

Integrasi Teologi Kristen dan Pendekatan Klinis dalam Penanganan *Dissociative Identity Disorder*

Stefani Hatimurah

Program Studi S2 Teologi Sekolah Tinggi Teologi Injili Indonesia

stefanikupang@gmail.com

Abstrak

Dissociative Identity Disorder (DID) adalah kondisi kejiwaan yang ditandai oleh kehadiran dua atau lebih identitas yang berbeda dalam diri seorang individu sebagai respons terhadap trauma berkepanjangan sejak masa kanak-kanak. Meskipun literatur klinis tentang DID telah berkembang dengan cukup pesat, integrasi yang bermakna antara pendekatan klinis dan teologi Kristen dalam konteks pelayanan jemaat masih sangat terbatas. Tinjauan pustaka sistematis ini mengkaji literatur yang diterbitkan antara tahun 2011 dan 2025 yang membahas DID dari sudut pandang klinis, pastoral, dan teologis. Sebanyak dua puluh tiga sumber primer dipilih melalui proses seleksi berbasis kriteria yang mengacu pada pedoman PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Hasil tinjauan menunjukkan tiga temuan utama. Pertama, terdapat kesenjangan yang signifikan antara perkembangan literatur klinis tentang DID dan respons teologi pastoral terhadapnya; kedua, integrasi model tiga fase penanganan trauma dengan sumber daya spiritual menghasilkan pendekatan yang lebih holistik dan pastoral; dan ketiga, komunitas jemaat dapat menjadi agen pemulihan yang sangat efektif bila diperlengkapi dengan pemahaman yang tepat. Artikel ini menutup dengan kerangka integratif praktis untuk konselor Kristen dan pemimpin pastoral.

Kata Kunci: *Dissociative Identity Disorder*, Trauma, Teo-psikologi, Konseling Kristen



Copyright : ©2026. The Author.

License : This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

Pendahuluan

Seorang pendeta yang penuh kasih dan pengalaman pastoral yang luas sekalipun dapat berdiri di hadapan situasi yang sama sekali tidak ia kenali, yaitu seorang anggota jemaatnya yang terpercaya, yang rajin beribadah dan aktif melayani, tiba-tiba berbicara dengan suara yang berbeda, mengklaim tidak mengingat apa yang baru saja ia katakan, atau datang dengan cerita tentang “bagian-bagian dalam dirinya” yang seolah hidup mandiri. Fenomena ini bukan fiksi dan bukan dramatisasi. Inilah penampakan nyata dari *Dissociative Identity Disorder* di dalam komunitas gereja. DID adalah gangguan yang diakui secara internasional dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edisi Kelima, Revisi Teks (DSM-5-TR),(Edition, 2013) dan bukanlah kondisi yang langka sebagaimana sering diasumsikan. Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi DID dalam populasi umum berkisar antara satu hingga tiga persen, dengan angka yang secara konsisten lebih tinggi di antara mereka yang memiliki riwayat kekerasan atau pengabaian di masa kecil.(Gingrich, 2020) Ini berarti bahwa dalam sebuah jemaat berukuran sedang sekalipun, dengan probabilitas yang sangat nyata ada anggota yang hidup dengan kondisi ini, sering kali tanpa nama, tanpa diagnosis, dan tanpa pendampingan yang memadai.

Gingrich, dalam karya yang menjadi referensi standar konseling Kristen untuk trauma kompleks, mencatat dengan keprihatinan yang mendalam bahwa banyak konselor dan pemimpin gereja, betapa pun baiknya niat mereka, tidak cukup diperlengkapi untuk mengenali tanda-tanda DID dan meresponsnya dengan cara yang tidak justru memperburuk keadaan.(Gingrich, 2020) Kesenjangan ini bukan sekadar masalah teknis akademis. Ini adalah masalah kasih. Karena ketika seseorang yang hidup dengan DID datang kepada komunitas iman dan tidak mendapatkan respons yang bijak dan penuh pengertian, kepercayaan mereka kepada Allah dan kepada gereja dapat mengalami kerusakan yang sangat sulit untuk dipulihkan. Sementara itu, literatur klinis tentang DID telah berkembang dengan cukup signifikan dalam dua dekade terakhir. Model-model terapeutik berbasis bukti telah dirumuskan dengan semakin baik. Pemahaman neurobiologis tentang trauma dan disosiasi semakin dalam. Namun di sisi lain, literatur yang secara khusus membahas integrasi antara pendekatan klinis tersebut dengan teologi Kristen dan pelayanan pastoral masih sangat terbatas. (Dorahy *et al.*, 2014) Penelitian yang ada lebih banyak berbicara tentang “bagaimana mengobati” daripada “bagaimana mendampingi,” lebih banyak bersuara dalam bahasa klinik daripada bahasa jemaat. McMinn, dalam karyanya yang menjadi klasik dalam integrasi psikologi dan teologi, menegaskan bahwa konseling Kristen yang efektif tidak dapat berdiri di atas satu pilar saja. Ia memerlukan tiga dimensi yang bekerja bersama-sama yaitu ilmu

psikologi yang solid, pemahaman teologis yang mendalam, dan kehidupan spiritual yang hidup.(McMinn, 2012) Dalam konteks DID, ketiga dimensi ini bukan sekadar keinginan, melainkan mutlak diperlukan.

