



Kesehatan Mental

**Gangguan-gangguan kepribadian,
reaksi-reaksi simtom khusus,
gangguan penyesuaian diri**

biasa,

mental yang berat

GA
N
UIN Sunan Kalijaga
Yogyakarta



14SR1065420.15

Yustinus Semiun, OFM



Kesehatan Mental 2

Kesehatan Mental 2

027649

© Kanisius 2006

PENERBIT KANISIUS (Anggota IKAPI)

Jl. Cempaka 9, Deresan, Yogyakarta 55281

Kotak Pos 1125/Yk, Yogyakarta 55011

Telepon (0274) 588783, 565996; Fax (0274) 563349

Website : www.kanisiusmedia.com

E-mail : office@kanisiusmedia.com

Cetakan ke- 5 4 3 2 1

Tahun 10 09 08 07 06

ISBN 979-21-1121-2

ISBN 979-21-1123-8

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apa pun, termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Dicetak oleh Percetakan Kanisius Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Buku ini berjudul "Kesehatan Mental" yang ditulis dan disusun dengan tiga tujuan. Tujuan *pertama* adalah menyajikan penemuan-penemuan yang baru dalam bidang kesehatan mental karena banyak informasi mengenai kesehatan mental telah dikumpulkan dan ditulis dalam banyak buku tetapi tidak satu buku pun memberikan informasi yang lengkap mengenai kesehatan mental. Meskipun buku ini masih memiliki banyak kekurangan, namun penulis sudah berusaha sedapat mungkin menyajikan sejumlah informasi yang lengkap dan dapat dipakai sebagai dasar untuk mempelajari kesehatan mental yang tidak ditemukan dalam buku-buku yang sudah ada. Pemahaman tentang ilmu kesehatan mental mengalami perkembangan yang pesat dan penulis menginginkan supaya orang yang membaca buku ini bisa memahami dan mengikuti perkembangan-perkembangan tersebut.

Tujuan *kedua* adalah penulis menginginkan agar buku ini menyajikan ide-ide dan data-data yang berkaitan dengan gangguan-gangguan tertentu dan hal itu dilakukan untuk memancing penilaian kritis dari pembaca. Orang yang membaca buku ini dapat mengadakan penelitian mengenai beberapa hal yang diuraikan di dalamnya, dan dengan demikian ia dapat memperluas dan memperdalam apa yang dibicarakan. Penulis berpandangan bahwa memahami apa yang diketahui adalah penting, tetapi memahami kekurangan-kekurangan dari apa yang diketahui juga penting.

Tujuan *ketiga* adalah penulis ingin menulis sebuah buku di mana bahan-bahannya tersusun dengan baik dan ide-idenya saling terkait antara yang satu dengan yang lainnya. Selanjutnya, penulis ingin menanamkan kepada para pembaca pesan akan makna, daya tarik, serta kemajuan dalam bidang ilmu kesehatan mental.

Buku ini tidak mengemukakan salah satu pendapat khusus dan juga tidak mendukung salah satu aliran pikiran tertentu, tetapi hanya mau mengemukakan segi pandangan yang berbeda dan segi pandangan yang sama. Banyak hal yang disinggung dalam buku ini mungkin masih asing bagi beberapa pembaca, tetapi penulis hanya mau mengemukakan hal-hal yang perlu diketahui kalau orang berbicara mengenai suatu gangguan mental yang mungkin sampai sekarang penjelasannya masih agak miskin dan terbatas.

Literatur yang dipakai kebanyakan berbahasa asing karena literatur ilmu kesehatan mental yang ditulis dalam bahasa Indonesia berjumlah lebih sedikit

jika dibandingkan dengan literatur-literatur bidang ilmu lain. Hal ini bisa dipahami karena ilmu kesehatan mental merupakan suatu ilmu yang baru dan belum begitu berkembang di negara ini jika dibandingkan dengan negara-negara yang sudah maju. Program kesehatan fisik dan kesehatan masyarakat sudah mulai dijalankan oleh pemerintah walaupun masih menemui banyak hambatan. Hal yang masih kurang adalah usaha di bidang kesehatan mental (jiwa). Usaha-usaha yang ada hanyalah dalam bentuk ceramah-ceramah dan seminar-seminar, namun program yang terpadu dalam kesehatan mental rupanya belum dikembangkan.

Buku ini ditulis berkat sumbangan dari bermacam-macam pihak. Pertama adalah sumbangan yang diberikan oleh para penulis buku dan jurnal yang menjadi sumber dan bahan pertimbangan dalam menulis buku ini, dan untuk itu nama-nama dan buku-buku serta jurnal-jurnal mereka ditempatkan pada daftar kepustakaan pada setiap bab. Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada mereka karena tulisan dan penelitian yang mereka lakukan memperkaya isi buku ini.

Buku ini juga ditulis sebagai kenangan kepada almarhum Mgr. Ignatius Harsono (mantan Uskup Bogor) dan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada almarhum karena beliau telah mempercayakan kepada penulis beberapa tugas yang dapat memperkaya diri penulis selama bekerja di Keuskupan Bogor. Terima kasih juga diucapkan kepada mantan pemimpin tarekat penulis sendiri, Aloysius Murwito, OFM, yang selalu mendorong penulis untuk mengembangkan bakat-bakatnya sesuai dengan bidang keahliannya.

Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada para mahasiswa yang mendapat bimbingan penulis dan mendapat konsultasi pribadi dengan penulis, dan juga kepada keluarga-keluarga, para orang tua, dan pasangan muda-mudi yang telah mengikuti Kursus Persiapan Perkawinan karena mereka semua ikut memperkaya isi buku ini. Pengalaman-pengalaman waktu bekerja dengan mereka diperkaya oleh wawancara-wawancara konseling dengan mereka yang mengalami kesulitan tertentu. Sebagian dari wawancara konseling itu direkam dan dijadikan transkrip.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada Rektor Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya, Bapak Drs. Yusuf Gunawan, M.Sc., yang telah mengangkat penulis sebagai Kepala Pusat Bimbingan – Lembaga Pengembangan Sumber Daya Manusia (LPSDM), dan buku ini bisa juga dianggap sebagai karya ilmiah dari Pusat Bimbingan Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya.

Surabaya, 12 Desember, 2001

Fr. Drs. Yustinus Semiun, M.Sc., OFM

Kepala Pusat Bimbingan

Universitas Katolik Widya Mandala, Surabaya

PENDAHULUAN

Orang yang memiliki kesehatan mental yang baik sekalipun tidak bisa bebas dari kecemasan dan perasaan bersalah. Dia tetap mengalami kecemasan dan perasaan bersalah tetapi tidak dikuasai oleh kecemasan dan perasaan bersalah itu. Ia sanggup menghadapi masalah-masalah biasa dengan penuh keyakinan diri dan dapat memecahkan masalah-masalah tersebut tanpa adanya gangguan yang hebat pada struktur dirinya. Dengan kata lain, meskipun ia tidak bebas dari konflik dan emosinya tidak selalu stabil, namun ia dapat mempertahankan harga dirinya. Keadaan yang demikian justru berkebalikan dengan apa yang terjadi pada orang yang mengalami kesehatan mental yang buruk.

Arti dari Gangguan Mental

Apakah yang dimaksudkan dengan gangguan atau penyakit mental itu? Pertanyaan ini sulit dijawab. Usaha untuk mendapatkan jawaban yang pasti dan memuaskan mungkin tidak akan berakhir, tetapi definisi dan klasifikasi yang berguna dapat diperoleh. Secara sederhana dapat dikatakan, gangguan atau penyakit mental itu adalah gangguan atau penyakit yang menghalangi seseorang hidup sehat seperti yang diinginkan baik oleh diri individu itu sendiri maupun oleh orang lain. Jumlah gangguan mental yang dapat diidentifikasi hampir tidak terbatas — mulai dari kesulitan-kesulitan emosional yang singkat meskipun merugikan individu sampai pada gangguan mental yang ringan dan berat. Ada beberapa orang menyebut gangguan mental yang ringan itu dengan istilah *gangguan mental* saja atau *neurosis* serta gangguan mental yang berat dengan istilah *penyakit mental* atau *psikosis*. Penulis tidak mau memakai kedua istilah itu mengingat arti dari penyakit dan gangguan adalah sama dan perbedaan antara neurosis dan psikosis bukan kuantitatif melainkan kualitatif. Dengan demikian, baik gangguan emosi yang biasa maupun neurosis dan psikosis ditempatkan di bawah satu judul yang sama, yakni *gangguan mental*. Hal ini bisa dilihat dengan lebih jelas pada uraian dalam buku ini yang membahas tentang istilah kemampuan menyesuaikan diri (*adjustment*) dan ketidakmampuan menyesuaikan diri (*maladjustment*), normalitas dan abnormalitas.

Seseorang yang mengalami kesehatan mental yang buruk berbeda dalam hal tingkat kesehatan jika dibandingkan dengan orang-orang yang memiliki kesehatan mental yang baik. Pada orang-orang yang mengalami kesehatan mental yang buruk, perasaan-perasaan bersalah kadang-kadang menguasainya, kecemasan-kecemasan tidak produktif dan sangat mengancamnya. Ia biasanya tidak mampu menangani krisis-krisis dengan baik dan ketidakmampuan ini mengurangi kepercayaan dan harga dirinya. Terkadang ancaman-ancaman dari dalam dan dari luar mungkin begitu kuat sehingga ia mengembangkan gangguan tingkah laku. Tentu saja gangguan ini bisa berkembang dari gangguan yang ringan sampai pada gangguan yang berat.

Klasifikasi gangguan mental banyak dan berbeda-beda antara bidang-bidang yang terkait, seperti psikiatri, psikologi, sosiologi dan antropologi. Pendekatan dari masing-masing bidang ini juga tidak umum dan tidak menyeluruh. Diharapkan uraian-uraian yang dikemukakan dalam buku ini akan membantu memenuhi kebutuhan akan pendekatan umum dan menyeluruh itu.

Hal yang menimbulkan kesulitan juga ialah masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan mental itu begitu luas sehingga penyebab-penyebab, simptom-simtom, dan perawatan-perawatan gangguan mental tidak cukup diuraikan hanya dalam satu buku saja. Di samping itu karena perubahan terlalu cepat, apa yang ditulis sekarang mungkin tidak berlaku lagi untuk 10 atau 20 tahun yang akan datang. Misalnya, penyebab kejahatan di kota-kota besar mungkin tidak sama dengan penyebabnya yang dikemukakan pada 20 tahun lalu. Karena perubahan begitu cepat, maka individu juga dituntut untuk menyesuaikan diri pada setiap segi perubahan. Tidak jarang terjadi individu tidak mampu menyesuaikan diri dalam bidang pribadi, sosial, ekonomi, pekerjaan, lingkungan (keluarga, sekolah, dan masyarakat yang lebih luas). Sesuai dengan tuntutan yang begitu cepat, maka orang, lembaga, atau negara terdorong untuk memberikan perawatan yang lebih baik bagi orang yang tidak mampu menyesuaikan diri dan mendapat gangguan mental serta memberikan pemahaman mengenai gangguan mental dan menggunakan cara-cara preventif.

Hambatan-hambatan lain yang berkaitan dengan kesehatan mental ialah banyak orang tidak menyadari bahwa dirinya sebenarnya mengalami gangguan mental. Di samping itu banyak orang yang menderita gangguan mental tidak mau menerima perawatan apa pun. Atau karena anggota keluarga atau kawan-kawannya tidak mengetahui bahwa orang ini sedang sakit mental, maka ia sering dianggap sebagai orang yang berkepribadian sangat sulit dan gagal dalam berbagai bidang kehidupan. Ada juga orang-orang yang diketahui oleh keluarga dan kawan-kawannya sebagai orang yang menderita gangguan mental tetapi tidak mau mengobatinya karena

beberapa alasan, misalnya masyarakat tidak memiliki fasilitas-fasilitas yang memadai, kekurangan biaya, atau menjaga kehormatan atau nama baik keluarga karena malu mengakui bahwa anggota keluarganya menderita gangguan mental. Sering terjadi juga orang yang mendapat gangguan mental berpendapat bahwa mungkin lebih baik melanggar undang-undang dan dimasukkan ke dalam penjara daripada dikirim ke rumah sakit jiwa. Mereka mungkin juga menjadi orang yang hidup menyendiri atau lari ke dalam alkoholisme dan kecanduan obat bius.

Sikap-Sikap yang Penting dalam Menentukan Kesehatan Mental

Hal yang penting dalam memajukan kesehatan mental adalah sejumlah sikap yang dimiliki individu dan kelompok masyarakat di mana individu itu sendiri menjadi anggotanya. Pada dasarnya sikap-sikap tersebut yang termasuk dalam segi pandangan kesehatan mental adalah (1) sikap menghargai diri sendiri, (2) sikap memahami dan menerima keterbatasan diri sendiri dan keterbatasan orang lain, (3) sikap memahami kenyataan bahwa semua tingkah laku ada penyebabnya, (4) sikap memahami dorongan untuk aktualisasi-diri.

Seseorang yang menyukai dirinya sendiri biasanya orang yang bermental sehat. Sebaliknya, orang yang sama sekali tidak menyukai dirinya sendiri mengalami simtom khusus ketidakmampuan menyesuaikan diri. Seorang psikolog yang mengadakan sejumlah wawancara diagnostik singkat akan mengajukan pertanyaan-pertanyaan berikut: (1) apakah orang-orang lain menyukai Anda?; (2) apakah Anda menyukai orang-orang lain?; (3) apakah Anda menyukai diri Anda sendiri? Apabila ketiga pertanyaan ini dijawab dengan jujur maka jawaban-jawabannya akan mengungkapkan kemampuan dan ketidakmampuan menyesuaikan diri secara sosial dan emosional. Individu yang mampu menyesuaikan diri akan menjawab bahwa ia adalah orang yang diterima oleh kelompok sosialnya, bahwa ia disukai oleh para anggota kelompoknya, dan sebaliknya ia juga menyukai mereka. Orang yang menjawab pertanyaan ketiga akan berkata: "Tentu saja", atau "Saya tidak berpikir tentang itu", atau "Ya saya tidak angkuh."

Orang yang tidak mampu menyesuaikan diri akan bereaksi secara berbeda. Ekspresi wajahnya mungkin kelihatan sedih atau ia mungkin menangis. Komentarnya bisa berupa: "Tidak, saya tidak memiliki kawan-kawan akrab. Saya menyukai orang-orang lain, tetapi mereka kelihatannya tidak menyukai saya. Apakah saya menyukai diri saya sendiri? Tidak, kadang-kadang saya membenci diri saya sendiri."

Ilmu kesehatan mental bertujuan untuk membantu dan bukan untuk menghancurkan ego orang lain. Ia mengutamakan sikap menerima dan memuji bukan sikap menyalahkan dan menghukum. Ia menghormati martabat pribadi individu (pen-

dekatan positif dan bukan negatif). Prinsip-prinsip ini dipraktekkan dengan berbagai cara. Guru tidak boleh memakai sindiran dan ketakutan sebagai senjata untuk mengendalikan murid-murid. Orang tua membesarkan hati anak serta membantunya supaya ia menggunakan kemampuannya sebaik-baiknya. Pemimpin perusahaan mencari alasan mengapa karyawan tidak melakukan pekerjaannya secara memuaskan dan kemudian membuat penyesuaian diri yang diperlukan. Pemimpin suatu lembaga agama harus mengetahui bahwa moral itu tidak muncul dari ketakutan terhadap otoritas pemimpin agama, melainkan dari nilai-nilai agama yang di-realisasikan dengan baik. Karena harga diri yang kurang, maka muncullah gangguan-gangguan emosional dan demikian juga sebaliknya setiap pengalaman yang memperkuat perasaan harga diri akan mencegah munculnya ketidakmampuan menyesuaikan diri.

Hal lain yang juga penting adalah adanya kenyataan bahwa hidup harus dilihat dengan jelas dan sedapat mungkin kita menerimanya. Berusaha menentang kenyataan menimbulkan gangguan mental. Orang yang menyesuaikan diri dengan baik telah belajar menerima kelebihan-kelebihan dan kekurangan-kekurangannya. Di Sekolah Dasar dan Menengah serta Perguruan Tinggi, keterbatasan-keterbatasan intelektual jarang dihadapi dengan jujur baik oleh siswa/mahasiswa maupun oleh guru/dosen. Penting bagi kesehatan mental individu bahwa ia harus mengetahui tingkat kemampuan intelektualnya. Apabila tingkat kemampuan intelektualnya rendah, maka orang harus menyesuaikan diri dengan keadaan tersebut. Guru/dosen harus mengakui bahwa beberapa siswa/mahasiswa di kelasnya memiliki kapasitas mental yang terbatas dan tidak boleh mengharapakan lebih dari apa yang dimilikinya.

"Kenalilah diri Anda sendiri" adalah salah satu segi kesehatan mental yang baik meskipun sulit dicapai. Bahkan lebih sulit lagi mengetahui orang lain karena faktor-faktor perbedaan individual membuat hal itu sangat kompleks. Dua orang, bahkan anak-anak kembar sekalipun, tidak pernah sama. Setiap manusia meskipun ia serupa dengan manusia lain adalah unik dalam hal kemampuan dan keterbatasannya. Tetapi meskipun keunikan itu ada, orang yang menghargai dan menerima dirinya sendiri biasanya menghargai dan menerima orang lain. Ia tidak menolak salah seorang anggota keluarganya atau salah seorang kawannya karena tingkah laku atau pandangannya berbeda. Ia tidak menghina orang yang memiliki kapasitas intelektual rendah atau orang yang memiliki nilai-nilai moral dan keyakinan-keyakinan agama yang berbeda.

Dalam setiap ilmu pengetahuan pasti mengakui adanya penyebab terjadinya sesuatu karena tidak ada sesuatupun yang terjadi begitu saja. Ada penyebab yang menggerakkan segala sesuatu, termasuk juga tingkah laku manusia. Rudin takut anjing, Ahmad takut gelap, Siti mendapat rapor yang jelek di sekolah. Rosinah

menderita sakit kepala dua atau tiga kali sehari, tetapi dokter berkata tidak ada apa-apa. Kita bertanya apa sebabnya tingkah laku keempat orang tersebut. Perlu dikemukakan di sini bahwa semua tingkah laku ada penyebabnya walaupun tidak semua penyebabnya dapat diketahui. Konselor atau terapis yang mengetahui bahwa tingkah laku itu disebabkan oleh sesuatu yang lain tidak akan menyalahkan individu yang bersangkutan. Ia tidak akan mengkritik seseorang karena ia menderita neurosis. Pandangan psikologi menuntut bahwa masalah tingkah laku harus ditangani secara objektif dan ini sedikit berbeda dengan pandangan moral. Menurut pandangan moral, setiap individu harus bertanggung jawab secara moral terhadap tingkah lakunya. Dalam sikap moral yang ekstrem, individu yang mela—kukan perbuatan asosial dinilai salah karena ia melakukan kesalahan dengan sengaja. Ia telah berdosa dan harus dihukum. Apabila ia terus-menerus melamun ia dianggap sebagai pemalas. Akibatnya bisa terjadi orang yang bersangkutan akan merasa rendah diri dan makin menjadi neurotik.

Sangat diharapkan bahwa orang yang menyesuaikan diri dengan baik bertindak tanpa memikirkan penyebab-penyebab tingkah lakunya. Tetapi apabila seseorang tidak mampu menyesuaikan diri secara emosional, maka adalah bijaksana kalau ia menanyakan penyebabnya karena langkah pertama untuk mereduksikan tegangan adalah menemukan penyebab dari tegangan itu. Mengabaikan hal itu atau berbuat seolah-olah penyebabnya tidak ada mengakibatkan kekalutan mental akan bertambah.

Dalam ilmu kesehatan mental individu juga bertanggung jawab terhadap tindakan-tindakannya dalam pengertian bahwa "aku" merupakan gabungan dari organisme fisik, latar belakang pengalaman dan tujuan-tujuan (yang merupakan produk dari organisme fisik dan latar belakang pengalaman). Dengan demikian, individu akan menentukan keputusan apa yang akan diambil dan tindakan apa yang akan dilakukan.

Tingkah laku manusia adalah dinamik. Setiap orang dalam hidupnya selalu didorong oleh keinginan-keinginan yang harus dipenuhi. Ia tidak pernah beristirahat, kehidupannya selalu berjuang untuk memperoleh makanan, kepuasan seks, kehangatan, afeksi, keamanan ekonomis dan emosional, prestasi, penghargaan. Ia menyadari kebutuhan atau tujuan hidupnya. Ia harus bekerja ke arah tujuan-tujuan tertentu, dan prestasi yang diperolehnya akan menyebabkan dirinya merasa adekuat.

Asumsi dasar yang dikemukakan oleh para ilmuwan ialah semua organisme yang hidup memiliki dorongan untuk berkembang dan bertumbuh. Setiap organisme berusaha tidak hanya mempertahankan dirinya sendiri, tetapi juga berkembang dan mencapai sebanyak mungkin dari lingkungannya dalam keterbatasan-keterbatasannya yang ditetapkan oleh lingkungan dan oleh struktur organismenya.

Karena manusia yang memiliki tingkat kemampuan intelektual yang tinggi dapat membuat keputusan dan memperhatikan masa depannya, maka tidak mengherankan kalau ia sangat memperhatikan apa yang dikatakan Maslow, yaitu aktualisasi-diri. Manusia selalu didorong untuk mencapai pemenuhan potensi-potensinya.

Penting bahwa keluarga, sekolah, dan masyarakat yang lebih luas di mana individu itu hidup menyediakan peluang-peluang bagi perkembangan dan pertumbuhan individu. Apabila orang tua mengakui adanya kebutuhan akan peningkatan diri, maka mereka memberikan anaknya suatu lingkungan yang aman di mana ia dapat mengembangkan kemampuannya dalam banyak arah. Demikian juga guru-guru yang menyadari dan menetapkan kondisi-kondisi yang baik akan mendorong murid-murid belajar dengan senang hati dan penuh gairah. Pemerintah harus menyadari bahwa keamanan fisik tidak cukup karena setiap warga negara membutuhkan keamanan psikologis sebagai prasyarat untuk mengaktualisasikan diri.

Segi Pandangan

Semua gangguan utama yang dibicarakan dalam buku ini diterangkan secara sistematis dari empat segi pendekatan, yaitu pendekatan psikodinamik, pendekatan behaviorial, pendekatan kognitif, dan pendekatan fisiologis (biologis). Selain empat pendekatan ini, juga digunakan pendekatan humanistik-esistensial dan pendekatan sosio-budaya. Pendekatan humanistik-eksistensial digunakan hanya kalau memang suatu gangguan membutuhkan juga pendekatan ini, sedangkan pendekatan sosio-budaya tidak digunakan secara khusus untuk menjelaskan suatu gangguan, tetapi hanya disinggung sepintas dalam membicarakan faktor-faktor individu dan faktor-faktor lingkungan dalam menimbulkan beberapa gangguan tertentu. Masih dinantikan penelitian yang luas mengenai sejauh manakah peran yang dimainkan oleh faktor-faktor sosio-budaya dalam menimbulkan suatu gangguan mental tertentu.

Pendekatan yang bermacam-macam itu bertujuan untuk memberi keseimbangan antara pendekatan-pendekatan itu dan memberi kemungkinan kepada para pembaca untuk membandingkan penjelasan-penjelasan untuk suatu gangguan tertentu. Dalam menyajikan setiap pendekatan, penulis mengambil pendirian dari pendukung pandangan itu. Tetapi, penjelasan dari bermacam-macam pendekatan itu tidak perlu dipertentangkan dan setiap pendekatan tidak bersifat eksklusif. Sebaliknya, penjelasan dari pendekatan-pendekatan itu disajikan untuk saling melengkapi sehingga semua pendekatan itu bersama-sama memberikan suatu gambaran yang lengkap tentang gangguan itu dibandingkan kalau hanya menggunakan satu pendekatan saja. Misalnya, bukti menunjukkan bahwa proses-proses biokimia memainkan

peran yang penting dalam beberapa gangguan, tetapi ada bukti yang kuat juga bahwa faktor-faktor psikologis sering mempengaruhi proses-proses biokimia. Dengan demikian, kedua penjelasan itu bekerja sama untuk menjelaskan gangguan itu.

Pendekatan fisiologis (biologis) banyak dikemukakan dalam buku ini dibandingkan dengan yang terdapat pada buku-buku yang sudah ada yang berbicara mengenai kesehatan mental. Ini menunjukkan fakta bahwa ada banyak penemuan baru yang menghubungkan faktor-faktor fisiologis dengan gangguan-gangguan tingkah laku. Karena banyak di antara para pembaca mungkin hanya memiliki pemahaman yang sedikit mengenai fisiologi, maka pandangan fisiologis disajikan secara sederhana dan mudah dipahami.

Uraian yang Luas

Dalam membicarakan gangguan-gangguan (sedang, berat, dan sangat berat), penulis menggunakan kerangka yang tetap, yaitu (a) menguraikan gangguan itu sendiri, (b) menjelaskan simptom-simptom dari gangguan itu, (c) menjelaskan penyebab dari gangguan itu, dan kemudian (d) mengemukakan cara-cara perawatannya. Penulis menjelaskan secara luas penyebab dari beberapa gangguan dengan bertumpu pada pendekatan-pendekatan yang telah dikemukakan di mana empat (atau lima) pendekatan ikut ambil bagian dalam menjelaskan gangguan yang sama. Penulis juga merasa tidak cukup kalau gangguan tertentu hanya dijelaskan secara sederhana. Misalnya, stres menyebabkan serangan jantung atau kanker. Dengan penjelasan seperti ini orang tidak bisa mengetahui apa hubungan antara stres dan serangan jantung atau kanker. Karena itu, penulis pertama-tama harus menjelaskan apa itu serangan jantung atau kanker dan kalau ini sudah jelas, maka baru dibicarakan hubungan antara stres, serangan jantung, dan kanker. Penulis berpendapat bahwa dengan menempatkan gangguan ini dalam suatu konteks menyebabkan para pembaca dapat memahami apa yang dinamakan gangguan-gangguan psikofisiologis (psikosomatik).

Setelah penyebab suatu gangguan itu dijelaskan, maka dikemukakan perawatan terhadap gangguan itu dengan tetap berorientasi pada pendekatan-pendekatan yang telah dikemukakan. Sebenarnya uraian tentang perawatan bisa ditempatkan pada bagian lain, tetapi penulis berpendapat bahwa perawatan suatu gangguan harus dikaitkan secara langsung dengan penyebabnya karena mempelajari perawatan suatu gangguan dapat menjadi cara lain untuk memahami gangguan itu.

Dengan tidak mengacaukan apa yang telah dikemukakan di atas dan berdasarkan pertimbangan praktis, yakni kalau naskah yang terdiri dari 16 bab ini

dijadikan satu buku saja maka buku ini akan menjadi sangat tebal dengan akibatnya para pembaca akan merasa bosan mempelajari apa yang diuraikan, maka untuk menghindari hal tersebut penulis membagi buku ini menjadi tiga jilid: Jilid I terdiri dari Bab 1 – Bab 7; jilid II terdiri dari Bab 8 – Bab 11; jilid III terdiri dari Bab 12 – Bab 16. Untuk menarik minat pembaca, masing-masing jilid dilengkapi dengan daftar istilah, daftar nama tokoh, dan indeks nama tokoh yang disinggung baik dalam isi maupun dalam kepustakaan, dan daftar pokok-pokok yang dibahas. Di samping itu, buku ini juga dilengkapi dengan bagan-bagan, gambar-gambar, dan foto-foto dari tokoh-tokoh penting yang menjadi pelopor atau pendukung salah satu pendekatan atau teori tentang kesehatan mental.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	5
PENDAHULUAN.....	7
DAFTAR ISI.....	15
BAB 8 GANGGUAN-GANGGUAN KEPERIBADIAN.....	17
Gangguan-Gangguan Pola Kepribadian	18
Gangguan-Gangguan Sifat Kepribadian	22
Gangguan Kepribadian Antisosial	28
Gangguan-Gangguan Seksual.....	43
Ketergantungan dan Penyalahgunaan Zat	85
Kepustakaan.....	136
BAB 9 REAKSI-REAKSI SIMTOM KHUSUS.....	157
Gangguan-Gangguan Tingkah Laku Disruptif	157
Gangguan-Gangguan Perkembangan	168
Gangguan-Gangguan Makan	190
Gangguan-Gangguan Eliminasi	197
Gangguan-Gangguan Tidur	202
Gangguan-Gangguan Kecemasan Masa Kanak-Kanak.....	209
Gangguan-Gangguan Kebiasaan	211
Kepustakaan.....	216
BAB 10 PENYESUAIAN DIRI ANAK-ANAK LUAR BIASA	237
Inteligensi	238
Anak Berbakat Intelektual	244
Retardasi Mental	264

Cacat Fisik	296
Kepustakaan	303
BAB 11 NEUROSIS (PSIKONEUROSIS)	315
Gangguan-Gangguan Kecemasan	321
Gangguan-Gangguan Somatoform	374
Gangguan-Gangguan Disosiatif	390
Gangguan-Gangguan Unipolar	404
Bunuh Diri	436
Gangguan-Gangguan Psikofisiologis	451
Kepustakaan	504
DAFTAR ISTILAH	535
DAFTAR NAMA	567
INDEKS NAMA	569

GANGGUAN-GANGGUAN KEPRIBADIAN

Gangguan-gangguan kepribadian atau watak pada hakikatnya harus dibedakan dari gangguan-gangguan mental lain karena gangguan-gangguan ini disebabkan oleh kekurangan pada struktur kepribadian dan bukan pada fungsinya. Pada umumnya, cacat struktural itu adalah pola tingkah laku tidak mampu menyesuaikan diri yang berlangsung lama dan cirinya ialah memperlihatkan gangguan tingkah laku itu sendiri dan bukan pengalaman kecemasan subjektif atau perkembangan simtom-simtom mental atau emosional seperti yang terdapat pada gangguan-gangguan lain.

Di samping itu penting juga diketahui bahwa pada suatu saat kebanyakan di antara kita mungkin memperlihatkan beberapa simtom seperti yang terlihat pada gangguan-gangguan kepribadian. Misalnya, kita mungkin dependen, pasif, ego-sentrik, tidak emosional atau tidak merasa bersalah setelah melakukan suatu kesalahan. Tetapi hal ini tidak berarti bahwa kita menderita salah satu dari gangguan-gangguan kepribadian tersebut. Ada tiga faktor yang memisahkan orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kepribadian dari orang-orang yang tidak mengalami gangguan-gangguan itu. *Pertama*, orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan tersebut akan terus-menerus menggunakan tingkah laku-tingkah laku itu, sedangkan orang-orang yang tidak mengalaminya akan melakukannya hanya kadang-kadang saja. *Kedua*, orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kepribadian akan memperlihatkan tingkah laku yang lebih ekstrem. Misalnya, ada perbedaan antara sifat yang suka akan keteraturan dan kompulsif. *Ketiga*, orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kepribadian itu menderita masalah-masalah yang berat dan berlangsung lama.

Dalam bab ini dikemukakan tiga kelompok utama gangguan kepribadian, yakni gangguan pola kepribadian, gangguan sifat kepribadian, dan gangguan kepribadian sosiopatik. Ciri-ciri utama dari kelompok gangguan kepribadian sosiopatik adalah tingkah laku yang menentang tuntutan-tuntutan masyarakat atau sekurang-kurangnya tidak mau menuruti tuntutan-tuntutan tersebut. Meskipun dia mengalami perasaan tidak enak atau mengalami gangguan dalam hubungan antarpribadi, namun

unsur yang sangat penting ialah tingkah lakunya tidak konformis. Kepribadian-kepribadian sosiopatik diklasifikasikan menjadi tiga kelompok: gangguan kepribadian antisosial, gangguan-gangguan seksual, ketergantungan dan penyalahgunaan zat, dan akan dibahas dengan judul tersendiri. Harus dikemukakan di sini bahwa tidak semua tingkah laku yang demikian merupakan diagnosis kepribadian sosiopatik. Sering kali tingkah laku tersebut merupakan manifestasi sakit mental yang berat, seperti psikosis atau neurosis, atau juga sebagai akibat dari kerusakan atau penyakit otak organik.

Meskipun pengelompokan gangguan-gangguan kepribadian ini pada umumnya menggambarkan tingkah laku yang khas pada setiap kelompok, namun klasifikasi menjadi beberapa kelompok itu juga berdasarkan dinamika perkembangan kepribadian yang berbeda. Jadi meskipun diagnosis gangguan pola kepribadian — misalnya menggambarkan tipe tingkah laku — tetapi juga menunjukkan jenis tertentu kekurangan perkembangan pada struktur kepribadian.

Perlu juga diketahui bahwa: (1) Kebanyakan individu yang menderita gangguan kepribadian tidak cukup sakit untuk dirawat di rumah sakit, dan walaupun tetap dirawat, tetapi hanya dirawat sebagai pasien luar; (2) Banyak di antara orang-orang tersebut tidak menganggap diri mereka sakit, dengan demikian mereka tidak mencari perawatan; (3) Sejumlah besar individu tersebut dikurung sebagai narapidana, oleh karena itu pada statistik mereka digabung sebagai penghuni lembaga-lembaga penjara.

GANGGUAN-GANGGUAN POLA KEPERIBADIAN

Kelompok ini meliputi tipe-tipe utama kepribadian di mana ketidakmampuan menyesuaikan diri terungkap dalam pola tingkah laku abnormal sepanjang hidup. Gangguan tersebut, meskipun tidak psikotik, terdapat pada kepribadian-kepribadian yang sering digambarkan sebagai "prapsikotik". Meskipun orang-orang semacam itu lebih mirip dengan pasien psikotik daripada dengan pasien neurotik, namun mereka mungkin memperlihatkan beberapa ciri tertentu dari keduanya dan sebenarnya berada pada batas kemampuan menyesuaikan diri. Gangguan-gangguan pola kepribadian adalah gangguan-gangguan berat yang memberikan sedikit kemampuan kepada individu untuk menangani situasi-situasi yang menekan. Dalam kasus-kasus tertentu faktor-faktor konstitusional ada dan mungkin kritis. Terapi yang berlangsung lama dapat membantu individu untuk memperoleh kemampuan menyesuaikan diri yang lebih memuaskan selama ia berada di bawah program perawatan. Tetapi hanya ada sedikit bukti bahwa suatu perubahan dalam struktur kepribadian

Gangguan Kepribadian Skizoid

Simtom utama gangguan kepribadian skizoid ialah tidak tertarik kepada orang-orang lain atau hubungan-hubungan sosial. Orang yang menderita gangguan kepribadian skizoid tidak hanya tidak bergaul dengan orang-orang lain, tetapi ia juga jarang memberikan respons terhadap orang-orang lain. Misalnya, ia acuh tak acuh terhadap pujian atau kritik dari orang-orang lain, dan ia jarang memberi isyarat timbal-balik seperti tersenyum atau anggukan. Orang yang mengalami gangguan kepribadian skizoid adalah orang yang menyendiri, tidak mampu memasuki hubungan-hubungan antarpribadi yang hangat. Orang-orang seperti itu tampaknya menghindari kontak langsung dengan kehidupan, dan memperlihatkan ketergantungan yang kuat pada kebiasaan melamun atau pemikiran autistik di mana mereka dapat mengungkapkan permusuhan atau bahkan agresi normal yang bagi orang lain akan diungkapkan secara langsung atau terbuka. Mereka mencari kompensasi dan kepuasan dalam fantasi-fantasi tentang kejayaan dan kekuasaan yang besar.

Orang yang mengalami gangguan kepribadian skizoid juga memperlihatkan emosi yang sangat sedikit, dan dengan demikian mereka kelihatannya menjauhkan diri, tanpa humor, emosinya tumpul. Meskipun ia memperlihatkan isolasi sosial dan afek yang tumpul yang merupakan ciri khas skizofrenia, namun ia tidak memperlihatkan bukti tentang gangguan pikiran (tidak ada halusinasi, delusi, atau masalah-masalah bahasa), dan dengan demikian ia tidak dapat dianggap sebagai orang yang menderita skizofrenia.

Pola ketidakramahan kepribadian skizoid terlihat pada sejarah awal kehidupannya, dan biasanya dibarengi oleh ketakutan, menghindari persaingan, tidak emosional. Semasa kanak-kanak, orang itu biasanya sangat penurut, sangat pemalu, dan suka menyendiri, serta sangat sensitif. Sifat-sifat ini menjadi sangat jelas pada permulaan masa remaja, lebih-lebih sifat menyendiri dan introvert.

Orang yang berkepribadian skizoid sering mengadakan rencana-rencana yang terlalu idealistik dan tidak realistik dengan akibat tingkah lakunya dianggap eksentrik oleh orang-orang lain. Jika ia cerdas, maka ia menulis buku-buku yang tidak pernah diterbitkan, merencanakan penemuan-penemuan yang tidak pernah dilaksanakan, atau melakukan eksperimen-eksperimen yang tidak pernah selesai. Ia dianggap memiliki kepribadian skizoid prapsikotik yang khas, meskipun harus diingat bahwa tidak semua pasien skizofrenik memperlihatkan gambaran kepribadian ini sebelum sakit. Ada petunjuk yang kuat sekali mengenai pengaruh bagian-bagian konstitusional pada pembentukan kepribadian skizoid. Susunan kepribadian yang lemah tidak memungkinkan individu skizoid berani menghadapi hal-hal yang belum tentu menimbulkan rasa sakit akibat hubungan emosional yang akrab sebab ia memiliki sedikit atau sama sekali tidak memiliki dorongan emosional.

Gangguan Kepribadian Skizotipal

Individu yang mengalami "gangguan kepribadian skizotipal" (*schizotypal personality disorder*) memiliki ciri-ciri khas skizofrenia jauh lebih banyak dibandingkan dengan orang yang mengalami gangguan kepribadian skizoid, tetapi simptom-simptomnya tidak begitu berat untuk membenarkan diagnosis skizofrenia. Orang yang menderita gangguan ini memiliki kepercayaan-kepercayaan yang aneh (misalnya ia mungkin berpikir bahwa ia adalah ahli nujum atau memiliki telepati jiwa), secara sosial aneh dan terisolasi atau memperlihatkan tingkah laku eksentrik atau khas (misalnya ia berbicara kepada dirinya sendiri atau memiliki tata cara atau tingkah laku motor yang aneh) atau tidak memberi perhatian sedikitpun terhadap penampilannya. Tetapi meskipun simptom-simtom itu ada, namun orang yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal tetap berada pada sisi normal dalam garis yang memisahkan orang-orang normal dari skizofrenia. Misalnya, orang yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal mungkin berkata, "Aku merasa seolah-olah ibuku yang sudah meninggal ada dalam ruangan bersamaku," yang berbeda kalau mengatakan, "Ibuku yang sudah meninggal ada dalam ruangan bersamaku." Dengan kata lain, orang yang menderita gangguan kepribadian skizotipal mengalami ilusi-ilusi, sedangkan orang yang menderita skizofrenia mengalami delusi-delusi. Lagi pula, individu yang menderita gangguan kepribadian skizotipal memiliki pola-pola pembicaraan yang aneh, yakni pola-pola pembicaraan yang menyimpang dan tidak jelas, tetapi ia tidak menderita distorsi-distorsi yang berat (misalnya gado-gado kata/*word salads*) seperti yang kelihatan pada orang yang menderita skizofrenia.

