal dan emosi mangsa buli, malah mereka dilaporkan mengalami gejala gangguan stress pasca trauma atau *post-traumatic stress disorder* (PTSD) seperti mimpi buruk, pemikiran berulang terhadap peristiwa traumatik serta berperasaan tidak berdaya dan berputus asa. Simptomatologi PTSD yang tidak dirawat mendedahkan mangsa buli kepada isu psikologikal lain seperti penyalahgunaan bahan, depersonalisasi dan bunuh diri. Kajian kes ini dijalankan bagi mengenal pasti keberkesanan intervensi kaunseling, Teknik Kognitif Tingkah Laku Desensitisasi Bersistem (CBT-SD) dalam mengurangkan simptomatologi PTSD remaja mangsa buli. Beliau telah disahkan mengalami simptomatologi PTSD peringkat teruk (*severe*) secara klinikalnya ( $T \geq 65$ ) melalui *Detailed Assessment of Posttraumatic Stress* (DAPS) (Briere, 2001). Perancangan rawatan menggunakan teknik CBT-SD telah dibina bertujuan untuk menjawab persoalan kajian. Hasil kajian menunjukkan penurunan tahap simptomatologi PTSD dan isu psikologikal penting khususnya pada skala disosiasi dan bunuh diri. Pengurangan gejala PTSD turut memberi implikasi positif terhadap kognitif, emosi dan tingkah laku klien yang ditunjukkan menerusi peningkatan kefungsi peribadi dalam kehidupan sehariannya. Justeru itu, pencegahan dan pemulihan awal berbentuk intervensi kaunseling amat penting bagi membantu mangsa buli mencapai kesejahteraan psikologikal. Implikasi intervensi ini turut dibincangkan.

Kata kunci: intervensi kaunseling, PTSD, mangsa buli

## PENGENALAN

Tingkah laku buli adalah suatu bentuk pencerobohan yang dilakukan secara fizikal, verbal atau psikologi yang disengajakan serta berlaku berulang-kali dari masa ke semasa dalam sesuatu perhubungan kuasa yang tidak seimbang di antara pembuli dan mangsa (Mishna, 2012). Kajian terdahulu mendapati 10 hingga 50% remaja melaporkan mereka dibuli di persekitaran sekolah sekurang-kurangnya sekali dalam bulan lepas (Jochman et al., 2017; Klomek et al., 2019). Manakala Noraskin (2020) mendapati sejarah buli di persekitaran sekolah (38.1%) merupakan prevalensi paling tinggi yang dialami oleh 499 orang pelajar universiti dengan 21.4% daripada mereka adalah mangsa buli.

Keadaan sebegini perlu dibendung kerana tingkah laku agresif buli bukan sahaja memberi kesan terhadap fizikal dan emosi mangsa buli, malah terdapat perkaitan positif tingkah laku buli dengan perkembangan simptomatologi gangguan stress pasca trauma (*post-traumatic stress disorder*) atau PTSD sepertimana yang diakibatkan oleh peristiwa traumatik lain (Andreou et al., 2020; Noraskin, 2020; Manrique et al., 2020). Malah individu yang terdedah dengan pengalaman traumatik interpersonal seperti buli menunjukkan tahap simptomatologi PTSD yang tinggi berbanding individu yang terdedah dengan peristiwa traumatik lain (Andreou et al., 2020). Justeru itu, ia

menunjukkan betapa penting mangsa buli dikenal pasti dan dibantu oleh individu berautoriti seperti ibu bapa, ahli keluarga, guru dan kaunselor supaya pencegahan awal dapat dilakukan.

### **Latar belakang Kajian**

Klien berumur 20 tahun, seorang remaja lelaki dan merupakan anak bongsu daripada enam orang adik beradik. Beliau beragama Islam, berbangsa Melayu dan berasal dari Kuala Lumpur. Beliau merupakan anak tunggal hasil perkahwinan kedua bapa dengan ibunya. Bapa seorang pensyarah manakala ibu seorang pengurus kantin. Beliau merupakan pelajar tahun kedua di sebuah universiti swasta di utara tanah air. Sangat meminati bidang multimedia kreatif dan bercita-cita menjadi seorang *games developer*. Hobi yang selalu dilakukannya adalah melukis, bermain *games* dan sangat meminati bahan-bahan bacaan sejarah. Beliau telah dirujuk oleh bapanya kerana bertingkah laku menyendiri dan selalu menghabiskan masanya di dalam bilik. Beliau sukar berkomunikasi sehingga kerap bertelagah dengan abang-abangnya apabila bertemu.

### **Permasalahan**

Hasil daripada penerokaan menggunakan pendekatan temubual separa berstruktur terhadap klien sewaktu pra sesi, beliau telah dibuli oleh rakan sejak di sekolah rendah hingga berpanjangan dalam kehidupannya sebagai pelajar universiti. Beliau turut dibuli oleh abang-abangnya di rumah ketika kecil. Oleh sebab itu beliau kurang mesra dengan abang-abangnya dan mempunyai sifat dendam dengan cara mereka melayaninya ketika kecil. Beliau dibuli secara verbal dan fizikal dengan buli verbal lebih banyak dan memberi kesan terhadap kehidupan seharian. Pernah ponteng sekolah selama 3 bulan berturut-turut ketika di tingkatan lima kerana takut pembuli melakukan sesuatu apabila guru disiplin menghebohkan peristiwa dia dibuli di dalam perhimpunan sekolah. Sejak itu beliau sukar untuk mempercayai sesiapa pun.

Selain itu, klien tidak begitu diminati, tidak mempunyai ramai kawan dan sentiasa berseorangan. Apa yang lebih memburukkan, kebanyakan kumpulan pembuli yang membulinya di sekolah menengah turut menyambung pelajaran di kampus itu. Oleh itu, beliau sering mengelak berada di tempat yang menjadi tumpuan rakan-rakan sebayanya terutama di kafeteria. Beliau cepat berasa takut, risau, panik, sering terbayang-bayang situasi mencemaskan ketika dibuli, hilang minat terhadap hobi dan rasa begitu marah sehingga pernah terfikir ingin membunuh individu-individu yang membulinya. Beliau turut menyatakan beberapa kesan sewaktu dibuli seperti perasaan takut, malu, kecewa, berasa badan menjadi kembang, seakan-akan masa bergerak perlahan dan berada di alam lain (tidak realiti).

Sewaktu pra sesi, beliau hadir dengan berpakaian sederhana dan kelihatan sedikit tidak terurus kerana rambut yang tidak disisir rapi serta air muka yang tidak mesra dan kelihatan sedikit takut atau khuatir. Melalui pemerhatian penyelidik, beliau berjalan seperti ‘robot’ (tegak, kedua belah tangan tidak dihayun) dan ini juga turut dipersetujui oleh klien yang merasakan seluruh anggota tubuh badannya ketat dan keras menyebabkan beliau berasa sukar untuk bergerak. Beliau kelihatan mengelak daripada berbalas pandangan dengan penyelidik. Beliau duduk dengan merapatkan kaki dan membongkokkan badannya sambil berpeluk tubuh. Beliau berkeadaan sebegitu hampir 15 minit. Penyelidik bertanyakan pendapatnya jika beliau mahu pintu bilik dibuka sedikit supaya beliau rasa tidak terkongkong dan selesa. Beliau terus sahaja bersetuju dengan cadangan tersebut. Setelah itu, beliau kelihatan lebih bertenang dan dilihat melonggarkan sedikit pelukan tubuh badannya dan membetulkan duduknya.