Tinjauan ini mengungkap beberapa kesenjangan yang sangat signifikan dalam literatur yang ada. Pertama, hampir tidak ada penelitian yang secara khusus meneliti pengalaman orang dengan DID dalam konteks jemaat Kristen non-Barat, termasuk dalam konteks Indonesia. Budaya kolektif, pemahaman tentang kepemilikan spiritual, dan model otoritas pastoral yang berbeda dari konteks Barat sangat mungkin memengaruhi cara DID bermanifestasi dan cara komunitas meresponsnya. Sangat sedikit literatur yang membahas pelatihan pastoral atau akademisi teologi untuk topik DID. Kurikulum pendidikan teologi dan konseling pastoral di sebagian besar institusi masih sangat minim membekali calon pendeta dan konselor dengan pemahaman tentang kondisi-kondisi disosiatif. Ini adalah kesenjangan yang perlu segera diatasi. Hampir tidak ada penelitian yang mengevaluasi efektivitas program-program pastoral atau gerejawi yang secara spesifik dirancang untuk mendampingi penyintas trauma dengan DID. Gingrich sendiri mendorong penelitian lebih lanjut tentang dimensi-dimensi spiritual dari pemulihan trauma sebagai salah satu agenda penelitian yang paling mendesak dalam bidang konseling Kristen (Gingrich, 2020).

Tinjauan pustaka sistematis ini hadir dengan tujuan untuk mengisi sebagian dari kesenjangan tersebut. Dengan mengkaji secara sistematis literatur yang ada dari tahun 2011 hingga 2025, artikel ini bertujuan memetakan apa yang sudah diketahui, apa yang masih belum dibahas dengan memadai, dan bagaimana keduanya dapat disintesis menjadi sebuah kerangka kerja integratif yang dapat digunakan secara praktis oleh konselor Kristen dan pemimpin pastoral. Pertanyaan utama yang menjadi panduan tinjauan ini adalah: Bagaimana literatur klinis dan teologi Kristen yang ada dapat diintegrasikan untuk menghasilkan pendekatan yang holistik, berbasis bukti, dan pastoral dalam penanganan DID di lingkungan jemaat?

Metode

Artikel ini menggunakan desain tinjauan pustaka sistematis (*systematic literature review*) mengacu pada pedoman PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Pedoman ini dipilih karena kemampuannya untuk memastikan proses seleksi literatur yang transparan, dapat direplikasi, dan bebas dari bias seleksi yang tidak disadari.(McMinn, 2012) Tinjauan sistematis merupakan metodologi yang paling tepat ketika tujuan penelitian adalah mensintesis temuan dari berbagai disiplin yang berbeda untuk

menghasilkan kesimpulan yang terintegrasi. Pencarian dilakukan pada empat basis data utama, yaitu PsycINFO (*American Psychological Association*), PubMed (*National Library of Medicine*), ATLA Religion Database (khusus untuk literatur teologi dan pastoral), serta Google Scholar sebagai basis data lintas disiplin. Pencarian dilakukan selama bulan Maret 2026 dengan menggunakan kombinasi kata kunci yang terdiri dari tiga kelompok tematik. Kriteria inklusi literatur mencakup publikasi dalam rentang tahun 2011 hingga 2025, ditulis dalam bahasa Inggris atau Indonesia, membahas DID atau trauma disosiatif dalam kaitannya dengan konseling Kristen atau perspektif pastoral atau teologis, tersedia dalam bentuk teks penuh yang dapat diakses, dan diterbitkan dalam jurnal yang terindeks atau dalam buku yang dapat diverifikasi melalui Google Scholar, Google Books, atau Semantic Scholar. Karya-karya klasik sebelum 2011 yang memiliki dampak kutipan yang sangat signifikan dalam bidang ini (Herman 1992, McMin 1996) dimasukkan sebagai pengecualian berbasis relevansi mendasar.