Gangguan Kepribadian Perbatasan

"Gangguan kepribadian perbatasan" (*border-line personality disorder*) adalah sebutan diagnosis yang relatif baru. Ada sedikit kekacauan tentang apa yang termasuk dalam gangguan ini dan juga kontroversi mengenai apakah gangguan ini penting. Pada mulanya istilah "perbatasan" (*borderline*) digunakan untuk menyebut individu yang penyesuaian dirinya berada pada perbatasan antara yang normal dan yang psikotik. Misalnya, kita akan menyebut individu sebagai "pasien skizofrenia perbatasan" bila ia kalut, tetapi tidak begitu kalut untuk diklasifikasikan sebagai orang yang menderita skizofrenia. Dengan demikian, orang yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal akan disebut sebagai orang yang mengalami gangguan kepribadian perbatasan. Tetapi, istilah perbatasan di sini digunakan untuk menyebut gangguan kepribadian dengan ciri utamanya adalah ketidakstabilan yang

berat dalam tingkah laku, emosi, identitas, dan hubungan-hubungan antarpribadi. Ketidakstabilan tingkah laku kelihatan dalam tingkah laku impulsif, dalam seks, makan, penyalahgunaan zat-zat (obat-obat), dan tindakan-tindakan yang merusak diri sendiri (langkah-langkah bunuh diri dan pengudungan diri). Ketidakstabilan itu juga kelihatan pada emosi-emosi yang tidak terkontrol yang mengakibatkan kemarahan hebat yang terjadi tiba-tiba dan menderita depresi.

Dengan adanya bermacam-macam simtom dari orang yang mengalami gangguan kepribadian skizotipal, ada kemungkinan bahwa individu ini tidak hanya mengalami suatu gangguan tunggal, tetapi mengalami simtom-simtom dari bermacam-macam gangguan. Dengan kata lain, individu kelihatannya secara serentak berada di pinggir gangguan suasana hati, skizofrenia, dan sejumlah gangguan kepribadian lainnya, serta memperlihatkan simtom-simtom yang ringan dari masing-masing gangguan itu.

GANGGUAN-GANGGUAN SIFAT KEPRIBADIAN

Sifat (*trait*) adalah cara yang tetap digunakan individu dalam mengadakan respons terhadap orang lain atau situasi-situasi yang melingkupinya. Misalnya, seorang individu dengan sifat permusuhan pada umumnya akan mengadakan respons terhadap orang lain dengan cara menentang, memberontak, atau suka membantah dan individu dengan sifat kompulsivitas akan menjadi tertib atau teratur, metodis, dan kurang spontan. Suatu sifat akan menyebabkan gangguan kepribadian bila mengganggu fungsi pribadi atau menyebabkan individu menderita atau mengalami banyak kesulitan, misalnya individu dengan sifat permusuhan mungkin mengusir orang-orang lain, dan dengan demikian ia menjadi sendirian atau kesepian dan mengalami depresi. Orang yang memiliki sifat sangat kompulsif mungkin membuat perencanaan yang menghabiskan waktu sangat banyak, tetapi ia tidak pernah melakukan sesuatu.

Orang-orang dengan gangguan sifat kepribadian berbeda dengan orang-orang yang menderita gangguan pola kepribadian karena manifestasi-manifestasi penyakit, kelihatannya mereka lebih tergantung pada stres yang berasal dari lingkungan atau yang berasal dari dalam diri orang sendiri (endopsikis). Individu-individu yang mendapat gangguan sifat kepribadian tidak dapat berkembang ke arah reaksi-reaksi psikotik.

Dipandang dari segi dinamika kepribadian, gangguan sifat kepribadian mungkin dianggap sebagai akibat fiksasi pada taraf penyesuaian diri yang lebih dini dengan melebih-lebihkan pola-pola tingkah laku tertentu atau sebagai akibat dari

pola regresi ke taraf yang lebih dini ini dalam menghadapi stres. Gangguan-gangguan sifat kepribadian itu meliputi gangguan kepribadian pasif-agresif, gangguan kepribadian obsesif-kompulsif, gangguan kepribadian yang menghindar, gangguan kepribadian dependen, gangguan kepribadian histrionik, gangguan kepribadian narsistik, gangguan kepribadian sadistik, dan gangguan kepribadian yang merusak diri sendiri.

Gangguan Kepribadian Pasif-Agresif

Karena dasarnya sama dengan psikopatologi, maka tipe gangguan sifat kepribadian ini dikelompokkan sebagai berikut: tipe pasif-dependen, tipe pasif-agresif, dan tipe agresif. Ketiga tipe tersebut kadang-kadang terlihat pada orang yang sama. Meskipun mungkin sering ada gejala kecemasan neurosis, namun para pasien itu tidak dianggap sebagai pasien neurotik karena gangguan mereka merupakan akibat dari perkembangan yang kurang pada struktur kepribadian dan bukan karena kepribadian mereka kurang berfungsi dengan baik.

Tipe Pasif-Dependen

Sewaktu masih kanak-kanak, individu-individu ini sudah pasif dan dependen secara kekanak-kanakan, tetapi ketika dewasa mereka berbuat seperti anak-anak yang tergantung pada dukungan orang tua. Ciri-ciri khasnya ialah tidak berdaya, tidak tegas, dan tergantung pada orang lain. Apabila mereka dituntut untuk memikul tanggung jawab atau mengambil prakarsa, mereka segera cemas dan panik. Dalam kebanyakan situasi mereka membutuhkan dukungan emosional yang kuat. Orang yang pasif-dependen cenderung mengadakan hubungan-hubungan manusia secara sepihak yang tidak memuaskan bagi mereka sendiri dan orang lain. Apabila mereka diberi setiap macam pelayanan di klinik atau diberikan oleh suatu lembaga kesejahteraan keluarga, maka mereka akan berusaha dengan gigih untuk melestarikan hubungan tersebut.

Tipe Pasif-Agresif

Meskipun sikap pasif mereka sama dengan tipe pasif-dependen, namun orang-orang ini memiliki pola agresi yang halus dan tak langsung pada hubungan mereka dengan orang lain. Rasa permusuhan mereka diungkapkan dengan cara mencibir, bersungut-sungut, keras kepala, tidak efisien, membuang-buang waktu atau berlengah-lengah. Mereka sering kali menghalang-halangi kegiatan orang lain yang berhubungan dengan diri mereka dengan melawan secara pasif dan dengan taktik-taktik untuk menghalang-halangi secara halus.

Tipe Agresif

Karena tingkah laku mereka ada hubungannya dengan kepribadian-kepribadian yang emosinya tidak stabil dan antisosial, maka orang-orang ini pun memperlihatkan ledakan-ledakan kejengkelan, kemarahan, dan bertingkah laku merusak sebagai respons terhadap frustrasi-frustrasi yang kecil sekalipun. Reaksi mereka dapat berbentuk perasaan dendam yang tidak sehat atau patologik. Tingkah laku mereka biasanya merupakan ungkapan ketergantungan tak sadar yang mendasarinya. Bentuk-bentuk agresi mereka secara terbuka ialah menyebarkan desas-desus dan dengki. Individu-individu yang memperlihatkan reaksi ini tidak pernah belajar menangani agresi-agresi mereka, seperti halnya orang-orang dewasa, dengan cara mengendalikan dan menyalurkannya secara fleksibel.

Gangguan Kepribadian Obsesif-Kompulsif

Orang-orang dengan gangguan obsesif kompulsif memiliki kebutuhan yang tinggi akan kesempurnaan, tata tertib, dan kontrol; kehidupan mereka dikuasai oleh sifat yang teratur dan disiapkan dengan baik. Masalah-masalah muncul karena mereka berhenti pada keteraturan dan hal-hal yang kecil sehingga mereka tidak dapat memulai proyek-proyek yang direncanakan. Perhatian mereka yang berlebihan terhadap hal-hal yang terinci menyebabkan mereka tidak dapat melihat "gambaran yang luas" dan mereka mungkin menghabiskan begitu banyak waktu pada aspek-aspek dari suatu masalah yang tidak berarti dan tidak penting. Misalnya, seorang mahasiswa yang mengalami gangguan kepribadian obsesif-kompulsif yang menulis suatu makalah mungkin menggunakan waktu tanpa batas untuk mengumpulkan bahan, menyusun bahan-bahan tersebut dalam suatu tumpukan yang rapi dan selalu cemas akan masalah-masalah kecil yang menyangkut catatan-catatan kaki, tetapi tidak pernah merumuskan dengan jelas tujuan dari makalah itu atau tidak berusaha untuk menulisnya. Mahasiswa tersebut menghabiskan seluruh waktu yang ada untuk mempersiapkan bahan-bahan yang dibutuhkan untuk makalah tersebut, tetapi tidak pernah menghasilkan sesuatu pun.

Orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian obsesif-kompulsif tidak mampu mengadakan hubungan antarpribadi yang bermakna karena mereka sangat terikat pada usaha supaya pekerjaan mereka teratur dan tidak memiliki waktu untuk persahabatan. Selanjutnya karena kebutuhan akan kontrol, mereka sering berpendapat bahwa orang-orang lain melakukan hal-hal dengan cara mereka sendiri dan tidak boleh memberi dan menerima yang dibutuhkan dalam persahabatan. Juga kebutuhan mereka akan kontrol menyebabkan pribadi mereka kaku, tidak ramah, dan tidak dapat merasakan persahabatan yang hangat dan akrab. Akhirnya, orang-

orang yang mengalami gangguan kepribadian obsesif-kompulsif tidak bahagia, mereka tidak membutuhkan waktu untuk kesenangan atau untuk relaks, mereka selalu cemas jangan sampai melupakan hal-hal yang kecil dan gagal. Karena orang-orang yang tergolong dalam tipe ini adalah orang-orang yang sangat teliti, kaku, dan terlalu sistematis, maka mereka juga sangat berhati-hati dan bersungguh-sungguh dalam menganut norma-norma moral dan sosial. Mereka adalah pekerja-pekerja yang keras dan banyak di antara mereka memberikan sumbangan-sumbangan yang konstruktif pada lingkungan mereka. Sifat mereka yang perfeksionistik dan teliti sering menyusahkan orang-orang yang ada di sekitar mereka dan sering kali menimbulkan masalah-masalah dalam hubungan antarpribadi karena mereka cenderung mengenakan norma-norma mereka kepada rekan-rekan mereka. Karena mereka sendiri tidak bisa relaks maka mereka sering merasa jengkel terhadap orang-orang yang bersikap relaks yang ada di sekitar mereka.

Gangguan Kepribadian yang Menghindar

Individu-individu yang mengalami gangguan kepribadian yang menghindar (*avoidant personality disorder*) sangat peka terhadap penolakan orang lain dan merasa terhina oleh penolakan itu. Karena mereka berpikir tentang penolakan, maka individu-individu ini menghindari hubungan dengan orang-orang lain kecuali kalau ada jaminan bahwa mereka diterima tanpa dicela. Mereka menginginkan afeksi, keakraban, dan penerimaan dari orang lain, tetapi mereka menghindari hubungan yang dapat memuaskan kebutuhan-kebutuhan tersebut karena kebutuhan mereka yang kuat untuk mempertahankan diri terhadap penolakan. Dengan kata lain, penghindaran adalah suatu pertahanan dan bila mereka tidak berusaha berteman dengan orang lain, maka mereka tidak akan mengalami risiko ditolak.

Karena individu-individu yang mengalami gangguan kepribadian ini tidak dapat memuaskan kebutuhan mereka akan keakraban dan selalu merasakan seolah-olah mereka ditolak, maka mereka memiliki *self-concept* yang rendah, serta menderitai kecemasan dan depresi. Karena menghindari diri dari situasi-situasi sosial, maka dalam kasus-kasus yang ekstrem gangguan ini akan berkembang menjadi fobia sosial. Pada umumnya dapat dikatakan bahwa tingkah laku orang yang mengalami gangguan kepribadian yang menghindar dirancang untuk mengurangi kecemasan akan penolakan. Ia kelihatannya menyimpulkan, "Bila aku tidak akrab dengan orang lain, maka aku tidak dapat ditolak dan merasa sakit."

Gangguan Kepribadian Dependen

Individu-individu yang mengalami gangguan kepribadian dependen membiarkan secara pasif orang-orang lain mengambil keputusan yang penting untuk mereka. Mereka sering mudah bergaul karena mereka tidak melakukan sesuatu yang berbahaya bagi hubungan mereka dengan orang-orang tempat mereka bergantung untuk mengambil keputusan-keputusan yang penting. Ketidakmampuan individu-individu ini untuk mengambil keputusan dapat menyebabkan kecemasan dan depresi serta dapat mengganggu kemampuan mereka untuk melakukan sesuatu apabila mereka ditempatkan dalam peran-peran dan tugas-tugas yang memerlukan tanggung jawab atau kepemimpinan. Mereka mungkin merasa tidak senang atau merasa tidak berdaya bila berada sendirian, dan mereka tetap berusaha supaya orang-orang lain berada di sekitar mereka.

Gangguan ini lebih sering kelihatan pada wanita, dan hal ini mungkin disebabkan oleh fakta bahwa stereotipe wanita secara tradisional adalah dependensi. Penyebab gangguan ini tidak jelas, tetapi mungkin juga disebabkan karena tidak adanya kepercayaan diri. Orang yang mengalami gangguan kepribadian dependen mungkin berkata kepada diri sendiri, "Aku mungkin salah, oleh karena itu bila aku tidak memulai sesuatu, maka aku tidak dapat disalahkan atau dikritik."

Gangguan Kepribadian Histrionik

Ada tiga karakteristik individu yang mengalami gangguan kepribadian histrionik (*histrionic personality disorder*). Pertama, orang seperti itu biasanya menarik, mempesona, dan menggiurkan secara seksual. Tetapi meskipun ia berusaha mempesona dan menggoda setiap orang, namun bila orang-orang lain mulai bersungguh-sungguh ia mundur dengan cepat. Freud berpendapat bahwa tingkah laku individu histrionik yang tidak matang dan tidak konsisten disebabkan karena ia tertarik pada seks dan juga takut akan seks. Seperti *ngengat* dan nyala api, orang ini mengibas-ngibas sekitar seks, tetapi bila hal-hal mulai panas, maka ia mundur.

Kedua, individu histrionik ingin menjadi pusat perhatian dan sering bertindak dalam cara-cara yang sangat dramatis dan emosional untuk menarik perhatian (menjerit, menangis, dan mengancam untuk bunuh diri). Dalam kegemparan dan tragedi yang dibangkitkannya, ia selalu memainkan peran utama dan orang-orang lain hanya dilihat sebagai orang-orang yang menunjang peran itu.

Ketiga, walaupun memperlihatkan afek yang hebat, namun emosi dari individu histrionik sangat dangkal dan emosinya mungkin cepat sekali berpindah dari orang yang satu ke orang yang lain atau dari positif ke negatif. Karena emosinya dangkal

dan tidak mempertimbangkan orang lain, maka hubungannya dengan orang lain cenderung menjadi meluap-luap dan tidak bertahan lama.

Secara keseluruhan individu ini ramah (terutama dengan orang yang bakal menjadi jodohnya), tetapi tingkah lakunya dirancang untuk menarik perhatian dan kepastian, dan ia dapat benar-benar menuntut perhatian, egosentrik, dependen, sombong, kurang menaruh perhatian, dan manipulatif bila hal-hal tidak berjalan sebagaimana mestinya. Seorang individu yang mengalami gangguan kepribadian histrionik dapat bersenda-gurau dengan orang lain (terutama untuk dicumbui) pada suatu pesta, tetapi hubungan itu dapat berakhir dengan baik kalau pesta itu selesai. Sampai sekarang belum diketahui bukti yang kuat mengenai penyebab dan perawatan terhadap gangguan kepribadian ini, tetapi untung karena gangguan ini bukan suatu gangguan yang sangat berat.

Gangguan Kepribadian Narsisistik

Arketipe untuk gangguan kepribadian narsisistik adalah Narcissus — sandiwara dalam mitologi Yunani — yang jatuh cinta dengan bayangannya sendiri dalam kolam. Individu yang mengalami gangguan ini adalah orang yang merasa bahwa dirinya sangat penting dan ia dikuasai oleh fantasi-fantasi tentang keberhasilan, kekuasaan, kecerdasan, atau kecantikan. Karena ia berpikir bahwa ia adalah orang yang istimewa, maka ia menuntut perhatian dan kekaguman terus-menerus dari orang-orang yang ada di sekitarnya. Apabila ia dikritik dan tidak dipuji, maka ia mengadakan respons dengan bersikap acuh tak acuh atau egonya mengembung mungkin menjadi kempis seperti sebuah balon yang sudah ditusuk. Karena ia sangat egosentrik, maka ia akan mengalami kesulitan dalam mempertahankan hubungan dengan orang-orang lain. Dongeng Yunani mengemukakan bahwa Narcissus begitu terbenam dalam dirinya sendiri, ia menolak cinta dari Echo, dan ia kemudian meninggal sendirian dalam sebuah gua.

Gangguan Kepribadian Sadistik

Gangguan kepribadian sadistik adalah suatu tambahan yang baru pada daftar gangguan-gangguan kepribadian, dan digunakan untuk orang yang memperlihatkan suatu pola yang tetap untuk bersikap kejam dan agresif dalam respons terhadap orang-orang lain. Nama untuk gangguan ini diperoleh dari nama pengarang Marquis Donatien Alphonse Francois Sade (1740–1814) yang banyak menulis cerita yang sadistik. Individu yang mengalami gangguan ini memperoleh kesenangan dalam menyakiti atau menghina orang-orang lain atau senang melihat serta terhibur oleh penderitaan orang-orang lain.

Gangguan Kepribadian yang Merusak Diri Sendiri

Gangguan ini adalah suatu tambahan baru pada daftar gangguan-gangguan kepribadian untuk individu yang menghindari atau mengabaikan pengalaman-pengalaman yang menyenangkan dan masuk ke dalam hubungan-hubungan atau situasi-situasi di mana ia akan menderita dan tidak membiarkan orang lain membantunya. Secara singkat dapat dikatakan bahwa orang ini kelihatannya mencari kegagalan. Gangguan ini tidak boleh dikacaukan dengan *masokhisme* karena dalam *masokhisme* individu mencari rasa sakit fisik. Individu yang mengalami gangguan merusak diri sendiri (*self-defeating personality disorder*) mencari rasa sakit personal atau sosial. Beberapa ahli teori mengemukakan bahwa individu yang bertingkah laku merusak diri sendiri berusaha untuk menghukum dirinya sendiri. Sampai sekarang kita tidak memiliki banyak informasi mengenai gangguan ini dan penyebabnya.

GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTISOSIAL

Gangguan kepribadian antisosial adalah sebutan diagnosis untuk masalah yang akan dibicarakan dalam bagian ini, tetapi individu yang mengalami gangguan ini biasanya disebut sebagai orang yang psikopat atau sosiopat. Orang yang didiagnosis sebagai orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial adalah orang yang tidak memiliki kematangan emosi, kurang memiliki pertimbangan dan rasa tanggung jawab, tidak mampu menilai akibat-akibat dari tingkah laku. Individu antisosial selalu berselisih dengan masyarakat dan selalu berada dalam kesulitan. Ia tidak mampu memelihara kesetiaan yang sejati terhadap seseorang, kelompok, atau tata cara. Diagnosis ini mencakup tingkah laku yang secara tradisional diklasifikasikan sebagai "keadaan psikopatik konstitusional" atau "kepribadian psikopatik."

Orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial harus memenuhi empat kriteria seperti dikemukakan dalam daftar di atas. Ada tiga aspek diagnosis yang harus diketahui, yakni: (1) Seorang individu harus berusia 18 tahun sebelum didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial karena kita yakin bahwa individu pada usia tersebut memiliki peluang untuk mempelajari apa itu tingkah laku yang tidak tepat; (2) Tingkah laku delinkuen (bersifat selalu melanggar aturan) atau kriminal memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan diagnosis.

TABEL10: KRITERIA DIAGNOSTIK UNTUK GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTI-SOSIAL*

- A. Usia individu sekurang-kurangnya 18 tahun
- B. Ada bukti gangguan tingkah laku yang timbul sebelum usia 15 tahun:
- C. Suatu pola sikap acuh tak acuh yang pervasif dan pelanggaran terhadap hak-hak orang-orang lain yang terjadi pada usia 18 tahun seperti yang diperlihatkan oleh sekurang-kurangnya *tiga* hal yang berikut:
 - a. Tidak mampu menyesuaikan diri dengan norma-norma sosial berkenaan dengan tingkah laku-tingkah laku yang sesuai dengan hukum seperti dinyatakan dengan berkali-kali melakukan perbuatan-perbuatan yang menjadi dasar untuk penahanan.
 - b. Sifat lekas marah dan agresif, seperti dinyatakan dengan berkali-kali mengadakan perkelahirian atau penyerangan fisik.
 - c. Selalu tidak bertanggung jawab, seperti dinyatakan dengan ketidakmapuan mempertahankan tingkah laku yang tetap di bidang pekerjaan atau memenuhi kewajiban-kewajiban di bidang keuangan.
 - d. Melakukan tindakan menurut kata hati (bersifat impulsif) dan tidak mampu merencanakan sebelumnya.
 - e. Penipuan, seperti dinyatakan dengan berkali-kali berbohong, menggunakan nama-nama lain, atau menipu orang-orang lain untuk keuntungan atau kesenangan pribadi.
 - f. Kesemberonoan dengan tidak memperhatikan keselamatan diri sendiri dan orang-orang lain.
 - g. Tidak ada rasa penyesalan, seperti dinyatakan dengan sikap acuh tak acuh atau rasionalisasi terhadap perbuatan yang menyakiti, menganiaya, atau mencuri dari orang lain.
- D. Peristiwa tingkah laku antisosial itu tidak terjadi hanya pada waktu episode skizofrenia atau episode mania.

* American Psychiatric Association (1994).

Simtom

Simtom-simtom gangguan kepribadian antisosial dapat diklasifikasikan dalam tiga kelompok, yakni simtom suasana hati, simtom kognitif, dan simtom motor.

Simtom Suasana Hati

Simtom *pertama* yang sangat penting dalam gangguan kepribadian antisosial adalah tidak ada kecemasan atau rasa bersalah. Orang yang mengalami gangguan kepribadian sosial sering disebut orang yang tidak memiliki "suara hati." Misalnya, setelah melakukan sesuatu yang salah, tidak tepat atau ilegal (tidak mengembalikan uang pinjaman atau membunuh orang), ia tidak akan memperlihatkan kecemasan,

rasa salah, atau menyesal. Karena ia tidak memiliki pengendalian yang secara khusus diberikan oleh kecemasan, maka ia cenderung menjadi "bebas", impulsif, dan bersikap masa bodoh.

Simtom *kedua* ialah orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial *hedonistis* (mencari kesenangan). Ia kelihatannya dibimbing oleh ucapan, "Aku akan memperoleh apa yang kuinginkan bila aku menginginkannya" — dan ia mengambil apa yang diinginkan dengan tidak mpedulikan kerugian orang lain. Dalam banyak kasus, orang ini tidak mampu dan tidak rela menunda kepuasan kebutuhan-kebutuhannya, dengan akibat ia bertindak secara impulsif. Dengan berbuat demikian, ia sering melukai orang-orang yang ada di sekitarnya.

Simtom *ketiga* adalah kedangkalan perasaan-perasaan dan tidak ada cinta emosional terhadap orang lain. Meskipun orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sering mengungkapkan perasaan-perasaan dan komitmen-komitmen, namun tingkah lakunya malah menunjukkan kebalikannya. Misalnya, seseorang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial mungkin melakukan sejumlah hubungan seksual, namun hubungan-hubungan itu muncul dan hilang tanpa ada pengaruh sedikitpun pada orang tersebut.

Simtom Kognitif

Sesuatu yang penting diketahui adalah orang yang mengalami gangguan kepribadian kelihatan sangat cerdas, memiliki keterampilan verbal dan sosial yang berkembang dengan baik dan memiliki kemampuan untuk merasionalisasikan tingkah laku yang tidak tepat sehingga kelihatannya masuk akal dan dapat dibenarkan. Karena ia memiliki kemampuan ini, maka kalau ia menemui kesulitan maka ia dapat menemukan jalan keluar dari kesulitan itu.

Kebanyakan orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial juga kelihatan tidak mampu menikmati keuntungan dari hukuman. Seperti telah dikemukakan di atas, orang-orang ini dapat menghindari hukuman dengan berbicara mengenai cara mereka bebas dari hukuman. Tetapi bila mereka dihukum, maka hukuman itu tidak berpengaruh sedikitpun terhadap mereka meskipun hukuman itu sangat berat. Karena orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak mempelajari atau tidak menikmati keuntungan dari pengalaman-pengalamannya, maka ia tidak dapat dicegah dan cenderung melakukan tingkah laku sama yang tidak tepat, meskipun ia terus-menerus dihukum untuk tingkah laku tersebut.

Simtom Motor

Karena orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak cemas, maka ia bertindak laku impulsif. Suatu hal yang menarik ialah tingkah lakunya mencari

sensasi yang tinggi. Orang dengan gangguan kepribadian ini melakukan kegiatan-kegiatan yang berbahaya (misalnya mengendarai mobil dengan cepat, olahraga melompat dari pesawat udara dan melayang bebas beberapa saat sebelum parasit terbuka) hanya semata-mata untuk sensasi. Apabila ia menggunakan obat, maka obat tersebut hanya berfungsi sebagai obat stimulan bukan sebagai obat penenang. Dalam hal yang kurang dramatis, orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial berbohong dengan tujuan bukan untuk memperoleh keuntungan dari orang lain, melainkan hanya demi kesenangan, intrik, dan bahaya yang ada kaitannya dengan melakukan penipuan itu.

Penyebab

Telah dikemukakan tiga pendekatan untuk menjelaskan penyebab dari gangguan kepribadian antisosial, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, dan pendekatan fisiologis. Ketiga pendekatan itu akan dibahas secara rinci dalam bagian ini.

Pendekatan Psikodinamik

Pendekatan psikodinamik tradisional memberikan dua penjelasan mengenai gangguan kepribadian antisosial (Fenichel, 1945). *Pertama*, dengan menggunakan pendekatan struktural dari Freud terhadap kepribadian, beberapa ahli telah mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial adalah kurang cemas dan kurang merasa bersalah karena ia tidak mengembangkan superego yang kuat. Selanjutnya, karena superego tidak berkembang dengan baik, maka kekangan-kekangan pada *id* berkurang dan ini menimbulkan tingkah laku impulsif dan hedonistik. Kegagalan dalam mengembangkan superego yang adekuat dilihat sebagai akibat dari identifikasi yang tidak adekuat dengan figur-figur orang dewasa yang tepat (orang tua) dan diasumsikan bahwa identifikasi tidak terjadi karena figur-figur orang dewasa yang tepat tidak ada baik secara fisik maupun secara psikologis.

Kedua, penjelasan psikoanalisis tentang gangguan kepribadian antisosial bertolak dari pendekatan Freud terhadap kepribadian yang mengemukakan bahwa tingkah laku-tingkah laku impulsif, hedonistik, serta kekanak-kanakan yang diperlihatkan oleh orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial terjadi karena ia telah melekat pada tahap awal perkembangan psikoseksual. Artinya, tingkah



SIGMUND FREUD

[Diambil dari www.wien.gv.at]

laku yang "tidak matang" dari orang yang mengalami gangguan ini disebabkan karena kebutuhan-kebutuhan akan cinta, dukungan, dan penerimaan tidak dipuaskan oleh orang tuanya dan kegagalan dalam memuaskan kebutuhan-kebutuhan ini menghalangi perkembangan ke tahap-tahap berikutnya.

Pendekatan Belajar

Para ahli teori belajar mengemukakan dua penjelasan mengenai gangguan kepribadian antisosial, yakni teori kekurangan dalam pengondisian klasik dan teori penghindaran kecemasan yang terkondisi secara operan.

Teori kekurangan dalam pengondisian klasik. Teori ini dimulai dengan gagasan bahwa kecemasan adalah suatu respons yang terkondisi secara klasik, dan orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial kurang merasa cemas karena kemampuannya untuk mengembangkan respons-respons yang terkondisi secara klasik kurang (lemah). Dengan kata lain, orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial tidak cemas karena ia tidak mampu mengembangkan respons-respons kecemasan yang terkondisi secara klasik. Penting dikemukakan di sini bahwa teori kekurangan dalam pengondisian klasik terbatas pada pengondisian secara klasik. Teori ini tidak mengemukakan bahwa kemampuan orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial untuk mengembangkan respons-respons yang terkondisi operan rusak. Dengan demikian, kemampuan orang ini untuk mempelajari respons-respons yang tidak emosional tidak mengalami kerusakan. Gambaran klinis mengenai orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial adalah ia memiliki inteligensi rata-rata atau superior dan ia mengetahui mana yang benar dan mana yang salah, tetapi ia tidak menyesuaikan tingkah lakunya dengan aturan-aturan. Setelah mengadakan perbedaan ini, sekarang bisa dikemukakan beberapa penelitian yang relevan dengan teori kekurangan dalam pengondisian klasik.

Sejumlah percobaan telah dilakukan untuk menentukan apakah orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dalam kenyataannya kurang melakukan respons-respons kecemasan yang terkondisi secara klasik dibandingkan dengan respons-respons dari orang-orang normal. Dalam percobaan-percobaan ini orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dan yang tidak mengalami gangguan kepribadian antisosial berpartisipasi dalam sejumlah percobaan pengondisian di mana mereka disajikan dengan suatu bunyi, kemudian berhenti sejenak, dan setelah itu diberikan kejutan listrik yang menyakitkan. Pertanyaannya ialah apakah orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial kurang mengembangkan respons kecemasan yang terkondisi terhadap suara tersebut dibandingkan dengan respons dari orang-orang lain? Dalam percobaan-percobaan ini, kecemasan diukur berkenaan dengan respons-respons elektrodermal selama

berhenti sejenak sesudah bunyi diberikan (Respons elektrodermal adalah kelembaban yang bertambah dan berkurang pada tangan yang dipengaruhi oleh kecemasan. Anda mungkin mengetahui bahwa bila Anda cemas, maka telapak tangan Anda berkeringat). Hasil-hasil dari sekurang-kurangnya lima percobaan menunjukkan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial memerlukan lebih banyak percobaan untuk mempelajari respons kecemasan dan mereka memberikan respons-respons kecemasan yang agak kurang dibandingkan dengan orang-orang yang tidak mengalami gangguan itu (Hare & Craigen, 1974; Hare & Quinn, 1971).

Dalam penelitian lain, pengondisian klasik dari 104 anak remaja diukur, dan 10 tahun kemudian mereka diukur lagi untuk menentukan mana saja dari mereka yang telah melakukan suatu bentuk tingkah laku antisosial (*delinkuen*). Apabila kita mengasumsikan bahwa sekurang-kurangnya suatu tingkah laku antisosial disebabkan oleh gangguan kepribadian antisosial, maka diharapkan bahwa subjek-subjek yang melakukan tingkah laku antisosial akan memperlihatkan pengondisian klasik yang kurang dibandingkan dengan subjek-subjek yang tidak melakukan tingkah laku antisosial. Dan persis inilah yang ditemukan oleh para peneliti tersebut. Individu-individu yang melakukan tingkah laku antisosial telah memperlihatkan pengondisian klasik yang kurang pada 10 tahun sebelumnya.

Teori penghindaran kecemasan yang terkondisi secara operan. Teori ini mulai dengan dalil bahwa selama masa kanak-kanak yang normal, anak-anak dihukum karena tingkah laku yang buruk dan dalam usaha untuk menghindari hukuman dan kecemasan yang berkaitan dengan hukuman itu, anak-anak berhenti untuk bertingkah laku buruk dan kemudian bertingkah laku dengan tepat. Tetapi, teori penghindaran yang terkondisi secara operan mengemukakan bahwa anak-anak itu menghindari hukuman yang menyusul tingkah laku yang tidak tepat dan dengan demikian menghindari kecemasan dan melenyapkan kekangan-kekangan terhadap tingkah laku yang buruk. Misalnya, Didik yang berusia 6 tahun tertangkap pada waktu ia memakan kue sebelum makan malam, suatu perbuatan yang dilarang oleh ibunya. Pada waktu tertangkap dan sebelum ibunya mulai menghukumnya, Didik dengan perasaan menyesal mengakui bahwa ia seharusnya tidak memakan kue itu dan ia menyesal karena ia tidak patuh kepada ibunya. Selanjutnya, ia mengemukakan bahwa masalahnya ialah ibunya seorang tukang masak yang sangat bagus dan kue itu sangat enak dan ia tidak dapat menahan dirinya. Didik menambahkan juga dengan cara yang benar-benar menimbulkan rasa sayang bahwa pada masa yang akan datang ia akan berusaha keras supaya tidak jatuh lagi ke dalam godaan.

Suatu interaksi seperti ini mengandung sejumlah akibat yang mungkin relevan bagi perkembangan gangguan kepribadian antisosial. Bila Didik dapat memper-

dayakan ibunya dan dengan demikian menghindari hukuman, maka ia akan belajar bahwa ia dapat bertingkah laku buruk tanpa dihukum, dan "berbicara dengan cepat" merupakan suatu cara untuk menghindari hukuman. Dengan kata lain, tingkah laku yang buruk tidak dihukum karena hukuman dihindari dengan berbicara cepat dan sebagai hadiahnya adalah kecemasan berkurang. Meskipun hukuman tersebut bisa ditunda oleh pembicaraan yang cepat, namun efektivitas dari hukuman itu akan berkurang karena hukuman hanya efektif apabila hukuman itu segera menyusul tingkah laku yang buruk. Selanjutnya, meskipun pembicaraan itu tidak selalu efektif, namun sifat dari efektivitasnya yang terjadi sebentar-sebentar akan ikut menentukan kekuatan dari strategi tersebut. Hal ini disebabkan karena respons-respons yang sebentar-sebentar dihadaahi lebih bertahan terhadap penghapusan dibandingkan dengan yang dihadaahi 100% pada waktu itu.

Karena individu belajar bahwa ia dapat memperoleh apa yang diinginkan manakala ia menginginkannya tanpa cemas akan hukuman, maka ia tidak belajar menunda kepuasan. Misalnya, ia mungkin membeli barang-barang dengan berutang karena ia tidak memiliki uang untuk membayarnya. Atau, ia mungkin mengambil milik orang lain bila miliknya tidak ada. Tidak belajar menunda kepuasan menyebabkan tingkah laku impulsif. Selanjutnya, tidak belajar menunda kepuasan mungkin juga menyebabkan kedangkalan emosi dalam memberikan respons terhadap orang-orang lain karena cinta, komitmen, dan menghormati individu-individu lain diukur sejauh mana kita mau melakukan sesuatu demi kepentingan orang lain. Ini dapat diperlihatkan dalam pengorbanan-pengorbanan yang dramatis, tetapi lebih sering diperlihatkan dalam perbuatan-perbuatan yang sederhana, seperti mengekang kemarahan yang terjadi pada setiap saat, menahan kejengkelan yang sederhana, dan menghormati hak orang-orang lain. Orang yang tidak belajar menunda kepuasan tidak mungkin merasakan kebutuhan orang-orang lain (yang merupakan suatu bagian yang penting dari cinta) atau menunda kepuasan diri sendiri sehingga dapat mengadakan respons terhadap kebutuhan orang-orang lain.

Pembicaraan sebelumnya telah mengemukakan bahwa anak mempelajari respons-respons yang menyebabkan gangguan kepribadian antisosial dengan mencoba-coba, tetapi hal itu tidak harus demikian. Belajar yang sama dapat diperoleh juga dengan pengamatan dan percontohan. Peluang untuk mengamati tingkah laku-tingkah laku yang tidak tepat sudah pasti ada karena orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sering dibesarkan oleh orang tua yang juga mengalami gangguan kepribadian antisosial. Melihat orang tua bertingkah laku buruk dan kemudian selalu berbicara kepada mereka tentang hukuman sudah pasti akan menjadi dasar perkembangan pola tingkah laku ini dalam diri anak-anak.

Sebagai kesimpulan, dapat dikatakan bahwa teori belajar tentang gangguan kepribadian antisosial mungkin berguna kalau membandingkan dua penjelasan atau teori yang telah dikemukakan. Perbedaan yang mendasar dari kedua teori itu adalah teori kekurangan dalam pengondisian klasik mengemukakan bahwa orang tidak mampu mengembangkan kecemasan, sedangkan teori pengondisian operan mengemukakan bahwa orang memiliki kemampuan normal untuk mengembangkan kecemasan dan telah mempelajari teknik-teknik untuk menghindari kecemasan. Dalam kedua teori itu, individu secara relatif kurang cemas, tetapi kekurangan itu berasal dari proses-proses yang sangat berbeda. Salah satu masalah untuk teori pengondisian klasik ialah teori tersebut tidak menjelaskan mengapa individu mengalami kekurangan. Tetapi mungkin hal ini akan dijelaskan oleh pendekatan fisiologis yang akan dibicarakan dalam uraian selanjutnya.

Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis mengemukakan bahwa orang-orang yang menderita gangguan kepribadian antisosial disebabkan oleh "rangsangan neurologis yang kurang" (*neurological underarousal*). Rangsangan neurologis yang kurang itu digunakan untuk menjelaskan kecemasan yang relatif kurang yang kelihatan pada orang-orang yang mengalami gangguan tersebut.

Rangsangan elektrokortikal. Rangsangan elektrokortikal mengacu pada tingkat-tingkat aktivitas listrik pada otak dan aktivitas ini diukur dengan rekaman-rekaman EEG (*electroencephalogram*). Aktivitas elektrokortikal dari orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial telah lama menjadi perhatian para peneliti, dan bidang penelitian ini telah menghasilkan beberapa penemuan yang menarik dan penting. Tetapi, penelitian di bidang ini sangat sulit dan pertanyaan-pertanyaan telah dikemukakan mengenai kemampuan dari beberapa prosedur yang telah digunakan. Misalnya: (1) Prosedur-prosedur penskoran objektif untuk rekaman-rekaman EEG sering kurang; (2) Kondisi-kondisi dalam keadaan

mana subjek-subjek itu dites sering berbeda antara penelitian yang satu dengan penelitian yang lain sehingga sulit sekali penelitian-penelitian tersebut dibandingkan; (3) Kelompok subjek yang dipilih untuk penelitian itu sangat heterogen dan hal ini akan mengurangi kekuatan atau reliabilitas dari penemuan-penemuan itu. Dengan adanya masalah-masalah prosedural di atas, maka kita harus hati-hati menarik kesimpulan-kesimpulan yang menyakinkan dari penelitian-penelitian EEG. Dengan peringatan ter-



Electroencephalogram (EEG) dipasang di kepala untuk merekam aktivitas elektrokortikal pada otak.

[Diambil dari www.washingtonpost.com]

sebut, kita akan membicarakan data mengenai prevalensi dan sifat dari abnormalitas-abnormalitas elektrokortikal dalam orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dan apakah masalah-masalah mengenai abnormalitas-abnormalitas itu dapat dihubungkan dengan gambaran simptom dalam gangguan kepribadian antisosial.