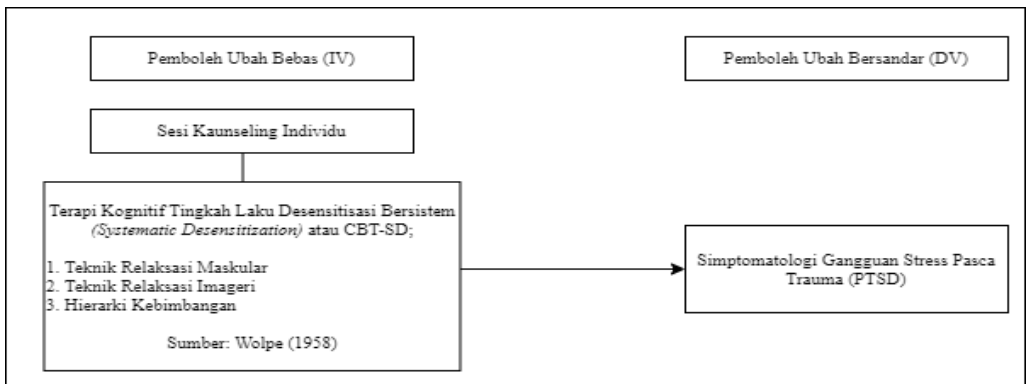
Walaupun beliau kelihatan agak tertekan, namun beliau bersifat terbuka dalam berkongsi isu serta berkomunikasi dengan baik. Walau bagaimanapun, adakalanya beliau seakan-akan menggigil dan teragak-gagak untuk menceritakan apa yang terjadi sambil matanya melihat sekeliling seperti gelisah dan menahan sesuatu. Kadangkala beliau meletakkan tangannya di dada dan membetulkan duduknya sebelum meneruskan komunikasi. Terdapat juga masa di mana beliau terhenti daripada meluahkan dan meminta izin supaya tidak meminta beliau meneruskan penceritaannya lagi.

Kajian ini dijalankan bagi mengenal pasti tahap PTSD yang dialami oleh remaja mangsa buli sebelum, semasa dan selepas intervensi kaunseling CBT-SD. Selain itu, kajian ini juga melihat isu-isu psikologikal penting yang berkaitan dengan PTSD seperti bunuh diri, penyalahgunaan bahan dan pemisahan (*dissociation*) dalam remaja mangsa buli.

## **SOROTAN LITERATUR**

Kajian kes yang dijalankan oleh Weaver (2000) mendapati mangsa buli mula menunjukkan tindak balas tekanan yang membawa kepada PTSD seperti gangguan tidur, mimpi ngeri, panik, hilang kefungsiannya diri (*posttraumatic impairment*), dan depersonalisasi (*dissociation*). Manakala Nielson et al. (2015) menyatakan mangsa buli cuba untuk menghindari situasi sosial kerana bimbang menjadi sasaran atau menjauhkan diri dari tempat yang mengingatkan kepada kejadian buli supaya dapat mengelakkan perasaan tidak selamat dan terancam. Gejala yang teruk juga berisiko mengembangkan PTSD kompleks serta gangguan-gangguan komorbid lain seperti penyalahgunaan bahan, tingkah laku mencederakan diri, gangguan makan, membunuh diri dan skizofrenia jika gejala PTSD tidak dirawat (Brake et al., 2017).

Bremner dan Campanella (2016) menyatakan, sebilangan besar psikoterapi untuk PTSD melibatkan tahap pendedahan mental kepada kejadian traumatik dalam persekitaran yang selamat dan terkawal dengan membincangkan pemikiran, perasaan dan pemahaman klien mengenai peristiwa tersebut. Di antara psikoterapi berfokuskan trauma (*trauma-focused treatment*) ialah teknik Desensitisasi Bersistem dalam terapi Kognitif Tingkah Laku (CBT) (Bremner & Campanella, 2016) yang akan digunakan oleh penyelidik untuk mengurangkan tahap simptomatologi PTSD mangsa buli melalui intervensi kaunseling individu seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 1 di bawah:



**Rajah 1: Kerangka Konsep Kajian (Sumber: Wolpe (1958)).**

Teknik Desensitisasi Bersistem (*Systematic Desensitization-SD*) yang diutarakan oleh Joseph Wolpe (1958) ini berasaskan kepada prinsip Pelaziman Klasik (*Classical Conditioning*) yang telah digunakan secara meluas dan bersifat empirikal (Sabariah, 2005; McLeod, 2021). Wolpe (1958) telah terinspirasi oleh Teori Pembelajaran dan Konsep Timbal Balik (*reciprocal inhibition*) yang berkesan merawat, mengurangi dan menghapus kecelaruan emosi seperti kebimbangan, ketakutan dan fobia yang dialami klien (Werner, 1972).

Rasional pemilihan teknik CBT-SD ini adalah berdasarkan dapatan kajian yang membuktikan prosedur dalam teknik ini berkesan merawat individu yang mengalami PTSD kerana perkaitan yang wujud di antara sifat trauma yang berada dalam sistem saraf otak dengan elemen kognitif dalam konsep CBT (Levine & Kline, 2006). Terapi CBT mencabar dan membetulkan pemikiran tidak rasional dan negatif mengenai trauma dan menggantikannya dengan pemikiran yang lebih objektif dan realistik supaya klien dapat melihat situasi yang mencabar dengan lebih jelas dan bertindak dengan lebih berkesan melalui tingkah laku (Bremner & Campanella, 2016; Cusack et al., 2016). Ini kerana pemikiran, perasaan dan tingkah laku saling berkait rapat di

antara satu sama lain dan mampu memberi kesan negatif terhadap ketiga-tiga aspek tersebut walaupun berpunca daripada satu aspek sahaja (Buttle, 2001). Dengan kata lain, keseimbangan antara kognitif, emosi dan tingkah laku klien hanya akan dicapai apabila ketiga-tiga aspek ini berada dalam keadaan positif.

Morris seperti yang dinyatakan dalam Sabariah (2005) menggariskan tiga langkah yang perlu diikuti semasa menggunakan terapi Desensitisasi Bersistem iaitu latihan bertenang menggunakan Teknik Relaksasi, menerangkan perkembangan Hierarki Kebimbangan dan Desensitisasi Bersistem yang sebenar. Menurut Werner (1972), latihan bertenang seperti teknik Relaksasi Imageri dan teknik Relaksasi Maskular sangat penting kerana ia merupakan salah satu tindak balas timbal balik yang membantu mengurangkan perasaan yang dirangsang secara berlebihan misalnya, fobia, PTSD dan sebagainya (Bremner & Campanella, 2016; McLeod, 2021). Imajinasi ini digunakan sekiranya klien menjadi terlalu tertekan ketika melakukan pendedahan imajinal peristiwa traumatik. Klien perlu menjalani latihan relaksasi sekurang-kurangnya 30 minit setiap hari sebagai kerja rumah sehingga individu tersebut boleh mencapai rasa tenang bila-bila masa sahaja yang dikehendakinya dengan mudah (See, 2009; Amir, 1987).