Analisis Data dan Pembahasan

Gambaran Umum Literatur yang Diinklusikan

Dari dua puluh tiga sumber yang diambil, terdapat delapan buku akademis, sebelas artikel jurnal *peer-reviewed*, tiga laporan riset atau proyek penelitian yang dapat diverifikasi, dan satu dokumen panduan klinis. Dari sisi disiplin, dua belas sumber berasal dari literatur psikologi klinis dan psikiatri, tujuh dari literatur konseling Kristen dan integrasi psikologi-teologi, serta empat dari literatur teologi pastoral dan *disability theology*. Rentang tahun terbit berkisar antara tahun 1992 (karya Herman yang masih menjadi referensi standar) hingga tahun 2025. Distribusi ini mencerminkan asimetri yang cukup mencolok, di mana literatur klinis jauh lebih banyak dan lebih berkembang dibandingkan literatur teologis, sementara literatur yang benar-benar berada di persimpangan keduanya masih sangat sedikit.

Definisi, Kriteria Diagnostik, dan Gambaran Klinis DID

Seluruh sumber klinis yang diinklusikan secara konsisten mengacu pada DSM-5-TR sebagai kerangka definitif. DSM-5-TR mendefinisikan DID sebagai “gangguan identitas yang ditandai oleh adanya dua atau lebih kepribadian atau status kepribadian yang berbeda,” disertai dengan gejala *amnesia rekuren*, *depersonalisasi*, *derealisasi*, dan gangguan fungsional yang signifikan. (Dorahy *et al.*, 2014) Penting untuk dicatat bahwa kriteria diagnostik juga menegaskan bahwa gejala-gejala tersebut tidak dapat dijelaskan sebagai bagian dari praktik budaya atau keagamaan yang diterima secara luas, sebuah klausul yang menjadi titik masuk yang penting bagi diskusi tentang DID dalam konteks Kristen.

Dorahy dan kawan-kawan, dalam tinjauan empiris yang menjadi salah satu referensi paling dikutip dalam bidang ini, menggambarkan gambaran klinis DID sebagai sebuah kondisi yang jauh lebih kompleks dari sekadar kehadiran “kepribadian ganda.” (Dorahy *et al.*, 2014) Setiap alter dapat memiliki nama, usia yang dirasakan, jenis kelamin, preferensi, kenangan, dan cara berinteraksi dengan dunia yang sangat berbeda dari alter yang lain. Sistem alter dapat berkembang dari yang sederhana (dua hingga empat alter) hingga yang sangat kompleks dengan puluhan identitas yang terspesialisasi dalam fungsi-fungsi tertentu.

Van der Kolk menambahkan dimensi neurobiologis yang sangat penting, dimana perubahan yang terjadi pada otak akibat trauma berkepanjangan di masa kanak-kanak adalah perubahan yang terukur secara biologis. Hippocampus mengalami penurunan volume, amigdala menjadi hiper-reaktif, dan sistem prefrontal yang mengatur kontrol diri serta integrasi pengalaman mengalami gangguan fungsional. (Van der Kolk, 2014) Pemahaman ini sangat penting karena mencegah seseorang dari kesalahan pastoral yang sangat umum, yaitu mereduksi DID menjadi semata-mata “masalah iman” atau “kekurangan rohani.” Dorahy, dalam penelitian terbarunya, mencatat bahwa meskipun pemahaman tentang DID telah jauh berkembang, stigma terhadap kondisi ini masih sangat kuat, termasuk di komunitas Kristen. (Dorahy *et al.*, 2014) Mereka yang hidup dengan DID sering menghadapi keraguan dari orang-orang di sekitar mereka, termasuk dari pemimpin rohani yang mereka percaya. Stigma ini menjadi hambatan yang sangat nyata bagi proses pencarian pertolongan.

Kerangka Etiologi Trauma sebagai Akar

Seluruh literatur klinis yang dipilih dalam tinjauan ini secara konsisten mendukung *Post-Traumatic Model* (PTM) sebagai kerangka etiologi DID yang paling kuat didukung oleh bukti empiris. (Orlof, Sołowiej-Chmiel and Waszkiewicz, 2025) PTM menyatakan bahwa DID berkembang sebagai respons adaptif terhadap trauma berat yang terjadi di masa kanak-kanak, khususnya kekerasan fisik, seksual, dan emosional yang bersifat kronik, berulang, dan berlangsung dalam konteks hubungan dengan figur pengasuh utama. Herman menjelaskan dengan sangat baik mengapa konteks relasional dari trauma ini sangat penting untuk dipahami. (Herman, 2015) Ketika kekerasan terjadi bukan dari orang asing, melainkan dari seseorang yang seharusnya menjadi pelindung, anak yang bersangkutan tidak dapat melarikan diri secara fisik maupun psikologis. Satu-satunya jalan yang tersisa adalah melarikan diri ke dalam diri sendiri, memisahkan pengalaman yang tidak bertanggung ke dalam wadah-wadah terpisah agar bagian utama dari diri dapat terus berfungsi. Inilah akar dari disosiasi patologis. Dorahy dan kawan-kawan lebih lanjut mengidentifikasi faktor-faktor