1. *Abnormalitas-abnormalitas EEG.* EEG dari orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial telah diperiksa dalam banyak penelitian dan hasilnya menunjukkan bahwa kejadian abnormalitas-abnormalitas EEG yang tinggi di antara orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial ditemukan pada setiap penelitian. Sangat penting diketahui bahwa bila penemuan-penemuan ini dibandingkan dengan penemuan-penemuan yang diperoleh dari penelitian-penelitian terhadap orang-orang normal, maka kejadian abnormalitas EEG pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial kelihatannya tiga kali lebih besar dibandingkan dengan angka yang terdapat pada orang-orang normal. Secara keseluruhan dapat dikemukakan bahwa penelitian-penelitian ini merupakan bukti bahwa pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial, aktivitas EEG lebih tinggi dibandingkan dengan orang-orang normal.

Dua abnormalitas khusus telah diidentifikasi dalam EEG. Abnormalitas pertama adalah jumlah *aktivitas gelombang rendah* terlampaui tinggi (yakni impuls-impuls listrik berada dalam batas 8 sampai 12 putaran per detik dan menurut ukuran normal seharusnya 16 sampai 20 putaran per detik). Gelombang-gelombang yang rendah menggambarkan keadaan rangsangan kortikal yang lebih rendah dan penemuan-penemuan ini merupakan dasar untuk menyimpulkan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial menderita rangsangan kortikal yang rendah. Abnormalitas kedua adalah apa yang dinamakan *positive spiking*. Terutama pada beberapa orang selama gelombang rendah sebentar-sebentar terjadi secara mendadak ledakan aktivitas elektrokortikal. Sejumlah peneliti menyimpulkan bahwa *positive spiking* mungkin lebih besar terjadi pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial yang cenderung bertindak agresif dan para peneliti itu mengemukakan bahwa ledakan-ledakan agresi merupakan gambaran dari ledakan aktivitas elektrokortikal.

2. *Hubungan antara abnormalitas-abnormalitas EEG dengan tingkah laku.* Tidak cukup kalau hanya menyimpulkan bahwa kemungkinan lebih besar orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial memperlihatkan EEG yang abnormal dibandingkan dengan orang-orang normal karena jika abnormalitas-abnormalitas EEG relevan untuk gangguan tersebut, maka harus ada

suatu hubungan antara EEG dan pola-pola tingkah laku yang kelihatan pada gangguan itu. Dalam usaha untuk mengidentifikasikan kemungkinan adanya hubungan antara EEG abnormal dan pola-pola tingkah laku yang kelihatan dalam gangguan kepribadian antisosial, beberapa peneliti telah menunjukkan bahwa EEG abnormal yang diamati pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sangat serupa dengan pola-pola EEG dari anak-anak kecil di mana bagi mereka gelombang-gelombang lambat dan *positive spiking* adalah normal. Kesamaan ini menghasilkan pandangan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial menderita perkembangan kortikal yang lambat (*delayed cortical development*) dan perkembangan kortikal yang lambat itu menyebabkan tingkah laku kekanak-kanakan (yakni egosentrik, impulsif, dan tidak dapat menunda kepuasan).

Sesuai dengan perkembangan yang lambat itu telah dilaporkan bahwa abnormalitas-abnormalitas EEG pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial cenderung berkurang sesuai dengan usia (Hill, 1952; Hill & Watterson, 1942) dan orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial secara khas digambarkan sebagai orang-orang yang "habis terbakar" ketika mereka bertambah tua (Robins, 1966). Tetapi sampai sekarang belum ada laporan mengenai hubungan langsung antara menurunnya abnormalitas-abnormalitas EEG dan menurunnya gangguan kepribadian antisosial.

Suatu penjelasan yang lebih baik daripada penjelasan tentang perkembangan kortikal yang lambat adalah abnormalitas-abnormalitas EEG yang menggambarkan *malfungsi dari sistem limbik*, yang memainkan peran penting dalam mengatur emosi. Hipotesis ini bertolak dari dua penemuan. Penemuan *pertama* adalah kemungkinan sangat besar EEG abnormal ditemukan pada daerah-daerah temporal dan post-temporal dari tengkorak, dan sistem limbik berada di bawah daerah-daerah itu. Penemuan *kedua* adalah aktivitas gelombang lambat yang mengemukakan bahwa sistem limbik kurang aktif atau kurang terangsang, dan rangsangan yang kurang tersebut mungkin menjelaskan rangsangan emosional yang pada umumnya kurang seperti yang kelihatan pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial. Juga ledakan aktivitas yang terjadi secara mendadak (*positive spiking*) pada daerah itu



Seorang pasien sedang dipasangi EEG di kepalanya.

[Diambil dari www.hawaii.naist.jp]

mungkin menjelaskan ledakan emosional yang terjadi secara mendadak pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial.

Pertanyaan yang kemudian muncul adalah apakah rangsangan kortikal yang berkurang itu merupakan penyebab atau akibat dari gangguan kepribadian antisosial. Ada sejumlah percobaan yang dapat menjawab pertanyaan tersebut. Salah satu percobaan yang dilakukan adalah mengumpulkan orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial untuk berpartisipasi dalam suatu percobaan pengondisian penghindaran (*avoidance conditioning*) setelah disuntik entah dengan placebo atau epinefrin (Schachter & Latane, 1964). Epinefrin adalah obat stimulan dan kalau diberikan kepada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial akan meningkatkan rangsangan kortikal mereka yang kemudian akan meningkatkan juga kemampuan pengondisian dan memperbaiki performansi mereka pada tugas pengondisian penghindaran.

Hasilnya menunjukkan bahwa setelah disuntik dengan placebo, orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial berpenampilan kurang baik dibandingkan dengan orang-orang lain. Sebaliknya, setelah disuntik dengan epinefrin, orang-orang yang mengalami gangguan tersebut berpenampilan sama atau bahkan lebih baik daripada orang-orang lain. Dengan demikian, dikemukakan bahwa suntikan epinefrin menyebabkan orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial berpenampilan "normal" (Mungkin dapat dikemukakan bahwa bila orang-orang yang tidak mengalami gangguan kepribadian antisosial disuntik dengan epinefrin, maka mereka akan berpenampilan kurang baik dibandingkan bila mereka disuntik dengan placebo, suatu perbedaan yang mungkin disebabkan karena epinefrin membuat mereka terlalu terangsang dan dengan demikian mengganggu fungsi mereka). Hasil-hasil yang sama telah dilaporkan dalam percobaan lain di mana rangsangan ditimbulkan oleh suara dan bukan oleh obat (Chesno & Kilmann, 1975). Hasilnya mendukung pandangan bahwa perbedaan-perbedaan dalam rangsangan menyebabkan tingkah laku yang kelihatan pada gangguan kepribadian antisosial dan bukan sebaliknya.

Bila peningkatan rangsangan mengurangi tingkah laku antisosial, maka muncul pertanyaan: Apakah pengurangan rangsangan meningkatkan tingkah laku antisosial? Kemungkinan ini dicoba dalam suatu percobaan di mana para mahasiswa mengikuti suatu ujian dan kemudian diberikan entah placebo atau obat yang mengurangi rangsangan kortikal (klorpromazin) (Schachter, *et al.*, 1964). Setiap mahasiswa diperbolehkan untuk menyelesaikan ujian itu dengan cepat. Hasilnya menunjukkan bahwa mahasiswa-mahasiswa yang telah menggunakan obat untuk mengurangi rangsangan lebih sering menyontek pada waktu mereka mengerjakan ujian tersebut dibandingkan dengan mahasiswa-mahasiswa yang menggunakan

placebo. Perbedaan dalam menyontek pada kedua kondisi itu hampir sebesar 20%. Bila menyontek dilihat sebagai petunjuk gangguan kepribadian antisosial, maka percobaan tersebut memberikan bukti bahwa rangsangan kortikal yang kurang merupakan penyebab langsung terhadap gangguan itu.

Dalam uraian sebelumnya jelas bahwa banyak orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial memperlihatkan tanda-tanda adanya masalah elektrokortikal dan sebagian terbesar dari masalah ini adalah rangsangan kortikal yang kurang. Selanjutnya, telah diperlihatkan juga bahwa rangsangan yang bertambah atau berkurang akan menyebabkan tingkah laku yang ada hubungannya dengan gangguan itu akan bertambah atau berkurang. Penemuan-penemuan ini sudah pasti menunjukkan dasar fisiologis untuk sekurang-kurangnya beberapa kasus gangguan kepribadian antisosial. Dengan demikian, kita selanjutnya menentukan mengapa beberapa individu menderita rangsangan kortikal yang kurang.

Genetika. Dalam kebanyakan penelitian yang telah difokuskan pada heritabilitas gangguan kepribadian antisosial, tingkah laku kriminal digunakan sebagai ukuran gangguan tersebut. Tetapi, tingkah laku kriminal bukan satu-satunya ukuran untuk gangguan itu dan karena tingkah laku kriminal bukan suatu ukuran yang baik, maka hasil-hasil dari penelitian akan menyimpang.

1. *Penelitian saudara kembar.* Penelitian-penelitian saudara kembar menunjukkan bahwa angka konkordansi untuk sifat antisosial dan tingkah laku kriminal adalah lebih tinggi pada kembar identik (MZ) dibandingkan dengan kembar bersaudara (DZ) (Daugaard & Kringlen, 1976; Gottesman & Goldsmith, 1994). Bila kriminalitas dilihat sebagai gambaran gangguan kepribadian antisosial, maka penelitian-penelitian ini mengemukakan bahwa gangguan tersebut sekurang-kurangnya sebagian disebabkan oleh faktor-faktor genetik. Analisis tambahan yang dilakukan dalam penelitian tentang saudara-saudara kembar menunjukkan bahwa di daerah-daerah pedesaan angka konkordansi untuk tingkah laku antisosial dan kriminalitas dari saudara kembar baik yang kembar identik (MZ) maupun kembar bersaudara (DZ) adalah lebih tinggi daripada yang terdapat di daerah-daerah perkotaan (Christiansen, 1968). Penemuan itu mengemukakan bahwa di daerah-daerah pedesaan di mana faktor-faktor sosial untuk melakukan kejahatan agak sedikit, maka faktor-faktor genetik memainkan peran yang lebih besar dalam menentukan siapa yang melakukan kejahatan dibandingkan yang tinggal di daerah-daerah perkotaan di mana faktor-faktor sosial mungkin lebih besar dalam melakukan kejahatan. Di samping itu, penelitian terhadap saudara kembar yang diadakan kemudian ditemukan bukti yang lebih besar dari faktor-faktor genetik untuk tingkah laku antisosial dalam masa dewasa dibandingkan pada masa remaja — suatu

periode yang sangat dipengaruhi oleh faktor keluarga dan faktor-faktor lingkungan serta faktor-faktor genetik (Lyons, *et al.*, 1995). Tetapi di kalangan pasangan kembar pada setiap usia (usia remaja dan usia dewasa) faktor-faktor genetik merupakan prediktor tingkah laku antisosial kurang penting dibandingkan dengan faktor-faktor lingkungan di luar keluarga (seperti teman-teman, peristiwa-peristiwa, dan lingkungan-lingkungan kehidupan). Dari apa yang ditemukan dalam penelitian-penelitian tersebut dapat dikemukakan bahwa baik faktor sosial maupun faktor genetik ikut menyebabkan tingkah laku antisosial atau kejahatan, dan di mana pengaruh faktor sosial berkurang, maka pengaruh faktor genetik mungkin akan menjadi lebih jelas.

2. *Penelitian anak-anak angkat.* Karena hasil-hasil dari penelitian saudara kembar sangat membingungkan, maka para peneliti berpaling kepada penelitian tentang adopsi untuk memisahkan faktor genetik dan faktor sosial. Dalam beberapa penelitian (Mednick & Hutchings, 1978; Bohman, Cloninger, Sigvardsson, & von Knorring, 1982; Mednick, Gabrielli, & Hutchings, 1984; Schulsinger, 1972) para peneliti pertama-tama mengidentifikasi kelompok individu-individu antisosial dan tidak antisosial yang diangkat sejak lahir dan dibesarkan oleh orang tua angkat (subjek-subjek dalam dua kelompok itu sama dalam variabel-variabel demografis — seperti jenis kelamin, usia, kelas sosial, dan lingkungan — tempat mereka dibesarkan). Kemudian, para peneliti menetapkan angka-angka tingkah laku antisosial dalam orang tua biologis dan orang tua angkat dari anak-anak angkat yang antisosial dan yang tidak antisosial. Hasil dari penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa orang tua biologis dari individu-individu antisosial memiliki angka tingkah laku antisosial yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang tua angkat mereka, dan dengan demikian merupakan bukti bagi hipotesis bahwa ada suatu faktor genetik dalam perkembangan tingkah laku antisosial.

Dalam dua penelitian lain (Crowe, 1974; Cadoret, R.J., 1978) para peneliti mengidentifikasi orang tua yang antisosial dan yang tidak antisosial, dan kemudian menetapkan angka tingkah laku antisosial kepada anak-anak mereka yang diangkat sejak lahir. Hasil dari penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak-anak angkat yang orang tua biologisnya adalah antisosial memiliki kemungkinan lebih besar mengalami gangguan kepribadian antisosial dibandingkan anak-anak angkat yang orang tua biologisnya tidak antisosial.

Dari hasil penelitian-penelitian saudara kembar dan anak angkat terdapat bukti yang kuat bahwa faktor-faktor genetik berperan dalam perkembangan tingkah laku antisosial. Tetapi, perlu juga diketahui bahwa hasil dari penelitian-penelitian ini

tidak memperlihatkan bahwa hereditas menjelaskan semua atau sebagian besar kasus-kasus tingkah laku antisosial. Misalnya, angka konkordansi pada saudara kembar identik (MZ) tidak mencapai jumlah 100%.

Perawatan

Karena orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak memiliki simtom-simtom yang lazim dari tingkah laku abnormal (yakni kecemasan, depresi, delusi, halusinasi), maka mereka tidak didiagnosis sebagai orang-orang yang mengalami masalah psikologis dan dengan demikian mereka tidak dirawat. Selanjutnya, karena tingkah laku mereka itu sering dilihat sebagai pelanggaran terhadap hukum, maka mereka mungkin dihukum (dipenjarakan). Dengan alasan tersebut, sangat sedikit sekali perhatian diberikan untuk merawat mereka. Tetapi karena banyak masalah berat yang dilakukan oleh orang-orang ini terhadap masyarakat, maka usaha untuk mengubah dan mengontrol tingkah laku mereka dianggap penting. Dengan demikian, di sini akan dibicarakan beberapa pendekatan perawatan yang agak terbatas meskipun diakui orang-orang yang menderita gangguan ini sangat sulit dan tidak mungkin dirawat.

Pendekatan Psikodinamik

Teori psikodinamik tentang gangguan kepribadian antisosial mengemukakan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak memiliki figur-figur orang tua yang penuh kasih dan yang bertingkah laku dengan tepat serta dijadikan identifikasi, dan dari merekalah tingkah laku-tingkah laku yang tepat dapat dipelajari. Dengan demikian, para terapis yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik berusaha memberikan figur-figur orang tua yang sportif, kuat, dan bertingkah laku tepat untuk pasien-pasien mereka yang mengalami gangguan kepribadian antisosial. Dalam menangani pasien-pasien tersebut, para terapis memberikan dukungan, afeksi, dan pemahaman, tetapi mereka juga terus-menerus membimbing pasien-pasien ini dengan sikap yang tegas. Tujuannya ialah untuk membantu pasien mengidentifikasikan diri dengan terapis, dan dengan berbuat demikian pasien dapat mengambil sifat-sifat yang tepat dan matang dari terapis. Kemudian dalam perawatan terapis — yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik — berfokus pada usaha mengembangkan pematangan melalui identifikasi dan bukan pada usaha memecahkan masalah-masalah melalui pemahaman seperti yang dilakukan terhadap pasien-pasien lain.

Tetapi harus diakui bahwa setelah mengikuti terapi memang ada perbaikan-perbaikan pada diri pasien, namun perbaikan-perbaikan ini hanya berlangsung

sebentar saja karena pasien sering kambuh lagi. Meskipun ada laporan mengenai efektivitas dari psikoterapi untuk merawat pasien-pasien ini, namun kebanyakan hasil penelitian mengenai efektivitas psikoterapi untuk merawat pasien-pasien ini tetap memberikan kesimpulan-kesimpulan negatif (McCord & McCord, 1964; Suedfeld & Landon, 1978). Karena orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak memberikan respons terhadap perawatan, maka banyak psikoterapis yang enggan merawat orang-orang ini.

Pendekatan Belajar

Teori belajar mengemukakan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial kurang mampu mengembangkan respons-respons kecemasan yang terkondisi secara klasik dan dengan demikian tidak belajar menghindari tingkah laku-tingkah laku yang tidak tepat. Karena itu, intervensi-intervensi terapeutik yang bertolak dari pengondisian klasik tidak bermanfaat. Tetapi, ada kemungkinan penggunaan pengondisian operan dimaksudkan untuk mengembangkan respons-respons yang tepat. Masalah yang muncul dalam pendekatan ini ialah orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sudah mampu memperoleh hadiah-hadiah yang diinginkan melalui tingkah laku-tingkah laku mereka yang tidak tepat. Dengan demikian, tidak ada gunanya terapis menahan atau mengulur-ulur suatu hadiah atau insentif untuk tingkah laku yang tepat. Laporan-laporan mengenai penggunaan teknik pengondisian untuk merawat orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sangat sedikit dan laporan-laporan yang ada tidak memberikan bukti mengenai kegunaan dari pendekatan ini (Hare, 1970; MacCulloch & Feldman, 1966; Vieter, 1967).

Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis mengemukakan bahwa gangguan kepribadian antisosial terjadi karena korteks kurang terangsang (*cortical underarousal*) sehingga orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak mengondisikan dengan baik dan sering melakukan tingkah laku-tingkah laku yang tidak tepat untuk meningkatkan rangsangan. Bertolak dari penjelasan ini, kita mungkin mengharapkan bahwa pasien-pasien dapat dirawat dengan obat-obat stimulan kortikal yang akan meningkatkan kerentanan terhadap pengondisian dan mengurangi kebutuhan akan perangsangan.

Suatu bukti yang mendukung pengaruh positif dari obat-obat stimulan telah diuraikan di atas ketika dibicarakan mengenai bagaimana pemberian epinefrin memudahkan pengondisian penghindaran orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial sehingga mereka dapat berperenampilan seperti orang-orang

normal (Schachter & Latane, 1964). Di samping itu, bukti yang lain juga menunjukkan bahwa pemberian obat-obat stimulan (yakni amfetamin) efektif untuk mengurangi simptom-simtom tingkah laku umum dari gangguan kepribadian antisosial dengan pengandaian bahwa pemberian obat-obat penenang tidak efektif untuk mengurangi simptom-simtom itu (Satterfield & Cantwell, 1975; Suedfeld & Landon, 1978). Akhirnya, sekarang ada bukti bahwa obat-obat stimulan efektif untuk hiperaktivitas pada anak-anak. Bila hiperaktivitas anak-anak merupakan tanda untuk beberapa kasus gangguan kepribadian antisosial pada orang-orang dewasa, seperti yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli teori, maka obat-obat stimulan yang digunakan untuk merawat hiperaktivitas dapat juga digunakan untuk merawat gangguan kepribadian antisosial. Tetapi sayang, pengaruh-pengaruh dari obat stimulan pada pasien-pasien orang dewasa rupanya tidak bertahan lama dan tidak mungkin mereka menggunakan obat-obat stimulan untuk jangka waktu yang lama. Pada umumnya dapat dikatakan bahwa hasil-hasil dari penelitian mengenai efektivitas dari obat-obat memberikan harapan, tetapi dewasa ini jumlah penemuan terbatas. Dengan melihat apa yang dikemukakan ini kita tidak dapat menyimpulkan bahwa gangguan kepribadian antisosial dapat dirawat atau dikontrol dengan obat-obat.

GANGGUAN-GANGGUAN SEKSUAL

Gangguan-gangguan dalam bidang seks biasanya tidak melemahkan atau melumpuhkan seperti yang terjadi pada kecemasan, depresi, dan skizofrenia. Karena itu, gangguan ini sering dilihat sebagai gangguan-gangguan yang kurang berat. Dalam beberapa bentuk gangguan itu terlihat bahwa kepuasan seksual yang diperoleh dengan cara-cara dan kebiasaan-kebiasaan yang berbeda dari persetubuhan yang wajar merupakan satu-satunya bentuk kegiatan seks yang lebih disukai. Gangguan-gangguan ini dapat sangat mengganggu karena pengaruh yang ditimbulkannya terhadap orang-orang lain. Hal ini terjadi, misalnya, bila gangguan-gangguan ini melibatkan tindakan-tindakan, seperti pemerkosaan, sadisme seksual, atau pelecehan seksual terhadap anak-anak. Individu-individu dikategorikan sebagai orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan seksual kalau gangguan-gangguan tersebut bukanlah simptom dari sindrom-sindrom yang lebih luas, misalnya skizofrenia dan reaksi-reaksi obsesif. Pola-pola gangguan seksual hampir selalu merupakan akibat sejarah kesulitan yang panjang dalam perkembangan psiko-seksual yang disebabkan oleh faktor-faktor lingkungan dan jarang sekali sebagai akibat dari cacat-cacat konstitusional saja. Karena gangguan-gangguan seksual ini banyak terjadi dalam masyarakat kita dan karena beberapa dari gangguan-

gangguan itu sangat berbahaya, maka penting dalam bagian ini akan dijelaskan gangguan-gangguan tersebut. Gangguan-gangguan seksual yang terpenting adalah homoseksualitas, parafilia, disfungsi seksual, dan gangguan identitas gender.

Homoseksualitas

Tingkah laku homoseksual adalah kegiatan seksual dengan mitra sejenis. Dalam membicarakan masalah homoseksualitas harus diperhatikan bahwa tidak ada dikotomi yang sederhana mengenai orang yang homoseksual dan heteroseksual. Penemuan-penemuan klinis menunjukkan bahwa banyak individu yang belum pernah turut serta dalam suatu kegiatan homoseksual secara terang-terangan mungkin mempunyai kecenderungan yang tersembunyi dan tidak disadari, dan mungkin diungkapkan pada saluran lain dari tingkah laku homoseksual. Kinsey melaporkan bahwa 37% pria dan 25% wanita telah melakukan kegiatan homoseksual sampai pada titik orgasme setelah mulainya masa adolesen. Tetapi, hanya 4% dari anak laki-laki melaporkan hubungan yang benar-benar homoseksual.

Penyebab

Tidak ada penyebab khusus tingkah laku homoseksual. Banyak faktor sebagai penyebabnya dan kepentingannya yang relatif sangat berbeda-beda juga.

Pendekatan fisiologis. Dalam tubuh manusia terdapat hormon-hormon pria dan wanita. Keseimbangan yang relatif antara hormon-hormon tersebut merupakan faktor yang ikut menunjang kadar maskulinitas atau feminitas dari individu. Penyelidikan-penyelidikan terhadap orang-orang homoseksual mengungkapkan bahwa dalam kasus-kasus tertentu ketidakseimbangan hormon memang ada, tetapi pengaruhnya sebagai faktor penyebab munculnya homoseksualitas tidak pernah ditetapkan dengan pasti.

Pendekatan psikologis. Perkembangan psikoseksual normal yang menyebabkan penyesuaian diri yang heteroseksual tergantung pada pola yang berlangsung lama dari hubungan emosional yang efektif, terutama diperoleh dalam kalangan keluarga tetapi juga dalam hubungan di luar keluarga. Penyesuaian diri secara homoseksual terjadi jika hubungan-hubungan ini tidak adekuat, menyimpang, atau tidak ada. Tipe pengalaman-pengalaman emosional yang berikut ini telah dikaitkan dengan homoseksualitas.

1. Pengalaman homoseksual pada usia dini yang menyenangkan karena godaan dari orang yang berpengalaman atau karena turut serta secara sukarela untuk sekadar ingin mengetahui. Kemungkinan yang terakhir ini akan terjadi kalau anak-anak lama sekali ditinggalkan tanpa pengawasan orang tua, seperti tinggal

di asrama sekolah, panti asuhan, atau lembaga-lembaga lain. Dalam keadaan-keadaan seperti itu, anak yang mengalami krisis atau kekosongan emosional sangat mudah terkena pengaruh homoseksual.

2. Identifikasi silang. Identifikasi silang adalah identifikasi dengan salah satu orang tua yang tidak sejenis. Hubungan orang tua-anak yang meneruskan hubungan kasih sayang (afektif) yang akrab antara ibu dan anak pria atau antara ayah dan anak gadis sesudah tahun-tahun kehidupan awal menguatkan ikatan emosional dan sering kali merintangi anak untuk menerima peranan hidup yang sesuai dengan jenis kelaminnya. Anak pria mengidentifikasi dirinya dengan ibunya atau anak perempuan dengan ayahnya. Perkembangan semacam itu mungkin terjadi apabila orang tua yang sejenis adalah lemah atau menolak anak, atau apabila keluarga itu retak karena perceraian atau kematian, atau juga apabila hubungan orang tua-anak yang tanpa sadar menggairahkan di mana orang tua yang neurotik mencurahkan kepada anak-anaknya emosi-emosi yang tidak dapat dipenuhi secara normal.
3. Ketakutan akan kastrasi. Ini merupakan pusat dari teori psikoanalitik yang menjelaskan homoseksualitas sebagai pertahanan ego terhadap ketakutan akan kastrasi. Fenichel melaporkan bahwa kecemasan akan kastrasi menyebabkan homoseksualitas bisa muncul dengan dua cara: (a) Penemuan adanya orang-orang tanpa penis oleh anak pria yang masih kecil dapat mendorongnya untuk menjadi orang seperti itu dan dengan demikian memperkuat ancaman kastrasi sebelumnya; untuk menghindari kecemasan yang ditimbulkan oleh genitalia wanita, ia menghindari hubungan seksual dengan anak-anak gadis (kemudian perempuan dewasa); (b) Genitalia wanita sebagai akibat dari fantasi-fantasi masa lampau dan ancaman akan kastrasi mungkin dilihat sebagai alat untuk kastrasi yang membahayakan penis. Tanpa menjelaskan kembali teori psikoanalitik yang dalam itu, mungkin penyesuaian diri homoseksual dilihat sebagai reaksi terhadap perlakuan orang tua tidak sejenis yang bersifat dingin, kasar, dan menolak anak. Dengan demikian, individu itu merasa tidak mungkin membina hubungan cinta dengan seseorang yang tidak sejenis.
4. Membangkitkan kembali fantasi-fantasi Oedipal. Teori ini juga telah diberikan oleh para peneliti yang berorientasi psikoanalitik dan dilihat sebagai penyebab homoseksualitas pada individu-individu tertentu. Fantasi-fantasi Oedipal yang tak terpecahkan dihidupkan kembali dan perasaan-perasaan bersalah yang begitu hebat terhadap dorongan-dorongan *incest* menghalangi pendekatan seksual terhadap wanita.
5. Faktor-faktor psikologis lain. Ada juga faktor-faktor lain yang menyebabkan tingkah laku homoseksual, yang mungkin sekali merupakan akibat-akibat

sampling dari faktor-faktor yang sudah dibicarakan di atas. Faktor-faktor tersebut adalah perasaan takut untuk menikah karena orang tua selalu bertengkar; takut memikul tanggung jawab terhadap hidup perkawinan dan keluarga; takut akan hubungan-hubungan dengan orang yang tidak sejenis karena pengalaman-pengalaman sebelumnya yang menimbulkan frustrasi dan memalukan; seorang anak laki-laki yang pernah mengalami pengalaman traumatis, di mana ia mengalami dominasi dari seorang wanita (ibu, kakak perempuan) sehingga muncul kebencian terhadap wanita dan muncul dorongan homoseksual yang menetap; beberapa orang heteroseksual ikut serta dalam kegiatan homoseksual karena akan mendapat imbalan uang. Ada orang lain berpaling pada kegiatan homoseksual karena terpaksa berpisah lama dengan orang yang tidak sejenis, seperti yang terjadi di penjara, atau dalam dinas militer tertentu di tempat yang terpencil. Apa yang disebut belakangan ini merupakan reaksi terhadap situasi dan biasanya akan segera hilang kalau situasinya berubah.

Simtom. Homoseksualitas bisa diungkapkan dalam bermacam-macam bentuk: saling mengadakan masturbasi, memasukkan alat kelamin mitranya (penis) ke dalam mulut dan menggunakan bibir, lidah, dan mulut untuk menggigit (*oral eroticism*; oral = segala sesuatu yang berkaitan dengan mulut), stimulus oral pada penis/zakar (*fellatio*; *fellare* = mengisap), stimulus oral pada vagina (cunnilingus; *cunnus* = *vulva*; *linquere* = menjilat). Cara lain adalah bergantian melakukan persetubuhan melalui dubur, dan ini disebut sodomi/analisme seks, atau *anal eroticism* (anal = segala sesuatu yang berhubungan dengan anus atau dubur). Bisa juga persetubuhan dilakukan dengan jalan interfemoral coitus, yakni memanipulasikan zakar di sela-sela antara kedua paha.

Perawatan

Psikoterapi sangat efektif dalam merawat orang-orang homoseksual jika mereka benar-benar ingin mengatasi masalahnya. Mereka yang puas hidup sebagai orang-orang homoseksual tidak begitu tertarik akan terapi. Perawatan hanya bisa berhasil jika individu yang bersangkutan memiliki suatu struktur nilai dasar atau kode moral yang dipakai sebagai dasar motivasi untuk berubah. Tetapi, banyak orang homoseksual tidak mengembangkan struktur kepribadian atau watak yang memungkinkan adanya perangkat nilai seperti itu dan akibatnya mereka kurang responsif terhadap perawatan.

Tanda optimisme tampak karena sedikit demi sedikit orang mulai menyadari bahwa homoseksualitas merupakan masalah psikiatrik dan bukan masalah kriminal. Dengan adanya perubahan ini dapat diharapkan bahwa penelitian yang lebih intensif

terhadap kemungkinan-kemungkinan perawatan terhadap orang-orang homoseksual akan terjadi. Beberapa kelompok orang telah berusaha mengadakan percobaan terapi terhadap orang-orang homoseksual dengan memindahkan mereka dari lingkungan lamanya dan menempatkan mereka lebih lama dalam lingkungan yang baru di mana sistem-sistem nilai lain dan pola-pola tingkah laku dapat berkembang.

Parafilia

Pada umumnya parafilia dilihat sebagai cara yang menyimpang untuk memuaskan dorongan seksual. Istilah *parafilia* sendiri berasal dari kata "*para*" yang berarti "menyimpang" dan kata "*filia*" (*philia*) yang berarti cinta atau "daya tarik" (*attraction*). Simtom-simtom utama parafilia adalah dorongan, fantasi, dan rangsangan seksual yang terjadi berulang-ulang dan ada kaitannya dengan (1) objek-objek yang bukan manusia, (2) menyakiti diri sendiri atau menghina mitra sendiri, dan (3) individu-individu yang tidak diperbolehkan menurut hukum.

Kita tidak mengetahui sejauh mana meluasnya parafilia itu karena tingkah laku-tingkah laku yang berkaitan dengan gangguan tersebut bersifat privat dan sering dilakukan tanpa seorang mitra, atau juga parafilia itu dilakukan dengan seorang mitra tetapi tidak melaporkan tingkah laku tersebut. Selanjutnya dalam beberapa kasus, mitra tersebut bahkan tidak menyadari bahwa rangsangan atau dorongan seksual dari individu yang lain itu disebabkan oleh parafilia. Misalnya, seorang wanita yang mengadakan hubungan seksual dengan seorang wanita mungkin tidak menyadari bahwa rangsangan atau dorongan seksual tersebut disebabkan oleh pakaian atau dari fantasi-fantasinya untuk menyakiti pria dan bukan oleh diri atau tubuh wanita tersebut.

Pada umumnya diasumsikan bahwa parafilia itu lebih banyak ditemukan pada para pria, kecuali masokhisme seksual lebih banyak ditemukan pada para wanita (*American Psychiatric Association*, 1987:281). Tetapi, mengingat sifat dari gangguan-gangguan itu sangat privat dan larangan-larangan masyarakat untuk melaporkannya, maka kita tidak mungkin menarik kesimpulan yang pasti mengenai jumlah orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan tersebut dan penyebarannya pada penduduk.

Gangguan seksual yang termasuk dalam kelompok parafilia konvensional adalah fetishisme, fetishisme transvestis, pedofilia, eksibisionisme, voyeurisme, frottage, sadisme seksual, dan masokhisme seksual

1. *Fetishisme*. Ini adalah gejala di mana dorongan seks itu selalu diarahkan pada benda yang dipakai atau berhubungan dengan jenis seks lain yang dicintai. Objek-objek itu bisa berupa bagian tubuh, pakaian, atau benda-benda lain

yang tak bernyawa. Objek-objek fetish yang paling lazim adalah pakaian dalam, rambut, sapu tangan, BH, parfum, dan bagian-bagian tubuh seperti kaki, payudara, atau telinga. Benda-benda yang tak bernyawa tadi itu dipuja sebagai simbol seks atau jimat yang disanjung-sanjung serta dihormati secara patologik dan dicintai secara berlebihan. Biasanya benda-benda tersebut berasal dari seorang kekasih (yang sudah meninggal atau sudah meninggalkannya). Untuk mendapatkan benda-benda itu, orang-orang yang demikian itu mungkin melakukan tindakan kejahatan seperti menyerang dengan tiba-tiba dan mencuri. Setelah melepaskan nafsu seksual, benda-benda itu mungkin disimpan atau dibuang. Ekspresi fetishisme ditampilkan dengan cara membelai-belai, melihat-lihat, menciuminya, atau dipakai sebagai alat melakukan masturbasi. Fetishisme banyak terdapat pada kaum pria. Pengondisian awal yang menghubungkan kepuasan seksual dengan objek tertentu, mungkin berkembang ke dalam fetishisme apabila tidak ada kemauan kepribadian untuk menyesuaikan diri secara menyeluruh dan terdapat kelemahan pada bidang psikoseksual. Perasaan tidak adekuat yang mendalam terhadap seks dan takut dipermalukan merupakan hal yang sangat penting. Literatur psikoanalitik memberikan interpretasi yang sangat rumit mengenai simbolisme dan dinamika fetishisme. Yang erat hubungannya dengan fetishisme adalah kleptomania (dorongan kuat untuk mencuri) dan pyromania (dorongan kuat untuk membakar) di mana motif utamanya adalah kepuasan seksual.

2. *Fetishisme transvestis*. Transvestis (*trans* = melampaui, lintang, di seberang lain; *vestis* = pakaian) atau *cross-dressing* ialah gejala nafsu yang patologik untuk memakai pakaian dari orang yang tidak sejenis (lawan seks). Seseorang mendapatkan kepuasan seks dengan jalan memakai pakaian dari orang yang tidak sejenis. Jadi, anak laki-laki atau laki-laki dewasa lebih suka memakai pakaian wanita dan anak perempuan atau perempuan dewasa lebih suka memakai pakaian pria. *Cross-dressing* itu dapat berupa hanya mengenakan salah



Penampilan orang yang mengalami gangguan fetishisme transvestis.

[Diambil dari www.nottingham.ac.uk]

satu bahan yang dipakai oleh wanita atau mengenakan pakaian lengkap wanita dan menampilkan diri seperti seorang wanita di depan umum. Dalam beberapa kasus, *cross-dressing* adalah sangat efektif sehingga orang sulit membedakan pria yang mengenakan pakaian wanita itu dari seorang wanita. Tetapi, tujuan orang tersebut bukan untuk mencari pengalaman, tetapi untuk mencapai rangsangan seksual. Pria yang menderita gangguan

fetishisme transvestis sering mengadakan masturbasi pada waktu mengenakan pakaian wanita dan berfantasi mengenai pria lain yang tertarik kepadanya pada waktu ia mengenakan pakaian itu. Orang homoseksual mungkin mengenakan pakaian wanita, tetapi tujuannya tidak untuk memperoleh kenikmatan seksual dari pakaian yang dikenakan itu melainkan hanya untuk memikat pria lain, maka ia tidak didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan fetishisme transvestis. Demikian juga halnya wanita yang mengenakan pakaian pria tidak akan didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan fetishisme transvestis kecuali kalau wanita tersebut mengenakan pakaian pria dengan tujuan untuk memperoleh kenikmatan seksual dari pakaian tersebut.

3. *Pedofilia*. *Pedofilia* (*pais, paios* = anak; *phileo* = mencintai) merupakan penyimpangan seksual di mana orang dewasa (pria atau perempuan) mencari kepuasan seksual dengan anak-anak kecil (anak-anak praremaja). Hubungan seperti itu bisa heteroseksual dan bisa homoseksual. Praktek pedofilia ini bisa berupa: (1) perbuatan eksibisionistik dengan memperlihatkan alat kelamin sendiri kepada anak-anak, (2) memanipulasi tubuh anak-anak (membelai-belai, mencium, menimang, dan sebagainya), dan (3) melakukan persetubuhan dengan anak-anak. Pada percobaan melakukan persetubuhan, anak mungkin mengalami luka fisik dan juga akan mengalami trauma psikis kalau orang yang akan melakukan persetubuhan menggunakan kekerasan. Bentuk penyimpangan ini dalam masyarakat dipandang sebagai kejahatan yang sangat mengerikan dan biasanya dihukum penjara tanpa diberi perawatan. Sayangnya, perlindungan bagi masyarakat hanya dilakukan selama ia berada dalam masa hukuman karena setelah lepas dari hukuman individu yang bersangkutan akan kembali lagi kepada kebiasaan sebelumnya. Sebagian besar pelaku pedofilia itu adalah pria.
4. *Eksibisionisme*. Kepuasan yang diperoleh dengan memperlihatkan alat kelamin atau bagian tubuh yang lain, biasanya kepada orang-orang yang tidak sejenis atau kepada anak-anak kecil dikenal sebagai eksibisionisme (*to exhibit* = mempertontonkan, mempertunjukkan; *exhibition* = tontonan, pertunjukan). Memperlihatkan alat kelamin itu sering dilakukan di tempat umum atau setengah umum, misalnya kereta api, taman, perpustakaan, halaman sekolah, di dalam bus, opelet, di depan bioskop, di jalan raya. Sifat regresif penyimpangan ini umumnya terjadi di kalangan anak-anak (baik pria maupun perempuan). Di antara orang-orang dewasa memperlihatkan alat kelamin yang patologik hampir semata-mata dilakukan oleh pria saja, sedangkan memperlihatkan bagian-bagian tubuh lain, sampai pada batas-batas tertentu, merupakan bentuk eksibisionisme yang secara luas diterima di kalangan wanita. Seorang

eksibisionis bisa menikah, tetapi relasi seksnya tidak memuaskan karena kehidupan seksualnya tidak baik dan banyak mengalami gangguan batin. Untuk penyembuhannya, seorang esibisionis memerlukan bimbingan psikoterapi yang intensif dan cukup lama.