Setelah itu, kaunselor menganalisis perasaan dan emosi yang dialami oleh klien dengan mengenal pasti situasi-situasi yang merangsang perasaan tersebut bagi membina Hierarki Kebimbangan (Sabariah, 2005). Kemudian, situasi-situasi tersebut disusun bermula dari situasi yang kurang merangsang berada di hierarki bawah sekali sehingga situasi yang paling tinggi berada di tingkat teratas dalam hierarki tersebut (McLeod, 2021). Walau bagaimanapun, CBT-SD bermula apabila klien benar-benar boleh bertenang sepenuhnya sehingga perasaan tenang tersebut boleh dicapai bila-bila masa sahaja yang dikehendakinya (Amir, 1987). Setelah itu, teknik ini diaplikasikan dengan mata yang tertutup dan daripada situasi neutral yang tenang, klien mula membayangkan situasi yang paling minimum menimbulkan perasaan yang membimbangkan tersebut (Sabariah, 2005).

Walaupun kajian tentang keberkesanan teknik ini terhad dalam merawat individu yang mengalami PTSD, namun terdapat beberapa kajian menunjukkan keberkesanan teknik ini dalam merawat gejala PTSD. Di antaranya ialah kajian oleh Ventis et al. (2001) yang mengkaji keberkesanan teknik ini terhadap ketakutan dengan menambah penggunaan unsur kecindan (*humor*). Penggunaan kecindan telah banyak digunakan secara psikoterapeutik namun masih kurang dibuktikan secara empirikal disebabkan penggunaannya yang spontan sewaktu sesi berlangsung (Alvarado, 2013; Garrick & Williams, 2014; Gelkopf, 2011). Walau bagaimanapun, kajian ini mendapati tidak terdapat perbezaan yang signifikan di antara Kumpulan Rawatan Teknik Desensitisasi

dan Kumpulan Rawatan Humor Desensitisasi (Ventis et al., 2001) yang menunjukkan bahawa rawatan CBT-SD sudah mampu memberi kesan yang baik.

Manakala kajian literatur perbandingan psikoterapi-perubatan Korea dan Barat telah dilakukan bertujuan untuk meningkatkan keberkesanan psikoterapi-perubatan Korea dalam menangani isu PTSD. Hasil dapatan mendapati penggunaan teknik sistematik desensitisasi dalam penggunaan rawatan kyungja-pyungji (perubatan oriental korea) adalah digalakkan (Park et al., 2018). Selain itu, kajian sorotan karya bersistematik (SLR) yang dilakukan oleh Aurora et al. (2010) dan Morgenthaler et al. (2018) bagi mengembangkan prinsip-prinsip amalan terbaik dalam menangani gangguan mimpi buruk pada orang dewasa (*nightmare disorder*) mendapati Teknik Desensitisasi Bersistem berupaya menurunkan gejala mimpi buruk kronik serta mengurangkan risiko keciciran terapi. Secara kesimpulannya, walaupun Teknik Desensitisasi Bersistem ini merupakan sebuah teknik tradisional berbanding teknik-teknik baharu yang lain dalam CBT, namun, hasil kajian lepas mengesahkan teknik ini masih berupaya memberikan keberkesanan dalam menurunkan tahap gejala PTSD.

## **METODOLOGI**

### **Reka Bentuk Kajian**

Kajian ini menggunakan kaedah gabungan (*Mixed Method*). Data kajian kuantitatif diperoleh daripada alat ukur *Detailed Assessment of Post-traumatic Stress* (DAPS; Briere, 2001) melalui kaedah tinjauan bagi menganalisis dapatan ujian pra serta ujian pos 1 dan 2, untuk melihat skor perbandingan tahap simptomatologi PTSD klien sebelum, semasa dan selepas rawatan. Manakala kajian kualitatif jenis kajian kes tunggal digunakan bagi mengumpul, menerang dan menganalisis data kualitatif berkaitan klien yang mengalami PTSD kesan dibuli secara terperinci melalui sesi kaunseling individu.

### **Pensampelan Kajian**

Pensampelan kajian dipilih berdasarkan kaedah pensampelan bertujuan. Dalam kajian ini, ciri-ciri yang dipilih adalah mangsa buli yang mengalami keadaan traumatik semasa dan selepas terdedah kepada peristiwa negatif tersebut. Pengenalpastian maklumat klien berkaitan tajuk penyelidikan dilakukan melalui laporan konsultasi kes daripada bapa klien dan pentadbiran Ujian Psikologi *DAPS (Detailed Assessment of Post-Traumatic Stress)* yang dijalankan sebagai Ujian Pra sebelum sesi kaunseling bermula.

### **Alat ukur kajian**

Kajian ini menggunakan instrumen DAPS (*Detailed Assessment of Posttraumatic Stress*; John Briere, 2001) bagi mengukur tahap trauma klien lelaki dan perempuan

bermula umur 18 tahun dan ke atas. DAPS adalah sebuah alat ukur laporan sendiri trauma dan PTSD terdiri daripada 104 item yang menilai kesemua kriteria diagnostik PTSD yang disahkan oleh DSM-IV-TR meliputi pendedahan trauma (*trauma exposure*), 17 simptom PTSD dan tahap kemerosotan fungsi (*functional impairment*). Ia turut mengandungi penilaian bagi skala *peritraumatic distress* dan *dissociation*, *trauma-specific dissociation*, penyalahgunaan bahan (*substance abuse*) dan bunuh diri (*suicidality*). Masa menjawab soalan adalah di antara 20 hingga 30 minit bagi kebanyakan individu, atau bergantung kepada tahap kemampuan psikologikal klien pada masa tersebut. Rasional penyelidik memilih soal selidik ini kerana soal selidik ini menepati objektif kajian, tinjauan literatur dan pengkonsepsian kes klien. Dapatan kajian dianalisis secara deskriptif menggunakan skor-T merujuk manual DAPS dan analisis kandungan transkripsi verbatim temubual, pemerhatian dan triangulasi.

## Pengkonsepsian Kes

### *Hipotesis Isu*

Berdasarkan kepada latar belakang kes klien dan pernyataan masalah yang dihadapi oleh klien, beliau berkemungkinan mengalami simptomatologi PTSD setelah dibuli apabila dilihat mengalami gangguan emosi dan psikologi seperti mudah cemas, berasa takut, sukar tidur, hilang minat melakukan perkara-perkara yang disukai menerusi temubual dengan beliau bersama kehadiran ayahnya dalam pra sesi. Berdasarkan hipotesis tersebut, klien telah diminta untuk menduduki ujian diagnostik (Ujian Pra) menggunakan alat ukur DAPS (Briere, 2001) bagi mengesahkan simptomatologi PTSD yang dialaminya.