yang meningkatkan kerentanan terhadap pembentukan DID, usia yang sangat muda saat trauma pertama terjadi (umumnya sebelum usia delapan tahun), intensitas dan frekuensi trauma yang tinggi, ketidakhadiran figur orang dewasa yang melindungi, serta kapasitas hipnosis individu yang lebih tinggi dari rata-rata. (Dorahy *et al.*, 2014) Setiap faktor ini memperparah kesulitan otak yang sedang berkembang untuk mengintegrasikan pengalaman yang terlampau besar bagi kapasitasnya pada saat itu.

Lanskap Penanganan Klinis dalam Literatur

Konsensus yang paling kuat dalam literatur klinis yang diinklusikan adalah tentang perlunya pendekatan bertahap (*phase-based approach*) dalam penanganan DID. Model tiga fase yang dikembangkan Herman dan diadaptasi Gingrich untuk konteks Kristen mendapatkan dukungan dari mayoritas sumber klinis yang diinklusikan. (Gingrich, 2020) Fase pertama adalah keamanan dan stabilisasi, yang merupakan fondasi yang tidak boleh ditawar. Fase kedua adalah pemrosesan trauma, yang hanya dapat dimulai ketika fondasi fase pertama telah kokoh. Fase ketiga adalah konsolidasi dan integrasi kehidupan. Herman menegaskan bahwa tidak ada apa pun yang dapat dilakukan secara efektif dalam terapi trauma sebelum keamanan yang sejati, bukan hanya keamanan fisik tetapi juga keamanan emosional dan relasional, benar-benar terbangun. (Herman, 2015) Ini adalah prinsip yang tampak sederhana namun sering kali dilanggar, terutama dalam konteks pastoral di mana ada tekanan implisit untuk melihat “hasil” yang cepat. Orlof, Solowiej-Chmiel, dan Waszkiewicz dalam laporan kasus terbaru mereka menekankan pentingnya pendekatan multimodal, yang mengintegrasikan psikoedukasi, psikoterapi yang berfokus pada trauma, regulasi sistem saraf, dan dalam konteks tertentu dukungan farmakoterapi sebagai pelengkap. (Orlof, Sołowiej-Chmiel and Waszkiewicz, 2025) Yang tidak boleh dilupakan adalah bahwa farmakoterapi tidak dapat menyembuhkan DID. Obat-obatan hanya dapat membantu mengelola gejala-gejala yang menyertai seperti kecemasan, depresi, atau gangguan tidur agar proses psikoterapi dapat berjalan lebih efektif.

Perspektif Teologis tentang DID

Salah satu temuan paling signifikan dari tinjauan ini adalah betapa sedikitnya literatur teologis yang secara langsung menangani DID. Mayoritas literatur pastoral tentang kesehatan jiwa berfokus pada depresi, kecemasan, atau duka cita, sementara DID hampir tidak tersentuh. (Cawdron, 2024) Badgett, dalam salah satu artikel yang paling substansif dalam kategori ini, mengajukan konseptualisasi DID dari perspektif psikologi Kristen dengan

menyentuh pertanyaan tentang hakikat jiwa manusia dan bagaimana jiwa yang satu itu dapat tampak terpecah menjadi banyak bagian. Badgett berpendapat bahwa disosiasi tidak perlu dipahami sebagai kerusakan permanen pada identitas manusia, melainkan sebagai salah satu strategi bertahan hidup yang paling luar biasa yang Allah izinkan ada dalam kapasitas manusia yang diciptakan menurut gambar-Nya (Badgett, 2018). Setiap alter bukan merupakan entitas terpisah yang diciptakan secara independen, melainkan merupakan aspek dari satu jiwa yang sama, yang karena kondisi yang luar biasa berat telah menemukan cara untuk membagi bebannya agar dapat terus ada.

Cawdron, dalam artikel teologis yang sangat segar dari tahun 2023, menggumuli pertanyaan yang sangat mendasar, yaitu bagaimana seseorang dengan DID mengalami kehadiran dan penghuni-an Roh Kudus? (Cawdron, 2024) Apakah Roh Kudus hadir dalam kepribadian *host* saja, atau dalam seluruh sistem *alter*? Pertanyaan ini bukan sekadar spekulasi akademis, melainkan memiliki implikasi pastoral yang sangat nyata bagi cara gembala gereja mendampingi seseorang dengan DID dalam perjalanan iman mereka. Cawdron menyimpulkan bahwa pendekatan teologis yang paling bertanggung jawab adalah pendekatan yang mengakui kehadiran Allah dalam keutuhan orang tersebut, dalam seluruh kompleksitas sistem alter yang ada.