5. *Voyeurisme*. Penyimpangan ini disebut skopofilia atau inspeksionisme. *Voyeurisme* (*voyeur* = mengintip, mengintai; *to peep* = mengintip, mengintai) ialah gejala pada seseorang yang mendapat kepuasan seks dengan jalan diam-diam melihat orang telanjang melalui lubang angin, lubang kunci, dan lain-lain. Atau juga dengan sengaja membuat lubang di tembok, pintu WC, kamar ganti pakaian, dan lain-lain untuk mengintip orang telanjang atau orang bersetubuh. Sering kali ia membuat lubang-lubang tersebut di kamar tidur untuk mengintip istrinya bersetubuh dengan pria lain, dengan demikian ia mendapat kepuasan seks. "Tukang-tukang intip" termasuk kategori ini dan mungkin juga orang melakukan masturbasi pada waktu memandang. Kepopuleran pertunjukkan tari telanjang dan gambar-gambar porno menunjukkan tersebarnya kebutuhan-kebutuhan voyeuristik. Perbandingan voyeurisme antara pria dan wanita sangat besar (yaitu kurang lebih 9:1) sebab biasanya wanita tidak senang melihat kegiatan seksual dan gambar-gambar atau film-film porno dan mengecamnya atas pertimbangan sosial, moral, dan estetis.
6. *Frottage*. Gejala seseorang mendapatkan kepuasan seks dengan meraba-raba orang lain yang disenangi, biasanya tanpa sepengetahuan orang yang bersangkutan (korbannya) disebut frottage (*frotase*; *frotter*, bahasa Prancis = menggesek-gesek, mengurut-urut, memijit-mijit, meraba-raba). Frottage biasanya dilakukan oleh seorang yang sangat pemalu dan tidak mempunyai keberanian sama sekali untuk mengadakan persetubuhan. Dirinya selalu dicekam oleh perasaan rendah diri, malu, dan tidak berdaya.
7. *Sadisme seksual* dan *masokhisme seksual*. Perbuatan untuk mendapatkan kepuasan seks dengan cara memberi penderitaan atau memperoleh penderitaan disebut *algolacni* (*algos* = penderitaan, menyakitkan badan; *lagneia* = persetubuhan). Bila orang tidak merasakan kepuasan seks dengan relasi heteroseksual yang biasa dan mendapatkan kepuasan seks serta orgasme dengan cara menyiksa mitranya secara fisik dan psikologis, maka perbuatan seperti itu dinamakan sadisme. Perbuatan sadistik dalam bersetubuh itu antara lain berupa: memukuli mitranya, menampar, menggigit, mencekik, menoreh-noreh mitranya dengan pisau, menyayat-nyayat payudara dan perut mitranya dengan benda tajam. Juga bisa dilakukan dengan melontarkan kata-kata kotor dan sarkastis, mengancam, membentak, dan lain-lain. Penyiksaan hebat sampai pada pembunuhan untuk mendapatkan kepuasan seks dan untuk mendapatkan

orgasme adalah puncak dari sadisme di mana tubuh korban dirusak dan dibunuh dengan kejam. Biasanya semuanya ini dilakukan dengan kondisi jiwa yang psikotik atau kejiwaan yang abnormal. Ada semacam obsesi sangat kuat yang merasa ditolak oleh wanita; sekaligus dibarengi oleh rasa agresif, dendam, dan benci yang hebat yang diungkapkan dalam perbuatan sadisme seksual. Bentuk lain dari algolacni ialah masokhisme, yang merupakan lawan dari sadisme (masokhisme = dorongan untuk menyakiti diri sendiri yang sifatnya patologik). Jika sadisme lebih banyak terdapat di kalangan pria, maka masokhisme lebih banyak dijumpai di kalangan wanita. Masokhisme wanita itu banyak distimulir oleh kepasifan wanita. Pada gejala masokhisme yang ekstrem terdapat dorongan-dorongan yang kuat untuk memusnahkan diri sendiri (bunuh diri) disertai dengan kompulsi-kompulsi, yang semuanya tidak disadari oleh pasiennya. Masokhisme moral banyak dibarengi oleh unsur-unsur rasa bersalah dan berdosa besar, terutama ditujukan pada kekasih (suami atau subjek relasinya). Ada juga gejala berupa kesediaan untuk tunduk secara erotik dan secara mutlak kepada mitra seksnya yang sifatnya sangat masokhistik. Gejala ini disebut masokhisme erotik yang mempunyai atribut: bersedia menderita kesakitan hebat demi cintanya.

Yang sangat mencolok pada manifestasi homoseksualitas dan lesbianisme (yang sering kali terjadi) ialah kedua mitra itu selalu bergantian peranan. Mereka secara bergantian memainkan peranan pria dan wanita. Seorang berperan sebagai pria yang bersikap aktif dan sadistik serta mitranya berlaku sebagai wanita yang bersikap pasif masokhistik feminin.

Peranan pria yang aktif dan sadistik itu banyak didorong oleh keinginan menuntut hak untuk menjadi pria atau keinginan untuk diakui kejantanannya sebagai pria sejati. Sedangkan peranan pasif dan masokhistik itu didorong oleh rasa kecintaan dan kesetiaan untuk menderita lahir dan batin demi objek cintanya. Maka, peranan yang berganti-ganti sebagai pria dan sebagai wanita pada waktu melakukan persetubuhan disebut sadomasokhisme (terdiri dari dua kata, yakni sadis dan masokhis; sadomasokhisme berarti kecenderungan atau kelainan sadis dan masokhis).

Baik pada peristiwa homoseks maupun lesbian, sebab utama dari pola tingkah laku relasi seksual yang abnormal itu ialah rasa tidak puas dalam relasi heteroseksual. Sering kali mitra seksnya diidentifikasi dengan orang tua yang sangat dominan (yang sangat dibenci/ditolak, namun sekaligus dirindukan dan dicintainya), atau diidentifikasi dengan seorang kekasih yang agresif dan brutal yang ditolak, tetapi sekaligus sangat dicintainya.

Parafilia-Parafilia yang Tidak Diatur Secara Khusus

Parafilia-parafilia ini tidak bisa dimasukkan dalam kelompok parafilia konvensional seperti yang telah dikemukakan di atas, karena itu mereka dimasukkan dalam suatu kelompok tersendiri. Kelompok parafilia ini terdiri dari aktivitas dan sebutan yang beraneka ragam dan kebanyakan di antaranya tidak dapat dipahami dengan baik.

1. *Bestialitas*. Penyimpangan seksual di mana seseorang mendapatkan kepuasan seksual dengan melakukan persetubuhan dengan binatang disebut bestialitas (*bestia* = binatang). Di medan-medan pertempuran/peperangan dan di desa-desa terpencil yang dihuni oleh sedikit wanita dan banyak pria, praktek bestialitas banyak terjadi dan dianggap sebagai suatu peristiwa biasa saja. Dilaporkan bahwa pada umumnya kaum pria yang dibesarkan di daerah peternakan melakukan relasi seks dengan binatang dan dengan cara demikian bisa menikmati orgasme. Kinsey melaporkan bahwa orgasme melalui relasi seks dengan binatang pada pria (kira-kira 17%) yang dibesarkan di daerah pertanian. Ada kalanya pola bestialitas yang menetap itu dipakai sebagai substitusi atau mekanisme pengganti untuk menghindari hubungan heteroseksual (dengan seorang wanita) karena pria yang bersangkutan takut mengalami kegagalan dan kekecewaan dalam bersetubuh dengan wanita.
2. *Troilisme/triolisme/group sex*. Troilisme (*troi* = tiga; trio bertiga) ialah gejala seseorang yang melakukan persetubuhan dengan mitra seksnya dengan cara mengikutsertakan orang lain untuk menonton dirinya. Biasanya ada dua pasang yang melakukan persetubuhan pada waktu dan tempat yang sama sehingga mereka bisa saling menonton.
 Pada umumnya, orang-orang yang troilis ini mempunyai kehidupan seks yang tidak adekuat, tidak dewasa. Mereka itu baru bisa melakukan persetubuhan jika bisa membagikan pengalamannya dengan orang lain. Mereka sering dihindangi juga oleh unsur voyeurisme dan rasa kurang percaya pada diri sendiri. Troilisme ini lebih banyak terdapat pada kaum pria daripada kaum wanita. Maka, kurang adanya kepercayaan diri pada kemampuan seksual pria tadi menimbulkan mekanisme kompensasi untuk memperlihatkan atau mempertontonkan kemampuan atau keunggulan seksnya pada orang lain.
3. *Geronto-seksualitas*. Ini adalah gejala seorang pemuda atau seorang pemudi yang lebih senang melakukan hubungan seks dengan wanita tua atau pria tua yang sudah berusia lanjut. Biasanya aktivitas geronto-seksualitas (*geroon*, *gerontos* = tua renta) dilakukan dengan motivasi pertimbangan ekonomis sehingga pemuda atau pemudi tersebut bersedia kawin dengan orang yang jauh lebih tua usianya daripada dirinya sendiri.

Apabila seorang pemuda atau seorang pemuda lebih senang kawin dengan orang yang tua renta dan lebih senang melakukan persetubuhan dengannya, maka hal itu biasanya berindikasi dorongan atau keinginan seks sebagai substitusi dari cinta kasih terhadap orang tuanya (*a parent substitute*).

4. *Incest*. Incest (*incestum*, *in/non* = tidak; *castus* = suci, bersih; *incest* = penodaan darah karena melakukan persetubuhan yang sifatnya tidak suci) ialah hubungan seks di antara pria dan wanita di dalam atau di luar ikatan perkawinan, di mana mereka terkait dalam hubungan kekerabatan atau keturunan yang dekat sekali. Sebenarnya secara legal dan biologis mereka tidak diizinkan melakukan pernikahan dan persetubuhan. Incest banyak terjadi di kalangan rakyat dari tingkat sosial ekonomis yang sangat rendah dan pada orang keturunan darah campuran. Juga banyak dijumpai pada kalangan kaum bangsawan serta hartawan untuk menjamin kelangsungan dari darah kebangsawannya dan untuk menjamin supaya harta kekayaan tetap terpusat dalam lingkungan keturunan.

Pada banyak peristiwa incest, "ayah-anak perempuan", si anak berbuat demikian dengan kemauan sendiri (ada kompleks Oedipus yang kuat), hanya sebagian kecil saja mau menjalaninya karena dipaksa atau diancam oleh ayahnya. Juga ada incest "kakak-adik" dan incest "ibu-anak pria." Perbuatan incest tersebut dinamakan juga sebagai peristiwa "penodaan darah." Dan hasil dari tingkah laku incest ini ialah sering kali melahirkan anak-anak yang cacat jasmaniah dan rohaniannya.

5. *Saliroma*. Gejala pria yang mendapatkan kepuasan seks dengan jalan mengotori atau menodai badan dan pakaian wanita atau barang-barang yang ada hubungannya dengan kaum wanita dinamakan saliroma. Biasanya orang tersebut dihindangi oleh rasa benci, dendam, dan kompulsi-kompulsi tertentu yang dilampiaskan dengan jalan secara simbolis menodai atau mengotori tubuh wanita atau patung wanita dengan telur busuk, tinta, cat, ter, tahi, dan sebagainya.
6. *Misofilia, koprofilia, urofilia*. Kelainan-kelainan misofilia, koprofilia, dan urofilia (*miseo*, *misein* = benci, kotoran; *kopron* = benda buang, tahi, najis; *ouron* = air kencing, kemih, air seni) adalah gejala di mana seseorang senang melakukan persetubuhan dibarengi dengan kesenangan pada kotoran-kotoran (hal-hal yang jorok), tahi, dan air kencing. Adapun sebabnya ialah sejak kecil individu itu sudah mengembangkan pola asosiasi yang salah di antara seksualitas dengan dosa-dosa dan kotoran-kotoran sehingga pola kaitan antara persetubuhan dan hal-hal yang jorok itu menjadi tingkah laku yang menetap. Koprofilia sering terdapat pada kaum pria dan urofilia banyak terdapat pada kaum wanita.

7. *Tukar istri/wifeswapping*. Praktek tukar istri, *wifeswapping* (*swap* = bertukar, berganti), biasanya dilakukan oleh para anggota dari satu Klub Kunci (*Sleutel Club*). Kunci-kunci dari semua kamar (beserta isinya, yakni istri masing-masing) itu diundi di antara para anggota klub tersebut. Lalu, masing-masing orang melakukan relasi seks dengan wanita penghuni kamar dengan kunci yang diperoleh itu.

Sebab-sebab dari praktek *wifeswapping* ini antara lain, ialah: (1) kebosanan dalam perkawinan; (2) ingin mendapatkan petualangan pengalaman seksual dengan macam-macam pria atau wanita, serta ingin mendapatkan variasi seks dan kegairahan seks dalam bentuk lain; (3) ketidakserasian kepribadian.

Sekalipun pertukaran istri tersebut berlangsung dengan persetujuan semua pihak, namun praktek yang demikian bisa disebut sebagai *promiskuitet* dan sering menggoncangkan atau membahayakan kestabilan perkawinan.

8. *Promiskuitet*. Hubungan seks secara bebas dengan siapa pun juga dan dilakukan dengan banyak orang dinamakan *promiskuitet*. *Promiskuitet* merupakan tindakan seksual yang tidak bermoral secara terang-terangan dan tanpa malu-malu. *Promiskuitet* itu biasanya didorong oleh nafsu-nafsu seks yang tidak terintegrasi, tidak matang (tidak dewasa) dan tidak wajar. Sifatnya tidak jauh berbeda dengan ciri-ciri praktek prostitusi. Penganut-penganut *promiskuitet* itu menuntut adanya kebebasan seks secara ekstrem dalam iklim cinta bebas dan seks bebas. Dengan jalan *promiskuitet* itu, orang-orang ingin mendapatkan pengalaman-pengalaman seksual yang intensif dan eksekif tanpa dibatasi oleh norma-norma sosial atau tabu-tabu agama yang mengatur kebebasan manusia dalam relasi seksnya.

Wanita yang melakukan perbuatan *promiskuitet* disebut sebagai "amatrice", sedangkan pria biasanya disebut sebagai "amateur" atau "Don Juan." Sudah jelas bahwa libido (dorongan nafsu seksual) mereka biasanya abnormal, sangat kuat bahkan sering lebih kuat daripada dorongan seks orang normal. Emosi mereka sangat tidak stabil, sedangkan fungsi intelektual dan relasi sosialnya tidak dewasa.

Oleh adanya seks bebas itu, pelaku-pelakunya tidak mendapat kepuasan seks. Tetapi, oleh relasi seks yang eksekif (sangat banyak) mereka justru tidak mampu menghayati kepuasan seks yang sebenarnya, sebab mereka menjadi budak dari dorongan seks yang tidak terkendali. Mereka akan jadi pecandu seks yang tidak puas-puasnya dan tidak pernah bisa menghayati kebahagiaan dalam relasi seksual. Selanjutnya, mereka itu tidak bisa menikmati keindahan persembuhan dan kehidupan erotik yang sejati. *Promiskuitet* mengakibatkan mental yang labil dan menumbuhkan sikap yang tidak bertanggung jawab.

9. *Perzinahan*. Relasi seksual di antara pria yang sudah kawin dengan wanita yang bukan mitra legal (istri orang lain, gadis atau janda binal) disebut perzinahan. Kegiatan perzinahan yang eksekusif sering menjadi sebab utama terjadinya perceraian.

Perzinahan oleh seorang istri itu pada umumnya sifatnya serius dan bisa lebih membahayakan perkawinannya jika dibandingkan dengan perzinahan oleh seorang pria. Sebab biasanya wanita itu baru mau mengadakan hubungan seks dengan pria lain (di luar suaminya) bila ia menaruh rasa cinta, jadi ada relasi emosional atau afektif yang kuat. Sedangkan perzinahan pada pria itu pada umumnya disebabkan oleh dorongan keisengan atau untuk memuaskan kepuasan seks sesaat saja.

Perzinahan itu pada hakikatnya lebih banyak terjadi daripada yang diperkirakan umum, sebab berlangsungnya secara sembunyi-sembunyi. Ada juga suami-istri (keluarga-keluarga) yang "hypermodern" dan bersifat radikal yang menganut seks bebas, justru suami mengizinkan atau menganjurkan istrinya melakukan perzinahan atau relasi seks di luar perkawinan agar istri memperoleh tambahan pengalaman dan tambahan kepuasan seks. Izin perzinahan bagi istrinya itu sering dijadikan alasan bagi pihak suami untuk melakukan perzinahan dengan wanita-wanita lain. Pada umumnya, relasi seks di luar perkawinan berupa perzinahan itu lebih banyak menimbulkan kesengsaraan dan penderitaan batin daripada keuntungan.

10. *Seduksi dan perkosaan*. Seduksi (*seduire* = membujuk, menggoda) adalah bujukan dan godaan untuk mengajak mitranya bersetubuh, yang sebenarnya melanggar norma susila atau melanggar hukum. Biasanya pihak wanita mendapat janji-janji indah akan dikawini dan ditanggung nasibnya.

Dalam seduksi ini terdapat unsur-unsur paksaan halus dan tekanan-tekanan tertentu yang sifatnya kurang atau tidak normal. Lebih-lebih jika bujukan itu mengakibatkan penyerahan diri dari pihak wanita dan mengakibatkan kehamilan. Namun jika pihak pria tidak mau bertanggung jawab dan tidak memenuhi janjinya, maka akan muncul banyak kesulitan.

Perkosaan (*rape*) tidak lain adalah perbuatan cabul melakukan persetubuhan dengan kekerasan dan paksaan. Perkosaan merupakan perbuatan kriminal yang dikecam oleh masyarakat dan bisa dituntut dengan hukuman berat. Perkosaan selalu didorong oleh nafsu-nafsu seks yang sangat kuat dan dibarengi oleh emosi-emosi yang tidak matang dan tidak adekuat, serta unsur-unsur kekejaman dan sifat sadistik.

11. *Nekrofilia*. Nekrofilia (*nekros* = mayat; *necro* = segala sesuatu yang berhubungan dengan mayat) tidak lain adalah melakukan hubungan seks dan me-

nikmati orgasme dengan mayat. Tidak jarang terjadi anak-anak dan wanita dibunuh dan sesudahnya diperkosa. Nekrofilia sering berhubungan dengan sadisme.

Nekrofilia itu disebabkan antara lain oleh orang yang dihinggapi rasa inferior yang begitu hebat karena mengalami trauma serius sehingga ia tidak berani melakukan relasi seks dengan seorang wanita (yang masih hidup). Biasanya ia dihinggapi pula oleh perasaan cemas atau ketakutan dan dendam yang kronis. Persetubuhan dengan mayat itu kadang-kadang dibarengi dengan perusakan terhadap mayat tadi. Dengan sendirinya, gejala nekrofilia ini menjurus pada sifat psikotik karena didorong oleh nafsu seks yang berkobar-kobar dan abnormal. Seorang nekrofil bisa membunuh seseorang untuk mendapatkan mayat untuk dipakai sebagai mitra bersetubuh dan kemudian merusaknya. Bahkan kadang-kadang beberapa bagian dari tubuh mayat tersebut dimakannya. Dengan demikian, terjadilah apa yang disebut kanibalisme.

12. *Pornografi dan dukana/obscenity*. Pornografi adalah bacaan yang imoral, berisikan gambar-gambar dan tulisan asusila, yang khusus dibuat untuk merangsang nafsu seks. Tingkah laku pornografis ialah tingkah laku yang abnormal, yaitu bila seseorang lebih banyak mendapatkan kepuasan seks dengan bacaan dan gambar-gambar yang pornografis, maka dengan demikian selera halus seksualnya dan sifat-sifat erotik yang wajar menipis. Sedangkan dukana atau *obscenity* (*obscenity* = lacur, tidak senonoh) merupakan pola tingkah laku, gerak-gerik, perkataan-perkataan dan ekspresi lainnya yang bersifat erotik, yang berlangsung secara tidak sopan, jorok, dan menjijikkan. Misalnya, melakukan kontak erotik di tempat-tempat umum secara terbuka dan mencolok.

Penyebab dan Perawatan

Ada beberapa penjelasan mengenai penyebab dan perawatan parafilia-parafilia, dan dalam uraian ini hanya dikemukakan tiga pendekatan, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar dan kognitif, serta pendekatan fisiologis. Perlu dikemukakan juga ketiga pendekatan itu hanya merupakan usaha untuk menjelaskan penyebab dan perawatan beberapa parafilia dan tidak lengkap karena tidak mencakup untuk semua parafilia. Ada banyak parafilia lain yang belum diketahui penyebab dan juga perawatannya.

Pendekatan psikodinamik. Pandangan psikodinamik terhadap sadisme seksual bertolak dari pandangan Freud yang mengemukakan bahwa ada dua insting dasar pada manusia, yakni agresi dan seks; energi-energi dari kedua insting ini dapat ditukarkan sehingga agresi dapat memicu rangsangan seksual dan seks dapat

menimbulkan agresi (Bieber, 1974; Freud, 1920/1955). Pemindahan rangsangan dari agresi ke seks dapat digunakan untuk menjelaskan kasus-kasus di mana tindakan-tindakan sadistik, seperti mencambuk dan memukul, digunakan untuk membangkitkan rangsangan seksual. Sebaliknya, pemindahan rangsangan dari seks ke agresi dapat digunakan untuk menjelaskan contoh-contoh di mana sadisme terjadi setelah individu mengalami rangsangan seksual dan melakukan persetubuhan. Perlu diketahui juga bahwa tindakan agresif yang sederhana, seperti menggigit, sering terjadi pada saat melakukan hubungan seksual yang normal dan digunakan sebagai bukti untuk pemindahan seks kepada agresi.

Meskipun pemindahan energi antara agresi dan seks merupakan suatu proses normal, namun menurut teori psikodinamik kemungkinan besar pemindahan itu terjadi pada individu-individu yang tidak berada pada tahap genital dari perkembangan psikoseksual. Teori psikodinamik berpendapat bahwa kejadian sadisme itu lebih tinggi di kalangan pria karena mereka memiliki kadar agresi bawaan lebih tinggi sehingga tindakan-tindakan agresif lebih mudah terangsang (Freud, 1905/1953).

Penjelasan tentang masokhisme menimbulkan kesulitan bagi kebanyakan ahli teori psikodinamik karena Freud mengemukakan bahwa manusia didorong oleh *prinsip kenikmatan*, sedangkan masokhisme justru berusaha untuk memperoleh rasa sakit (Bieber, 1974; Freud, 1915/1955, - 1919/1955, 1925/1955). Dalam makalahnya yang berjudul *Beyond the Pleasure Principle*, Freud (1920/1955) mengemukakan bahwa masokhisme mungkin merupakan manifestasi dari insting lain, yakni insting mati. Kemungkinan lain, masokhisme itu merupakan usaha untuk membelokkan insting agresif itu kepada diri sendiri. Dengan kata lain, kalau individu sangat takut untuk mengungkapkan agresi kepada orang lain, maka agresi itu mungkin diungkapkan kepada diri sendiri, dan akibatnya adalah masokhisme.

Teori psikodinamik tradisional tentang eksibisionisme dan transvestisme mengemukakan bahwa kedua parafilia itu merupakan usaha-usaha untuk mengingkari kemungkinan kastrasi (Bak & Stewart, 1974). Gagasannya ialah pria terpaku atau melekat atau mundur kembali pada tahap phalik dari perkembangan psikoseksual di mana masalah yang dominan adalah pikiran mengenai kastrasi dan parafilia-parafilia itu menunjukkan usaha-usaha pria untuk mengingkari kemungkinan bahwa dia dapat dikastrasi. Misalnya, dengan eksibisionisme pria dapat meyakinkan dirinya dan orang-orang lain bahwa dia tidak pernah dikastrasi dan dengan fetishisme transvestis (*cross dressing*), pria yang berpakaian wanita itu dapat mengingkari fakta bahwa para wanita telah dikastrasi karena di balik pakaian wanita yang dikenakannya itu dia menemukan penis.

Motif yang mendasari teori-teori ini untuk parafilia-parafilia adalah individu-individu berfungsi pada tahap perkembangan psikoseksual yang tidak matang (yakni terpaku atau melekat atau kembali pada tahap perkembangan lebih awal) dan mereka masih bergelut dengan bermacam-macam konflik dasar. Ini penting karena menghasilkan gagasan bahwa parafilia-parafilia itu hanyalah manifestasi-manifestasi dari gangguan-gangguan kepribadian mendasar yang lebih luas (Karpman, 1951; Loland & Balint, 1956). Tetapi tidak ada bukti yang kuat dan konsisten bahwa orang-orang yang mengalami gangguan parafilia mengalami masalah-masalah utama yang lain atau mereka menderita gangguan-gangguan kepribadian yang mendasar. Misalnya, suatu penelitian terhadap 504 orang yang berlangganan majalah untuk para transvestis memperlihatkan bukti yang kurang kuat bahwa individu-individu itu mengalami masalah-masalah penyesuaian diri yang lain. Hasil-hasil dari penelitian lain juga memperlihatkan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan fetishisme transvestis tidak melakukan tindakan-tindakan kriminal dibandingkan dengan orang-orang lain dan telah ditemukan juga bahwa para eksibisionis mendapat skor normal pada semua skala MMPI. Dengan demikian, salah satu ciri khas yang mencolok dari orang-orang yang mengalami gangguan parafilia adalah dalam semua hal yang lain mereka sangat normal. Dalam beberapa kasus, orang-orang yang mengalami gangguan parafilia memperlihatkan tanda-tanda adanya konflik dan stres, tetapi biasanya konflik dan stres tersebut kelihatannya merupakan akibat dan bukan penyebab dari tingkah laku seksual yang menyimpang (Buhrich, 1981).

Karena teori psikodinamik berpendapat bahwa gangguan-gangguan parafilia disebabkan oleh suatu gangguan kepribadian yang mendasar, maka perawatan dipusatkan pada usaha membantu perkembangan emosional dan mengatasi konflik-konflik tak sadar. Tetapi tidak ada bukti yang terkontrol bahwa psikoterapi adalah efektif untuk merawat parafilia-parafilia, dan dengan demikian kita harus bersandar pada studi-studi kasus untuk mendukung pandangan psikodinamik (Berlin & Meinecke, 1981). Karena dukungan terhadap pandangan psikodinamik terbatas, maka perhatian diarahkan pada penjelasan-penjelasan teori belajar, kognitif, dan fisiologis.

Pendekatan belajar dan kognitif. Para ahli teori belajar menghubungkan parafilia-parafilia dengan pengondisian, dan mereka mengemukakan bahwa ada dua cara pengondisian yang dapat menimbulkan parafilia-parafilia. *Pertama*, parafilia-parafilia dapat berkembang bila secara kebetulan rangsangan seksual berpasangan dengan suatu objek atau kegiatan tertentu. Pasangan itu menyebabkan asosiasi antara hukuman dan rangsangan seksual, dan dengan demikian pada masa yang akan datang apabila seorang pemuda dihukum, maka ia akan mengalami

rangsangan seksual. Dalam kasus ini pasangan hukuman dengan rangsangan seksual akan menjadi dasar untuk gangguan masokhisme seksual. Selanjutnya, karena rangsangan seksual menyenangkan (mendapat hadiah), maka pemuda itu akan mencari secara aktif kegiatan-kegiatan yang memerlukan hukuman dan menimbulkan rangsangan seksual. Dengan kata lain, suatu kebiasaan yang terkondisi secara operan untuk menggunakan objek atau kegiatan parafilia supaya mencapai kenikmatan seksual akan berkembang. Teori ini didukung oleh penemuan laboratorium di mana parafilia-parafilia dikembangkan dengan pasangan rangsangan seksual dan stimulus-stimulus yang sebelumnya netral (Rackman, 1966; Rackman & Hodgson, 1968). Dalam serangkaian percobaan, kepada 10 subjek pria mula-mula diperlihatkan suatu slide dari sepasang sepatu bot wanita yang tingginya sampai lutut (stimulus netral) dan segera sesudah itu kepada subjek-subjek tersebut diperlihatkan suatu slide dari wanita telanjang atau yang hanya berpakaian sedikit sekali (sumber dari rangsangan seksual). Rangsangan seksual ditetapkan dengan suatu alat yang mengukur perubahan-perubahan dalam ukuran penis. Hasilnya menunjukkan bahwa sesudah slide sepatu bot itu dalam jangka waktu tertentu berpasangan dengan slide wanita telanjang, maka semua subjek memperlihatkan rangsangan seksual yang meningkat ketika mereka hanya melihat slide sepatu bot wanita. Dengan kata lain, sesudah pengondisian, ereksi terjadi karena hanya melihat sepatu bot. Selanjutnya, untuk beberapa subjek akibat-akibat dari pengondisian itu berlaku juga bagi objek-objek yang terkait, dan subjek-subjek itu memperlihatkan rangsangan seksual bila kepada mereka diperlihatkan slide dari sepasang sepatu hitam yang bertumit tinggi atau sepasang sandal emas. Dalam percobaan-percobaan ini parafilia-parafilia dikembangkan melalui pengondisian klasik.

Teori belajar mengenai parafilia menghasilkan strategi perawatan yang disebut terapi aversi (*aversion therapy*) yang dilakukan dengan cara kecemasan diberi berpasangan dengan objek (kegiatan) parafilia sehingga pada masa yang akan datang objek (kegiatan) tersebut akan menimbulkan kecemasan di samping atau tanpa rangsangan seksual. Dalam salah satu penelitian tentang terapi aversi, individu-individu yang mengalami gangguan fetishisme transvestis mengikuti dua sesi latihan sehari dan berlangsung selama jangka waktu dua minggu (Marks & Gelder, 1967). Dalam sesi latihan itu, pasien memakai seperangkat elektroda yang dipasang pada lengannya dan lewat elektroda-elektroda tersebut dia dapat diberi kejutan listrik yang menyakitkan oleh *remote control* (pengontrol jarak jauh). Kejutan-kejutan diberikan bila pasien mulai mengenakan salah satu barang yang dipakai wanita atau bila ia ternyata melakukan fantasi tentang pakaian wanita. Hasilnya menunjukkan bahwa ketika latihan tersebut berkembang, maka pasien makin lama makin berkurang mengalami ereksi selama memakai atau berpikir

tentang pakaian wanita. Perlu diketahui prosedur-prosedur latihan tersebut tidak mengurangi respons seksual pasien terhadap stimulus-stimulus seksual yang tepat (misalnya slide tentang wanita telanjang). Dengan kata lain, terapi aversi mengurangi respons terhadap pakaian wanita, tetapi bukan kepada wanita. Hasil-hasil dari penelitian lanjutan yang diadakan dua tahun kemudian menunjukkan bahwa untuk sebagian besar pasien pengaruh-pengaruh dari latihan masih kelihatan (Marks, *et al.*, 1970).

Salah seorang pasien dalam penelitian tersebut mengalami rangsangan seksual ketika ia berfantasi tentang "dirinya diikat" (suatu gangguan masokhisme yang ringan). Perawatan dilakukan dengan cara memberikan suatu kejutan listrik yang ringan bila ternyata ia mengalami salah satu fantasi masokhistik yang ringan. Tingkat ereksi yang dialami pasien pada waktu ia berpikir tentang dirinya diikat menurun sesudah mengikuti beberapa sesi latihan pertama, tetapi meningkat secara dramatis sesudah tidak mengikuti latihan selama dua minggu. Akibat tersebut dikenal dengan sebutan *spontaneous recovery*. Selanjutnya, tingkat rangsangan akan menurun bila diberi latihan tambahan dan apa yang disebut *spontaneous recovery* itu dilenyapkan.

Terapi aversi itu dapat menjadi efektif dengan dua alasan. *Pertama*, apabila objek (kegiatan) parafilia itu dapat dibuat untuk menimbulkan kecemasan maka objek (kegiatan) tersebut akan dihindari. Dengan kata lain, terapis berusaha untuk mengembangkan suatu *fobia* yang terkondisi secara klasik terhadap objek parafilia dan diharapkan bahwa pasien kemudian akan menghindari objek parafilia itu dan kembali kepada hubungan seksual yang normal. *Kedua*, apabila objek parafilia itu dibuat untuk menghilangkan kecemasan, maka kecemasan mungkin mengganggu dan menghalangi rangsangan seksual.

Suatu masalah yang mungkin terjadi dengan terapi aversi itu adalah pasien mungkin menjadi cemas terhadap objek-objek parafilia pada waktu ia berada di kantor terapis di mana ia mengetahui bahwa objek-objek parafilia itu akan disertai dengan akibat-akibat negatif (kejutan listrik), tetapi pasien mungkin mengetahui bahwa akibat-akibat negatif tidak akan terjadi bila objek-objek parafilia itu ada di rumahnya sendiri. Dengan kata lain, pasien mungkin membedakan situasi-situasi, dan kecemasan yang terkondisi tidak akan merata untuk semua situasi.

Teori belajar kedua tentang parafilia juga didasarkan pada konsep pengondisian klasik, tetapi teori ini mengemukakan bahwa untuk suatu alasan, maka mitra seks yang tepat tidak disediakan, dengan demikian individu mengalami rangsangan seksual atau kenikmatan terhadap suatu objek yang diasosiasikan dengan mitra seks yang diinginkan tetapi tidak ada. Dalam teori ini, parafilia adalah suatu substitusi. Misalnya, pria merasa wanita merangsang dan karena barang-barang yang

dikenakan wanita diasosiasikan dengan wanita, maka objek-objek itu dapat menimbulkan rangsangan dan kenikmatan (generalisasi). Dengan demikian apabila wanita tidak ada, maka pria mungkin menggunakan objek pengganti yang diasosiasikan dengan wanita untuk mencapai rangsangan dan kenikmatan. Teori ini didukung oleh fakta bahwa kebanyakan objek parafilia diasosiasikan dengan wanita, dan orang yang mengalami gangguan parafilia biasanya mengumpulkan pakaian wanita.

Suatu pertanyaan yang penting mengenai teori ini dan pendekatannya terhadap perawatan ialah mengapa mitra seks tidak ada? Dalam kebanyakan kasus, seorang mitra seks mungkin tidak ada karena wanita dan hubungan seksual dipersepsikan sebagai sesuatu yang menakutkan atau mengancam. Terhadap kemungkinan tersebut menarik untuk diketahui bahwa beberapa individu yang mengalami gangguan parafilia adalah takut atau malu-malu dan keterampilan-keterampilan sosial kurang. Dalam kasus-kasus tersebut, tindakan-tindakan sosial yang tidak pantas mungkin mengakibatkan kegagalan hubungan sosial atau seksual dan mungkin menyebabkan individu mencari sumber-sumber alternatif kepuasan seksual.

Perawatan yang didasarkan pada teori tersebut di atas adalah membantu supaya orang yang menderita gangguan parafilia itu mencapai secara psikologis anggota yang tidak sejenis. Biasanya dicapai dengan suatu bentuk keterampilan sosial yang akan meningkatkan kemungkinan keberhasilan sosial. Latihan relaksasi (desensitisasi sistematis) juga digunakan untuk mereduksikan kecemasan yang diasosiasikan dengan anggota yang tidak sejenis (Bond & Hutchinson, 1960; Wolpe, 1958). Perawatan yang didasarkan pada keterampilan sosial dan latihan relaksasi mungkin sama sekali tidak efektif karena meskipun teknik perawatan ini mungkin membuat anggota yang tidak sejenis mudah ditemui, namun tingkah laku parafilia memiliki sejarah hadiah yang panjang (kepuasan seksual), dan dengan demikian individu yang bersangkutan mungkin tidak mau menyerah. Dengan demikian, pendekatan yang sangat efektif terhadap perawatan mungkin memerlukan latihan keterampilan sosial dan desensitisasi sistematis untuk meningkatkan kemampuan mencapai hubungan seksual yang normal, disusul dengan terapi aversi untuk mengurangi daya tarik tingkah laku parafilia. Dengan kata lain, membuat objek seks yang tepat dapat dicapai dan mengembangkan penghindaran terhadap objek seks yang tidak tepat.

Pendekatan fisiologis. Salah satu teori yang sangat populer tentang parafilia adalah "dorongan seks yang tinggi menyebabkan parafilia". Secara khusus akan dikemukakan bahwa pria yang mengalami gangguan parafilia memiliki tingkat hormon testosteron yang lebih tinggi daripada yang normal. Gagasan mendasar ialah dorongan yang sangat tinggi bagaimanapun juga akan meluap kepada tingkah

laku seksual yang tidak tepat atau mendorong individu kepada tingkah laku abnormal. Teori ini dan gambaran dari orang yang bernaifu seksual terlalu tinggi telah diterima secara luas oleh masyarakat umum. Tetapi data yang mendukung teori ini sangat terbatas. Misalnya, bila pria yang mengalami dan yang tidak mengalami gangguan fetichisme transvestis dibandingkan dalam hal hormon yang berhubungan dengan seks, maka tidak ditemukan adanya perbedaan di antara mereka (Buhrich, *et al.*, 1979).

Apabila parafilia-parafilia disebabkan oleh dorongan seks yang sangat tinggi, maka mengurangi dorongan tersebut dengan cara pembedahan (kastrasi) atau obat akan menjadi perawatan yang efektif. Keberhasilan dengan perawatan-perawatan ini telah digunakan sebagai bukti terhadap hubungan antara dorongan seksual yang sangat tinggi dan parafilia. Tetapi perlu diketahui juga bahwa meskipun ditemukan pengurangan dorongan seksual mengakibatkan pengurangan parafilia, tetapi tidak berarti bahwa parafilia-parafilia disebabkan oleh dorongan seks yang tinggi. Sebaliknya, ada kemungkinan juga bahwa parafilia-parafilia itu disebabkan oleh dorongan seks yang diarahkan ke jurusan yang salah. Mengurangi dorongan mungkin akan mengurangi parafilia karena mengurangi dorongan itu akan mengurangi tingkah laku seksual pada umumnya dan tidak harus karena dorongan itu terlalu tinggi.

Terlepas dari apakah parafilia-parafilia disebabkan oleh dorongan seks yang sangat tinggi atau tidak, kita harus meneliti secara cermat perawatan-perawatan yang dirancang untuk mengurangi dorongan seks karena perawatan-perawatan itu efektif dan karena perawatan-perawatan itu juga telah menimbulkan banyak kontroversi. Pendekatan yang sangat drastis adalah kastrasi (melakukan operasi dengan menghilangkan testikel) yang menghilangkan sumber dari testosteron. Pendekatan ini hanya digunakan secara terbatas yang digunakan hanya untuk orang-orang seperti para pemerkosa yang tingkah laku seksualnya menyebabkan bahaya yang hebat bagi orang-orang lain. Kastrasi mengurangi dorongan seksual, tetapi bertenangan dengan anggapan banyak orang karena kastrasi tidak harus menghilangkan dorongan dan tingkah laku seksual. Misalnya, 39 pemerkosa yang telah dikastrasi dan dibebaskan dari penjara-penjara di Jerman Barat melaporkan bahwa sesudah kastrasi, frekuensi pikiran-pikiran tentang seks, masturbasi, dan persetubuhan sangat berkurang. Tetapi, 50% dari para pria tersebut melaporkan bahwa mereka masih mampu melakukan hubungan seksual (Heim, 1981). Pada umumnya boleh dikatakan bahwa akibat utama kastrasi adalah dorongan seksual berkurang yang menyebabkan tingkah laku seksual yang tidak tepat berkurang juga.

Selain berbicara mengenai penggunaan operasi untuk mengurangi dorongan seksual, mungkin perlu juga dikemukakan di sini tentang operasi otak (Rieber &

Sigusch, 1979; Schmidt & Schorsch, 1981). Dalam operasi-operasi yang dilakukan di Jerman Barat, bagian bawah dari hipotalamus dari 75 orang pasien dihancurkan. Operasi itu dipusatkan pada hipotalamus karena hipotalamus adalah daerah otak yang berfungsi untuk rangsangan pada umumnya dan rangsangan seksual pada khususnya. Karena dasar dari operasi itu diragukan dan hasilnya tidak jelas, maka prosedur ini ditinggalkan.