### *Hubungan Isu dengan Masalah klien*

Berdasarkan laporan Ujian Pra menggunakan alat ukur DAPS (Briere, 2001), klien telah mendapat skor dalam had normal pada Skala Kesahan (*Validity Scales*). Ini menunjukkan beliau tidak mengalami masalah psikotik yang memerlukan rawatan mental. Klien juga mengesahkan pengalaman dibuli sebagai indeks trauma beliau, yang mana beliau memberi skor 5 kepada hampir semua item dalam Skala *Peritraumatic Distress* (PDST) kecuali skor 4 (*helplessness*). Klien telah disahkan mengalami simptomatologi PTSD peringkat teruk (*severe*) secara klinikalnya ( $T \geq 65$ ) pada skala PDST, PDIS, RE, AV, AR, PTS-T, IMP, T-DIS dan SUI kecuali pada skala penyalahgunaan bahan (SUB). Skor ditunjukkan dalam Jadual 1:

**Jadual 1: Hasil Dapatan Skor DAPS Klien dalam Ujian Pra**

<b>SKALA</b>	<b>SKOR MENTAH</b>	<b>SKOR-T</b>
<i>Peritraumatic Distress</i> (PDST)	39	87
<i>Peritraumatic Dissociation</i> (PDIS)	28	94
<i>Reexperiencing</i> (RE)	47	124
<i>Avoidance</i> (AV)	35	97
<i>Hyperarousal</i> (AR)	45	107
<i>Posttraumatic Distress-Total</i> (PTS-T)	127	≥100
<i>Posttraumatic Impairment</i> (IMP)	23	105
<i>Trauma-Specific Dissociation</i> (T-DIS)	20	138
<i>Substance Abuse</i> (SUB)	10	46
<i>Suicidality</i> (SUI)	22	95

#### *Perancangan Rawatan*

Penyelidik menggunakan teknik CBT-SD bagi mengurangkan tahap simptomatologi PTSD klien yang diaplikasikan dalam kaunseling individu. Rasional pemilihan teknik ini berdasarkan teori pembelajaran dan konsep timbal balik (Wolpe, 1958) yang berkesan dalam mengurangkan kecelaruan emosi seperti kebimbangan dan fobia. Di samping itu, elemen gabungan yang terdapat dalam teknik ini seperti teknik relaksasi maskular dan teknik relaksasi imageri dijangkakan dapat membantu klien mengurus emosi dan mengawal pernafasan, kerana klien dilihat berada dalam keadaan gelisah, cemas, bimbang dan takut walaupun berada dalam suasana yang selamat.

Sebanyak 7 kali pertemuan telah berlangsung di antara tempoh masa 1 hingga 1 jam 30 minit. Teknik CBT-SD ini telah diaplikasi dalam 5 sesi bermula dari sesi kedua hingga sesi penamat. Klien diberi penerangan tentang matlamat sesi, kriteria penting yang perlu dipenuhi bagi menamatkan rawatan dengan berkesan, kaedah terapi yang akan digunakan serta kerja rumah yang perlu dilakukan supaya objektif yang diinginkan dapat dicapai. Pada sesi kaunseling pertama, penyelidik menumpukan fokus kepada pembinaan perhubungan kaunselor-klien yang terapeutik, membuat penstrukturan dan penerokaan kepada klien. Manakala, dalam sesi kedua, penyelidik akan lebih meneroka klien menggunakan teknik CBT secara tidak langsung seperti mengenal pasti pemikiran-pemikiran negatif, mengajar teknik relaksasi maskular dan teknik relaksasi imageri sebagai persediaan utama mental, fizikal dan psikologikal klien bagi mengikuti rawatan menggunakan teknik CBT- Desensitisasi Bersistem (CBT-SD) dalam sesi ketiga. Seterusnya, klien diberi kerja rumah menjalani latihan relaksasi selama 30 minit setiap hari sebelum bertemu pada sesi ketiga.

Pada sesi ketiga, klien dan penyelidik akan membina hierarki kebimbangan yang berfokuskan kepada trauma yang dialami setelah menjadi mangsa buli sebelum memberi rawatan kepada klien menggunakan teknik CBT-SD. Setelah mengenal pasti hierarki kebimbangan, penyelidik akan memulakan rawatan bermula dari teknik relaksasi maskular dan teknik relaksasi imageri, kemudian terus mengaplikasikan Teknik CBT-SD dalam keadaan klien sudah mencapai tahap ketenangan dengan mata yang tertutup. Kemudian, klien diminta menjalani latihan teknik CBT-SD ini di rumah selama 30 minit setiap hari dan cuba mengaplikasikannya jika terdedah kepada tekanan traumatik.

Manakala pada sesi keempat, penyelidik akan melakukan penerokaan dan berbincang berkaitan latihan mahupun peristiwa-peristiwa yang berlaku dalam kehidupan klien sebelum sesi keempat berlangsung dan melakukan rawatan CBT-SD buat kali kedua bersama penyelidik. Perbincangan ini diharapkan dapat mengenal pasti perubahan-perubahan positif atau negatif terhadap perkembangan trauma yang dialami klien dari aspek kognitif, emosi dan fizikalnya. Ujian Pos 1 akan dilaksanakan sejeurus selepas sesi keempat tamat.

Manakala pada sesi kelima, penyelidik akan terus melakukan penerokaan, perbincangan laporan kerja rumah klien serta membina hierarki kebimbangan untuk rawatan CBT-SD bagi mengurangkan kebimbangan terhadap abang-abang klien. Setelah menjalani 3 sesi terdahulu yang menyentuh aspek-aspek rawatan sama ada dilakukan dalam sesi mahupun di rumah, dalam sesi keenam ini, penyelidik memberi ruang kepada klien untuk mengendalikan rawatan tersebut secara individu sambil dibimbing oleh penyelidik. Persediaan ini penting bagi menyuntik perkembangan kognitif yang positif dan keyakinan dalam diri klien bahawa beliau mampu mengendalikan perasaan traumanya bila-bila masa dan ketika.

Sesi ketujuh adalah sesi terakhir rawatan CBT-SD bersama penyelidik dan penamatan diakhiri dengan perbincangan bersama klien berkenaan keseluruhan pengalamannya sepanjang sesi dengan memberi fokus terhadap keberkesanan teknik CBT-SD, kebaikan dan keburukan yang dialaminya sepanjang dirawat menggunakan teknik ini dan disusuli dengan Ujian Pos kedua.

## **HASIL DAN PERBINCANGAN**

Setelah melalui fasa intervensi kaunseling, penyelidik mendapati penggunaan teknik CBT-SD menjawab persoalan kajian dengan baik. Sepanjang tempoh tersebut, penyelidik tidak menghadapi sebarang masalah daripada pihak klien. Ini kerana, klien begitu memahami akan matlamat intervensi yang diberikan dengan baik. Klien sangat komited hadir pada setiap pertemuan walaupun kadangkala, beliau hadir dalam keadaan yang agak tidak terurus dari segi penampilannya serta pernah hadir dalam

keadaan marah akibat satu peristiwa yang berlaku di dalam kelas beliau yang mencetuskan kembali ingatan terhadap trauma.

Sebelum beliau berkongsi perkara tersebut di dalam sesi, ayah beliau telah menyampaikannya terlebih dahulu melalui telefon dengan memberitakan bahawa klien telah mengamuk di dalam kelas ekoran daripada peristiwa tersebut. Penyelidik menyarankan bapanya terus memantau keadaan klien di samping menyarankan klien terus mengaplikasi dua teknik yang telah dipelajari di dalam sesi iaitu teknik relaksasi maskular dan teknik relaksasi imageri bagi mengurangkan kerentanan emosi ketika itu. Klien melaporkan bahawa kedua-dua teknik tersebut telah membantu menenangkannya dari segi pernafasan dan tindak balas emosi dan seterusnya meningkatkan keupayaan beliau untuk berfikir secara rasional.