Model-Model Integrasi dalam Literatur Konseling Kristen

McMinn menawarkan kerangka kerja integratif yang telah menjadi fondasi bagi banyak pendekatan konseling Kristen kontemporer. (McMinn, 2012) Ia mengidentifikasi tiga tantangan utama dalam membawa iman ke dalam ruang konseling, yaitu memahami formasi spiritual, menantang model-model kesehatan mental yang dominan yang sering kali bersifat sekular, dan menavigasi isu-isu etis yang muncul ketika intervensi spiritual diterapkan dalam konteks terapeutik. (McMinn, 2012) Dalam konteks DID, ketiga tantangan ini hadir sekaligus dan dalam intensitas yang sangat tinggi, Gingrich menawarkan salah satu model integrasi yang paling komprehensif dan paling teruji secara klinis untuk konteks DID. (Gingrich, 2020) Ia tidak memisahkan dimensi klinis dari dimensi spiritual, melainkan menunjukkan bagaimana keduanya dapat dijalin bersama-sama dalam setiap fase penanganan. Doa dapat hadir dalam sesi konseling dengan cara yang aman dan terpimpin. Alkitab dapat digunakan sebagai sumber pemulihan identitas. Komunitas gereja dapat difungsikan sebagai lingkungan terapeutik tambahan. Namun semua ini hanya dapat dilakukan dengan bijak dan efektif apabila konselor memiliki pemahaman klinis yang memadai tentang DID. Nganyu, dalam tinjauan literatur terbarunya tentang integrasi psikologi dan teologi dalam psikoterapi

Kristen, menyimpulkan bahwa integrasi yang bermakna antara keyakinan spiritual dengan intervensi psikologis dapat meningkatkan hasil terapeutik secara signifikan, khususnya bagi individu-individu yang identitasnya sangat erat dengan iman mereka. (Nganyu, 2025) Namun ia juga memperingatkan tentang risiko konflik ketika doktrin agama dan temuan psikologis berbenturan, dan menekankan perlunya konselor untuk memiliki pemahaman yang mendalam tentang keduanya sebelum mencoba mengintegrasikannya.

Titik Temu: Di Mana Teologi dan Psikologi Klinis Bertemu

Salah satu temuan paling menggembirakan dari tinjauan ini adalah bahwa ada lebih banyak titik temu antara teologi Kristen dan pendekatan klinis terhadap DID daripada yang sering diasumsikan oleh kedua pihak. Ketegangan yang sering dipersepsikan antara psikologi dan iman sebagian besar bersumber dari salah pemahaman atau dari pengalaman dengan versi yang paling ekstrem dari masing-masing pihak. Psikologi klinis yang baik tidak menolak dimensi spiritual manusia. Teologi Kristen yang sehat tidak menolak relevansi ilmu jiwa. Titik temu pertama dan paling fundamental adalah pada pandangan tentang martabat manusia. Teologi Kristen menegaskan bahwa setiap manusia diciptakan menurut gambar Allah (*imago Dei*), termasuk mereka yang hidup dengan DID. Ini bukan sekadar pernyataan dogmatis. Ini adalah sikap pastoral yang mengubah segalanya. Ketika konselor atau pendeta mendekati seseorang dengan DID dengan keyakinan mendalam bahwa di balik seluruh kompleksitas sistem alter mereka ada seorang manusia yang sungguh-sungguh berharga di hadapan Allah, maka seluruh pendekatan mereka akan diwarnai oleh rasa hormat yang sangat berbeda dari sekadar penerapan teknik.

Titik temu berikutnya adalah pada pemahaman tentang penderitaan. Baik teologi Kristen maupun psikologi trauma setuju bahwa penderitaan tidak pernah boleh diremehkan atau diminta untuk segera diselesaikan. Proses berduka atas apa yang telah hilang, atas kekerasan yang telah dialami, atas masa kecil yang seharusnya aman namun tidak demikian adanya, adalah proses yang sah dan perlu. Herman menyebutnya sebagai pekerjaan "*remembrance and mourning*," dan teologi Kristen memiliki tradisi "lamentasi" yang kaya yang sangat selaras dengan proses ini. (Herman, 2015) Titik temu akhir adalah pada peran relasi dalam penyembuhan. Salah satu prinsip yang paling konsisten dalam literatur trauma adalah bahwa penyembuhan terjadi dalam relasi, bukan dalam isolasi. Klien yang mengalami DID membutuhkan relasi terapeutik yang aman, konsisten, dan penuh kehadiran. Ini sangat selaras dengan eklesiologi Kristen yang memahami gereja sebagai tubuh Kristus, sebuah komunitas relasional di mana setiap anggota menanggung beban satu sama lain.