Pendekatan kedua untuk mengurangi dorongan seks adalah pemakaian obat. Obat-obat yang digunakan untuk mengurangi dorongan seks pada pria dikenal dengan sebutan antiandrogen. Karena hormon pria yang dikurangi itu termasuk dalam golongan hormon yang dikenal dengan sebutan androgen. Anti androgen yang sangat sering digunakan adalah *MPA (medroxyprogesterone acetate)* yang dikenal secara luas oleh sebutan merk dagangnya *Depo-Provera* (Money, 1970). Depo-Provera disuntikkan ke dalam otot dan kemudian dilepaskan secara perlahan-lahan dari otot ke dalam aliran darah. Karena dilepaskan secara perlahan-lahan, maka pasien yang menjalani perawatan disuntik hanya sekali atau dua kali dalam seminggu. Kalau sudah sampai di dalam darah, Depo-Provera menghambat pelepasan hormon-hormon yang berkenaan dengan seks dari kelenjar pituitaria (*pituitary gland*). Penghambatan tersebut penting karena biasanya hormon-hormon dari kelenjar pituitaria merangsang testikel (buah pelir) dan menyebabkan rangsangan testosteron yang berfungsi untuk rangsangan seksual. Dengan demikian, Depo-Provera mengurangi dorongan seks pria karena pelepasan hormon-hormon yang berkaitan dengan seks dikurangi.

Akibat-akibat samping dari Depo-Provera adalah perasaan mengantuk, berat badan bertambah, dan tekanan darah meningkat (Berlin & Krout, 1986). Berkenaan dengan efek-efek samping, harus diketahui bahwa obat bukanlah suatu perawatan yang membuat pria menjadi wanita, dan pria yang menggunakan obat tidak mengembangkan ciri-ciri khas seks wanita, seperti buah dada. Semua pengaruh dari Depo-Provera hilang dalam jangka waktu 10 hari sesudah suntikan Depo-Provera tidak diteruskan, dan dengan demikian Depo-Provera tidak menghasilkan pengaruh jangka panjang.

Dalam sejumlah besar laporan klinis tentang penggunaan Depo-Provera untuk mengontrol tingkah laku seks yang tidak tepat telah ditemukan bahwa obat adalah efektif (Berlin & Meinecke, 1981; Gange, 1981; Langevin, *et al.*, 1979; Money, 1970; Wincze, *et al.*, 1986). Dalam salah satu penelitian di mana pasien diteliti lagi dalam jangka waktu antara 5 dan 15 tahun telah ditemukan bahwa hanya 3 dari 20 pasien yang dirawat kambuh lagi (Berlin & Meinecke, 1981). Dalam menilai penemuan-penemuan ini, dua hal yang penting harus diketahui. *Pertama*, banyak dari penemuan-penemuan itu didasarkan pada laporan-laporan para pasien sendiri,

dan laporan-laporan tersebut mungkin tidak akurat karena para pasien itu ragu-ragu melaporkan kegagalan dari perawatan terhadap tingkah laku seks yang tidak tepat. *Kedua*, sejauh obat mengurangi tingkah laku yang tidak tepat, pengaruh-pengaruhnya mungkin pertama-tama hanya mengurangi nafsu seksual subjektif dan bukan mengurangi rangsangan seksual fisiologis (Langevin, *et al.*, 1979; Wincze, *et al.*, 1986).

Telah diperlihatkan juga dalam suatu percobaan yang dinamakan *double-blind experiment* di mana kepada para eksibisionis diberikan entah Depo-Provera atau placebo dan kemudian diperlihatkan slide mengenai orang yang telanjang. Pada waktu subjek-subjek menonton orang yang telanjang, mereka mencatat tingkat-tingkat rangsangan mereka dan dalam pada itu juga tingkat-tingkat aktual dari rangsangan ditetapkan dengan mengukur perubahan-perubahan dalam ukuran penis. Hasilnya menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan subjek-subjek yang diberi placebo, subjek-subjek yang diberi Depo-Provera menilai diri mereka sendiri kurang terangsang secara seksual, tetapi memperlihatkan tingkat ereksi yang sama. Dengan kata lain, seperti halnya dengan kastrasi, Depo-Provera kelihatannya mengurangi pikiran-pikiran dan nafsu-nafsu yang menimbulkan tingkah laku seksual, tetapi bila individu dirangsang dengan tepat maka ia dapat terangsang secara seksual dan aktif. Dengan kata lain, obat berpengaruh untuk mengurangi tingkah laku seksual, tetapi tidak menghilangkan kemungkinan kegiatan seksual.

Disfungsi-Disfungsi Seksual

Gangguan disfungsi seksual adalah tidak adanya atau tidak dapat mengadakan respons seksual dalam suatu hal tertentu selama siklus respons seksual. Disfungsi seksual (tidak seperti parafilia) tidak melibatkan dorongan-dorongan seksual, fantasi-fantasi, atau pola-pola tingkah laku yang menyimpang atau aneh. Disfungsi seksual juga tidak menimbulkan rasa sakit bagi orang-orang lain, seperti yang terjadi dalam kasus sadisme seksual atau pelecehan seksual terhadap anak-anak (pedofilia). Disfungsi seksual juga tidak dianggap abnormal dari segi pandangan statistik karena disfungsi itu sangat biasa terjadi. Para psikolog memusatkan perhatian pada disfungsi seksual karena disfungsi itu adalah penyebab kesulitan pribadi untuk seorang individu dan/atau mitranya. Untuk membantu pandangan yang lebih baik, pertama-tama harus dikemukakan pola-pola respons seksual dan kemudian akan dikemukakan bermacam-macam tipe disfungsi seksual dan metode-metode perawatan yang digunakan untuk membantu pasangan suami-istri mengatasi disfungsi tersebut.

Siklus Respons Seksual

Menurut DSM III-R, disfungsi seksual mengganggu permulaan atau penyelesaian siklus respons seksual. Siklus respons seksual terdiri dari empat tahap, yakni: (1) Tahap selera seksual (*appetitive phase*), di mana individu memiliki fantasi-fantasi tentang kegiatan seksual dan mengembangkan selera untuk kegiatan-kegiatan seksual; (2) Tahap perangsangan (*excitement phase*), yang terdiri dari kenikmatan seksual subjektif dengan perubahan-perubahan fisiologis (yakni ereksi pada pria dan lubrikasi atau keluarnya cairan vagina pada wanita); (3) Tahap orgasme (*orgasm phase*) yang merupakan puncak dari kenikmatan seksual dan perubahan-perubahan fisiologis yang meningkat (yakni ejakulasi pada pria dan kontraksi-kontraksi dinding vagina pada wanita); (4) Tahap penyelesaian (*resolution phase*) yang terdiri dari perasaan relaks dan sejahtera. Pada tahap ini pria tidak lagi merespons dengan ereksi dan orgasme lain, sedangkan wanita hampir selalu merespons dengan segera terhadap rangsangan tambahan.

Tiga gangguan disfungsi seksual ada hubungannya dengan tiga tahap siklus respons seksual, yakni: (1) Gangguan selera seksual ada hubungannya dengan tahap selera seksual (*appetitive phase*), yakni selera seksual pada individu tidak ada; (2) Gangguan rangsangan seksual ada hubungannya dengan tahap perangsangan seksual (*excitement phase*), yakni meskipun selera seksual ada, tetapi rangsangan fisiologis tidak cukup; (3) Gangguan orgasme ada hubungannya dengan tahap orgasme (*orgasm phase*), yakni tidak mencapai orgasme meskipun ada selera dan rangsangan seksual, atau terjadi orgasme prematur.

Gangguan Selera Seksual (Sexual Desire Disorder)

DSM III-R menyebut dua gangguan selera seksual, yakni *gangguan aversi seksual* dan *gangguan selera seksual hipoaktif*. Orang yang mengalami gangguan aversi seksual adalah orang yang tetap selalu menolak atau enggan melakukan hubungan seksual genital dan menghindari semua atau hampir semua hubungan genital dengan mitranya. Tetapi, ia mungkin menginginkan dan melakukan hubungan yang penuh kasih sayang atau hubungan seksual nongenital dengan mitranya. Perasaan jijik dan menolak persetubuhan sering merupakan akibat dari pengalaman-pengalaman traumatis pada masa lampau, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual pada masa kanak-kanak, atau *incest*. Dalam kasus-kasus lain, perasaan bersalah yang dalam atau perasaan malu terhadap seks mengganggu fungsi seksual.

Individu yang mengalami gangguan selera seksual hipoaktif tidak menolak atau jijik terhadap seks, tetapi selalu tidak memiliki selera dan fantasi seksual. Ahli klinik harus mempertimbangkan bermacam-macam faktor untuk mencapai suatu gambaran diagnostik, seperti gaya hidup pasien, hubungan pasien dengan

mitranya, usia dan seks pasien. Harold Lief, peneliti seks, mengemukakan bahwa para mahasiswa yang disuruh untuk menekan alat penghitung manual pada setiap saat bila mereka mengalami pikiran, perasaan, atau fantasi tentang seks mungkin menghitung 300 lebih sehari, sedangkan orang-orang lain mungkin tidak pernah atau jarang mengalami selera seksual (dikutip dalam Goleman, 1988b). Suami-istri kadang-kadang mencari bantuan bila salah satu anggota pasangan atau keduanya mengakui bahwa tingkat kegiatan seks dalam hubungan mereka kurang atau selera seksual mereka berkurang. Kadang-kadang berkurangnya selera seksual hanya terbatas pada salah satu pihak. Dalam kasus-kasus lain, kemarahan dan konflik mengenai hal-hal lain telah menghambat selera seksual pada kedua belah pihak.

Penyebab dan perawatan. Pendekatan psikologis terhadap gangguan selera seksual pada umumnya dibagi dalam tiga pendekatan. *Pertama*, salah satu pendekatan mengemukakan bahwa gangguan itu disebabkan oleh *supresi defensif* terhadap selera seksual. Misalnya, para teoritikus yang berpandangan psikodinamik mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan selera seksual tidak memecahkan secara adekuat hasrat *incest* terhadap ibunya atau ayahnya (daya tarik Oedipus dan Electra) dan dengan mensupresikan selera tersebut ia tidak dapat menghindari daya tarik yang dilarang. Mungkin juga dalam masa kanak-kanak, ia belajar menyamakan seks sebagai sesuatu yang kotor, dengan demikian keinginan-nya terhadap seks disupresi atau direpresi.

Kedua, pendekatan yang mengemukakan bahwa gangguan selera seksual itu disebabkan oleh akibat-akibat dari stres. Para pendukung pendekatan ini mengemukakan bahwa orang yang mengalami stres harus memusatkan perhatian dan energinya pada masalah menanggulangi stres sehingga hanya memberi perhatian dan energi sedikit untuk seks.

Ketiga, pendekatan yang bersifat interpersonal dan bertolak dari kemungkinan bahwa gangguan selera seksual mungkin menggambarkan suatu cara yang pasif-agresif untuk memanipulasi, menghukum, atau menanamkan perasaan-perasaan tidak adekuat pada mitra seseorang. Gagasannya ialah individu yang ingin membuat mitranya merasa tidak enak (sebagai hukuman terhadap sesuatu) mungkin mengembangkan gangguan selera seksual dan kemudian tidak adanya selera seksual itu dipersalahkan pada mitranya yang mengurangi harga diri dan daya tariknya.

Psikoterapi adalah suatu teknik yang populer untuk merawat gangguan selera seksual, tetapi hanya sedikit saja penelitian yang terkontrol telah dilaporkan mengenai keberhasilan dari teknik ini. Dalam salah satu penelitian, para peneliti mengumpulkan data dari masing-masing suami-istri dari 128 pasang yang mengikuti psikoterapi karena salah satu dari anggota pasangan itu mengalami gangguan selera

seksual (Schover & Lo Piccolo, 1982). Para pasangan itu diamati untuk sekurang-kurangnya 15 sesi untuk setiap minggu dan terapi itu sendiri adalah "kombinasi intervensi behaviorial, kognitif-behavioral, Gestalt, dan psikodinamik" (hlm.182), yang menggunakan pendidikan dan praktek yang dipimpin dalam kegiatan-kegiatan seksual. Hasil-hasilnya pada umumnya positif dan menunjukkan bahwa sesudah perawatan ini para pasien melaporkan peningkatan dalam frekuensi perisetubuhan dan kepuasan seksual. Ini berlaku untuk kedua anggota pasangan suami-istri itu dengan tidak memperhatikan yang mana dari keduanya mengalami gangguan selera seksual.

Pendekatan lain, yakni pendekatan fisiologis, mengemukakan bahwa gangguan selera seksual itu disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon, dan perawatannya adalah mengatur kembali keseimbangan itu. Tetapi, sebelum berbicara mengenai penyebab dan perawatan terhadap gangguan ini, akan lebih baik kalau di sini dikemukakan secara singkat proses fisiologis yang berfungsi untuk selera seksual yang normal.

Proses tersebut mulai pada hipotalamus, suatu daerah pada otak yang berfungsi untuk rangsangan pada umumnya. Apabila hipotalamus pada seorang pria dirangsang oleh suatu stimulus yang berhubungan dengan seks (misalnya gambar visual, sentuhan, ciuman), maka hipotalamus mengeluarkan suatu hormon yang disebut *releasing hormone* yang merangsang kelenjar pituitaria yang pada gilirannya mengeluarkan hormon yang dikenal dengan sebutan *gonadotropin* (gonada adalah "kelenjar reproduksi", seperti testikel dan ovarium, serta tropin berarti "mengubah atau mempengaruhi"). Seperti yang terkandung dalam nama itu, gonadotropin merangsang testikel pria yang kemudian menghasilkan *testosteron*, yakni hormon yang berfungsi untuk merangsang selera seksual. Testosteron menimbulkan selera, tetapi juga menyebabkan hipotalamus mengurangi produksi *releasing hormone* yang memulai proses tersebut. Dengan kata lain, ada suatu putaran umpan-balik negatif (*negative feedback loop*) dalam sistem tersebut sehingga tingkat testosteron dipertahankan dengan kadar terbatas. Bila tidak demikian, begitu terangsang maka sistem itu akan berjalan tanpa terkendali.

Proses tersebut sama juga pada wanita, tetapi jauh lebih kompleks karena produksi hormon sangat bervariasi selama wanita mengalami siklus menstruasi karena hormon-hormon tambahan dilibatkan juga. Tetapi pada umumnya, pada wanita hormon-hormon gonadotropin merangsang ovarium untuk memproduksi progesteron. Hormon tersebut menimbulkan selera seksual dan sama seperti testosteron pada pria, terdapat juga suatu putaran umpan-balik yang mengurangi produksi *releasing hormone* yang memulai proses tersebut.

Setelah berbicara mengenai proses ini penting diketahui bahwa proses ini melibatkan bermacam-macam bagian (hipotalamus, kelenjar pituitaria, organ-organ seks) dan juga bermacam-macam hormon (*releasing hormone*, gonadotropin, testosteron atau progesteron) dan semua komponen harus beroperasi dalam batas-batas tertentu bila sistem tersebut bekerja secara efektif. Setiap komponen dari sistem itu dapat dikeluarkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi secara spontan, cedera, penyakit, atau faktor-faktor eksternal. Dengan kata lain, sistem tersebut kompleks, ada banyak peluang untuk malfungsi dan setiap malfungsi dapat mengakibatkan perubahan selera seksual.

Pandangan bahwa gangguan selera seksual disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon didukung oleh hasil-hasil dari dua kumpulan penelitian. *Pertama*, ada banyak bukti bahwa tingkat-tingkat hormon seks yang rendah ada hubungannya dengan selera seksual yang rendah (Bancroft, 1984a, 1984b; Lo Piccolo, 1983). Misalnya, dalam salah satu penelitian, respons-respons seksual (ereksi) pada pria dengan tingkat-tingkat testosteron yang normal atau rendah dibandingkan dengan respons seksual bila kepada pria-pria tersebut diperlihatkan film erotik (Bancroft, 1984a). (Pria-pria dengan tingkat testosteron yang rendah digambarkan sebagai pria-pria hipogonadal). Hasil-hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pria-pria hipogonadal memperlihatkan rangsangan seksual yang lebih rendah dalam merespons fantasi, tetapi hanya memperlihatkan sedikit perbedaan dalam rangsangan seksual bila terangsang oleh film erotik. Dengan kata lain, pria-pria dengan tingkat hormon yang rendah memperlihatkan selera seksual yang kurang, tetapi respons fisik terhadap perangsangan itu tidak melemah.

Kedua, penjelasan hormon untuk gangguan selera seksual didukung juga oleh hasil-hasil penelitian yang menunjukkan bahwa apabila hormon-hormon seks ditingkatkan, maka selera seksual juga akan meningkat (Bancroft, 1984a; Bancroft & Wu, 1983; Davidson, 1984; Davidson, *et al.*, 1979; Kwan, *et al.*, 1983). Misalnya, dalam salah satu penelitian, respons-respons dari para pria hipogonadal terhadap fantasi seksual dalam film-film erotik ditetapkan setelah mereka disuntik atau tidak disuntik dengan testosteron (Bancroft, 1984a). Dari hasil pemeriksaan terhadap data kelihatan bahwa para pria hipogonadal yang diberikan testosteron memperlihatkan tingkat rangsangan yang lebih tinggi pada waktu berfantasi tentang seks dibandingkan dengan para pria hipogonadal yang tidak diberikan testosteron. Para pria yang diberikan testosteron memperlihatkan tingkat rangsangan selama fantasi yang hampir sama tinggi dengan para pria yang normal.

Setelah menetapkan bahwa tingkat hormon seks yang rendah ada hubungannya dengan tingkat selera seksual yang rendah, maka selanjutnya memeriksa penyebab-penyebab lain yang menimbulkan tingkat-tingkat hormon seks yang rendah.

Tingkat-tingkat hormon dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti penyakit, usia, dan latar belakang genetik, tetapi pengaruh-pengaruh eksternal perlu diperhatikan di sini. Selama bertahun-tahun, para zoolog telah mengetahui bahwa perubahan-perubahan yang hampir tidak kentara dalam cuaca dan besarnya cahaya dapat menyebabkan perubahan-perubahan dalam tingkat-tingkat gonadotropin yang dihasilkan pada domba, kambing, dan rusa, serta perubahan-perubahan itu pada gilirannya mempengaruhi selera dan tingkah laku binatang untuk kawin. Pada manusia, menurunkan cahaya mungkin menambah tingkat-tingkat hormon, tetapi bukti belakangan ini telah mengemukakan secara jelas bahwa stres psikologis dapat mengurangi tingkat-tingkat hormon. Para pria yang mengalami stres akan menghasilkan tingkat-tingkat testosteron yang lebih rendah (Rose, *et al.*, 1969).

Dari penemuan-penemuan yang dilaporkan dalam uraian ini jelas bahwa faktor-faktor fisiologis memainkan peran yang penting dalam menentukan selera seksual pada manusia. Tetapi juga jelas bahwa faktor-faktor psikologis dapat mempengaruhi faktor-faktor fisiologis. Dalam kasus-kasus tersebut rentetan penyebab adalah stres psikologis — perubahan fisiologis — simptom-simptom psikologis.

Dalam pendekatan terhadap perawatan gangguan selera seksual sangat penting menentukan apakah masalah itu disebabkan oleh suatu masalah fisiologis (misalnya penyakit) atau oleh masalah psikologis (stres). Apabila tingkat-tingkat testosteron yang rendah disebabkan oleh tingkat-tingkat produksi yang rendah karena suatu masalah fisiologis, maka dalam perawatan kepada individu tersebut mungkin hanya diberikan testosteron untuk menormalkan tingkat-tingkat testosteronnya. Prosedur ini dinamakan *testosterone replacement therapy*.

Sebaliknya, apabila tingkat-tingkat testosteron yang rendah disebabkan oleh stres, maka perawatan dapat diarahkan untuk mengurangi stres. Suatu gambaran yang menarik tentang pengaruh pengurangan stres pada tingkat-tingkat testosteron diberikan oleh suatu penelitian tentang para pria di sekolah calon perwira (Kreuz, *et al.*, 1972). Tingkat-tingkat testosteron dari para pria ini diukur dalam tahap pertama latihan di mana stres sangat tinggi dan kemudian diukur lagi pada tahap kedua latihan itu di mana para pria tersebut telah melewati kesulitan dan tingkat-tingkat stres sangat berkurang.

Gangguan Rangsangan Seksual (*Sexual Arousal Disorder*)

Individu yang mengalami gangguan rangsangan seksual ingin dan juga melakukan kegiatan seksual, tetapi setelah kegiatan seksual itu dimulai ia tidak dapat mencapai tingkat rangsangan fisiologis yang memadai atau tidak dapat mempertahankan tingkat rangsangan yang dibutuhkan. Ciri rangsangan seksual pada pria adalah ereksi (zakar tegang) dan ciri rangsangan seksual pada wanita adalah keluarnya

cairan pelicin (*lubrication*) dari dinding vagina yang memungkinkan penis bisa memasuki lubang vagina. Diagnosis gangguan rangsangan seksual pada pria disebut impotensi dan pada wanita disebut frigiditas.

Penyebab dan perawatan. Dari pendekatan psikologis dikemukakan bahwa kecemasan merupakan penyebab psikologis utama gangguan rangsangan seksual. Gagasan bahwa kecemasan terhadap perasaan tidak adekuat menghambat rangsangan seksual (Barlow, 1977, 1986; Kaplan, 1974, 1981; Masters & Johnson, 1977; Wolpe, 1958). Pertanyaannya ialah proses manakah yang menghubungkan kecemasan dengan berkurangnya rangsangan? Untuk menjawab pertanyaan ini penting dikemukakan bahwa kecemasan terdiri dari dua komponen, yakni komponen kognitif yang terdiri dari pikiran-pikiran — seperti kekhawatiran akan kegagalan — dan komponen fisiologis, yakni meningkatnya rangsangan somatik — seperti denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Komponen kognitif dari kecemasan dianggap penting untuk memahami gangguan rangsangan karena komponen kognitif itu menyebabkan pengalihan perhatian (*distraction*) dan pengalihan perhatian itu pada gilirannya dapat menyebabkan berkurangnya rangsangan seksual.

Peran dari pengalihan perhatian dalam mengurangi rangsangan seksual telah diperlihatkan dalam bermacam-macam cara (Cerny, 1978; Geer & Furh, 1976; Henson & Rubin, 1971; Laws & Rubin, 1969). Misalnya, telah diperlihatkan bahwa individu-individu dapat dengan sengaja mensupresikan rangsangan seksual pada waktu menonton film erotik bila mereka mengalihkan perhatian kepada sesuatu yang lain (misalnya melihat sesuatu tetapi berpikir tentang sesuatu yang lain). Juga, pengurangan rangsangan seksual tanpa sengaja terjadi bila orang mendengar hal yang erotik dengan telinga yang satu dan hal yang mengalihkan perhatian (misalnya soal matematika) dengan telinga yang lain.

Meskipun pikiran-pikiran yang mengalihkan perhatian adalah hal yang biasa terjadi dan dapat mengganggu rangsangan seksual seseorang, namun pada umumnya orang berpendapat bahwa pikiran-pikiran yang mengalihkan perhatian yang sangat biasa terjadi pada orang-orang yang mengalami gangguan rangsangan seksual dilihat sebagai tanda kekhawatiran mereka terhadap performansi dan kegagalan seksual mereka. Dengan kata lain, diasumsikan bahwa masalah-masalah yang menyangkut gangguan rangsangan seksual disebabkan oleh fakta bahwa individu-individu khawatir terhadap performansi seksual mereka dan pikiran tersebut mengganggu mereka dan gangguan itu mengurangi rangsangan.

Perlu juga dikemukakan di sini bahwa individu-individu yang mengalami gangguan rangsangan seksual menilai terlalu rendah tingkat-tingkat rangsangan seksual mereka. Hal ini diperlihatkan dalam suatu penelitian di mana para pria menilai tingkat-tingkat rangsangan seksual mereka pada waktu tingkat-tingkat aktual dari

rangsangan tersebut diukur berdasarkan ereksi penis (Sakheim, *et al.*, 1984). Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa para pria yang mengalami gangguan rangsangan dengan penyebab psikologis telah membuat kesalahan dengan menilai terlalu rendah rangsangan mereka dibandingkan dengan para pria normal atau bahkan dengan para pria yang mengalami gangguan rangsangan dengan penyebab fisiologis. Hasil-hasil yang sama juga telah dilaporkan untuk para wanita (Morokoff & Heinman, 1980). Kecenderungan individu-individu yang mengalami gangguan rangsangan seksual untuk menilai terlalu rendah tingkat-tingkat rangsangan mereka adalah penting karena asumsi mereka yang keliru tentang rangsangan yang terlalu rendah dapat menyebabkan kekhawatiran mereka dan menyebabkan munculnya gangguan tambahan.

Perawatan untuk gangguan rangsangan seksual yang disebabkan oleh faktor psikologis adalah usaha untuk mengurangi kecemasan dengan menanamkan keyakinan yang lebih besar pada pasien, dan dengan demikian mengurangi pikiran-pikiran yang mengganggu rangsangan seksual (Lo Piccolo & Stock, 1986). Para terapis kognitif dapat juga mengajar pasien untuk memusatkan perhatian pada aspek-aspek positif dari seks dan dengan berbuat demikian gangguan itu dikurangi.

Selain pendekatan psikologis seperti telah diuraikan di atas ada juga pendekatan lain, yakni pendekatan fisiologis yang berbicara mengenai penyebab dan perawatan terhadap gangguan rangsangan seksual. Sebelum berbicara mengenai pendekatan fisiologis terhadap perawatan gangguan rangsangan seksual, alangkah baiknya kalau lebih dahulu diuraikan secara singkat fisiologi mengenai rangsangan seksual. Rangsangan seksual dapat dimulai entah di otak oleh pikiran-pikiran dan selera-selera seksual, seperti telah dijelaskan pada uraian mengenai dasar hormonal untuk selera-selera seksual atau juga dimulai pada daerah genital dengan merangsang organ-organ seks dan daerah di sekitarnya. Dalam kedua hal tersebut, impuls-impuls saraf dikirim ke bagian yang lebih rendah (bagian tulang kelangkang) dari urat saraf tulang belakang. Dari sana impuls-impuls saraf parasimpatetik dikirim ke penis pria atau clitor wanita (clitor adalah tempat utama rangsangan untuk wanita dan akan dijelaskan secara rinci kemudian pada waktu membicarakan gangguan orgasme). Impuls-impuls parasimpatetik menyebabkan pembesaran jaringan-jaringan ereksi (*erectile tissues*) pada organ-organ tersebut.

Jaringan-jaringan ereksi terdiri dari saluran-saluran darah yang biasanya kosong, tetapi bila dirangsang, maka saluran-saluran darah itu membesar dan berisi darah. Terjadi tekanan yang hebat dalam jaringan-jaringan ereksi itu karena aliran-aliran darah keluar dibatasi. Pada wanita, pembesaran dan pengisian jaringan-jaringan ereksi itu dengan darah mengakibatkan clitor mengembang dan mengeras.

Untuk wanita, impuls-impuls parasimpatetik juga menyebabkan sekresi lendir di dalam lubang vagina.

Sejumlah masalah fisiologis dapat mengurangi rangsangan seksual. Misalnya, kerusakan neurologis pada hipotalamus, saraf tulang belakang, jalan-jalan saraf penghubung dapat mengakibatkan pengurangan atau tidak adanya perangsangan saraf yang menyebabkan perubahan-perubahan dalam aliran darah.

Rangsangan yang berkurang dapat juga disebabkan oleh hambatan pada pembuluh-pembuluh nadi yang menyalurkan darah ke penis atau clitor. Apabila pembuluh-pembuluh darah itu terhambat, maka pengisian jaringan-jaringan ereksi itu akan terbatas, dan dengan demikian rangsangan akan terbatas juga. Masalah ini terjadi lebih berat pada pria dan mungkin disebabkan karena dalam usia setengah baya pria lebih mudah mengalami gangguan aterosklerosis. Apabila gangguan itu disebabkan oleh hambatan pembuluh darah nadi, maka perawatan dipusatkan pada peningkatan persediaan darah, tetapi dalam beberapa kasus, suatu alat prostetis mungkin dipasang pada penis (Metz & Mathiesen, 1979; Michal, *et al.*, 1977).

Akhirnya, kecemasan dapat menimbulkan akibat-akibat fisiologis yang dapat mengurangi rangsangan seksual. Sudah dijelaskan bahwa kecemasan memiliki komponen-komponen kognitif dan fisiologis. Komponen kognitif mengurangi rangsangan karena komponen tersebut menimbulkan gangguan. Komponen fisiologis dari kecemasan dapat juga mempengaruhi rangsangan karena kecemasan ada kaitannya dengan peningkatan kegiatan cabang simpatetik dari sistem saraf otonomi. Hal ini penting karena rangsangan seksual ada kaitannya dengan kegiatan parasimpatetik, dan reaksi simpatetik dan parasimpatetik adalah antagonis (bersaing) yang menyebabkan tipe-tipe kegiatan yang berbeda-beda. Hal yang sangat penting ialah kegiatan parasimpatetik menyebabkan *pembesaran* dan pengisian jaringan-jaringan periferi dan jaringan-jaringan ereksi yang sangat penting untuk rangsangan seksual. Tetapi, kegiatan simpatetik menyebabkan *penyempitan* jaringan-jaringan ini dan akibatnya ialah rangsangan seksual berhenti. Karena kegiatan simpatetik pada mulanya mendominasi kegiatan parasimpatetik, maka kegiatan simpatetik yang ada kaitannya dengan kecemasan dapat menundukkan kegiatan parasimpatetik dan mengurangi atau menghilangkan rangsangan seksual. Dalam hal ini, suatu faktor fisiologis (kecemasan) menyebabkan perubahan dalam suatu faktor fisiologis (kegiatan parasimpatetik berkurang) yang mengakibatkan gangguan rangsangan.

Akibat-akibat dari stres kronis dan akut (kecemasan) terhadap rangsangan seksual pada pria diperlihatkan dalam suatu penelitian terhadap pria yang bekerja dan pria yang menganggur (Morokoff, *et al.*, 1987). Dalam penelitian ini diasumsikan bahwa pria yang menganggur mengalami stres kronis dan yang bekerja

tidak mengalami stres. Untuk memanipulasi stres akut, setengah dari jumlah pria dari setiap kelompok diberitakan bahwa pada akhir sesi laboratorium itu mereka disuruh untuk berbicara dengan singkat tentang tingkah laku seksual mereka kepada sekelompok mahasiswa. Para pria yang tidak mengalami stres yang akut tidak percaya bahwa mereka harus berbicara mengenai tingkah laku seksual mereka. Pada sesi laboratorium itu, para pria tersebut menonton suatu film erotik dari sepasang heteroseksual yang sedang bercinta, dan sementara mereka menonton film tersebut, rangsangan seksual mereka diukur dengan menetapkan perubahan-perubahan pada diameter penis (ereksi). Hasilnya menunjukkan bahwa di kalangan para pria yang berada dalam stres yang kronis, penambahan suatu stres yang akut mengakibatkan pengurangan rangsangan yang mungkin ditafsirkan sebagai gangguan rangsangan.

Gangguan Orgasme (Orgasm Disorder)

Individu yang mengalami gangguan ini memiliki selera seksual dan melakukan kegiatan seksual, mengalami rangsangan, dan mempertahankan rangsangan, tetapi ia tidak mengalami orgasme, atau pada pria ia mengalami orgasme terlalu cepat.

Ada tiga gangguan orgasme, yakni orgasme yang terhambat pada wanita, orgasme yang terhambat pada pria, dan ejakulasi prematur. Orgasme yang terhambat pada wanita didiagnosis bila terjadi terus-menerus penundaan dalam mencapai orgasme sesudah rangsangan seksual yang adekuat. Beberapa wanita merangsang clitor dengan tangan untuk mencapai orgasme selama persetubuhan. Beberapa tahun lalu, para ahli yang menganut pandangan psikodinamik membuat perbedaan antara orgasme clitor dan orgasme vagina. Orgasme clitor dicapai dengan masturbasi dan merupakan lambang fiksasi pada tahap falik, sedangkan orgasme vagina dicapai melalui persetubuhan dan dilihat sebagai lambang seksualitas yang matang. Masters dan Johnson (1966) berpendapat bahwa hanya ada satu orgasme dengan tidak memperhatikan apakah sumber utama rangsangan adalah clitor atau vagina. Tambahan pula, perbedaan itu selanjutnya kabur karena tusukan penis selama persetubuhan secara tidak langsung merangsang clitor dengan menarik kepala clitor ke muka dan ke belakang. Dengan demikian, perangsangan clitor ikut juga memberikan respons orgasmis pada wanita, seperti halnya juga dengan masturbasi. Beberapa ahli, seperti psikolog Joseph Lo Piccolo (1977) mengemukakan bahwa wanita yang mencapai orgasme selama persetubuhan melalui kombinasi tusukan penis dan perangsangan langsung terhadap clitor oleh dirinya sendiri atau oleh tangan mitranya tidak boleh melihat dirinya sebagai orang yang mengalami disfungsi seksual. DSM III-R menganut pandangan yang sama. Menurut DSM III-R, kebanyakan kasus di mana wanita melakukan perangsangan tambahan pada clitor

selama persetubuhan dan dapat juga mencapai orgasme selama perangsangan tanpa persetubuhan tetap dianggap normal. Tetapi, DSM III-R membiarkan ahli klinis memberikan penilaian klinis bahwa dalam beberapa kasus, respons orgasmik pada wanita terhambat oleh faktor-faktor psikologis dan ini dapat dianggap disfungsional.

Pada pria, kesulitan yang terus-menerus terjadi untuk mencapai orgasme sesudah suatu pola rangsangan seksual yang normal (yakni ereksi dan peningkatan tegangan seksual) disebut orgasme pria yang terhambat. Orgasme yang terhambat tidak begitu umum terjadi pada pria dibandingkan pada wanita dan biasanya hanya terbatas pada pria yang melakukan persetubuhan. Dengan demikian, pria yang mengalami masalah ini pada umumnya dapat mencapai orgasme melalui cara-cara perangsangan lain, misalnya dengan masturbasi. Karena gangguan ini jarang terjadi, maka hanya sedikit saja studi kasus tentang masalah tersebut (Dow, 1981; Rathus, 1978; Schull & Spenkle, 1980).

Ejakulasi dini (*premature ejaculation*) dapat didefinisikan sebagai pembuangan sperma yang terlalu dini. Pembuangan sperma (ejakulasi) itu berlangsung sebelum zakar melakukan penetrasi dalam vagina atau berlangsung beberapa detik sesudah penetrasi dan individu tidak mampu menahan dorongan ejakulasi tersebut. Dalam mendiagnosis ejakulasi dini, ahli klinis mempertimbangkan usia orang itu — mitra pasangan itu masih baru — dan frekuensi dari kegiatan seksual. Ejakulasi dini yang terjadi pada waktu orang bersetubuh dengan mitra yang baru atau karena sangat terangsang pada waktu mengadakan persetubuhan tetap dianggap normal. Orang dalam suatu hubungan seksual yang baru dan orang yang lebih muda pada umumnya sangat sering mengalami gangguan ejakulasi dini. Tetapi, ejakulasi dini yang terjadi terus-menerus akan menimbulkan diagnosis tentang gangguan itu.

Penyebab dan perawatan gangguan orgasme pada wanita. Sebelum berbicara mengenai penyebab dan perawatan gangguan ini perlu dibedakan antara *gangguan orgasme primer* dan *gangguan orgasme sekunder*. Gangguan orgasme primer adalah gangguan di mana wanita tidak pernah mengalami orgasme dengan cara apa pun, sedangkan gangguan orgasme sekunder adalah gangguan di mana wanita dapat mengalami orgasme dalam masturbasi, tetapi bukan dalam persetubuhan.

Secara tradisional, gangguan orgasme pada wanita dijelaskan sebagai akibat dari kecemasan dan konflik tak sadar yang ada hubungannya dengan seks. Resistensi itu dianggap berakar dalam pengalaman masa kanak-kanak yang menyebabkan wanita itu berpendapat bahwa seks itu adalah kotor dan berbahaya. Apabila wanita yang menderita gangguan orgasme tidak menyadari pikiran-pikiran itu, maka diasumsikan ia memiliki konflik-konflik tak sadar tentang seks (mungkin menyangkut daya tarik yang tak terpecahkan terhadap ayah atau ibunya).

Gangguan orgasme sekunder di mana wanita dapat mengalami orgasme melalui masturbasi dan bukan melalui persetubuhan kadang-kadang dijelaskan dengan mengemukakan bahwa wanita tersebut mengalami fiksasi pada tahap awal perkembangan psikoseksual. Gagasannya adalah kita mengalami sejumlah tahap psikoseksual dan masturbasi dihubungkan dengan suatu tahap yang lebih awal daripada persetubuhan. Dengan demikian diasumsikan bahwa wanita yang mengalami gangguan orgasme sekunder tidak melangkah cukup jauh dalam perkembangan psikoseksualnya untuk mengalami orgasme dengan persetubuhan. Sebagai kemungkinan lain, telah dikemukakan bahwa suatu krisis psikoseksual memaksa wanita itu untuk mundur ke suatu tahap perkembangan lebih awal (regresi) di mana orgasme mungkin bukan merupakan respons yang tepat (Fagan, *et al.*, 1986).

Selama bertahun-tahun, konsep-konsep kecemasan, fiksasi, dan regresi digunakan secara luas untuk menjelaskan gangguan orgasme, tetapi popularitas dari penjelasan ini telah berkurang sejak akhir tahun 1960-an. Dikatakan popularitas dari penjelasan ini berkurang bukan hanya karena penjelasan ini tidak didukung secara empiris dan tidak menghasilkan perawatan yang efektif, tetapi juga karena suatu penjelasan yang lebih kontemporer telah dikembangkan yang menghasilkan perawatan yang efektif. Sekarang orang pada umumnya berpendapat bahwa banyak gangguan orgasme disebabkan oleh fakta wanita atau mitra seksnya benar-benar mengetahui apa yang harus dilakukan untuk mencapai perangsangan yang maksimal atau apabila ia mengetahui apa yang harus dilakukan, tetapi ia tidak melakukannya. Dengan kata lain, kegagalan untuk mencapai orgasme mungkin disebabkan oleh kekurangan pengetahuan atau teknik-teknik seksual yang tidak adekuat dan bukan oleh konflik-konflik yang mendasar. Penjelasan ini didukung oleh penemuan bahwa mengajar wanita lebih banyak tentang tubuhnya dan mendidik mitra seksnya tentang tipe perangsangan manakah yang sangat menggairahkan adalah suatu metode yang sangat efektif untuk mengatasi gangguan orgasme. Untuk memahami masalah-masalah yang mungkin dihadapi wanita dalam mencapai orgasme mungkin akan berguna kalau dibicarakan secara singkat bagaimana perangsangan benar-benar terjadi dan tidak terjadi dalam persetubuhan.