Dengan menguasai kemahiran dalam kedua-dua teknik tersebut, klien bukan sahaja kelihatan lebih tenang di dalam sesi demi sesi, namun, penguasaan kemahiran tersebut membantu melancarkan teknik pendedahan yang dilakukan di dalam sesi dengan bimbingan penyelidik. Justeru itu, di samping melakukan teknik relaksasi maskular di setiap awal sesi, penguasaan kemahiran dengan melakukannya di rumah secara konsisten dan komited didapati banyak membantu klien untuk menenangkan emosinya setiap kali pemikiran berkaitan peristiwa traumatik dibuli tercetus kembali. Hasil yang diperoleh oleh klien menyokong hasil kajian oleh Park et al. (2018) yang mendapati teknik relaksasi tersebut berkesan mengawal reaksi emosi dan mendidik klien untuk kekal bertenang.

Selanjutnya, penulisan akan membincangkan dapatan kajian yang dianalisis melalui kaedah gabungan bagi menjawab dua persoalan kajian. Analisis data kuantitatif berpandukan kepada dapatan skor DAPS yang diperoleh daripada Ujian Pra, Ujian Pos 1 dan Ujian Pos 2 bagi menjawab kesemua persoalan kajian. Data tersebut telah dianalisis secara deskriptif menggunakan skor-T berpandukan kepada manual DAPS (Briere, 2001). Manakala analisis data kualitatif pula merujuk kepada transkripsi verbatim ketujuh-tujuh sesi kaunseling bersama klien, temubual separa berstruktur dengan bapa dan seorang rakan klien serta seorang staf universiti di samping pemerhatian lisan dan bukan lisan penyelidik terhadap klien sebelum, semasa dan selepas sesi kaunseling. Kemudian, data-data yang telah di transkrip telah dikaji dan dianalisis oleh penyelidik bagi mencari titik persamaan, petikan dan idea yang membawa kepada pemahaman PTSD dan buli secara keseluruhannya. Di samping itu, data-data yang diperoleh telah disusun oleh penyelidik mengikut tema analisis berpandukan persoalan kajian. Jadual dan rajah skor disediakan bagi melihat perbezaan tahap simptomatologi PTSD klien sebelum, semasa dan selepas sesi

intervensi kaunseling diberikan. Jadual 2 di bawah menunjukkan tema dan subtema analisis kualitatif.

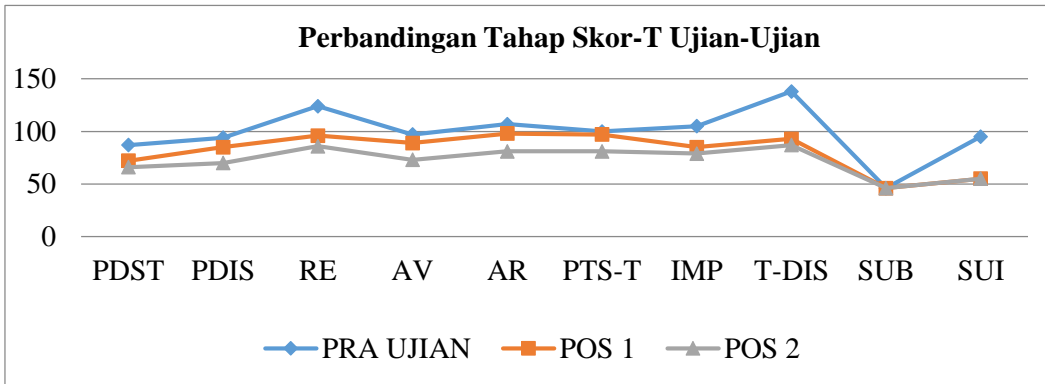
**Jadual 2: Tema dan Subtema Analisis Kualitatif**

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Analisis Skala</b>
<b>Tema 1:</b> Tahap Simptomatologi PTSD	Subtema 1: Sebelum, Semasa dan Selepas Intervensi CBT-SD	Semua skala
<b>Tema 2:</b> Isu Psikologikal	Subtema 2: <i>Associated Features</i>	a) <i>Dissociation</i> b) <i>Substance Abuse</i> c) <i>Suicidality</i>

### **Tahap Simptomatologi PTSD: Sebelum, Semasa dan Selepas Intervensi**

Berdasarkan dapatan Ujian Pra yang dijalankan dalam Pra Sesi, klien disahkan mengalami simptomatologi PTSD peringkat teruk (*severe*) secara klinikalnya ( $T \geq 75$ ) pada skala PDST ( $T=87$ ), PDIS (94), RE ( $T=124$ ), AV ( $T=97$ ), AR ( $T=107$ ), PTS-T ( $T \geq 100$ ), IMP ( $T=105$ ), T-DIS ( $T=138$ ) dan SUI ( $T=95$ ) kecuali pada skala SUB ( $T=46$ ). Manakala dalam Ujian Pos 1, dapatan menunjukkan penurunan skor pada setiap skala iaitu PDST ( $T=72$ ), PDIS ( $T=85$ ), AV ( $T=89$ ), AR ( $T=98$ ), PTS-T ( $T=97$ ), IMP ( $T=85$ ) dan SUB ( $T=46$ ), ( $T=96$ ), T-DIS ( $T=93$ ) dan SUI ( $T=55$ ) jika dibandingkan dengan dapatan skor pada skala berkenaan dalam Ujian Pra.

Penurunan tahap simptomatologi yang baik dapat dilihat secara khususnya pada dua skala iaitu Skala SUI di mana isu psikologikal kecenderungan bunuh diri yang kebiasaannya mempunyai perkaitan dengan PTSD telah berkurangan dan disahkan berada pada tahap tidak signifikan (*Nonsignificant* ( $T < 60$ ) dan Skala PDST ( $T=72$ ) yang berada pada tahap sederhana (*Moderate* ( $T=65-74$ )). Manakala Skala SUB tetap diberi skor yang sama iaitu tidak signifikan secara klinikalnya. Penurunan tahap simptomatologi PTSD yang positif terus diperoleh melalui analisis skor dalam Ujian Pos 2 dengan penurunan skor pada setiap skala iaitu Skala PDST ( $T=66$ ), PDIS ( $T=70$ ), RE ( $T=86$ ), AV ( $T=73$ ), AR ( $T=81$ ), PTS-T ( $T=81$ ), IMP ( $T=79$ ), T-DIS ( $T=87$ ) dan menunjukkan konsistensi positif pada Skala SUI ( $T=55$ ) dan SUB ( $T=46$ ). Hasil dapatan dari Ujian Pos 2 turut mengesahkan terdapat penurunan tahap pada Skala PDST, PDIS dan AV yang berada dalam tahap *Moderate* ( $T=65-74$ ). Skor pada setiap skala ditunjukkan dalam Rajah 2 di bawah:

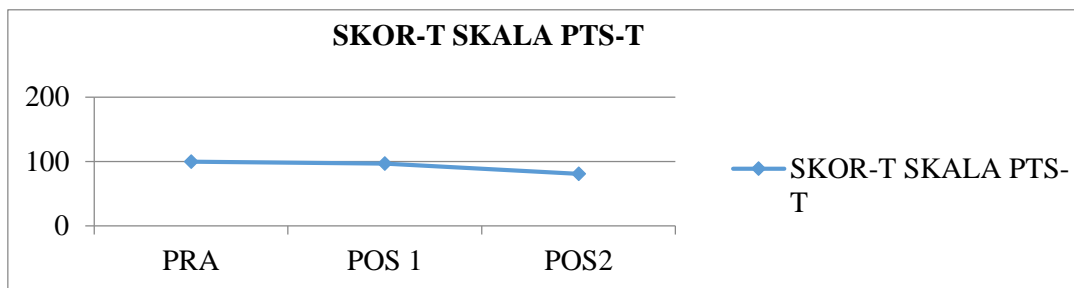


**Rajah 2: Skor-T tahap PTSD Pada Setiap Skala DAPS**

Walau bagaimanapun, bagi menjawab persoalan kajian ini, statistik perbandingan tahap PTSD klien diperoleh dengan merujuk Skor-T pada skala *Posttraumatic Stress-Total* (PTS-T) yang merupakan nilai tambah dapatan skor daripada Skala *Reexperiencing* (RE), *Avoidance* (AV) dan *Hyperarousal* (AR) bagi melihat perbezaan dan kesan pengaplikasian Teknik CBT-SD dalam menangani trauma klien. Ini kerana, ia turut mewakili dan mengesahkan tahap simptomatologi PTSD yang dialami oleh klien secara keseluruhannya (Briere, 2001). Jadual 3 di bawah menunjukkan analisis Skor-T PTS-T dan jenis tahap PTSD bagi Ujian Pra, Ujian Pos 1 dan Ujian Pos 2 serta ditunjukkan dalam Rajah 3 berikutnya:

**Jadual 3: Skor-T Skala PTS-T dan Tahap Simtomatologi PTSD**

Ujian	Skor Mentah	Skor-T PTS-T	Tahap
PRA UJIAN	127	≥100	<i>Teruk (Severe)</i>
POS 1	105	97	<i>Teruk (Severe)</i>
POS 2	82	81	<i>Teruk (Severe)</i>



**Rajah 3: Perbandingan Skor-T Skala PTS-T**

Berdasarkan jadual dan rajah di atas, dapatan skor-*T* pada Skala PTS-T klien dalam Ujian Pra ( $T \geq 100$ ), Ujian Pos 1 ( $T=97$ ) dan Ujian Pos 2 ( $T=81$ ) telah menunjukkan pengurangan tahap keseluruhan simptomatologi PTSD dari satu ujian ke satu ujian meskipun tahap PTSD tersebut masih berada di peringkat teruk (*severe*) dengan skor- $T \geq 75$  jika dibandingkan dengan tahap *Nonsignificant* ( $T < 60$ ). Oleh itu, dapatan deskriptif kuantitatif menunjukkan terdapat penurunan tahap simptomatologi PTSD klien sebelum, semasa dan selepas rawatan menggunakan teknik CBT-SD. Hasil dapatan kuantitatif juga dilihat mempunyai keselarasan dengan analisis transkripsi verbatim klien yang menunjukkan beberapa tindak balas positif sewaktu sesi berlangsung:

*“Saya rasa lebih lapang bila bercerita semula” (S5-68)*

*“Saya pun dah mula melukis balik, hobi yang saya suka yang hilang dulu” (S3-6)*

*“Takde stres yang teruk, tak ada yang buat saya pening kepala” (S6-6)*

*“Takut pun dah semakin kurang, saya perlu ubah cara saya lukis karakter-karakter” (S5-50),*

*“Mula rasa bergaullah” (S6-58)*

*“...satu lagi yang baiknya, saya boleh berhenti memaki (S4-52)”*

### **Isu Psikologikal: Associated Features**

Kajian ini turut mengkaji isu-isu psikologikal penting yang seringkali dikaitkan dengan simptomatologi PTSD dengan mengukur sama ada ia juga memberi kesan terhadap klien berpandukan dapatan skor DAPS dan transkripsi verbatim bagi Subtema 2: *Associated Features* yang merangkumi skala *Trauma-Specific Dissociation* (T-DIS), *Substance Abuse* (SUB) dan *Suicidality* (SUI). Terdapat keselarasan dapatan pada skala T-DIS ( $T=318$ ) dan skala SUB ( $T=46$ ) dengan transkripsi verbatim klien yang menunjukkan beliau mengalami satu keadaan

depersonalisasi dan derealisasi selepas mengalami trauma dibuli serta tidak terjebak dalam penyalahgunaan bahan misalnya dadah dan alkohol. Kajian ini menyokong dapatan kajian Gušić et al. (2016) yang menyatakan bahawa satu-satunya peramal bagi keadaan disosiasi atau pemisahan yang signifikan adalah penganiayaan emosi seperti buli.

*“Yang saya tahu saya macam **robot**. Saya tau macam robot...” (S2-324)*

*“Waktu tu keras badan, rasa **masa bergerak lambat sangat**” (S3-38)*

*“...dia rasa macam **kosong**, dia biasanya perasaan tuh **sampai melibatkan nyawa**” S3-82*

*“...benda-benda **dadah** semua tu tak memberikan apa-apa pun” (S1-228)*

Walau bagaimanapun, hasil kajian mendapati terdapat percanggahan dapatan pada skala bunuh diri dengan transkripsi yang dianalisis iaitu *“saya takut nak mati”* (S1-230) walaupun klien mendapat skor tinggi pada skala SUI (T=95). Melalui penerokaan, beliau menafikan kenyataan bahawa beliau mempunyai kecenderungan untuk membunuh diri kerana beliau lebih menunjukkan tingkah laku membalas dendam dan keinginan untuk membunuh individu yang membulinya. Ini membenarkan dapatan kajian oleh Wan Salwina et al. (2009) yang mendapati mangsa buli bertindak menjadi pembuli akibat pernah dibuli (*bully-victims*). Perasaan dan pemikiran sebegini jika tidak dibendung boleh membawa kepada gejala sosial dan jenayah dalam kalangan mangsa buli (Ma et al., 2001). Berikut adalah transkripsi verbatim keinginan untuk membunuh;

*“Yang **bunuh** tu dia relate dengan keadaan saya masa tu, **suka menyeksa budak**, sama macam saya sekarang, **suka menyeksa orang**. Bermula daripada saya **suka pukul budak sampai biasa**, sampai meningkat ke **membunuh** sekolah rendah dan sampai nak buat betul-betul sekarang ni, saya nampak lebih”. (S7-201)*

Walau bagaimanapun, klien menyatakan, perasaan marah, membalas dendam dan pemikiran membunuh berkurangan setelah beliau mempelajari cara mengawal emosi dan membetulkan pemikiran yang salah. Beliau mendapati teknik pendedahan yang dilakukan dalam sesi di selang seli dengan teknik relaksasi maskular dan imageri dalam terapi CBT-SD ini membantu beliau untuk mengawal emosi sehingga beliau berasa kurang terancam dan takut apabila mengingati kembali peristiwa traumatik di dalam sesi sedangkan sebelum ini beliau menghindari daripada mengingati perkara tersebut kerana ia menyakitkan.