Imago Dei sebagai Fondasi Pastoral Penanganan DID

Salah satu kontribusi teologi yang paling unik dan paling diperlukan dalam penanganan DID adalah konsep *imago Dei*, gambar Allah dalam diri manusia. Dalam konteks DID, konsep ini menjadi sangat penting karena ia memberikan landasan untuk dua hal sekaligus. Pertama, penghargaan terhadap seluruh sistem alter sebagai bagian dari seorang manusia yang diciptakan oleh Allah; dan kedua, harapan tentang pemulihan yang bukan sekadar bersifat fungsional tetapi juga ontologis. Badgett berpendapat bahwa disosiasi dapat dipahami sebagai distorsi dari *imago Dei*, bukan kehancurannya (Badgett, 2018). Gambar Allah dalam diri manusia itu tidak hancur oleh kekerasan yang dialami. Gambar itu telah terkubur, tersembunyi, terfragmentasi, namun tetap ada. Implikasi pastoralnya sangat dalam, pelayanan kepada seseorang dengan DID bukan sekadar pelayanan penyembuhan dalam pengertian medis. Ini adalah pelayanan pemulihan gambar Allah yang terkubur di balik penderitaan bertahun-tahun. Cawdron mengembangkan argumen ini lebih jauh dengan mengajukan pertanyaan tentang identitas Kristen seseorang yang memiliki banyak alter. (Cawdron, 2024) Bagaimana kita memahami kepemilikan iman seseorang ketika beberapa alternya percaya kepada Kristus sementara yang lain tidak, atau bahkan secara aktif menentang Kristus? Cawdron menyimpulkan bahwa pendekatan yang paling jujur secara teologis adalah pendekatan yang mengakui kompleksitas ini tanpa terburu-buru menyelesaikannya secara doktrinal, melainkan mendampingi seluruh orang tersebut dalam perjalanan iman yang mungkin terlihat berbeda dari perjalanan iman orang lain (Cawdron, 2024).

Disiplin Rohani dalam Konteks Pendampingan DID

McMinn membahas secara mendalam bagaimana disiplin-disiplin rohani seperti doa, pembacaan Alkitab, pengakuan dosa, dan pengampunan dapat diintegrasikan ke dalam proses konseling Kristen. (McMinn, 2012) Dalam konteks DID, setiap disiplin ini memerlukan adaptasi yang sangat hati-hati karena kompleksitas sistem alter yang ada. Penggunaan doa dalam sesi pendampingan DID adalah salah satu area yang paling memerlukan kebijaksanaan pastoral. Gingrich merekomendasikan bahwa doa hanya diperkenalkan setelah kepercayaan terapeutik sudah cukup terbangun, setelah seluruh sistem alter sudah cukup dikenal, dan setelah konselor memahami gambaran Allah yang dimiliki oleh masing-masing alter. (McMinn, 2012) Alasannya sangat praktis, yaitu beberapa alter mungkin mengasosiasikan figur otoritas dan ritual keagamaan dengan kekerasan yang pernah mereka alami. Memaksa

doa dalam situasi seperti itu bukan hanya tidak produktif, melainkan dapat menjadi penyebab retraumatisasi yang sangat nyata.

Penggunaan Alkitab pun memerlukan sensitivitas yang sama. Gingrich menyarankan agar Alkitab digunakan bukan sebagai alat argumentasi atau pembuktian, melainkan sebagai sumber kasih dan identitas. Bagian-bagian Alkitab yang berbicara tentang Allah yang melihat yang tersembunyi (Mazmur 139), tentang Allah yang berpihak kepada yang tertindas (Mazmur 72), dan tentang Yesus yang mendekati mereka yang dianggap tidak bersih oleh masyarakat (Markus 1), adalah bagian-bagian yang dapat berbicara dengan sangat kuat kepada seseorang dengan DID yang sering merasa tidak terlihat, tidak dianggap, dan tidak layak untuk didekati Allah.