Ketika penis memasuki vagina pada waktu persetubuhan, gesekan yang dilakukan penis terhadap dinding vagina merangsang penis yang peka, dengan demikian mempertahankan rangsangan pria dan menyebabkan orgasmenya. Sebaliknya, gerakan penis dalam vagina tidak begitu banyak mengakibatkan rangsangan langsung untuk wanita karena $\frac{2}{3}$ vagina hanya memiliki beberapa ujung saraf dan dengan demikian vagina sama sekali tidak peka terhadap rangsangan. Kalau dikemukakan secara sederhana, persetubuhan sangat efektif untuk mencapai orgasme pada pria, tetapi sangat tidak efektif untuk mencapai tujuan tersebut untuk

wanita. [Sehubungan dengan hal tersebut, menarik untuk dikemukakan bahwa pria dan wanita membutuhkan jumlah waktu yang kira-kira sama untuk mencapai orgasme dengan masturbasi, tetapi dalam persetubuhan, pria mengalami orgasme jauh lebih cepat dibandingkan wanita; Offir, 1982].

Beberapa peneliti berpendapat bahwa beberapa wanita memiliki suatu daerah yang peka secara seksual yang terletak dalam vagina dan dikenal dengan sebutan *G Spot* dan perangsangan terhadap daerah itu menimbulkan rangsangan dan orgasme (Addiego, *et al.*, 1981; Alzate & Hoch, 1986; Goldberg, *et al.*, 1983; Ladas, *et al.*, 1982; Perry & Whipple, 1981). Tetapi keberadaan *G Spot* itu tidak dibuktikan kebenarannya dan pentingnya daerah tersebut tetap merupakan kontroversi.

Bagaimanapun juga fakta bahwa vagina sangat tidak peka tidak berarti bahwa persetubuhan itu tidak menyenangkan dan tidak menghasilkan orgasme untuk wanita. Malahan, kenikmatan, rangsangan, dan orgasme yang dialami wanita dalam persetubuhan kelihatannya pertama-tama disebabkan oleh perangsangan clitor.

Clitor itu adalah suatu benda yang berbentuk seperti kacang polong dan terletak di sebelah atas sedikit dari lubang vagina. Clitor biasanya ditutup oleh kerudung (suatu penutup kulit yang kecil). Kalau didorong dengan halus ke belakang, maka akan kelihatan ujungnya, yang disebut *glans* (sama seperti penis sebagai rekan imbangannya). Berbeda dengan vagina, clitor mengandung banyak ujung saraf (mungkin lebih banyak dari penis) dan sangat peka terhadap rangsangan. Clitor itu begitu peka sehingga beberapa wanita tidak menginginkan clitornya disentuh secara langsung dan lebih senang kalau dirangsang secara tidak langsung dengan membelai-belai daerah di sekitarnya yang berfungsi untuk menggerakkan kerudung-nya dan dengan demikian merangsang *glans*.

Karena clitor mudah dimanipulasi dan manipulasi tersebut mengakibatkan rangsangan seksual, maka clitor memainkan peran yang penting dalam mencapai orgasme melalui masturbasi. Clitor juga memainkan peran penting dalam rangsangan seksual dan orgasme dalam persetubuhan karena ketika penis bergerak keluar-masuk vagina, maka gerakan penis tersebut menyebabkan jaringan-jaringan di sekitar lubang vagina bergerak dan gerakan itu menyebabkan kerudung bergerak, yang merangsang *glans* dan dengan demikian menghasilkan sensasi-sensasi dan orgasme yang menyenangkan.

Clitor pada dasarnya merupakan ujung dari lubang yang merentang ke dalam tubuh dan kemudian terbagi menjadi dua struktur yang berbentuk seperti kaki. Lubang clitor mengandung jaringan-jaringan ereksi seperti yang terdapat pada penis dan selama rangsangan seksual jaringan ereksi dari clitor itu berisi darah yang menyebabkan clitor membengkak sedemikian rupa sampai berukuran dua

atau tiga kali lebih besar. Tekanan yang disebabkan oleh membengkaknya clitor mengakibatkan kepekaan yang lebih besar.

Perawatan untuk gangguan orgasme primer yang menggunakan pendekatan pendidikan atau latihan membutuhkan beberapa langkah. Hal pertama yang dilakukan adalah wanita perlu belajar lebih banyak mengenai tubuhnya dan apa yang memberi kenikmatan baginya. Ini dapat dilakukan duduk sambil memegang cermin dan mengamati tubuhnya. Sesudah itu, menyentuh, membelai-belai, atau memijit-mijit dengan lemah-lembut daerah genital untuk menemukan di mana dan apa tipe perangsangan yang sangat efektif untuk mencapai rangsangan seksual. Eksplorasi dan perangsangan terhadap diri sendiri mungkin dihindari atau dilarang oleh pendekatan-pendekatan yang lebih tradisional terhadap perkembangan kepribadian dan seksualitas. Dalam kebanyakan kasus, perangsangan dengan menggunakan tangan adalah cukup untuk mencapai rangsangan dan orgasme, tetapi kadang-kadang vibrator akan digunakan sebagai sarana pembantu. Pada hakikatnya, wanita belajar mencapai orgasme melalui masturbasi. [Ini tidak perlu dalam kasus gangguan orgasme sekunder di mana wanita dapat dengan mudah mencapai orgasme melalui masturbasi].

Tahap berikutnya adalah wanita berkomunikasi dengan mitra seksnya kira-kira apa yang merangsangnya. Karena kadang-kadang sulit untuk berbicara mengenai hal-hal tersebut, beberapa terapis mengemukakan bahwa wanita mengambil tangan pasangannya, membantunya, serta memperlihatkan kepadanya tipe perangsangan yang diinginkan. Setelah pasangan itu merasa senang dengan bentuk perangsangan ini, dianjurkan supaya mereka melakukan persetubuhan. Banyak terapis mengemukakan bahwa persetubuhan pertama harus dilakukan dengan posisi wanita berada di atas karena dengan cara tersebut dia dapat melakukan gerakan dan dapat mengontrol dengan lebih baik perangsangan yang diinginkan. Segera setelah orgasme dicapai dengan posisi ini, pasangan dianjurkan untuk melakukan percobaan dengan posisi-posisi lain.

Pendidikan, eksplorasi-diri, perangsangan diri sendiri, komunikasi dengan mitra seks, dan praktek persetubuhan merupakan langkah-langkah yang penting dalam terapi ini. Selain itu juga diharapkan bahwa pasangan suami-istri akan mengembangkan sikap-sikap menerima diri sendiri dan bertanggung jawab terhadap kenikmatan seksualnya sendiri. Wanita harus menyadari bahwa seks bukanlah sesuatu yang terjadi atau dilakukan begitu saja kepadanya, melainkan sesuatu di mana dia harus berpartisipasi secara aktif dan melakukan kontrol bersama dengan suaminya. Kadang-kadang tipe terapi ini akan digabungkan dengan konseling yang dirancang untuk mengurangi kecemasan atau tegangan interpersonal dan dengan demikian mempermudah komunikasi dan saling menerima satu sama lain.

Tidak boleh disimpulkan bahwa mengatasi gangguan orgasme hanya merupakan suatu proses mekanis atau edukasional. Tidak diragukan bahwa kecemasan terhadap seks atau tegangan-tegangan interpersonal dengan mitra seksnya dapat mengganggu rangsangan dan kenikmatan seks pada wanita dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya orgasme. Tetapi sekarang kelihatan bahwa kecemasan kurang penting dibandingkan dengan apa yang pernah dipikirkan, dan dalam banyak kasus kecemasan dan tegangan interpersonal mungkin merupakan akibat dari masalah-masalah dengan seks dan bukan penyebabnya. Misalnya, seorang wanita yang merasa bahwa mitra seksnya tidak memahami atau tidak peka terhadap kebutuhan-kebutuhannya mungkin akan menjadi tegang atau benci dalam hubungan seksualnya dan hal itu mungkin akan mengganggu hubungan pribadi dengan mitranya. Gangguan itu akan merusak komunikasi dan mengurangi kemungkinan bahwa masalah seksual akan dipecahkan dan hal ini bisa mengakibatkan terjadinya lingkaran setan. Dalam kasus-kasus tersebut, perhatian kadang-kadang harus diberikan kepada masalah-masalah personal dan interpersonal, dan juga pendidikan serta teknik.

Penyebab dan perawatan gangguan orgasme pada pria. Hanya kira-kira 5% para pria mampu mencapai orgasme (Nathan, 1986), dan akibatnya hanya sedikit perhatian diberikan kepada masalah ini. Sebaliknya, gangguan orgasme yang terjadi kira-kira 35% para pria adalah ejakulasi dini. Tidak seperti gangguan-gangguan orgasme lain yang gagal mencapai orgasme, ejakulasi prematur mencapai orgasme terlalu cepat. Khususnya ejakulasi terjadi hanya setelah perangsangan yang minimal, yang berarti individu mengalami orgasme sebelum menginginkannya dan sebelum mitra seksnya dirangsang dan dipuaskan secukupnya.

Ada banyak teori yang dikemukakan untuk menjelaskan ejakulasi dini, antara lain: (a) ketakutan pada pihak wanita dan apa yang dilakukan wanita dalam persetubuhan yang berlangsung lama (misalnya kastrasi; Schmidt & Cowie, 1983); (b) permusuhan pada pihak pria yang menghilangkan kenikmatan seks wanita dengan mengakhiri tindakan itu dengan segera (Stanley, 1981); (c) kecemasan yang tinggi menyebabkan rangsangan yang tinggi; (d) tidak mampu mempersepsikan rangsangan dengan akurat sehingga tidak dapat melakukan kontrol (Kaplan, 1974); (e) pantang dari kegiatan seksual yang menyebabkan rangsangan yang lebih tinggi (Spiess, *et al.*, 1984); (f) penis terlalu peka yang menyebabkan rangsangan terlalu tinggi (Damrav, 1963); dan (g) pengondisian dalam situasi-situasi yang mendorong waktu yang singkat untuk ejakulasi (Masters & Johnson, 1970). Tetapi bukti untuk penjelasan-penjelasan ini sangat terbatas dan kita tidak memiliki penjelasan yang kuat atau meyakinkan untuk gangguan ini (lihat ulasan dari Lo Piccolo & Stock, 1986; Ruff, 1985).

Selain penjelasan yang dikemukakan di atas, ejakulasi dini bisa disebabkan juga oleh rasa tidak aman dan rasa kurang percaya diri. Peristiwa seperti ini biasanya antara lain disebabkan oleh kegagalan-kegagalan tertentu dalam kariernya. Mungkin juga disebabkan oleh karena istri terlampau dominan, banyak menuntut, keras, dan suka menghina suami. Juga bisa disebabkan oleh karena rasa berdosa atau bersalah pada pihak pria yang bersangkutan.

Meskipun tidak memahami penyebab dari ejakulasi dini, namun ada dua perawatan untuk masalah ini. Pertama adalah perawatan yang dikenal dengan sebutan *start-stop technique*. Teknik ini menggunakan perangsangan penis seperti yang dilakukan pada masturbasi sampai mencapai rangsangan yang tinggi (*start phase*). Kemudian, perangsangan dihentikan sebelum tingkat rangsangan mencapai titik ejakulasi (Semans, 1956). Selama *stop phase*, rangsangan mereda dan kemudian prosedur itu diulangi lagi. Ini dilakukan tiga atau empat kali sehari dan biasanya dilakukan dua atau tiga kali seminggu. Lamanya waktu antara dimulainya perangsangan dan titik ejakulasi menjadi lebih lama. Perpanjangan rangsangan sebelum ejakulasi dalam sesi latihan itu kelihatan akan berlaku juga bagi kegiatan seksual dengan seorang mitra seks.

Perawatan kedua dikenal dengan sebutan *start-squeeze technique* (Masters & Johnson, 1970). *Start-squeeze technique* sangat mirip dengan *start-stop technique*, kecuali bila rangsangan tinggi, individu memencet dengan singkat ujung penis dan bukan menghentikan rangsangan. Apa yang dilakukan itu tidak menimbulkan rasa sakit, tetapi segera mengurangi rangsangan dan melenyapkan dorongan untuk ejakulasi. Pemencetan tersebut kelihatannya hanya sebagai cara yang cepat untuk mengurangi rangsangan antara periode-periode rangsangan. *Start-stop technique* dan *start-squeeze technique* sangat efektif untuk merawat ejakulasi dini dan keberhasilan yang dicapai oleh kedua teknik ini dilaporkan sekitar 90% sampai 98% (Kilmann & Auerbach, 1979). Metode-metode perawatan ini efektif, tetapi kita masih tidak memahami penyebab dari ejakulasi prematur atau apa sebabnya perawatan-perawatan ini efektif untuk mengatasi gangguan itu (Lo Piccolo & Stock, 1986).

Gangguan Rasa Sakit Seksual

DSM-III R menyebut dua gangguan rasa sakit yang berkenaan dengan seks, yakni *dyspareunia* dan *vaginismus*. *Dyspareunia* tidak lain daripada sulit sekali melakukan persetubuhan atau merasa sakit pada waktu mengadakan persetubuhan. Kesakitan *dyspareunia* ini menurut tempatnya bisa digolongkan sebagai berikut: (1) Pada waktu pria mengadakan *emissio* (pengeluaran air mani) pihak wanita merasakan kesakitan pada vulva atau lubang kemaluan; (2) Transudasi (*transude*

= keluarnya lendir pelicin yang kurang) yang berkurang karena rasa takut, misalnya takut hamil, takut kena penyakit kotor, takut karena berzinah dengan pria yang bukan suaminya sendiri; kurang lama melakukan permainan pendahuluan; alergi terhadap kondom, infeksi pada vulva atau vagina; kurang hormon pada wanita yang lanjut usia/tua; (3) Ada rasa sakit pada pinggul bagian dalam.

Ada kalanya fungsi vagina itu menjadi sangat abnormal, yakni mengadakan kontraksi-kontraksi (penegangan, pengejangan, pengerasan) yang menyakitkan sekali, yang menyamai sebuah kompresor (*kompresor* = alat pemadat, penekan, pemampat). Kontraksi yang sangat kuat pada distal vagina (vagina yang bentuknya tidak rata) itu menyebabkan vaginismus dan parestesia penuh kesakitan karena penis pria terjepit kuat-kuat dan merasakan kesakitan yang luar biasa bahkan hampir lumpuh rasanya. Pada peristiwa lainnya yang sangat luar biasa, kontraksi vagina itu berlangsung begitu hebat sehingga penis terjepit dan "terperangkap" dengan akibatnya tidak bisa keluar dari vagina. Terjadilah apa yang dinamakan "penis captivus".

Peristiwa vaginismus itu bisa muncul spontan tanpa disadari; bisa reflektif pada waktu zakar melakukan penetrasi atau berlangsung pada waktu zakar mengeluarkan air mani (*emissio penis*) atau pada saat mengadakan pemeriksaan ginekologis.

Penyebab dan perawatan. Pada umumnya, orang mengenal empat macam (bentuk) vaginismus, yakni: (1) Vaginismus reflektif primer yang terjadi pada waktu melakukan persetubuhan pertama kali; (2) Vaginismus reflektif sekunder yang disebabkan karena kelainan somatik atau gangguan organik. Pada mulanya, wanita yang bersangkutan mampu melakukan persetubuhan yang biasa; (3) Vaginismus psikogen primer ialah vaginismus yang terjadi pada persetubuhan pertama yang bersumber pada sebab-sebab psikis (ketakutan, kecemasan yang hebat, rasa berdosa, dan sebagainya); (4) Vaginismus psikogen sekunder. Pada mulanya wanita yang bersangkutan mampu melakukan persetubuhan, tetapi sesudah beberapa waktu lamanya timbullah gejala vaginismus yang disebabkan oleh "rasa penolakan" secara sadar atau tak sadar untuk melakukan persetubuhan. Dan ada rasa antipati atau perasaan tidak enak terhadap mitra seksnya.

Perawatan dapat dilakukan dengan berbagai cara: (1) Memberikan penerangan dan penjelasan sebab-sebab terjadinya vaginismus dan memberikan bimbingan psikoterapis; (2) Wanita tersebut disuruh "mengejan" untuk menghilangkan spasme (tarikan-tarikan kekejangan) dan kontraksi pada waktu pria melakukan penetrasi dengan zakarnya; (3) Wanita itu disuruh melakukan latihan untuk mengeluarkan flatus atau udara dari perut, lalu menggunakan salep yang dimasukkan dengan dua jari ke dalam vagina dengan tujuan melebarkan vagina (sampai vagina itu

merasa sakit); (4) Belajar melebarkan vagina dengan menggunakan dilator (alat untuk melebarkan atau memuaikan/mengembangkan). Pengobatan dyspareunia biasanya ditujukan pada penghilangan faktor-faktor penyebabnya, dengan jalan psikoterapi.

Gangguan Identitas Gender

Pertama-tama harus dibedakan antara identifikasi jenis kelamin fisiologis, yakni pengetahuan objektif tentang apakah individu seorang pria atau seorang wanita didasarkan pada tipe alat-alat kelamin (penis, vagina) yang dimilikinya dan identitas gender psikologis, yakni perasaan subjektif individu tentang menjadi seorang pria atau seorang wanita. Kebanyakan individu memiliki identitas gender yang sesuai dengan identifikasi jenis kelamin fisiologis tetapi ada beberapa pengecualian. Misalnya, seorang individu mungkin memiliki penis, memiliki semua ciri khas jenis kelamin sekunder pria (misalnya suara tinggi dan berkumis) dan memainkan peran tradisional pria di depan umum, tetapi mungkin merasa bahwa dia sesungguhnya adalah seorang wanita. Apabila terdapat ketidakcocokan antara identifikasi jenis kelamin fisiologis individu dengan identitas gendernya, maka individu tersebut didiagnosis sebagai orang yang mengalami gangguan identitas gender.

Identitas gender, sebagai suatu ciri dasar kepribadian, adalah suatu perasaan individu tentang menjadi pria atau wanita. Anak-anak mulai sadar bahwa mereka adalah pria atau wanita pada suatu tahap awal perkembangan, dan sekali terbentuk identitas gender mereka sangat melawan perubahan. Identitas gender berbeda dari preferensi seksual. Preferensi seksual adalah apakah seseorang menginginkan mitra seks yang sejenis atau yang tidak sejenis. Preferensi seksual tidak mengacu pada konsepsi seksual individu.

Simtom utama dari gangguan identitas gender ialah individu tetap gigih untuk tidak mengakui identifikasi seks fisiologisnya. Anak-anak dengan gangguan ini mungkin tetap mempertahankan bahwa mereka adalah orang yang berlawanan jenis kelamin. Anak-anak gadis menolak tingkah laku dan pakaian wanita serta berpendapat bahwa mereka akan memiliki penis dan bukan buah dada, dan tidak akan mengalami menstruasi, serta mungkin juga menolak untuk kencing dalam posisi duduk. Anak laki-laki mungkin menolak tingkah laku dan pakaian pria, mereka berpendapat bahwa mereka akan tumbuh menjadi wanita, dan alat-alat kelamin mereka menjijikkan, serta akan lebih baik kalau tidak memiliki penis atau testikel. Dalam masa remaja atau dewasa, orang-orang yang mengalami gangguan ini lebih realistis dan menyadari bahwa identifikasi seks fisiologis mereka tidak akan berubah, tetapi mereka tetap merasa tidak senang dengan hal itu.

Beberapa orang yang mengalami gangguan identitas gender berpakaian sebagai anggota dari jenis kelamin lain, tetapi mereka melakukan itu karena mereka sangat senang dalam pakaian seperti itu dan tidak melakukan itu untuk memperoleh kepuasan seksual seperti yang terjadi pada orang-orang yang mengalami gangguan fetishisme transvestis.

Individu-individu berbeda sejauh mana mereka mengalami ketidakcocokan antara jenis kelamin yang ditetapkan dan identitas gender, dan perbedaan itu menimbulkan diagnosis berbeda. Apabila ketidakcocokan itu relatif ringan dan individu tersebut hanya merasa tidak puas terhadap jenis kelamin yang ditetapkan, maka di sini akan digunakan diagnosis gangguan identitas gender yang ringan. Tetapi dalam kasus-kasus yang lebih berat di mana individu benar-benar merasa bahwa ia adalah salah seorang dari jenis kelamin yang berlawanan, maka di sini digunakan diagnosis transeksualisme. Orang yang mengalami gangguan transeksualisme sering memikirkan untuk mengubah ciri-ciri khas jenis kelamin primer dan sekunder untuk menjadi ciri-ciri khas dari jenis kelamin yang berlawanan.

Penyebab

Salah satu penemuan yang jelas dan konsisten bahwa individu yang mengalami gangguan identitas gender memperlihatkan pola-pola tingkah laku dari lawan jenis kelamin. Banyak penelitian telah membuktikan bahwa pada waktu masih kanak-kanak, pria digambarkan sebagai "banci" (pria yang kewanita-wanitaan) yang lebih suka memilih kegiatan-kegiatan wanita, dan wanita digambarkan sebagai "tomboy" (wanita yang kelaki-lakian) yang lebih menyukai kegiatan-kegiatan pria (Benjamin, 1966; Green, 1974, 1976, 1985; Prince & Bentler, 1972; Stoller, 1968). Fakta bahwa gangguan identitas gender kelihatan pada masa kanak-kanak terungkap dalam DSM III-R, di mana gangguan ini didaftar pada bagian tentang "Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence" dan bukan pada bagian tentang "Sexual Disorders."

Dalam mempertimbangkan gangguan ini yang muncul sejak awal kehidupan, maka penting diketahui bahwa meskipun semua orang dewasa yang mengalami gangguan identitas gender adalah banci atau tomboy dalam masa kanak-kanak, namun tidak semua anak yang banci atau tomboy akan tetap mengalami gangguan identitas gender bila mereka menjadi dewasa. Dengan alasan ini tidak dapat diasumsikan bahwa seorang anak yang memiliki minat dan ciri tingkah laku dari lawan jenis memperlihatkan tanda-tanda awal gangguan identitas gender.

Penemuan bahwa simptom-simtom gangguan identitas gender yang pada awalnya kelihatan pada masa kanak-kanak telah menghasilkan asumsi dari beberapa teoritikus bahwa gangguan itu disebabkan oleh latihan dalam peran gender yang

tidak tepat dalam awal masa kanak-kanak. Secara khusus telah dikemukakan bahwa orang tua atau orang dewasa lain mungkin mempercepat perkembangan tingkah laku lawan jenis, dan ada kemungkinan mereka menginginkan anak dari jenis kelamin lain. Ayah yang menginginkan seorang anak laki-laki mungkin memperlakukan anak perempuannya seperti anak laki-laki, membawanya untuk bermain sepakbola, atau ke kantor, dan dengan demikian mengajarnya untuk menjadi anak laki-laki.

Telah dikemukakan juga bahwa gangguan ini mungkin disebabkan karena individu telah mengidentifikasi diri dengan salah satu orang tua yang tidak sejenis karena orang tua yang sejenis tidak dapat diidentifikasi yang disebabkan oleh faktor-faktor seperti keluarga retak atau permusuhan terhadap orang tua yang sejenis. Apabila ayah selalu berada di luar kota atau sangat menakutkan sehingga tidak dapat didekati, maka seorang anak laki-laki mungkin selalu berada bersama dengan ibunya dan mempelajari peran gendernya.

Pendekatan fisiologis mengemukakan bahwa gangguan identitas gender disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon dalam perkembangan janin. Suatu pendekatan yang sangat berbeda terhadap gangguan identitas gender bertolak dari adanya kemungkinan bahwa dalam perkembangan janin, orang-orang yang mengalami gangguan ini mendapat tingkat hormon yang lebih tinggi daripada rata-rata yang berhubungan dengan jenis kelamin yang berlawanan. Ada banyak bukti bahwa ciri-ciri khas jenis kelamin di bidang fisik dan tingkah laku seks dari banyak binatang mungkin sangat dipengaruhi oleh hormon-hormon dari jenis kelamin berlawanan selama janin berkembang dalam kandungan. Tetapi di sini muncul pertanyaan, apakah hormon-hormon tersebut dapat juga mempengaruhi tingkah laku sosial yang lebih halus yang pada umumnya harus dipelajari? Untuk menguji kemungkinan tersebut, para peneliti memberikan androgen (hormon jantan) kepada sekelompok kera betina selama berada dalam kandungan dan kemudian tingkah laku sosial kera-kera tersebut diteliti ketika mereka menjadi dewasa (Young, *et al.*, 1964). Hasilnya menunjukkan bahwa kera-kera yang menerima androgen bertingkah laku lebih menyerupai kera-kera jantan dibandingkan kera-kera yang tidak menerima androgen. Misalnya, seperti kera-kera jantan, kera-kera betina yang menerima androgen itu bertingkah laku: (a) mengancam kera-kera lain, (b) memprakarsai permainan, dan (c) melakukan pola-pola permainan yang kacau dan kasar. Hal yang penting adalah tingkah laku-tingkah laku maskulin ini benar-benar tingkah laku-tingkah laku sosial dan tidak berhubungan dengan tingkah laku-tingkah laku jenis kelaminnya sendiri. Dengan demikian tingkah laku dari kera-kera ini adalah sama dengan tingkah laku yang kelihatan pada orang-orang yang mengalami gangguan identitas gender.

Hasil-hasil dari percobaan dengan binatang ini adalah menarik, tetapi harus ditanyakan apakah pengaruh-pengaruh yang sama akan ditemukan juga pada manusia berdasarkan anggapan bahwa faktor-faktor sosial memainkan peran yang penting dalam perkembangan psikoseksual. Ada sejumlah penelitian yang relevan untuk mempertimbangkan pertanyaan ini, tetapi hanya tiga penelitian akan disinggung di sini. Dua penelitian dilakukan terhadap anak-anak gadis yang ibunya telah diberi sangat banyak androgen ketika hamil dalam usaha untuk menghindari komplikasi-komplikasi selama kehamilan (Ehrhardt & Money, 1967; Ehrhardt, *et al.*, 1968). Hasil-hasil dari dua penelitian tersebut menunjukkan bahwa kalau dibandingkan dengan gadis lain, maka anak-anak gadis yang telah mendapat androgen mengandung kemungkinan lebih besar untuk (a) menjadi tomboy, (b) lebih menyukai pakaian anak laki-laki, dan (c) bercita-cita seperti anak laki-laki.

Penelitian yang ketiga dilakukan terhadap dua kelompok laki-laki yang semua ibunya telah diberi hormon estrogen (hormon wanita) yang banyak selama kehamilan (Yalom, *et al.*, 1973). Laki-laki dari salah satu kelompok berusia 16 tahun, sedangkan laki-laki dari kelompok lain berusia 6 tahun pada waktu penelitian itu dilakukan. Laki-laki dari kedua kelompok ini dibandingkan dengan subjek-subjek yang berusia sama, tetapi ibu-ibunya tidak diberi estrogen. Perbandingan dari yang berusia 16 tahun menunjukkan bahwa mereka yang diberi estrogen dinilai (a) kurang maskulin; (b) lebih feminin ketika melempar dan menangkap bola, mengayunkan bat dan berlari; (c) kurang agresif; dan (d) minat-minat sebagai laki-laki agak kurang. Penilaian anak laki-laki yang berusia 6 tahun hanya menunjukkan bahwa mereka yang diberi estrogen adalah kurang asertif dan kurang atletik. Penemuan bahwa perbedaan-perbedaan kurang kelihatan pada anak-anak yang berusia 6 tahun dapat dihubungkan dengan fakta bahwa peran jenis kelamin belum begitu berkembang sehingga kemungkinan untuk perbedaan-perbedaan agak terbatas.

Hasil-hasil dari semua penelitian yang dikemukakan di atas adalah konsisten dan sudah barang tentu menantang, tetapi tidak meyakinkan. Karena itu, teori hormon tentang gangguan identitas gender harus menunggu penelitian tambahan.

Perawatan

Dalam usaha untuk menanggulangi masalah-masalah yang dihadapi oleh orang-orang yang mengalami gangguan identitas gender, banyak orang yang mengalami gangguan itu mengambil peran gender yang disenangi. Dengan kata lain, mereka bertingkah laku sosial seperti orang-orang dari jenis kelamin berlawanan, dan untuk beberapa orang hal ini merupakan suatu pemecahan yang dapat diterima walaupun tidak sempurna. Orang-orang lain mencari pemecahan yang lebih drastis,

yakni pembedahan yang disebut *sex reassignment surgery* atau biasanya disebut operasi mengubah jenis kelamin (*sex change operation*). Operasi modern mengubah jenis kelamin yang pertama adalah operasi yang dilakukan terhadap Christine Jorgensen pada tahun 1953 (Hamburger, *et al.*, 1953). Sejak itu banyak operasi yang serupa telah dilakukan. Operasi-operasi ini dapat efektif dalam membuat orang-orang kelihatannya seperti orang-orang dari jenis kelamin berlawanan.

Operasi-operasi ini lebih dari hanya sekedar alat kecantikan, dan dalam kasus mengubah laki-laki menjadi wanita ada kemungkinan menciptakan lubang seperti vagina sehingga orang tersebut dapat mengadakan persetubuhan dan juga mengalami orgasme. Perubahan itu selanjutnya dipermudah dengan memberi hormon-hormon wanita yang menghasilkan perkembangan buah dada atau ciri-ciri khas lain pada wanita. Perubahan wanita menjadi laki-laki lebih sulit dan kurang berhasil karena meskipun sekarang ada kemungkinan membuat penis tetapi tidak mungkin mengubah perjalanan aliran darah yang memungkinkan individu mengalami ereksi. Terlepas dari penampilan jenis kelamin, pertanyaan yang penting adalah apakah operasi mengubah jenis kelamin itu menyebabkan perbaikan penyesuaian diri dalam identitas gender? Sejak tahun 1975 ada 14 penelitian di mana data dikumpulkan dari orang-orang yang menjalani operasi mengubah jenis kelamin, dan data tersebut menghasilkan tiga penemuan yang terkenal (lihat tinjauan yang diberikan oleh Abramowitz, 1986). *Pertama*, kira-kira $\frac{2}{3}$ dari orang-orang yang menjalani operasi jenis kelamin itu melaporkan penyesuaian diri yang membaik setelah menjalani operasi. *Kedua*, meskipun jumlah pria yang menjalani operasi tersebut tiga kali lebih banyak daripada wanita, dan operasi pria menjadi wanita lebih efektif sebagai bahan kecantikan, namun kelihatannya operasi wanita menjadi pria secara psikologis lebih efektif. Alasan untuk itu tidak jelas. *Ketiga*, kira-kira 7 % dari operasi-operasi tersebut menimbulkan akibat-akibat yang buruk atau tragis. Akibat-akibatnya sangat bervariasi: ada yang mengalami episode psikotik, dirawat di rumah sakit, atau ada yang bunuh diri. Kadang-kadang, individu meminta operasi lain untuk memperbaiki jenis kelaminnya yang asli.

KETERGANTUNGAN DAN PENYALAHGUNAAN ZAT

Fakta bahwa penyalahgunaan obat-obat merupakan salah satu masalah berat yang dihadapi oleh dunia dan khususnya bangsa kita dewasa ini. Penyalahgunaan obat merupakan salah satu masalah utama di kalangan remaja dan orang dewasa tetapi sekarang sudah merembet di kalangan anak-anak. Ini adalah masalah yang harus diberikan perhatian utama.

Dalam bagian ini tidak akan dikemukakan pandangan moral tentang apakah menggunakan obat itu tepat atau tidak, melainkan perhatian akan dipusatkan pada pemahaman mengenai akibat-akibat dari obat dan alasan-alasan mengapa beberapa orang tergantung pada obat-obat itu. Dengan latar belakang tersebut setiap orang dapat memberikan penilaian apakah penyalahgunaan itu tepat atau tidak.

Hal-Hal yang Berhubungan dengan Ketergantungan dan Penyalahgunaan Zat

Dalam bagian ini akan dikemukakan lebih dahulu apa artinya obat (*drug*), ketergantungan obat, dan faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya akibat-akibat penggunaan obat.

Beberapa Istilah dan Batasan

Obat (*drug*) adalah setiap zat (bahan atau substansi) yang jika masuk ke dalam badan organisme hidup dapat mengadakan perubahan pada satu atau lebih fungsi-fungsi organisme tersebut. Zat-zat yang akan dibicarakan dalam bagian ini pada umumnya disebut *obat-obat psikoaktif*. Kalau dikemukakan secara sederhana, obat psikoaktif adalah zat yang mengubah suasana hati individu (misalnya membuat seseorang bahagia, sedih, marah, dan mengalami depresi), mengubah kesadaran individu terhadap lingkungan eksternal (misalnya waktu, tempat, kondisi-kondisi), atau mengubah kesadaran terhadap lingkungan internal (misalnya mimpi, khayalan-khayalan). Misalnya, sesudah menggunakan obat psikoaktif seorang individu mungkin merasa sangat gembira, tidak menyadari perjalanan waktu, dan mungkin memusatkan perhatian pada fantasi-fantasi dan bukan pada apa yang sedang berlangsung di lingkungannya.

Tetapi, istilah *psikoaktif* tidak mengandung arti baik atau buruk, legal atau ilegal. Marijuana, kokain, heroin, LSD, gula, nikotin, alkohol, dan kodein adalah zat-zat psikoaktif. Selanjutnya, meskipun obat-obat psikoaktif sering disalahgunakan dan dapat menimbulkan masalah-masalah yang berat, namun obat-obat tersebut juga mengandung khasiat yang penting dan berharga, seperti penggunaan obat-obat depresan (Valium) untuk mereduksikan kecemasan atau penggunaan narkotika (jenis kodein) untuk mengontrol rasa sakit.

Bila obat itu digunakan secara periodik atau terus-menerus, maka bisa menimbulkan ketergantungan obat (*drug dependence*). Dengan demikian, ketergantungan obat (*drug dependence*) adalah dorongan (*compulsion*) yang terjadi secara periodik atau terus-menerus untuk menggunakan obat supaya menghindari simtom-simtom putus obat. Peminum yang membutuhkan alkohol untuk menghindari gemetar

adalah orang yang tergantung pada alkohol. Seseorang dapat memperoleh ketergantungan pada satu atau lebih macam zat.

Kita biasanya berpikir tentang ketergantungan sebagai gejala fisiologis, tetapi ketergantungan psikologis dapat juga berkembang bila individu membutuhkan obat untuk mendapat kenikmatan atau menghindari perasaan tidak senang secara psikologis. Misalnya, obat halusinogen seperti SLD tidak menyebabkan ketergantungan fisiologis (obat itu tidak menyebabkan simtom-simtom fisiologis putus zat, tetapi beberapa orang mungkin menjadi tergantung pada obat-obat itu sebagai pelarian diri dari kehidupan yang tidak menyenangkan atau membosankan atau sebagai sarana untuk memperoleh kenikmatan. Dengan demikian, kemungkinan sangat besar ketergantungan disebabkan oleh usaha untuk menghindari simtom-simtom fisiologis yang tidak menyenangkan dari putus zat, tetapi juga dapat disebabkan oleh usaha terus-menerus untuk mencapai kenikmatan dan menghindari stres psikologis.

Dengan demikian, ada dua macam ketergantungan obat, yakni ketergantungan fisik (*physical dependence*) dan ketergantungan psikis (*psychic or psychological dependence*). Ketergantungan fisik (*physical dependence*) tidak lain daripada suatu keadaan penyesuaian (*adaptive state*) yang muncul pada penggunaan zat secara terus-menerus dan akan terjadi gangguan fisik apabila penggunaannya dihentikan atau kadarnya dikurangi. Sedangkan ketergantungan psikologis adalah suatu keadaan yang disertai dengan suatu dorongan psikis yang memaksa individu untuk memakai zat secara periodik atau terus-menerus (ketagihan).

Gangguan-gangguan fisik tersebut dinamakan simtom putus (lepas) zat atau obat (*abstinence or withdrawal symptom*). Misalnya, simtom-simtom putus zat jenis opiat adalah mengeluarkan air dari mata dan hidung, manik mata (pupil) melebar, bulu roma berdiri, berkeringat, menguap, gelisah, tidak dapat tidur, tulang-tulang terasa sakit, muntah dan mencret (gejala-gejala tersebut di atas menyerupai influenza berat). Simtom-simtom putus zat jenis amfetamin adalah merasa amat lelah, tidur terganggu, sering mimpi, otot-otot terasa sakit, selera makan bertambah.

Dalam beberapa kasus, simtom-simtom putus zat mengerikan dan dapat menimbulkan efek yang parah. Misalnya, simtom-simtom fisiologis putus zat dari alkohol atau heroin dapat berupa gerakan-gerakan tubuh yang tidak terkontrol (menendang, mengucapkan kata-kata yang kasar), mual, delirium yang berat (halusinasi-halusinasi). Karena simtom-simtom fisiologis putus zat dapat menjadi begitu hebat, maka antisipasi-antisipasi simtom-simtom tersebut sering menimbulkan simtom-simtom psikologis seperti ketakutan dan kecemasan.

Penting diketahui bahwa simtom-simtom putus zat dapat direduksikan dengan cepat atau dihilangkan dengan menggunakan dosis obat lain atau dengan mengguna-

kan dosis dari obat yang berbeda dari kelompok obat yang sama. Simtom-simtom yang menakutkan dari putus zat barbiturat dapat segera dihilangkan dengan dosis barbiturat atau dosis dari obat depresan yang lain, seperti alkohol. Simtom-simtom putus zat sangat berperan dalam perkembangan ketergantungan obat karena individu menggunakan obat untuk menghindari simtom-simtom putus zat.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efek-efek Obat

Banyak faktor selain kandungan kimia dari obat dapat mempengaruhi efek-efeknya. Faktor-faktor tersebut perlu diperhatikan sebelum melangkah ke uraian berikutnya.

Efek-Efek Ketergantungan pada Dosis

Hal yang perlu diketahui adalah efek dari obat-obat itu dapat berbeda-beda sesuai dengan banyaknya obat yang digunakan. Dengan kata lain, efek dari obat dapat tergantung pada dosis (*dose-dependent*). *Pertama*, tingkat dosis dapat mempengaruhi berapa banyak efek yang akan muncul. Ini jelas dalam kasus alkohol, di mana meminum alkohol sedikit dapat mengakibatkan pembicaraan agak cadel dan meminum semakin banyak lagi, maka suara semakin cadel. *Kedua*, tingkat dosis dapat mempengaruhi tipe efek-efek yang akan terjadi. Dosis-dosis nikotin yang ringan menyebabkan rangsangan fisiologis, tetapi dosis-dosis yang lebih berat akan menimbulkan sedasi dan kalau semakin berat lagi dapat menyebabkan kematian.

Perbedaan-Perbedaan Individual

Efek-efek dari banyak obat kadang-kadang dipengaruhi oleh orang-orang yang menggunakannya. Misalnya, dosis kafein yang ringan (sama dengan dua cangkir kopi) dapat memperbaiki performansi intelektual dari orang-orang yang ekstrovert (misalnya memungkinkan mereka belajar lebih baik), tetapi dosis yang sama dapat merusak performansi intelektual dari orang-orang yang introvert (Revelle, *et al*, 1976). Efek tersebut disebabkan oleh fakta bahwa orang-orang yang ekstrovert sering secara neurologis kurang terangsang sehingga efek yang merangsang dari kafein membawa mereka ke tingkat rangsangan yang optimal, tetapi orang-orang yang introvert sudah berada pada tingkat rangsangan yang optimal sehingga rangsangan tambahan yang diberikan oleh kafein menaikkan mereka melebihi tingkat optimal dan efeknya adalah performansi mereka menurun.