## Implikasi kepada kognitif, emosi dan tingkah laku

Secara keseluruhan, penyelidik meneliti implikasi intervensi kaunseling CBT-SD terhadap kognitif, emosi dan tingkah laku klien seperti berikut:

### *Perubahan Kognitif*

Klien dilihat semakin berfikiran rasional bermula dari sesi kelima ketika beliau mampu mengulang kembali peristiwa traumatik dalam keadaan yang tidak tertekan, tidak terlalu serius malah klien boleh ketawa dan menerima peristiwa tersebut sebagai satu sejarah yang boleh dijadikan iktibar. Klien tidak lagi mudah menyalahkan orang lain serta berfikiran lebih jelas dan positif dengan mengkoreksi sikap dan sifatnya yang berkemungkinan tanpa sedar membuka ruang dan peluang untuk dibuli. Berikut adalah beberapa pernyataan yang menunjukkan klien mengalami perubahan dari segi kognitif;

*“Saya pun nak lupa langsung pasal tu. Sebab saya pun nak ubah karakter saya. Sebab saya pun lebih selesa kalau benda tu takde” (S6-52)*

*“Saya sedar, saya juga mungkin, ya mungkin menyumbang sama dalam hal ni, sebab sikap saya, saya kuat mengamuk, kuat menangis” (S5-20)*

*“...kesakitan masa lalu itu yang membuatkan saya jadi lagi kuat hari ni”.*  
*(S7-373)*

### *Perubahan Emosi*

Perubahan emosi yang lebih positif ditunjukkan oleh riak wajah serta pergerakan lisan dan bukan lisan klien yang semakin baik dari segi berjalan yang sudah kurang menunduk, jarang memegang dan memicit dahinya, selalu tersenyum, memandang penyelidik dengan lebih ceria dan selalu ketawa. Perubahan ini dapat dilihat menerusi analisis transkripsi verbatim di bawah:

*“...saya rasa saya dah kurang nak geram, nak teringat kisah-kisah dulu, takut pun dah semakin kurang” (S5-50)*

*“Saya rasa lebih lapang bila bercerita semula, dalam persepsi sikap saya. Erm, berbeza rasanya dari dulu dengan sekarang. Hehehe (ketawa)” (S5-68)*

*“Maaf saya terlalu gembira, saya tak tahu nak cakap apa” (S7-150)*

### *Perubahan Tingkah Laku*

Manakala perubahan tingkah laku klien pula ditunjukkan menerusi transkripsi verbatim berikut:

*“Saya mula jaga penampilan, baru tau gaya rambut yang sesuai untuk saya, saya pakai stoking, saya pakai tali pinggang, saya pakai...” (S5-98)*

*“Lepas tu, takpelah. Saya kena menghormati argument between adik-beradik” (S7-172)*

*“So, apa-apa pun, saya rasa, apa benda yang saya kena buat pun, saya kena maafkan orang, saya kena maafkan dia orang, jangan rahsia benda tu, dan jangan menyalahkan orang lain...” (S7-180).*

Di antara perubahan-perubahan yang dinyatakan dalam dapatan di atas, tingkah laku memaafkan individu yang telah membuli beliau merupakan perubahan tingkah laku yang paling bermakna dan memberi kesan positif dalam intervensi kaunseling CBT-SD ini. Tingkah laku memaafkan orang lain merupakan satu perkara yang tidak mudah dilakukan apabila pemikiran berada dalam keadaan yang tidak rasional (Worthington & Sandage, 2016). Namun, keengganan untuk memaafkan kesalahan orang lain bukan sahaja tidak akan menyelesaikan masalah yang timbul, malah ia akan memperbesarkan masalah sehingga berpotensi memberi kesan kepada kesihatan fizikal dan psikologi individu tersebut (Biagini, 2019). Di dalam Islam, konsep pengampunan telah ditunjukkan menerusi sikap Baginda Nabi Muhammad saw sebagai *Uswatun Hasanah* kepada sekalian muslimin dalam peristiwa yang berlaku di Ta'if ketika Baginda Nabi saw sedang berkhotbah di sana.

Peristiwa itu menceritakan bagaimana baginda diusir dan direjam dengan batu ketika berdakwah sehingga kedua kasutnya dibasahi darah. Sekalipun mendapat luka, baginda tidak berdendam malah membalas perbuatan tersebut dengan kemaafan malah mendoakan kebaikan buat mereka (Khasan, 2017). Ini menunjukkan Islam amat menganjurkan kepada manusia supaya sentiasa memaafkan bahkan mendoakan orang lain walaupun perbuatan yang dilakukan mereka sangat buruk. Ini kerana, dalam aspek psikologikal, pengampunan cenderung berhubung dengan aspek kesejahteraan psikologi, kesihatan fizikal dan mencapai kejayaan (Worthington & Sandage, 2016). Individu yang berkecenderungan memaafkan (atau kecenderungan lemah untuk membalas dendam apabila disakiti oleh orang lain) didapati mengurangkan risiko untuk terlibat dengan penyalahgunaan bahan, kemurungan dan beberapa gangguan kebimbangan (Toussaint et al., 2015).

Di samping itu, hasil temubual dengan bapa, seorang rakan beliau serta seorang staf di universiti tersebut turut menyokong hasil dapatan kajian ini. Secara kesimpulannya, mereka menyatakan klien sudah semakin kurang beremosi, bersikap rasional, senang beralah, menjaga penampilan diri, tidak lagi bersendirian dalam kawasan kampus, berkeyakinan dalam berkomunikasi dan berani menegur pelajar lain di kafeteria yang mana perlakuan tersebut amat dihindarinya sebelum ini. Oleh itu, hasil dapatan ini menyokong keberhasilan dan keberkesanan teknik CBT-SD dalam mengurangkan gejala PTSD yang dialami oleh klien.

## KESIMPULAN

Hasil kajian membuktikan penggunaan teknik CBT-SD berkesan dalam mengurangkan tahap simptomatologi PTSD mangsa buli dan mengurangkan isu-isu psikologikal penting khususnya pada skala disosiasi dan bunuh diri. Manakala kesan positif penurunan tahap gejala PTSD telah menunjukkan perubahan positif terhadap peningkatan kefungsi peribadi klien dalam kehidupannya berbanding sebelum menerima intervensi. Dapatan ini menunjukkan bahawa pencegahan dan pemulihan awal berbentuk intervensi kaunseling yang bersesuaian dengan isu klien amat penting untuk membantu mangsa buli mencapai kesejahteraan psikologikal mendatang. Di samping itu, kajian ini bukan sahaja memberi manfaat kepada klien, guru, kaunselor dan pengamal psikoterapi malah terhadap ibu bapa. Ini kerana, pengetahuan ibu bapa tentang isu buli dan kesan negatifnya terhadap perkembangan psikologikal anak sangat penting supaya ibu bapa lebih cakna terhadap perubahan emosi dan tingkah laku mereka supaya dapat memberi bantuan awal dengan merujuk kepada pakar yang berkaitan. Pengesanan di peringkat awal ini diharapkan dapat mengekang pelbagai cabaran kesihatan mental remaja pada masa hadapan.