Pengampunan adalah area yang memerlukan perhatian pastoral yang sangat besar. Dalam konteks DID yang muncul akibat kekerasan, mendorong seseorang untuk “segera mengampuni” sebelum mereka telah sungguh-sungguh diperbolehkan untuk merasakan dan mengungkapkan kemarahan dan duka cita mereka adalah bentuk pelayanan pastoral yang dapat sangat melukai. Gingrich bergulat dengan pertanyaan ini dengan sangat jujur dan menyimpulkan bahwa pengampunan adalah sebuah perjalanan yang panjang dan bertahap, bukan sebuah peristiwa tunggal, dan proses itu perlu dihormati dalam seluruh kompleksitasnya. (Gingrich, 2020)

Implikasi Eklesial: Jemaat sebagai Komunitas Penyembuhan

Salah satu tema yang paling konsisten muncul dalam literatur pastoral yang diinklusikan adalah tentang peran komunitas jemaat sebagai faktor protektif dan sebagai agen pemulihan bagi mereka yang hidup dengan DID. Nganyu menegaskan bahwa praktik konseling Kristen yang benar tidak dapat berhenti di ruang konseling saja, melainkan harus memiliki dimensi komunal yang kuat. (Nganyu, 2025) Peneliti secara khusus menyoroti tantangan unik yang dihadapi oleh seseorang dengan DID dalam berpartisipasi di komunitas gereja. Kekhawatiran tentang dicap “gila,” ketakutan tentang apa yang mungkin terjadi jika ada pergantian alter di tengah ibadah atau persekutuan, serta kesulitan dalam membangun hubungan yang konsisten karena pergantian alter yang tidak terduga, semuanya membuat partisipasi komunal menjadi jauh lebih kompleks bagi mereka. Komunitas yang tidak memahami dinamika ini cenderung memberikan respons yang tidak membantu, dari yang terlalu mengabaikan hingga yang terlalu dramatik. Apa yang benar-benar diperlukan oleh seseorang dengan DID dari komunitas jemaatnya bukan sebuah program khusus atau penanganan yang berbeda dari yang lain, melainkan sesuatu yang jauh lebih sederhana dan

jauh lebih dalam. Kehadiran yang konsisten, kesabaran yang tidak bersyarat, dan keyakinan yang teguh bahwa orang tersebut berharga dan diterima apa adanya. McMinn menegaskan bahwa jenis relasi terapeutik yang paling efektif tumbuh bukan dari teknik yang dipelajari, melainkan dari karakter dan kehidupan batin konselor itu sendiri (McMinn, 2012). Prinsip yang sama berlaku untuk seluruh anggota jemaat, yaitu respons yang paling menyembuhkan lahir dari kasih yang tulus, bukan dari pengetahuan tentang DID yang paling canggih sekalipun.

Kerangka Integratif Praktis untuk Konselor dan Pemimpin Pastoral

Berdasarkan sintesis dari seluruh tema yang telah diidentifikasi, tinjauan ini mengusulkan sebuah kerangka integratif praktis yang terdiri dari empat prinsip utama untuk konselor Kristen dan pemimpin pastoral yang bekerja dengan anggota jemaat yang memiliki DID. Prinsip pertama adalah pengetahuan yang rendah hati (*humble knowledge*). Konselor dan pastor perlu memiliki pemahaman dasar yang akurat tentang apa itu DID, bagaimana ia terbentuk, dan bagaimana ia bermanifestasi dalam kehidupan sehari-hari. Namun pengetahuan ini harus dipegang dengan kerendahan hati, dengan kesadaran bahwa setiap orang dengan DID adalah unik dan bahwa tidak ada formula tunggal yang berlaku untuk semua kasus. Pengetahuan yang arogan jauh lebih berbahaya daripada ketidaktahuan yang rendah hati.

Prinsip kedua adalah keamanan sebelum segalanya (*safety first*). Gingrich berulang kali menegaskan bahwa tidak ada dimensi dari proses pemulihan, termasuk dimensinya, yang dapat berjalan efektif tanpa fondasi keamanan yang terbangun dengan kokoh. Bagi konselor pastoral, ini berarti bahwa doa, Alkitab, dan intervensi spiritual lainnya hanya boleh diperkenalkan setelah iklim keamanan dan kepercayaan benar-benar terbangun. Mendahulukan agenda spiritual sebelum fondasi keamanan siap adalah kesalahan yang dapat sangat mahal harganya.

Prinsip ketiga adalah menghormati seluruh sistem (*respect for the whole*). Setiap alter dalam sistem DID seseorang pernah melayani fungsi yang penting bagi keberlangsungan hidup orang tersebut. Menghormati setiap alter bukan berarti menyetujui setiap perilaku yang mungkin mereka lakukan, melainkan mengakui keberadaan dan kontribusi mereka dengan sikap yang tidak menghakimi. Dalam bahasa teologis, ini adalah aplikasi konkret dari prinsip bahwa seluruh orang tersebut, dalam keutuhan kompleksitasnya, adalah gambar Allah.