Perbedaan-perbedaan individual dalam pengalaman dengan obat-obat dapat juga mempengaruhi efek dari obat-obat. Misalnya, orang-orang yang tidak berpengalaman dalam menggunakan marijuana tidak melaporkan efek-efek dari obat tersebut meskipun ukuran-ukuran fisiologis menunjukkan bahwa efek-efek tersebut

terjadi. Sebaliknya, pemakai-pemakai yang berpengalaman segera mengetahui efek-efeknya.

Pengaruh faktor-faktor genetik dapat diketahui dari fakta bahwa ada angka konkordansi yang lebih tinggi untuk alkoholisme di kalangan saudara kembar identik (MZ) dibandingkan saudara kembar bersaudara (Goodwin, 1985). Dengan kata lain, faktor-faktor genetik kelihatannya (rupanya) memprediksikan beberapa individu untuk menjadi tergantung pada alkohol dan obat-obat lain.

Efek-Efek Interaksi

Efek-efek obat dapat berubah secara drastis bila digunakan bersama dengan obat lainnya. Bila obat-obat digunakan bersama dengan obat lainnya dan berinteraksi, maka intensitas dari efek obat itu akan meningkat dan kadar dari peningkatan itu sering lebih besar dibandingkan kalau obat-obat itu digunakan secara terpisah. Misalnya, kombinasi valium dan alkohol menyebabkan tingkat sedasi fisiologis jauh lebih besar dibandingkan efek-efek dari masing-masing obat. Beberapa orang akan dengan sengaja menggunakan kombinasi obat untuk memperoleh efek-efek yang lebih kuat, tetapi hal itu bisa sangat berbahaya karena tingkat dari efek itu sulit diprediksikan dan efek seluruhnya dapat menyebabkan kematian.

Toleransi dan Toleransi Silang

Toleransi adalah peningkatan dosis pemakaian obat untuk memperoleh efek yang sama. Karena berkali-kali menggunakan dosis obat yang sama, maka tingkat dosis dari obat tersebut makin lama makin kurang berpengaruh. Karena toleransi terhadap obat ini berkembang, maka individu harus menggunakan kadar obat yang makin lama makin tinggi untuk mencapai efek yang sama. Dalam kehidupan bangsa Yunani Kuno, toleransi digunakan oleh individu-individu sebagai strategi defensif yang dilandasi dengan pikiran bahwa ada orang yang berusaha meracuni mereka. Individu-individu itu akan menggunakan racun dengan jumlahnya semakin meningkat sehingga pada akhirnya mereka menjadi kebal terhadap dosis obat yang diberikan oleh musuh. Dewasa ini, banyak orang yang menggunakan obat untuk jangka waktu yang lama mengembangkan tingkat toleransi yang sangat tinggi dan dengan demikian mereka harus menggunakan obat dengan dosis yang sangat tinggi untuk mencapai efek-efek yang diinginkan. Hal itu dapat menimbulkan efek-efek yang berat karena pada kadar yang tinggi, obat mungkin mengandung akibat-akibat samping yang berbahaya dan melampaui toleransi.

Toleransi silang (*cross-tolerance*) adalah kejadian di mana penggunaan obat dari salah satu tipe bisa menyebabkan toleransi terhadap obat-obat lain dari tipe

tersebut. Misalnya, menggunakan morfin yang adalah opiat akan mereduksikan efek-efek dari opiat-opiat lain, seperti opium atau heroin.

Karena faktor-faktor yang dibicarakan dalam bagian ini setiap obat dapat menyebabkan efek-efek yang berbeda pada waktu-waktu yang berbeda untuk orang yang sama dan setiap obat juga dapat menyebabkan efek-efek yang berbeda pada orang-orang yang berbeda. Karena itu, bila menjelaskan efek dari obat, maka penting juga untuk memahami tidak hanya obat itu sendiri, tetapi juga orang, situasi, dan sejarah dari orang yang menggunakan obat itu.

Diagnosis Ketergantungan dan Penyalahgunaan Zat

Tiga diagnosis dalam DSM-III-R ada kaitannya dengan penggunaan obat-obat. Diagnosis pertama adalah ketergantungan zat psikoaktif. Simtom-simtom dari gangguan ini adalah individu (a) tidak bisa mengontrol penggunaan obat itu, (b) memperlihatkan deteriorasi tingkah laku, atau (c) mengalami simtom-simtom putus zat. Misalnya, menggunakan lebih banyak obat daripada yang diharapkan, tidak dapat mengurangnya, mengabaikan tanggung jawab terhadap keluarga atau pekerjaan, dan mengalami simtom-simtom putus zat. Untuk memperoleh diagnosis-diagnosis ketergantungan zat psikoaktif, tiga dari syarat-syarat berikut harus dipenuhi untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 1 bulan atau harus terjadi berulang-ulang untuk suatu jangka waktu yang lebih lama: (1) Zat harus digunakan dalam jumlah yang lebih besar atau untuk jangka waktu lebih lama daripada yang diharapkan individu; (2) Individu tetap berkeinginan atau tidak berhasil dalam usaha-usaha untuk mengurangi atau mengontrol penggunaan zat itu; (3) Individu telah menggunakan banyak waktu untuk memperoleh zat itu (misalnya mencuri), menggunakan zat itu (misalnya merokok terus-menerus), atau berhenti dari penggunaan zat itu; (4) Kemabukan yang dialami berkali-kali dan simtom-simtom putus zat menyebabkan individu tidak dapat memenuhi tanggung jawab yang diharapkan (misalnya tidak pergi ke sekolah atau pekerjaan karena efek negatif dari zat itu) atau mendorong individu untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang berbahaya (dorongan-dorongan karena mabuk); (5) Individu menghentikan kegiatan-kegiatan sosial, okupasional, atau rekreasional yang penting karena penggunaan zat itu; (6) Individu terus-menerus menggunakan zat itu meskipun mengetahui masalah-masalah yang ditimbulkan zat itu terhadap pribadi dan fisiknya; (7) Toleransi sangat meningkat yang membuat dosis zat semakin tinggi yang diperlukan untuk mencapai efek-efek yang diinginkan; (8) Terjadi simtom-simtom putus zat; (9) Zat digunakan untuk menghindari atau mereduksi simtom-simtom putus zat (American Psychiatric Association, 1987:167–168).

Diagnosis kedua adalah penyalahgunaan zat psikoaktif. Di sini digunakan istilah penyalahgunaan (*abuse*) dan bukan ketergantungan karena diagnosis ini digunakan untuk orang-orang yang tidak tergantung pada obat, tetapi yang memperlihatkan tingkah laku maladaptif karena mereka salah menggunakan obat. Contoh-contoh yang memenuhi syarat untuk diagnosis penyalahgunaan zat psikoaktif adalah seorang mahasiswa yang tidak tergantung pada kokain, tetapi kadang-kadang melalaikan kuliah karena mengalami kecelakaan setelah menggunakan obat itu, seorang yang berkali-kali mengemudikan mobil ketika dia mabuk minum alkohol, seseorang yang tetap meminum alkohol meskipun dia mengetahui bahwa berbuat demikian akan memperburuk suatu gangguan fisik, seperti ulcer.

Diagnosis ketiga adalah gangguan mental organik yang disebabkan oleh zat. Diagnosis itu digunakan bila seorang individu mengembangkan simtom-simtom psikologis, seperti halusinasi dan delusi sesudah menggunakan obat terlalu banyak. Dosis yang tinggi dari beberapa obat dapat menimbulkan efek-efek itu, tetapi pada umumnya terjadi bila orang menggunakan. Reaksi ini sering disebut psikosis toksik. Orang itu mengalami psikosis karena dia menggunakan tingkat toleransi dari obat itu. Gangguan-gangguan yang disebabkan zat dapat menjadi hebat, tetapi menghilang ketika obat tersebut habis.

Tipe-Tipe Obat

Ada kebingungan tentang bermacam-macam tipe obat, terutama karena obat-obat itu dikelompokkan dalam beberapa cara. Misalnya, obat-obat tersebut dapat dikelompokkan sebagai obat yang legal versus ilegal, sosial versus nonsosial, adiktif versus nonadiktif. Di Indonesia, pengelompokan obat-obat itu disingkat dengan istilah narkoba, yakni narkotik, psikotropika, zat adiktif lainnya, dan obat-obat berbahaya.

Menurut UU No. 22 tahun 1997 tentang narkotika, narkotika adalah zat yang berasal dari tanaman baik sintetik maupun semi-sintetik yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Menurut Undang-Undang ini, narkotika dibagi menjadi 3 golongan berdasarkan pada tinggi rendahnya ketergantungan, yakni narkotika golongan I, golongan II, dan golongan III.

Narkotika golongan I adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi untuk mengakibatkan ketergantungan. Jenis-jenis narkotika yang termasuk golongan I ini adalah: (1) Tanaman *Papaver Somniferum* L dan semua bagiannya termasuk buah dan jeraminya, kecuali bijinya; (2) *Opium*

mentah, yakni getah yang membeku sendiri, diperoleh dari buah tanaman *Papaver Somniferum* L yang hanya mengalami pengolahan sekadar untuk pembungkusan dan pengangkutan tanpa memperhatikan keadaan morfinnya; (3) *Opium masak* terdiri dari (a) candu (hasil yang diperoleh dari opium mentah melalui suatu rentetan pengolahan, khususnya dengan pelarutan, pemanasan, dan peragian dengan atau tanpa penambahan bahan-bahan lain, dengan maksud mengubahnya menjadi suatu ekstrak yang cocok untuk pemadatan), (b) jicing (sisasisa dari candu setelah diisap tanpa memperhatikan apakah candu itu dicampur dengan daun atau bahan lain, (c) jicingko (hasil yang diperoleh dari pengolahan jicing; (4) Tanaman koka (tanaman dari semua genus *Erythroxylon* dari keluarga *Erythroxylaceae* termasuk buah dan bijinya); (5) Daun koka (daun yang belum atau sudah dikeringkan atau dalam bentuk serbuk dari semua tanaman genus *Erythroxylon* dari keluarga *Erythroxylaceae* yang menghasilkan kokain secara langsung atau melalui perubahan kimia; (6) Kokain mentah (semua hasil yang diperoleh dari daun koka yang dapat diolah secara langsung untuk mendapatkan kokaina; (7) Kokaina (metilesterl-bensoilekgonina — diperoleh dari daun tanaman *Erythroxylon Coca* yang tumbuh di Amerika Selatan bagian barat. Kokaina berupa serbuk kristal berwarna putih atau tidak berwarna. "Crack" merupakan salah satu bentuk padat dari kokain mentah); (8) Tanaman ganja (semua tanaman genus *cannabis* dan semua bagian dari tanaman termasuk biji, buah, jerami hasil olahan tanaman ganja termasuk damar ganja dan hasis); (9) Heroin.

Narkotika golongan II adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi yang dapat mengakibatkan ketergantungan. Jenis narkotika yang termasuk golongan II antara lain: (1) Morfin (merupakan alkaloida yang terdapat dalam opium candu yang berasal dari tanaman *Papaver Somniferum* L. Morfin berupa serbuk berwarna putih digunakan dalam pengobatan untuk menghilangkan rasa nyeri. Dalam bentuk *sustained released tablet* digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri yang hebat pada penderita penyakit kanker, operasi, dan lain-lain. Morfin dapat mengakibatkan ketergantungan fisik, psikis, dan toleransi sehingga penggunaan dalam pengobatan sangat dibatasi dan merupakan obat pilihan terakhir; (2) Fentanil; (3) Ekgonina; (4) Petidina; (5) Alfasetil-metadol; (6) Benzetidin; (7) Betametadol.

Narkotika golongan III adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan yang dapat mengakibatkan ketergantungan. Jenis narkotika golongan III ini antara lain: (1) Kodein (merupakan alkaloid yang terdapat dalam opium atau candu atau sintesis dari morfin. Kodein berupa serbuk berwarna

putih atau dalam bentuk tablet digunakan dalam pengobatan untuk menekan batuk antitusif dan penghilang nyeri analgesik. Kodein dapat juga menimbulkan ketergantungan fisik dan psikis serta toleransi, namun sangat ringan bila dibandingkan dengan morfin); (2) Etil Morfin; (3) Dihidrokolin; (4) Dokstropoposifem.

Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintesis (bukan narkotika) yang bersifat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan tingkah laku. Menurut UU No.5 Tahun 1997 tentang psikotropika, psikotropika dikelompokkan ke dalam 4 golongan berdasarkan tinggi dan rendahnya potensi yang dapat mengakibatkan ketergantungan, yakni psikotropika golongan I, II, III, dan IV.

Psikotropika golongan I adalah psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi yang sangat kuat yang dapat mengakibatkan sindrom ketergantungan. Yang termasuk golongan ini antara lain: (1) MDMA yang dikenal dengan sebutan *Ecstasy* (merupakan turunan, berbentuk serbuk berwarna putih atau kekuningan bersifat halusinogen kuat dan nama lainnya adalah xtc, adam, essence, dan lain-lain); (2) N-etil MDA juga terdapat dalam kandungan ecstasy; (3) MMDA juga terdapat dalam kandungan ecstasy.

Psikotropika golongan II adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta memiliki potensi yang kuat yang dapat mengakibatkan sindrom ketergantungan. Termasuk golongan ini antara lain adalah yang dikenal dengan nama Sabu-sabu, Deksamfetamin, Fenetilina, Metakualon, Metilfenidat, dan lain-lain.

Psikotropika golongan III adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta memiliki potensi sedang mengakibatkan sindrom ketergantungan. Termasuk golongan III antara lain adalah Amobarbital, Buprenorfin, Butalbital, Katina, dan lain-lain.

Psikotropika golongan IV adalah psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta memiliki potensi ringan mengakibatkan ketergantungan. Termasuk golongan ini antara lain adalah Diazepam (yang dikenal sebagai Nipam, BK, Magadon), Klorazepam, Nitrazepam, Nordazepam, Estazolam, Klobazam, dan lain-lain.

Zat adiktif lainnya adalah zat yang bukan obat dan yang masuk dalam golongan ini adalah minuman beralkohol dan tembakau. Sesuai dengan Keputusan Presiden RI No.3 Tahun 1997 tentang Pengawasan dan Pengendalian Minuman Beralkohol, yang dimaksudkan minuman beralkohol adalah minuman yang mengandung ethanol yang diproses dari bahan hasil pertanian yang mengandung karbohidrat dengan

cara fermentasi dan destilasi atau fermentasi tanpa destilasi, baik dengan cara memberikan perlakuan terlebih dulu atau tidak, menambahkan bahan lain atau tidak, maupun yang diproses dengan cara mencampur konsentrat dengan ethanol atau dengan cara pengeceran minuman yang mengandung ethanol. Minuman beralkohol dikelompokkan dalam golongan sebagai berikut: (1) Minuman beralkohol golongan A adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) 1% sampai dengan 5%; (2) Minuman beralkohol golongan B adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) lebih dari 5% sampai dengan 20%; (3) Minuman beralkohol golongan C adalah minuman beralkohol dengan kadar ethanol (C_2H_5OH) lebih dari 20% sampai dengan 55%.

Tembakau adalah zat adiktif yang dapat mengakibatkan suatu kondisi ketergantungan. Berhubung luasnya penggunaan tembakau (dalam bentuk rokok) dewasa ini, maka tembakau dikategorikan pula sebagai suatu zat yang dapat menimbulkan suatu masalah kesehatan masyarakat. Walaupun demikian, zat ini sedikit sekali pengaruhnya di bidang perangsangan atau depresi dari sistem saraf sentral atau gangguan dalam persepsi, alam perasaan, proses berpikir, tingkah laku atau fungsi motorik. Karena dalam perbandingan dengan zat lain, pengaruh buruknya relatif kurang dan akibatnya hanya dapat dilihat apabila digunakan dalam jumlah besar dan dalam jangka waktu yang lama, maka walaupun zat ini dapat menimbulkan ketergantungan pada umumnya hanya sedikit saja perhatian yang diberikan pada tembakau.

Obat-obat berbahaya adalah obat yang memiliki kemampuan untuk mengakibatkan kondisi ketergantungan pada organisme hidup baik mental maupun fisik atau kedua-duanya. Yang termasuk golongan ini antara lain: (1) Psilosibin dan Psilosin (diperoleh dari sejenis jamur yang tumbuh di Meksiko dan efek yang dihasilkan menyerupai meskalin. Di Indonesia pernah ditemukan pada jamur tahi sapi); (2) LSD (berasal dari sejenis jamur *ergot* yang tumbuh pada tanaman gandum hitam atau gandum putih. Zat ini adalah halusinogen kuat yang menimbulkan gangguan persepsi yang salah mengenai pikiran, suara, warna, dan lain-lain. LSD mengakibatkan ketergantungan fisik, psikis, dan juga toleransi. Ditemukan di jalur gelap dengan bentuk tablet atau stiker); (3) Meskalin (peyot) (diperoleh dari sejenis tanaman kaktus yang tumbuh di Amerika Barat Daya. Meskalin mengakibatkan ilusi dan halusinasi serta ketergantungan fisik dan psikis); (4) kokain; (5) Akhir-akhir ini yang banyak disalahgunakan terutama di kalangan anak-anak adalah berbagai macam "solvent," seperti bensin, *paint thinner*, lem (*glue*) yang digunakan dengan cara menghirup uapnya melalui hidung dan mulut (inhalasi).

Dalam uraian ini, obat-obat itu akan dikelompokkan berdasarkan efek-efeknya. Melalui pendekatan ini, kita dapat membagi obat-obat itu menjadi empat kelompok:

(1) obat-obat depresan, yang mengandung efek sedasi umum; (2) obat-obat narkotik, yang menyebabkan pengalaman-pengalaman pancaindra menumpul; (3) obat-obat stimulan, yang menyebabkan rangsangan umum; (4) obat-obat halusinogen, yang mendistorsikan pengalaman-pengalaman pancaindra.

Pada uraian selanjutnya, pertama-tama akan dikemukakan bermacam-macam tipe obat. Untuk masing-masing tipe akan dibicarakan latar belakang dan efek-efek dari obat, proses fisiologis yang menimbulkan efek-efek dari obat dan masalah-masalah yang berkaitan dengan penyalahgunaan obat. Urutan uraian ini akan membantu orang yang membuat perbandingan di antara obat-obat itu dan akan memahami penyebab-penyebab dan perawatan-perawatan terhadap penyalahgunaan dan ketergantungan obat. Setelah berbicara mengenai bermacam-macam tipe obat, akan dijelaskan alasan-alasan mengapa orang menyalahgunakan dan tergantung pada obat. Akhirnya akan dibicarakan strategi-strategi yang digunakan untuk mengatasi ketergantungan dan penyalahgunaan obat.

Depresan

Obat-obat depresan mereduksikan rangsangan fisiologis, tegangan psikologis, dan membantu individu untuk relaks. Obat-obat ini sangat sering digunakan untuk menghilangkan stres yang dialami dalam kehidupan sehari-hari. Contohnya adalah pil tidur, dan Valium yang digunakan bila kecemasan atau tegangan otot terlalu tinggi. Ada tiga macam zat (obat) depresan: alkohol, barbiturat, dan benzodiazepin.

Alkohol. Alkohol adalah suatu zat depresan karena sesudah minum banyak orang menjadi lebih ramah dan meluap-luap (berbicara banyak), tidak segan, dan suara tinggi-keras. Efek yang meringankan itu disebabkan karena alkohol menekan pusat-pusat inhibitori pada otak yang menyebabkan individu tidak malu-malu dan semangat meluap-luap. Tetapi, ketika tingkat intoksikasi meningkat, efek depresi semakin menyebar dan mereduksikan kegiatan dalam daerah-daerah otak yang berfungsi untuk rangsangan, dan kemudian individu akan mengalami sedasi dan tertidur.

Perlu diketahui bahwa sekurang-kurangnya beberapa efek yang tidak menghambat dari alkohol disebabkan oleh harapan-harapan yang muncul mengenai pengaruh itu sendiri. Banyak orang berpendapat bahwa mereka akan bebas atau tidak terkendali setelah minum sehingga tingkah laku mereka yang tidak malu-malu itu disebabkan oleh harapan bagaimana mereka seharusnya bertingkah laku. Bukti akan hal ini diberikan oleh suatu penelitian yang menunjukkan bahwa individu yang meminum minuman yang tidak mengandung alkohol, tetapi berpikir bahwa itu mengandung alkohol akan bertindak lebih agresif, kehidupan seksnya

lebih terangsang, dan kurang merasa cemas (Lang, *et al.*, 1975; Wilson & Abrams, 1977; Wilson & Lawson, 1976).

Di samping efeknya yang menyebabkan individu merasa gembira dan menimbulkan depresi itu, alkohol juga berpengaruh terhadap penglihatan dan keseimbangan, serta mereduksikan kontrol otot sehingga cara berbicara menjadi cadel dan koordinasi berkurang. Selain itu, alkohol juga mengganggu konsentrasi dan cara menilai kenyataan sehingga individu mengambil keputusan yang lemah. Gabungan antara gangguan penglihatan, kontrol otot yang berkurang, dan gangguan kognitif dapat menimbulkan akibat yang berbahaya, terutama dalam mengemudi kendaraan.

Alkohol yang diminum (secara teknis disebut *ethyl alcohol* atau *ethanol*) dihasilkan melalui proses fermentasi. Fermentasi terjadi ketika gula dilarutkan dalam air dan kemudian mikroorganisme yang disebut ragi mengubah gula menjadi alkohol dan karbondioksida. Karbondioksida menggelembung dan meninggalkan alkohol dan air. Fermentasi gula dari sumber bahan yang berbeda menghasilkan jenis minuman yang berbeda pula: fermentasi buah anggur menjadi minuman anggur, fermentasi biji padi menjadi bir. Kandungan alkohol dari volume minuman-minuman ini adalah antara 3% dan 12%.

Karena ragi yang mengubah gula menjadi alkohol mati dalam larutan yang mengandung lebih dari 10% atau 15% alkohol, maka proses fermentasi berhenti sedangkan kandungan alkoholnya masih relatif rendah. Untuk menghasilkan minuman dengan kadar alkohol yang lebih tinggi dari 10% atau 15%, maka digunakan proses destilasi. Dalam proses destilasi ini, cairan yang mengandung alkohol dipanaskan sampai alkohol tersebut menguap dan meninggalkan air. Uap tersebut kemudian didinginkan dan mengembun serta menghasilkan cairan dengan kandungan alkohol lebih tinggi. Menyuling alkohol dari sumber bahan yang berbeda menghasilkan jenis minuman yang berbeda pula: buah anggur menghasilkan brendi; biji padi-padian menghasilkan wiski; sirup gula menghasilkan rum; tomat menghasilkan schnapps. (jenéwér dan vodka merupakan campuran alkohol murni, air, dan perencah). Kandungan alkohol dari volume minuman-minuman ini adalah 40% dan 50%.

1. *Cara kerjanya.* Alkohol biasanya diminum dan kemudian diserap dari alat pencernaan makanan. Meminum alkohol sebelum atau pada waktu makan akan mereduksikan kecepatan dari penyerapan karena kebanyakan penyerapan terjadi dalam usus kecil dan alkohol akan terlambat untuk sampai ke sana bila tercampur dengan makanan yang dicerna dalam perut. Segera setelah alkohol diserap oleh alat pencernaan makanan, maka alkohol itu akan didistribusikan secara meluas dan merata ke cairan-cairan dan jaringan-jaringan di seluruh tubuh. Sebagian alkohol menuju jaringan paru-paru dan menguap ke

udara. Itulah sebabnya ada kemungkinan menggunakan kandungan alkohol dari udara (napas) yang dihembuskan sebagai petunjuk jumlah alkohol dalam tubuh seseorang. Inilah dasar bagi *breathalyzer test* yang digunakan untuk menentukan tingkat intoksikasi orang-orang yang dicurigai mengemudikan kendaraan pada waktu berada di bawah pengaruh alkohol.

Alkohol dapat juga dikonsumsi dengan cara dihirup. Ketika dihirup uap alkohol diserap oleh paru-paru dan dilarutkan dalam darah, serta kemudian disebarkan ke seluruh tubuh. Alat penghirup brendi tradisional dirancang untuk mempermudah penghirupan uap alkohol. Bagian dasar dari gelas besar dapat dilukiskan pada tangan sehingga panas dari tangan membantu penguapan dan lubang kecil pada bagian atas dari gelas menghimpun uap sehingga dapat dihirup secara efektif. Brendi menghasilkan banyak uap karena memiliki kandungan alkohol yang sangat tinggi.

Meskipun dipahami bagaimana alkohol itu diserap oleh tubuh dan diketahui bahwa alkohol berpengaruh terhadap tingkah laku, namun belum dipahami sepenuhnya proses neurologis yang terjadi antara penyerapan dan tingkah laku. Telah diketahui bahwa alkohol menekan pusat-pusat inhibitori pada otak dan kemudian menekan pusat-pusat rangsangan, tetapi belum diketahui secara tepat bagaimana hal ini terjadi. Pemahaman terhadap proses tersebut dipersulit karena alkohol didistribusikan ke seluruh tubuh, dan dengan demikian alkohol mungkin memiliki beberapa sarana untuk mencapai efek-efeknya.

2. *Masalah penyalahgunaan.* Toleransi terhadap alkohol berkembang demikian cepat, dan dalam beberapa minggu, tingkat dosisnya harus ditambah dengan 30% sampai 50% untuk mencapai efek yang diinginkan. Toleransi terhadap alkohol berkembang karena minimum alkohol merangsang produksi zat-zat dalam tubuh yang menghancurkan alkohol sehingga semakin banyak alkohol dikonsumsi semakin banyak juga zat-zat dihancurkan.

Setelah suatu periode konsumsi alkohol secara kronis, berhenti minum alkohol menyebabkan simtom putus alkohol yang dapat menjadi traumatis, berat, dan bahkan mematikan. Simtom putus alkohol yang pertama adalah agitasi dan kontraksi otot-otot yang tidak berada di bawah kendali kemauan (gemetar). Selanjutnya, individu mengalami kejang otot, mual, muntah, dan bercucuran keringat. Dalam kasus-kasus yang ekstrem, putus alkohol menyebabkan delirium (halusinasi-halusinasi) dan berbagai bentuk serangan. Ini disebut *delirium tremens* atau "*d.t. s.*" Simtom-simtom ini dapat menjadi sangat berat dan bisa menimbulkan kematian. Tetapi dengan teknik-teknik perawatan modern, masalah tersebut dapat diatasi. Simtom putus alkohol dapat diredakan dengan memberikan kepada individu tersebut sejumlah kecil obat

depresan lain yang cukup mujarab (misalnya Valium) sehingga individu itu akan mengalami hanya sedikit simptom putus alkohol.

Barbiturat dan Benzodiazepin. Barbiturat mereduksikan rangsangan dan merupakan obat penenang yang pertama. Pada tingkat yang rendah, barbiturat mengakibatkan relaksasi, pusing, dan hilangnya koordinasi motor. Dosis-dosis yang lebih tinggi menyebabkan individu berbicara cadel dan kontrol motornya semakin berkurang, euforia ringan, dan tidur. Pada tingkat dosis yang sangat tinggi, individu dapat bersemangat dan giat, dan kemudian disusul dengan relaksasi dan tidur. Dalam beberapa kasus, barbiturat menyebabkan agresi, suatu akibat yang mungkin terjadi karena barbiturat mereduksikan sifat-sifat menahan diri.

Benzodiazepin adalah obat penenang generasi terbaru. Obat-obat yang terkenal dari tipe ini adalah Valium (diazepam), Miltown (meprobramat), dan Librium (kolodiazepoksid). Efek-efek benzodiazepin adalah lebih khusus untuk kecemasan daripada barbiturat, tetapi keduanya juga berfungsi untuk mereduksikan ketegangan otot.

Ada dua kelompok orang yang menyalahgunakan obat-obat ini. Kelompok pertama adalah orang-orang yang menggunakan obat-obat ini hanya untuk mereduksikan tegangan sehari-hari dan membantu untuk tidur, tetapi mereka menggunakannya terlalu sering atau dalam dosis yang berlebihan. Ini merupakan suatu perkembangan normal dari penggunaan obat yang tepat, dan para pemakai obat ini secara tak sadar terpeleset pada garis yang memisahkan penggunaan yang tepat dari penyalahgunaan.

Kelompok penyalahguna kedua adalah orang-orang yang menggunakan barbiturat dan benzodiazepin supaya bisa aktif dan bersemangat atau supaya mencapai keadaan euforia yang relaks atau supaya membantu mengurangi keadaan mabuk yang disebabkan karena menggunakan obat stimulan. Barbiturat dan benzodiazepin sangat mirip dalam beberapa hal, tetapi barbiturat lebih berpengaruh dan barangkali lebih sering disalahgunakan dan mungkin sekali menyebabkan ketergantungan, dan dengan demikian perhatian dipusatkan pada obat ini.

1. *Cara kerjanya.* Barbiturat mudah diserap ke dalam aliran darah melalui sistem pencernaan dan kemudian memasuki otak dengan cepat di mana dia dapat menyebarkan efek-efeknya. Tetapi setelah suatu jangka waktu yang singkat, obat ini disebarkan lagi ke daerah-daerah tubuh yang mengandung lemak dan kemudian secara perlahan-lahan dilepaskan dari sana. Karena pola penyerapan, penyimpanan, dan pelepasan ini, barbiturat mencapai dengan cepat efek-efeknya yang penting, tetapi kemudian efek-efeknya itu menurun dan tetap bertahan dalam tingkat efek yang rendah untuk beberapa saat. Kecepatan efek

yang ditimbulkan oleh barbiturat berbeda dan perbedaan itu menentukan penggunaan obat itu secara klinis. Barbiturat yang beraksi dengan cepat tetapi efek-efeknya singkat digunakan sebagai obat anestesi (heksobarbital), sedangkan yang aksinya kurang cepat tetapi efeknya agak lama digunakan sebagai pil tidur (pentobarbital), dan yang efeknya agak lama pernah digunakan untuk merawat kecemasan dan epilepsi (penobarbital). Dalam kebanyakan kasus, barbiturat digunakan melalui mulut (*orally*), tetapi menyuntik obat ini secara langsung ke dalam aliran darah akan mempercepat efeknya dan mengakibatkan euforia yang sangat hebat dalam waktu yang singkat.

Barbiturat mereduksikan rangsangan dengan mereduksikan transmisi neural. Ini dilakukan dalam dua cara. *Pertama*, barbiturat meningkatkan pengaruh-pengaruh GABA, yakni zat yang berfungsi untuk menghambat transmisi neural. *Kedua*, barbiturat menghambat neurotransmitter excitatori, tetapi bagaimana proses itu terjadi belum dipahami dengan baik. Obat ini bekerja secara paradoks, yakni pada tingkat yang sangat tinggi barbiturat mempermudah transmisi neural, dan efek tersebut menyebabkan individu giat dan bersemangat, tetapi ketika tingkat obat menurun, keadaan yang giat dan bersemangat itu menimbulkan keadaan relaks.

2. *Masalah penyalahgunaan.* Pemakaian barbiturat dalam jangka waktu yang lama menyebabkan simptom-simtom putus barbiturat yang hebat. Simtom-simtom itu mulai antara 12 dan 36 jam sesudah obat itu digunakan dan tergantung apakah tipe obat itu beraksi dengan cepat atau lambat. Simtom-simtomnya sangat bervariasi, tetapi simtom-simtom tersebut biasanya meliputi tegangan, tremor, kehilangan kontrol motor, mual, dan sering delirium yang dapat berupa halusinasi-halusinasi penglihatan dan pendengaran. Apabila individu menggunakan obat itu dalam dosis yang tinggi, putus barbiturat bisa sangat berbahaya dan bisa menimbulkan kematian bila putus barbiturat dilakukan terlalu cepat. Dalam kasus-kasus tersebut, mungkin perlu kalau mulai dengan memberikan individu obat depresan yang kurang keras (misalnya penobarbital atau bahkan alkohol) yang tingkat dosisnya dapat dikontrol dan secara perlahan-lahan direduksikan. Dalam kasus-kasus yang kurang berat di mana penggantinya tidak perlu diberikan, simtom-simtom putus barbiturat menghilang secara perlahan-lahan selama jangka waktu 2 minggu, tetapi dapat bertahan selama berbulan-bulan dalam bentuk-bentuk yang ringan.

Suatu masalah berat yang berkaitan dengan penggunaan barbiturat adalah kematian yang terjadi secara kebetulan karena dosis berlebihan. Kematian terjadi karena barbiturat menyebabkan pernapasan berkurang dan pada dosis yang tinggi barbiturat

dapat menyebabkan individu benar-benar berhenti bernapas. Kemungkinan terjadinya kematian secara kebetulan meningkat karena barbiturat digunakan dalam jangka waktu yang lama di mana individu mengembangkan toleransi terhadap barbiturat dan dengan demikian harus menggunakan dosis barbiturat yang makin lama makin meningkat untuk mencapai efek yang diinginkan. Kemungkinan dosis berlebihan dan kematian benar-benar meningkat bila barbiturat digunakan bersama dengan obat-obat depresan lain, seperti alkohol karena dua zat depresan itu akan bekerja sama untuk mereduksikan pernapasan. Selain menyebabkan kematian secara kebetulan sebagai akibat dosis berlebihan, barbiturat juga digunakan untuk bunuh diri.

Narkotika

Istilah *narkotika* sering digunakan untuk menyebut obat-obat ilegal, tetapi secara teknis narkotika adalah sekelompok khusus obat-obat yang berasal dari *opium*. Obat-obat ini biasanya disebut opiat. Pada umumnya narkotika mengandung efek untuk menumpulkan atau membuat pancaindra menjadi kaku dan menghasilkan suatu keadaan seperti tidur. Tetapi bila tingkat dosis narkotika yang tinggi dialirkan dengan cepat ke otak, opiat dapat menyebabkan kemabukan yang terjadi tiba-tiba. Opiat meliputi opium, morfin, dan heroin. Ada juga sintesis sejumlah opiat sintetik (yang dihasilkan secara artifisial), seperti metadon (Dolopin) yang digunakan sebagai pengganti heroin dalam program perawatan, dan meperidin (Demerol), serta propoksipin (Darvon), yang digunakan sebagai obat-obat yang menghilangkan rasa sakit.

Opium. Opium adalah getah dari tumbuhan apiun (kata *opium* berasal dari kata Yunani *opos* yang berarti getah). Opium bisa diperoleh dengan menggores kulit bibit tumbuhan apiun dan kemudian mengumpulkan getah yang menetes keluar atau mengumpulkan getah berwarna coklat yang tinggal sesudah tumbuhan itu dihancurkan dan kemudian dibiarkan kering. Dalam bentuk getah, opium dapat dikunyah dan dapat menimbulkan keadaan relaksasi yang berlangsung lama. Penggunaan opium dengan cara seperti ini sudah dilakukan kira-kira 4000 tahun SM, dan cara mengunyah seperti ini masih dilakukan oleh penduduk asli negara-negara Asia Selatan (Burma, Laos, dan Thailand) yang daerahnya banyak ditumbuhi opium. Opium juga dapat dihisap (dirokok). Menghisap atau merokok adalah cara yang efektif supaya bahannya lebih banyak mencapai otak dengan cepat dan akibatnya adalah terjadinya keadaan seperti mati terbius yang berlangsung dalam beberapa jam. Seorang penulis dari Inggris melukiskan kondisi tersebut sebagai "*divine enjoyment*."

Salah satu penggunaan opium terkenal terjadi di negeri Cina, di mana opium dirokok dengan menggunakan pipa dan perokok akan merasa keadaan stupor (setengah sadar seperti keadaan terbius) selama sehari-hari. Orang Cina mengembangkan teknik merokok opium pada tahun 1644 ketika kaisar melarang merokok tembakau. Dan 85 tahun sesudah itu, penggunaan opium juga dilarang, tetapi sejak itu praktek tersebut sudah berkembang dengan baik dan penggunaan opium berkembang terus di Cina sampai tahun 1949 ketika Republik Rakyat Cina berdiri di mana seluruh kegiatan yang berkaitan dengan opium dilarang.

Penggunaan opium tidak terbatas di daerah Timur. Di Inggris selama abad ke-19, opium disatukan dengan pil, manisan, cuka, dan digunakan secara luas untuk tujuan rekreasi dan pengobatan. Salah satu penggunaan yang terkenal adalah Mrs. Winlow's Soothing Syrup yang digunakan untuk membius anak-anak dari ibu-ibu yang bekerja pada waktu ibu-ibu tersebut berada jauh dari anak-anak mereka. Karena digunakan secara luas, maka banyak orang kecanduan terhadap opium, termasuk para pujangga yang terkenal, seperti Byron, Shelley, Keats, Walter Scott, Elizabeth Barrett Browning, dan Samuel Coleridge. Dalam usaha untuk menghilangkan kecanduannya, Coleridge pernah menyewa seorang pria untuk mengikutinya dan menghalanginya kalau dia ingin memasuki toko untuk membeli opium.

Morfin dan kodein. Morfin adalah salah satu unsur aktif dalam opium dan disaring dari opium serta digunakan sebagai obat yang digunakan untuk menghilangkan rasa sakit karena luka. Ketergantungan fisiologis pada morfin disebut "penyakit tentara" (*soldier's disease*). Nama morfin berasal dari *Morpheus*, dewa mimpi Yunani. Morfin dan obat-obat narkotik lainnya menyebabkan sensasi-sensasi mengantuk, tetapi tidak seperti obat-obat depresan, morfin tidak menyebabkan tidur bertambah, melainkan mengurangnya. Kodein adalah suatu unsur opium aktif yang kurang kuat yang diisolasi dan digunakan sendirian. Kodein digunakan secara luas sebagai obat untuk menahan sakit dan ditemukan dalam berbagai resep obat penghilang rasa sakit dan obat batuk.

Heroin. Obat ini juga berasal dari opium, tetapi merupakan obat semisintetik yang dihasilkan dengan cara menambahkan struktur-struktur kimiawi pada molekul morfin. Nama heroin berasal dari kata *hero* (pahlawan). Perbedaan dalam struktur kimiawi dengan morfin memungkinkan heroin mencapai otak dengan lebih cepat dan setelah di otak heroin berubah kembali menjadi morfin. Pelepasan yang lebih cepat membuat heroin 3 kali lebih manjur daripada morfin dan 10 kali lebih manjur daripada opium. Heroin ditemukan pada tahun 1898 oleh ahli kimia yang juga menemukan aspirin serta diiklankan untuk pertama kali oleh perusahaan Bayer sebagai aspirin tetapi khasiatnya tidak membahayakan dan lebih unggul daripada aspirin biasa.

Heroin biasanya digunakan dalam bentuk bubuk. Bubuk heroin ini dicampur dengan tembakau dan dirokok, atau dihirup langsung melalui lubang hidung (*disnor*), dilarutkan dan disuntik di bawah kulit (*skin popping*) atau dilarutkan dan disuntik langsung ke dalam urat darah halus (*vena*). Heroin dapat menyebabkan rangsangan yang oleh para pemakai heroin dirasakan mirip dengan orgasme seksual. Rangsangan itu berlangsung selama 60 detik dan kemudian disusul oleh keadaan stupor yang berlangsung selama jangka waktu 4 atau 6 jam. Dalam kondisi seperti ini, kebutuhan tubuh akan makanan dan seks sangat berkurang. Kondisi seperti ini dapat merupakan suatu jangka waktu yang menyenangkan di mana terjadi relaksasi, lamunan, dan euforia ringan. Selama keadaan tersebut, semua dorongan positif kelihatannya terpenuhi dan semua perasaan negatif, yakni rasa bersalah, tegangan, dan kecemasan hilang. Sesudah jangka waktu tertentu, relaksasi simtom-simtom putus heroin mulai muncul. Simtom-simtom seperti influenza berkembang dalam waktu 3 sampai 5 hari, denyut nadi cepat, tekanan darah meningkat, kram, tremor, sebentar-sebentar merasa panas dan dingin, muntah, insomnia, diare, dan tentu saja dorongan yang kuat untuk mendapat obat. Tetapi tidak seperti simtom putus alkohol atau barbiturat, simtom putus heroin jarang menyebabkan kematian. Banyak tentara Amerika yang secara teratur menggunakan heroin pada waktu mereka berada di Vietnam dilaporkan bahwa pada waktu mereka berada kembali di Amerika akan mengalami sedikit gangguan bila penggunaan heroin ditunda (Bourne, 1972).