Selain itu, berdasarkan hasil dapatan kajian, terdapat beberapa cadangan penambahbaikan boleh dilakukan pada masa akan datang sebagai satu usaha pemurnian dan menambah bilangan kajian berbentuk empirikal dan bersifat objektif tentang buli, PTSD dan intervensi kaunseling. Reka bentuk kajian jenis Kajian Kes Tunggal memberi faedah dari segi pemerolehan data yang lebih mendalam dan berfokus. Walau bagaimanapun, dicadangkan agar kajian lanjutan dapat dijalankan dengan melibatkan lebih ramai responden walaupun masih menggunakan reka bentuk kajian kes. Ini memberi peluang kepada penyelidik untuk melihat perbezaan atau persamaan yang wujud di antara responden dari segi tahap simptomatologi PTSD, pola pemikiran tidak rasional, latar belakang peristiwa traumatik dan cara penyelesaian masalah. Selain itu, dicadangkan juga agar kajian lanjutan dijalankan untuk mengetahui perkaitan di antara tingkah laku membunuh, membalas dendam dan membunuh diri dengan jenis sikap mangsa buli iaitu sama ada pasif atau agresif. Adakah mangsa buli agresif lebih bertindak untuk bertingkah laku mengamuk dan mempunyai idea untuk membunuh manakala mangsa buli yang pasif lebih cenderung untuk berasa diri tidak berdaya dan mengambil jalan mudah untuk membunuh diri sebagai cara penyelesaian masalah.

## RUJUKAN

- Alvarado, G. E. (2013). *Gallows humor as a resiliency factor among urban firefighters with specific implications on prevalence rates of PTSD* (Publication No. 3552414) [Doctoral dissertation, Azusa Pacific University]. ProQuest Dissertations Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). [doi:10.1176/appi.books.9780890423349](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349)
- Amir Awang (1987). *Teori dan amalan psikoterapi*. Nilai: Penerbit Universiti Sains Malaysia.
- Andreou, E., Tsermentseli, S., Anastasiou, O., & Kouklari, E. C. (2021). Retrospective accounts of bullying victimization at school: Associations with post-traumatic stress disorder symptoms and post-traumatic growth among university students. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 14*(1), 9-18.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., ... & Morgenthaler, T. I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of clinical sleep medicine, 6*(4), 389-401.
- Azizi Yahaya (2006). *Punca dan rawatan kecelaruan tingkah laku*. Selangor: PTS Professional Publisher Sdn. Bhd.
- Biagini, E. (2020). Islamist women's feminist subjectivities in (r) evolution: The Egyptian Muslim sisterhood in the aftermath of the Arab uprisings. *International Feminist Journal of Politics, 22*(3), 382-402.
- Brake, C. A., Rojas, S. M., Badour, C. L., Dutton, C. E., & Feldner, M. T. (2017). Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between PTSD and suicide risk. *Journal of Anxiety Disorders, 47*, 1-9.
- Bremner, J. D., & Campanella, C. (2016). *Effects of psychotherapy for psychological trauma on PTSD symptoms and the brain*. Posttraumatic Stress Disorder: From Neurobiology to Treatment. Canada: Wiley-Blackwell, 413-20.
- Briere, J. (2001). Detailed assessment of posttraumatic stress. *Psychological Assessment Resources, Inc.*
- Brunstein Klomek, A., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., ... & Wasserman, D. (2019). Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts,

- and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 60(2), 209-215.
- Buttle, G. (2001). *Overcoming social anxiety and shyness: A self help guide using Cognitive Behavioral Therapy techniques*. London: New York University Press.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: *A systematic review and meta-analysis*. *Clinical psychology review*, 43, 128-141.
- Frueh, B. C., De Arellano, M. A., & Turner, S. M. (1997). Systematic desensitization as an alternative exposure strategy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 154 (2), 287b-288. doi:10.1176/ajp.154.2.287b.
- Garrick, J., & Williams, M. B. (2014). *Trauma treatment techniques: Innovative trends* (Vol. 12, No. 1-2). England: Routledge.
- Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: a review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. *PubMed*, DOI: [10.1093/ecam/nep106](https://doi.org/10.1093/ecam/nep106)
- Gušić, S., Malešević, A., Cardeña, E., Bengtsson, H., & Søndergaard, H. P. (2018). "I feel like I do not exist:" A study of dissociative experiences among war-traumatized refugee youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10 (5), 542.
- Jochman, J. C., Cheadle, J. E., & Goosby, B. J. (2017). Do adolescent risk behaviors mediate health and school bullying? Testing the stress process and general strain frameworks. *Social science research*, 65, 195-209.
- Khasan, M. (2017). Perspektif Islam dan psikologi tentang pemaafan. *Jurnal At-Taqaddum*, 9(1), 1-26.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2006). *Trauma through a child's eyes: Awakening the ordinary miracle of healing*. United States: North Atlantic Books.
- Ma, X., Stewin, L. L., & Mah, D. L. (2001). Bullying in school: nature, effects and remedies. *Research papers in education*, 16(3), 247-270.
- Manrique, M., Allwood, M. A., Pugach, C. P., Amoh, N., & Cerbone, A. (2020). Time and support do not heal all wounds: Mental health correlates of past bullying among college students. *Journal of American college health*, 68(3), 227-235.
- McLeod, S. (2021). *Systematic Desensitization-simply psychology*. Retrieved 17th August 2021 from <http://www.simplypsychology.org/Systematic-Desensitization.html>
- Mishna, F. (2012). *Bullying: A guide to research, intervention, and prevention*. United Kingdom: Oxford University Press.

- Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, K., & Kartje, R. (2018). Position paper for the treatment of nightmare disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine position paper. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 14*(6), 1041-1055.
- Noraskin, P. (2020). *Depression, posttraumatic stress disorder symptoms and resilience in relation to school-aged bullying history among university students in Sarawak* [Unpublished master dissertation]. Universiti Malaysia Sarawak.
- Nielson, M., Tangen, T., Idsoe, T., Matthiesen, S., & Mageroy, N. (2015). Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior. Science Direct, 2* (17–24).
- Park, A., Park, S. J., Son, A. H., & Hur, H. S. (2018). A Comparative Study between the Korean medical and the Western-medical Psychotherapy on PTSD. *Journal of OrientalNeuropsychiatry, 29*(1), 1-8.
- Sabariah, S. (2005). *Teori Kaunseling & Psikoterapi*. Kuala Lumpur: Pearson Malaysia.
- See, C., M. (2009). *Pendekatan kaunseling*. Putrajaya: Penerbit Lembaga Kaunselor.
- Toussaint, L. L., Worthington, E. L. J., & Williams, D. R. (2015). *Forgiveness and health*. Netherlands: Springer Netherlands.
- Ventis, W. L., Higbee, G., & Murdock, S. A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *The Journal of general psychology, 128*(2), 241-253.
- Vergara, G. A., Stewart, J. Wan Salwina, W.I, Tan, Susan M.K., Nik Ruzyanei, N.J., Tuti Iryani, M.D., Syamsul, S., Aniza, A & Zasmani, S. (2009). School bullying amongst standard six students attending primary national schools in the federal territory of Kuala Lumpur: The prevalence and associated socio demographic factors. *Malaysian Journal of Psychiatry, 18*(1).
- Weaver, A. (2000). Can post-traumatic stress disorder be diagnosed in adolescence without a catastrophic stressor? A case report. *Clinical Child Psychology & Psychiatry, 5*(1), 77-83.
- Werner, J. A. (1972). *Group systematic desensitization of test anxiety in relation to measured changes in scholastic probation students*. Texas A&M University. ProQuest Dissertations and Theses, 145-145.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. United States: Stanford University Press.
- Worthington Jr, E. L., & Sandage, S. J. (2016). Forgiveness and spirituality in psychotherapy: A relational approach. *American Psychological Association*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14712-000>