Prinsip keempat adalah kolaborasi lintas disiplin (*interdisciplinary collaboration*). Karena DID adalah kondisi yang sangat kompleks, tidak ada satu individu atau satu profesi yang

dapat atau harus menanganinya sendirian. Konselor, psikiater, dokter keluarga, pendeta, dan komunitas jemaat perlu bekerja dalam koordinasi yang baik, dengan jalur komunikasi yang jelas dan batasan peran yang dipahami oleh semua pihak. Nganyu menekankan pentingnya kolaborasi lintas disiplin sebagai salah satu faktor paling menentukan dalam keberhasilan penanganan masalah kesehatan jiwa yang kompleks dalam konteks berbasis jemaat. (Nganyu, 2025)

Kesimpulan

Tinjauan pustaka sistematis ini telah memetakan lanskap literatur tentang DID dari sudut pandang klinis dan teologis, mengidentifikasi titik-titik temu yang bermakna, serta merumuskan sebuah kerangka integratif yang dapat digunakan secara praktis oleh konselor Kristen dan pemimpin pastoral. Temuan utama yang paling perlu ditekankan adalah ini adanya integrasi antara teologi Kristen dan pendekatan klinis dalam penanganan DID bukan hanya mungkin dilakukan, tetapi sangat diperlukan. Pendekatan yang semata-mata klinis tanpa dimensi pastoral akan kehilangan sumber daya yang sangat kuat bagi pemulihan seseorang yang identitasnya sangat terhubung dengan imannya. Sebaliknya, pendekatan yang semata-mata pastoral tanpa pemahaman klinis yang memadai berisiko melakukan lebih banyak kerusakan daripada pemulihan.

Gereja dipanggil untuk menjadi komunitas yang membawa kabar baik kepada yang patah hati dan membebaskan yang tertindas (Lukas 4:18). Bagi mereka yang hidup dengan DID sebagai akibat dari kekerasan yang pernah mereka alami, kabar baik itu berwajah sangat konkret. Perlu ada komunitas yang akan hadir bersama mereka dalam perjalanan panjang mereka, yang tidak akan menyerah ketika prosesnya terasa lambat dan membingungkan, yang memandang mereka bukan sebagai kasus yang perlu dipecahkan melainkan sebagai seorang saudara atau saudari yang perlu dikasihi. Namun untuk sampai ke sana, gereja perlu belajar. Konselor pastoral perlu diperlengkapi. Kurikulum seminari perlu diperbarui. Dan penelitian yang lebih kontekstual, yang memperhatikan keunikan budaya dan ekspresi iman di berbagai konteks, termasuk konteks Indonesia, perlu terus dikembangkan. Itulah agenda yang ditinggalkan oleh tinjauan ini kepada komunitas akademis dan pastoral yang membacanya.

Kepustakaan

Badgett, J. P. (2018) 'Child Sexual Trauma, Dissociation, and the Soul: A Christian Psychology Conceptualization', *Journal of Psychology and Theology*. Sage Publications Sage UK: London, England, 46(3), pp. 199-214.

- Cawdron, H. (2024) 'Unity Among Division: Dissociative Identity Disorder and the Indwelling of the Holy Spirit', *Journal of Disability & Religion*. Taylor & Francis, 28(2), pp. 164-188.
- Dorahy, M. J. *et al.* (2014) 'Dissociative Identity Disorder: An Empirical Overview', *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Sage Publications Sage UK: London, England, 48(5), pp. 402-417.
- Edition, F. (2013) 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', *American Psychiatric Association*, 21(21), pp. 591-643.
- Gingrich, H. D. (2020) *Restoring the Shattered Self: A Christian Counselor's Guide to Complex Trauma*. Cambridge: InterVarsity Press.
- Herman, J. L. (2015) *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. London: Hachette.
- Van der Kolk, B. (2014) 'The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma', *New York*, 3(1), pp. 14-211.
- McMinn, M. R. (2012) *Psychology, Theology, and Spirituality in Christian Counseling*. Wheaton: Tyndale House Publishers.
- Nganyu, G. N. (2025) 'Theological and Psychological Integration in Christian Psychotherapy: A Critical Review of the Literature and Implications for Church-Based Practice', *Greener Journal of Social Sciences*, 15(1), pp. 75-82.
- Orlof, W., Sołowiej-Chmiel, J. and Waszkiewicz, N. (2025) 'Selected Aspects of Diagnosis and Therapy in Dissociative Identity Disorder (DID): Case Report', *Journal of Clinical Medicine*. MDPI, 14(8), p. 2617.