Meskipun para pecandu heroin mungkin melakukan kejahatan untuk menunjang kebiasaan-kebiasaan mereka, seperti menjual obat-obat, mencuri harta milik, dan pelacuran, namun heroin adalah zat depresan kimiawi dan tidak secara langsung mendorong kejahatan atau kekerasan. Bila penggunaan heroin ditambah, toleransi terhadap obat ini berkembang dan jumlah yang dibutuhkan untuk mencapai efek-efeknya makin lama makin besar. Dosis-dosis yang tinggi dapat menyebabkan perasaan mengantuk, pingsan (keadaan *kelenger*), persepsi terhadap waktu berubah, dan penilaian terhadap kenyataan melemah. Banyak orang yang tergantung pada heroin meninggal karena dosis berlebihan (*overdosis*), tetapi para korban dengan dosis berlebihan sering tidak memperlihatkan bukti bahwa mereka telah menggunakan dosis yang lebih daripada yang biasa. Para petugas yang memeriksa sebab-musabab kematian sering menyebut penyebab kematian adalah heroin dengan dosis berlebihan bila korban diketahui sebagai pemakai heroin dan bila kematian oleh penyebab-penyebab lain telah dikesampingkan.

1. *Cara kerjanya.* Opiat mencapai efek-efek yang menyebabkan perasaan tumpul atau mati rasa karena transmisi neural berkurang. Transmisi neural yang ber-

kurang itu terjadi karena opiat merangsang reseptor opiat yang khusus pada neuron-neuron presinaptik dan perangsangan itu menghambat pelepasan neurotransmitter.

Banyak efek medis yang positif dari opiat terjadi karena opiat mereduksikan kegiatan neurologis dalam berbagai bagian sistem saraf pusat. Misalnya, pengaruh menahan rasa sakit dari opiat terjadi karena pada urat saraf tulang belakang, opiat menghambat masuknya impuls-impuls saraf yang memberi isyarat rasa sakit. Opiat juga mereduksikan aspek-aspek emosional dari rasa sakit dengan mereduksikan transmisi neural dalam sistem limbik otak. Opiat adalah obat yang efektif untuk menekan batuk karena opiat mereduksikan kegiatan dalam pusat batuk pada otak. [Kodein telah digunakan untuk mengobati batuk selama jangka waktu bertahun-tahun, tetapi sekarang diganti dengan *dextromethorphan*, yang akibat kecanduannya kurang]. Opiat juga efektif untuk mereduksikan diare karena obat ini mengacaukan dan mereduksikan kegiatan dalam usus serta memperlambat gerakan bahan-bahan yang dicerna. [Akibat samping dari obat penahan rasa sakit yang mengandung opiat adalah sembelit].

Fakta bahwa ada tempat-tempat reseptor (*reseptor sites*) khusus untuk opiat membuat para peneliti berspekulasi bahwa tubuh sendiri pasti memproduksi obat ini. Dengan kata lain, bila dalam tubuh terdapat titik-titik tangkap opiat, maka sudah pasti harus ada juga opiat yang diproduksi secara alami dalam tubuh untuk mengisinya. Zat-zat yang menyerupai opiat ditemukan pada tahun 1973 dan diberi nama *endorfin*, suatu istilah yang berasal dari kata *endogen* (yang berarti diproduksi secara internal) dan *morfin*. Dikemukakan bahwa endorfin dilepaskan pada saat-saat mengalami stres yang hebat dan seperti opiat eksogen, endorfin berfungsi untuk mereduksikan transmisi sinaptik dan mereduksikan rasa sakit (lihat Simon, 1981; Teschemacher, 1978).

2. *Masalah penyalahgunaan.* Pemakaian opiat yang berlangsung lama menyebabkan ketergantungan dan masalah-masalah berat putus opiat. Beratnya proses putus opiat bervariasi menurut jumlah opiat yang telah digunakan, tetapi dalam banyak kasus para pemakai sangat takut akan pengalaman yang sangat mengerikan dan tidak menyenangkan ini. Proses putus opiat mulai kira-kira 8 jam setelah pencernaan terakhir obat itu dan simptom pertama adalah perasaan gelisah umum yang dapat menimbulkan agitasi dan kekerasan yang hebat. Individu mengalami panas dingin dan sulit bernapas. Beberapa orang tidur nyenyak, sedangkan orang lain mengalami insomnia dalam jangka waktu yang lama. Kemudian, individu tidak bisa mengontrol motor yang menyebabkan individu yang bersangkutan kejang, gemetar, dan menendang-nendang. Kondisi

ini mungkin diikuti dengan kejang otot yang menyakitkan, diare, muntah, dan berkeringat banyak. Selama putus opiat, seolah-olah semua sistem yang telah ditekan oleh opiat sekarang meledak dan menjadi ganas, ketenangan telah berubah menjadi kebengisan, dan surga telah berubah menjadi neraka. Proses putus opiat biasanya berlangsung kira-kira selama 3 hari, tetapi dapat dihentikan dengan segera bila memberikan dosis opium lain sehingga bila dihadapkan dengan simptom-simtom awal putus opiat para pemakai akan melakukan apa saja untuk memperoleh opiat lebih banyak.

Selain putus opiat, penggunaan opiat terutama heroin bisa sangat berbahaya baik secara fisik maupun secara psikologis. Akibat fisik yang sangat ekstrem dari penggunaan heroin adalah kematian bila dosis yang tinggi menyebabkan pernapasan berhenti. Kematian karena dosis berlebihan terjadi karena individu menggunakan *terlalu banyak* heroin; menggunakan heroin yang *kualitasnya* lebih tinggi daripada apa yang biasa digunakan akan berbahaya bagi otak karena tidak bisa ditangani; atau menggunakan heroin *ditambah* dengan *obat-obat depresan* (misalnya alkohol dan barbiturat) yang juga mereduksikan pernapasan. Terkadang kemungkinan dosis berlebihan meningkat karena individu menaikkan toleransi terhadap opiat dan dengan demikian harus menggunakan jumlah yang lebih besar untuk mencapai efek-efek yang diinginkan. Menggunakan opiat secara berlebihan menimbulkan efek-efek fisik yang lain, seperti insomnia, sembelit yang hebat, dan hormon-hormon seks berkurang yang menyebabkan berkurangnya karakteristik-karakteristik seksual sekunder dan performansi seksual.

Stimulan

Obat-obat stimulan adalah zat-zat psikoaktif yang meningkatkan rangsangan dan menyebabkan keadaan-keadaan euforia dan percaya diri meningkat. Obat-obat stimulan, seperti amfetamin dan kokain melancarkan pelepasan neurotransmitter norepinefrin dan dopamin dan juga menghambat penyerapan kembali oleh gelembung-gelembung pada neuron-neuron presinaptik. Dengan demikian, neurotransmitter-neurotransmitter yang berdosisi tinggi ini tetap tersedia bagi sistem saraf dan menyebabkan suatu keadaan rangsangan yang terus-menerus tinggi. Kafein — zat stimulan yang ditemukan dalam kopi, teh, beberapa minuman ringan, dan coklat — menghambat penyerapan kembali neurotransmitter-neurotransmitter ini dengan menghalangi kegiatan enzim-enzim yang menurunkan mereka.

Amfetamin. Zat-zat amfetamin merupakan kelompok zat-zat stimulan yang mula-mula digunakan oleh tentara-tentara dalam Perang Dunia II untuk membantu mereka tetap berjaga sepanjang malam. Pengemudi truk telah menggunakan zat

amfetamin ini supaya tetap terjaga pada waktu mengemudi. Bila digunakan secara tepat, maka akan menekan selera makan, dan telah digunakan secara luas oleh orang-orang diet untuk mempercepat metabolisme dan mengurangi keperihan perut karena lapar (pil untuk diet), mereduksikan keletihan (pil perangsang), melancarkan aliran udara ke dalam paru-paru untuk menghilangkan serangan-serangan asma, dan merawat gangguan hiperaktivitas, juga meningkatkan koordinasi motor dan percaya diri sehingga para atlet kadang-kadang menggunakannya sebelum pertandingan.

Dalam dosis-dosis yang tinggi, amfetamin akan menyebabkan dorongan euforia. Bisa digunakan dalam bentuk pil dan bentuk cairan yang disuntik melalui urat darah halus (vena). Orang-orang yang mengalami dorongan (rangsangan) yang tinggi kadang-kadang meninggal karena tabrakan atau jatuh tertidur nyenyak bahkan mengalami depresi dan beberapa orang melakukan bunuh diri.

Ketergantungan psikologis pada amfetamin dapat berkembang dengan cepat, terutama di kalangan orang-orang yang menggunakannya sebagai cara menanggulangi depresi. Toleransi terhadap amfetamin juga berkembang dengan cepat, tetapi tidak jelas apakah amfetamin menyebabkan ketergantungan fisiologis berupa sindrom putus amfetamin yang khas. Dosis yang tinggi dapat menyebabkan kegelisahan, iritabilitas, halusinasi, delusi paranoid, kehilangan selera makan, dan insomnia. Halusinasi dan delusi *psikosis* meniru ciri-ciri skizofrenia paranoid, yang mendorong para peneliti untuk meneliti perubahan-perubahan kimiawi dalam otak yang disebabkan oleh amfetamin sebagai penyebab skizofrenia.

1. *Cara kerjanya.* Pengaruh-pengaruh yang merangsang dari amfetamin terjadi karena amfetamin menambah tingkat neurotransmitter, seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamin pada sinapsis-sinapsis sistem limbik otak yang berfungsi untuk kenikmatan (Carlsson, 1969). Menarik untuk diketahui bahwa tingkat yang rendah norepinefrin dan serotonin mengakibatkan depresi dan dosis-dosis yang kecil dari obat-obat stimulan pernah digunakan untuk merawat depresi.
2. *Masalah penyalahgunaan.* Penggunaan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan simtom-simtom putus amfetamin, yakni depresi, kelesuhan, dan keletihan. Muncul pertanyaan: apakah simtom-simtom ini memiliki dasar fisiologis atau psikologis? Tetapi yang jelas bahwa simtom-simtom ini tidak menyenangkan dan para pemakai akan berusaha keras untuk menghindarinya.

Terlepas dari masalah-masalah putus amfetamin, penggunaan amfetamin mengandung tiga efek yang berat. *Pertama*, dosis yang tinggi menyebabkan tekanan darah meningkat secara dramatis yang dapat menyebabkan *infarct* otak (pembuluh

darah otak pecah) yang kemudian menimbulkan kerusakan otak dan kematian. *Kedua*, amfetamin dengan dosis yang tinggi dapat menyebabkan *psikosis amfetamin* (gangguan mental organik yang disebabkan oleh zat psikoaktif) di mana individu mengalami simtom-simtom delusi seperti yang kelihatan pada skizofrenia paranoid (delusi dikejar-kejar). Tingkah laku psikosis itu terjadi karena amfetamin merangsang produksi neurotransmitter dopamin, dan tingkat dopamin yang tinggi ada hubungannya dengan skizofrenia. Meskipun psikosis amfetamin dapat menjadi hebat, namun psikosis itu menghilang ketika obat itu berkurang dan dengan demikian psikosis amfetamin itu tidak mengandung efek jangka panjang. *Ketiga*, efek dari dosis yang tinggi bisa berbahaya bagi individu itu sendiri dan orang-orang lain. Dengan kata lain, pada waktu berada di bawah pengaruh amfetamin, ada orang yang menjadi sangat agresif atau melakukan tindakan-tindakan nekat yang berbahaya bagi kehidupannya sendiri atau orang-orang lain. Beberapa tingkah laku yang aneh dari orang yang menggunakan amfetamin dengan dosis yang tinggi mungkin disebabkan oleh delusi yang ada hubungannya dengan psikosis amfetamin.

Kokain. Zat ini merupakan obat stimulan lain yang sering disalahgunakan. Pengaruh kokain pada suasana hati adalah sama dengan yang ditimbulkan oleh amfetamin, tetapi jauh lebih kuat. Obat ini menyebabkan suatu dorongan (rangsangan) yang kuat dengan ciri-ciri: perasaan riang gembira, penuh semangat, sejahtera, percaya diri, dan merasa paling hebat. Dorongan (rangsangan) tersebut berlangsung kira-kira 30 menit dan kemudian disusul dengan depresi ringan.

Coca-Cola pertama kali dibuat oleh seorang apoteker, John Styth Pemberton, yang menggambarkan produknya sebagai "minuman intelektual dan penguat otak," dan hal ini disebabkan karena dalam *Coca-Cola* terdapat kandungan kokain. Kokain adalah suatu zat stimulan alami yang diperoleh dari daun-daun tanaman koka — tanaman yang selanjutnya namanya dipakai menjadi nama minuman ringan. *Coca-Cola* masih dibumbui dengan sari tanaman koka.

Kokain berasal daun tanaman koka yang tumbuh di Amerika Selatan dan penggunaannya memiliki sejarah yang panjang. Orang-orang Indian di Peru mengunyah daun koka sejak tahun 2500 SM, dan batu berhala yang ditemukan di Columbia yang diduga dibuat pada tahun 500 SM, memperlihatkan bentuk pipi mengembung yang menunjukkan bahwa orang-orang Columbia pada saat itu mengunyah daun koka. Orang Spanyol yang mengalahkan suku Inca tidak mengunyah daun koka, tetapi menggunakannya sebagai hadiah untuk orang-orang Indian yang diperbudak. Dengan memakan daun koka yang diberikan oleh orang Spanyol, maka biaya pemeliharaan terhadap budak-budak Indian itu berkurang karena daun koka mengurangi selera makan mereka, dan melakukan pekerjaan fisik tanpa tidur.

Ketika kokain dibawa ke Eropa, efeknya yang menyenangkan segera diakui oleh Sigmund Freud yang melaporkan pengalaman-pengalaman dirinya dan orang-orang lain. Freud berpendapat bahwa koka sangat manjur dalam merawat depresinya. Freud begitu terkesan dengan efek-efek yang ditimbulkan oleh kokain sehingga dia menulis sebuah artikel yang berjudul, "Song of Praise," di mana dia memuji kegunaan dari kokain. Seperti orang-orang Inca, dia berpendapat bahwa kokain membuat orang-orang bekerja lebih lama tanpa tidur dan makan. Freud juga berpendapat bahwa kokain menghilangkan rasa sakit dan mengandung efek-efek psikoaktif yang positif. Di samping meningkatkan performansi, kokain juga meningkatkan kewaspadaan dan menambah percaya diri — sifat-sifat yang membuat kokain populer di kalangan para atlet profesional.

Pengakuan Freud mengenai kualitas-kualitas penahan rasa sakit dari kokain membuka jalan untuk menggunakan kokain sebagai obat bius lokal. Freud kemudian mengubah pandangannya terhadap kokain setelah dia mempelajari bahwa kokain menyebabkan kecanduan. Orang-orang lain yang terkenal pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 yang juga mendukung penggunaan kokain adalah H.G. Wells, Thomas Edison, dan Jules Verne, dan juga para raja dan para ratu, bahkan juga dua orang Paus (Weiss & Mirin, 1987). Sikap-sikap masyarakat, seperti pandangan Freud, mulai berubah menentang penggunaan kokain berdasarkan kesadaran yang meningkat mengenai kualitas-kualitas kecanduan dari kokain.

Pemakaian kokain secara luas mungkin dimulai antara tahun 1886 dan 1906 ketika daun koka digunakan dalam resep untuk *Coca-Cola*. Daun koka masih digunakan dalam *Coca-Cola*, tetapi kokain telah dihilangkan dan efek stimulan dari *Coca-Cola* sekarang berasal dari kafein. Dalam versi aslinya dengan dasar kokain, *Coca-Cola* dianggap memiliki khasiat bagi kesehatan dan karena itu *Coca-Cola* dijual di toko-toko obat.

Kokain dapat diolah dan digunakan dalam banyak cara. Cara yang paling sederhana adalah mengunyah daun koka, seperti yang masih dilakukan oleh orang-orang Indian di Amerika Selatan. Seperti amfetamin, kokain diserap secara perlahan-lahan dari sistem pencernaan dan dengan demikian konsumsi kokain lewat mulut menyebabkan euforia ringan yang berlangsung lama. Kokain juga bisa berupa bubuk garam putih yang dinamakan *hidroklorida kokain* yang telah ditambah dengan bermacam-macam zat. Dengan menghirup garam itu atau melarutkannya dan menyuntikkannya ke dalam aliran darah, kokain yang berkadar tinggi dapat dialirkan ke otak dengan cepat yang menimbulkan dorongan atau rangsangan yang cepat pula. Kekuatan dari dorongan atau rangsangan itu ditentukan oleh seberapa banyak kokain itu ditambah dengan zat-zat lain dan dengan demikian sejumlah proses telah dikembangkan untuk memurnikan kokain sehingga dorongan atau

rangsangan dapat ditingkatkan. Salah satu prosedur yang biasa adalah memanaskan hidroklorida kokain itu sampai menguap sehingga lepas dari campuran lain dan kemudian uap itu dapat dihirup. Cara lainnya adalah dengan cara kimia yang memisahkan molekul kokain dari hidroklorida. Setelah dilepaskan dari hidroklorida, kokain itu kemudian dibakar, dan uap dari kokain murni dapat dihirup. Ini dikenal dengan sebutan "*freebasing*." "*Crack*" adalah bentuk yang sangat pekat dari kokain.

1. *Cara kerjanya*. Serangan kokain terjadi karena kokain menambah tingkat dari beberapa neurotransmitter (norepinefrin, serotonin, dan dopamin) dengan menghambat penyerapan kembali neurotransmitter-neurotransmitter itu dan tingkat neurotransmitter yang lebih tinggi menyebabkan kegiatan neurologis semakin besar dalam sistem limbik (pusat-pusat kenikmatan) dari otak. Sebaliknya, pada tingkat-tingkat yang tinggi, kokain dapat menghalangi konduksi impuls-impuls saraf pada axon dan dengan demikian mengurangi kegiatan neurologis. Karena penghalangan tersebut, maka suntikan kokain dapat digunakan sebagai pembiusan lokal. Novakain yang sering digunakan sebagai pembiusan pada perawatan gigi adalah suatu bentuk kokain sintetik yang tidak mengandung sifat-sifat stimulan. Mengingat sifat-sifat pembiusan dari kokain ini, maka menarik untuk diketahui bahwa menghirup hidroklorida kokain kadang-kadang dinamakan "*freeze*" karena kokain bersifat membius hidung (menghilangkan rasa pada hidung).
2. *Masalah penyalahgunaan*. Meskipun ada perhatian media dan pemerintah terhadap kecanduan kokain, namun pertanyaan tetap ada, yakni apakah kokain menimbulkan ketergantungan fisik atau tidak. Toleransi mungkin tidak berkembang dan juga jelas tidak ada sindrom putus kokain khusus (Van Dyke & Byck, 1982). Meskipun kokain tidak menimbulkan simptom-simtom putus kokain secara fisiologis setelah digunakan secara tetap, namun perasaan ketergantungannya terhadap penggunaannya ada kaitannya dengan perubahan suasana hati dan abilitas untuk mengalami kenikmatan berkurang (Gawin, *et al.*, 1989). Efek-efek ini mungkin menyebabkan ketergantungan psikologis (Gawin & Ellinwood, 1988). Setelah tergantung pada kokain, maka individu akan melakukan apa saja untuk mendapatkan kokain. Sama seperti halnya dengan amfetamin, bila kokain berkurang individu akan mengalami depresi sebagai simptom putus kokain. Depresi dapat dihilangkan dengan memberikan dosis kokain lain, tetapi bila dosis itu berkurang maka depresi akan bertambah dalam dan bertambah lama. Kenikmatan hebat yang disebabkan oleh kokain dan keinginan untuk menghindari depresi yang terjadi sesudahnya menyebabkan individu menggunakan dosis kokain yang tinggi dan sangat mahal serta biaya

untuk mempertahankan kebiasaan itu dapat mendatangkan malapetaka bagi orang yang menggunakannya dan uang dihaburkan untuk membeli kokain.

Penggunaan kokain juga menimbulkan risiko medis yang berat karena kokain menghambat konduksi impuls-impuls saraf. Ini dapat menimbulkan kematian bila impuls-impuls saraf yang berhubungan dengan jantung dihambat. Suatu masalah medis lain yang berhubungan dengan kokain adalah kerusakan yang berat membran lendir hidung yang kadang-kadang menyebabkan kerusakan hidung bagian dalam. Karena pengaruh kokain sebagai obat bius, maka rasa sakit yang berhubungan dengan kerusakan itu dapat direduksikan dengan kokain tambahan (*the freeze*), tetapi tentu saja akan menimbulkan kerusakan yang semakin bertambah.

Efek-efek kokain seperti telah dikemukakan mungkin terjadi karena stimulasi-nya terhadap pelepasan neurotransmitter norepinefrin dan dopamin serta menghambat penyerapan kembali neurotransmitter-neurotransmitter ini. Tindakan-tindakan ini jelas meningkatkan penyerangan terhadap neuron-neuron pada daerah-daerah di otak, terutama pada daerah-daerah yang berfungsi untuk mengatur keadaan-keadaan jaga, kewaspadaan, dan rangsangan (Weiss & Mirin, 1987). Kokain juga menyebabkan kenikmatan dan hal ini mungkin terjadi karena sistem-sistem otak yang mengatur perasaan kenikmatan dirangsang. Dopamin mungkin juga digunakan untuk menengahi kenikmatan ini atau mekanisme hadiah. Telah dilakukan percobaan di mana tikus-tikus laboran setelah disuntik kokain akan bekerja dengan berulang-ulang menekan pengungkit. Tikus-tikus itu terus bekerja karena telah disuntik kokain meskipun jalan-jalan saraf yang menggunakan norepinefrin dirusak. Tetapi usaha mereka berkurang bila jalan saraf untuk dopamin dirusak. Mungkin kokain dan obat-obat lain, terutama opiat, menimbulkan efek-efek kenikmatan dengan menggiatkan neuron-neuron yang bersandar pada dopamin untuk mengirim sinyal-sinyal saraf (Weiss & Mirin, 1987).

Kafein. Kafein adalah zat stimulan yang terkemuka dan paling kuat dalam kelompok obat-obat yang disebut *methylxanthines*. Kafein terjadi secara alami dalam kopi, teh, dan coklat, serta kafein juga ditambahkan pada berbagai minuman kola dan pada obat-obat penawar. Teh dan coklat mengandung sedikit kafein dibandingkan kopi, tetapi mengandung lebih banyak methylxanthines lain sehingga semuanya bisa merangsang.

Penemuan kafein dalam kopi sering dihubungkan dengan kawan kambing milik pesantren Islam (Jacob, 1935). Menurut cerita, pada suatu hari kambing-kambing itu berkeliaran ke mana-mana dan memakan buah kopi arabika, dan untuk 5 hari berikutnya kambing-kambing itu terus-menerus bermain-main tanpa menunjukkan sedikit tanda-tanda kelelahan. Setelah mengamati ini, pada sore hari

kepala pesantren itu mencicipi buah kopi arabika itu dengan akibatnya adalah dia tetap terjaga dan segar ketika sampai waktunya untuk berdoa tengah malam.

Menarik untuk dikemukakan di sini bahwa kira-kira pada waktu yang sama, tradisi warung opium dan warung kopi mulai populer di Inggris. Berbeda dengan warung opium, di mana para pelanggannya terbius dan berbaring setengah sadar, di warung kopi para pelanggannya terangsang dan asyik berdiskusi sampai larut malam. Diskusi ini sering berkisar masalah politik dan karena adanya keprihatinan bahwa warung kopi adalah tempat untuk menghasut dan melakukan revolusi, maka perlindungan hukum terhadap warung kopi ini dicabut pada tahun 1675.

Pengaruh kafein yang merangsang biasanya digunakan untuk tetap terjaga dari tidur. Dosis 300 mg kafein (sama dengan 2 atau 3 cangkir kopi) mengurangi waktu tidur dari 475 menjadi 350 menit (Brenesova, *et al.*, 1975). Selain supaya tetap terjaga, pengaruh-pengaruh kafein yang merangsang dapat meningkatkan performansi pada bermacam-macam tugas (Weiss & Laties, 1966). Tetapi penting diketahui bahwa kafein tidak memperbaiki performansi individu-individu yang letih, dan justru hanya berfungsi untuk menutupi efek-efek kelelahan dan memungkinkan individu-individu yang letih bertindak laku secara normal (atau mendekati normal). Efek-efek dari kafein ini kelihatan lebih kuat untuk tugas-tugas fisik yang sederhana (misalnya mengemudi kendaraan) dan bukan untuk tugas-tugas intelektual yang sulit (misalnya memecahkan persamaan-persamaan matematika).

1. *Cara kerjanya.* Kafein dalam kopi dan teh mudah diserap dari sistem pencernaan dan mencapai aliran darah dalam waktu 30 sampai 60 menit. Proses tersebut mungkin sedikit lebih lama bila kafein digunakan dalam minuman kola. Kafein tetap aktif dalam sistem untuk jangka waktu 3½ jam. Menarik untuk diketahui bahwa merokok sigaret mempercepat hilangnya kafein dari sistem pencernaan. Karena itu, pola merokok dan minum kopi sesungguhnya mereduksikan efek dari kopi. Proses yang menyebabkan kafein memiliki efek yang merangsang tidak dipahami dengan baik, tetapi rupanya hal itu terjadi karena pelepasan norepinefrin meningkat yang menyebabkan rangsangan juga meningkat.
2. *Masalah penyalahgunaan.* Penyerapan kafein yang berkadar tinggi (500–800 gram per hari) menyebabkan agitasi, tegangan, iritabilitas, insomnia, kehilangan selera makan, denyut jantung meningkat, dan sakit kepala. Pada kadar yang sangat tinggi (1800 mg atau lebih) kafein dapat menyebabkan psikosis toksik dengan simptom-simptomnya berkisar sekitar mania dan kekerasan. Kafein yang berkadar tinggi dapat juga memperburuk masalah-masalah psikologis yang ada karena kafein meningkatkan rangsangan dan menghambat efek-efek dari obat-obat antikecemasan dan antipsikotik (benzodiazepin dan penotiazin; Greden, *et al.*, 1978; Kulhanek, *et al.*, 1979; Paul, *et al.*, 1980).

Simtom-simtom putus kafein terjadi pada orang-orang yang meminum 5 cangkir kopi sehari. Simtom-simtom biasanya meliputi tegangan, agitasi, dan tremor otot. Sama seperti obat-obat lain, simtom-simtom putus kafein bisa dihentikan dengan suatu dosis kafein. Bentuk putus kafein yang biasa dan ringan dapat dilihat pada orang-orang yang bersungut-sungut pada pagi hari sampai mereka memperoleh secangkir kopi. Simtom-simtom putus kafein (misalnya tegangan dan agitasi) terjadi karena mereka tidak mendapat kafein pada waktu tidur sepanjang malam.

Nikotin. Zat ini berasal dari tembakau dan kebanyakan orang memperoleh nikotin dari merokok. Orang-orang menggunakan nikotin pada waktu mereka melempem dan ingin meningkatkan rangsangan (misalnya sesudah makan atau pada waktu istirahat) dan bila mereka tegang dan ingin mengurangi rangsangan (misalnya selama mengalami stres). Dengan kata lain, walaupun dikategorikan sebagai zat stimulan, nikotin dapat berfungsi baik sebagai zat stimulan maupun sebagai zat depresan. Karena adanya fakta bahwa nikotin memainkan kedua peran (sebagai zat stimulan dan zat depresan) itu, maka hal itu menyebabkan meningkatnya penggunaan nikotin. Berikut ini akan dikemukakan alasan untuk efek-efek nikotin yang rumit dan kadang-kadang bertentangan setelah meninjau latar belakangnya.

Nikotin biasanya diproduksi dari tanaman tembakau yang semula ditanam dan digunakan oleh orang-orang Indian di Amerika Utara. Pada tahun 1492, ketika Columbus sampai di suatu tempat yang sekarang dinamakan Bahama, penduduk asli daerah itu menyajikan kepadanya beberapa daun kering yang disimpulkan oleh Columbus bahwa daun-daun itu pasti sangat dihargai di kalangan mereka (McKim, 1986). Mula-mula Columbus dan kawan-kawannya tidak memahami tingkah laku merokok itu (mereka menyebutnya meminum asap) dan dirasa menjijikkan. Ketika salah seorang awak kapal memperoleh kenikmatan dari merokok itu dan menjadikannya sebagai kebiasaan, maka dia diadili dan kemudian dipenjara atas kebiasaannya yang buruk itu. Konflik ini — tidak adanya pemahaman antara perokok dan bukan perokok — tetap berlangsung terus sampai dewasa ini, namun banyak undang-undang atau peraturan-peraturan dikeluarkan untuk membatasi di mana dan kapan orang-orang bisa merokok.

1. *Cara kerjanya.* Kebanyakan orang memperoleh nikotin dari merokok sigaret yang terdiri dari daun-daun kering tanaman tembakau. Bila tembakau dibakar, asap tembakau diserap oleh paru-paru dan kemudian nikotin masuk ke aliran darah yang mula-mula ke jantung dan kemudian ke otak. Karena prosedur ini merupakan suatu prosedur yang langsung, maka menyerap nikotin dari paru-paru mengakibatkan efek yang relatif kuat dan cepat. Sekarang makin banyak orang mendapatkan nikotin dari mengunyah tembakau. Tembakau yang dirancang untuk dikunyah adalah daun-daun tembakau yang

telah direndam dalam larutan gula, dan gula-gula yang berwarna hitam lalu dikeringkan. Bila tembakau dikunyah, nikotin diserap melalui selaput mulut dan masuk ke aliran darah dan tembakau diludahkan.

Salah satu cara yang pernah populer untuk memperoleh nikotin adalah menghirup nikotin dalam bentuk tembakau sedotan. Tembakau sedotan itu terdiri dari tembakau tanah yang sangat halus dan dicampur dengan wangi-wangian (misalnya menthol, lavender, cinnamon). Para pria biasanya menjinjing kotak-kotak kecil berisi tembakau sedotan dan kadang-kadang menempatkan tembakau sedotan itu dalam jumlah yang sedikit di atas punggung tangan dan kemudian dihirup ke dalam lubang hidung.

Begitu memasuki otak, nikotin berpengaruh baik terhadap sistem saraf pusat maupun terhadap sistem saraf pinggir. Dalam sistem saraf pusat, molekul-molekul nikotin memasuki dan merangsang sejumlah pusat saraf yang menyebabkan kegiatan dan rangsangan neurologis semakin tinggi. Misalnya, nikotin merangsang daerah otak yang berfungsi untuk pernapasan dan dengan demikian denyut pernapasan bertambah. Nikotin juga merangsang tangkai otak yang menyebabkan muntah dan dengan alasan tersebut para perokok baru yang belum mengembangkan toleransi terhadap nikotin menjadi sakit perut bila mereka mencoba merokok. Itulah alasannya juga mengapa orang-orang yang bukan perokok menjadi mual pada waktu mereka berada dekat dengan para perokok dan harus menghirup asap tembakau. Pada sistem saraf pinggir, nikotin merangsang pelepasan epinefrin (suatu katekolamin) ke dalam aliran darah yang meningkatkan rangsangan, seperti denyut jantung dan tekanan darah.

Pada tingkat yang tinggi, efek dari nikotin justru terbalik, dia menghambat perangsangan bermacam-macam saraf sehingga nikotin berfungsi sebagai obat depresan. Penghambatan terhadap transmisi saraf dapat menjadi sangat berbahaya karena bila beberapa saraf yang berfungsi untuk pernapasan dihambat, maka individu dapat mati karena dia sulit bernapas.

2. *Masalah penyalahgunaan.* Rangsangan yang ditimbulkan oleh nikotin mengakibatkan tremor otot, meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah, serta penyempitan pembuluh darah dalam kulit. Pembatasan aliran darah ke kulit akan menyebabkan tangan perokok dingin (suhu kulit ditentukan oleh jumlah darah yang mengalir dalam kulit) dan itulah sebabnya kulit para perokok berkerut serta usia mereka kelihatan lebih tua daripada orang-orang yang bukan perokok (Daniell, 1971).

Barangkali masalah terkenal yang berkaitan dengan nikotin adalah putus nikotin, yakni simptom-simptom yang meliputi tegangan, iritabilitas, tidak mampu berkonsentrasi, pusing, perasaan mengantuk, mual, sembelit, tremor otot, sakit

kepala, insomnia, dan selera makan bertambah yang menyebabkan berat badan naik (Jarvik, 1979). Simtom-simtom putus nikotin biasanya berlangsung kurang dari 6 bulan, tetapi dapat tetap bertahan selama bertahun-tahun (Fletcher & Doll, 1969). Simtom-simtom putus nikotin kelihatan lebih berat pada wanita dibandingkan pada pria (Jarvik, 1979).

Simtom-simtom putus nikotin tentu tidak seberat seperti simtom-simtom putus heroin, tetapi beberapa orang yang mengalami baik putus nikotin maupun putus heroin melaporkan bahwa secara psikologis sulit untuk berhenti merokok sama seperti bila ingin berhenti menggunakan heroin (McKim, 1986). Karena ada rokok lain yang segera mereduksikan simtom-simtom putus nikotin dan karena rokok-rokok mudah tersedia, maka sangat sulit untuk berhenti merokok.

Ada dua hal yang perlu diketahui mengenai efek-efek nikotin. *Pertama*, banyak efek jangka pendek yang relatif ringan, seperti denyut jantung dan tekanan darah meningkat dapat menimbulkan masalah-masalah yang sangat berat dalam jangka panjang, seperti penyakit pembuluh nadi koroner. *Kedua*, proses memperoleh nikotin melalui merokok dapat menyebabkan masalah-masalah berat lain, seperti kanker, karena asap rokok memasukkan karsinogen ke dalam tubuh.

Sebelum mengakhiri pembicaraan mengenai nikotin ini, akan disinggung lagi paradoks yang telah dibicarakan sebelumnya, yakni nikotin dapat berfungsi sebagai *zat stimulan* dan juga *zat depresan*. Paradoks ini menarik, tetapi penting juga untuk memahaminya supaya membantu menjelaskan mengapa dan dalam situasi-situasi apakah orang-orang menggunakan nikotin. Barangkali ada tiga alasan mengapa nikotin dapat menjadi zat stimulan dan zat depresan. *Pertama*, karena kadar nikotin yang digunakan. Efek-efek nikotin tergantung pada dosis, yakni pada tingkat yang rendah nikotin merangsang kegiatan saraf dan pada tingkat yang tinggi nikotin menghambat kegiatan saraf. Tetapi tingkat dosis tidak dapat menjelaskan semua efek yang bertentangan itu karena tingkat dosis yang sama (misalnya satu batang rokok) akan berfungsi untuk merangsang pada suatu waktu dan untuk relaks pada waktu lain.

Penjelasan *kedua* berkisar tentang reduksi simtom-simtom putus nikotin. Simtom-simtom putus nikotin adalah meningkatnya tegangan yang tidak menyenangkan, tetapi simtom-simtom itu dapat dengan mudah direduksikan oleh dosis nikotin lain. Dengan demikian, orang yang sudah biasa merokok yang tidak memiliki sebatang rokok dan yang terangsang karena simtom-simtom putus nikotin dapat mereduksikan rangsangan ini dengan menghisap rokok lain.

Penjelasan *ketiga* untuk efek yang mereduksikan rangsangan nikotin adalah penjelasan yang bersifat psikologis. Apabila individu itu sedang tegang, maka

menghisap sebatang rokok mungkin menenangkan karena rokok itu memberikan individu sesuatu untuk dilakukan, yakni rokok berfungsi sebagai *pengalihan perhatian* untuk sesaat. Individu yang sangat tegang yang terus-menerus menyulut rokok, menghisap satu atau dua kali kemudian memadamkannya (atau hanya membiarkan rokok itu di asbak) dan kemudian menyulut rokok yang lain lagi, tidak memperoleh nikotin lebih banyak dibandingkan dengan orang yang merokok sampai habis, tetapi berulang-ulang menggunakan geretan (korek api) pasti memperoleh waktu istirahat dan pengalihan perhatian lebih banyak, dan hal itu mungkin untuk sementara mereduksikan rangsangan.

Halusinogen

Efek obat-obat halusinogen adalah mendistorsikan pengalaman sensorik. Dengan kata lain, selama di bawah efek obat-obat halusinogen, hal-hal yang dilihat atau didengar seseorang itu berubah, atau memiliki bentuk yang cacat sehingga kelihatan hal-hal itu berbeda. Distorsi ini disebut *halusinasi* (pengalaman-pengalaman perseptual yang tidak ada dasarnya dalam kenyataan) dan *halusinogen* ada hubungannya dengan halusinasi. Tetapi, perlu diketahui bahwa dosis yang tinggi pada hampir semua obat dapat menyebabkan halusinasi. Dengan demikian istilah halusinogen digunakan untuk obat yang menimbulkan halusinasi pada tingkat yang rendah sehingga halusinasi tidak dapat dihubungkan dengan peracunan (McKim, 1986).

Ada perbedaan besar di antara bermacam-macam obat yang disebut sebagai obat-obat halusinogen. Beberapa orang mungkin mengemukakan bahwa cannabis (marijuana) secara teknis bukan zat halusinogen karena cannabis tidak menyebabkan halusinasi dan cara kerjanya mungkin berbeda dari cara kerja obat-obat lain dalam kelompok itu. Tetapi, cannabis dimasukkan di sini karena dia mengubah pengalaman-pengalaman sensorik dan kognitif, dan efek-efeknya lebih dekat dengan efek-efek dari obat-obat halusinogen yang lebih tradisional dibandingkan dengan efek-efek dari obat-obat lain. Untuk kepentingan penjelasan, dalam uraian yang berikut cannabis akan disebut untuk nama obat itu sendiri dan istilah *halusinogen* digunakan untuk menyebut obat-obat lain (misalnya LSD dan meskalin).

Cannabis. Marijuana, hashish, dan *hash oil* (minyak hash) semuanya berasal dari tanaman *ganja*, yakni *Cannabis Sativa*. Marijuana diproduksi hanya dari daun-daun kering tanaman cannabis dan inilah bentuk yang paling lazim digunakan. Marijuana biasanya dihisap dengan merokok daun-daunnya dalam bentuk sigaret, tetapi juga dapat digunakan dengan memakannya yang dilakukan dengan cara menggiling daun-daun itu dan memanggangnya menjadi kue dan manisan. Hashish adalah damar kering pucuk tanaman betina dan biasanya dibuat dalam bentuk bubuk. Seperti Marijuana, hashish dapat dicampur dengan tembakau dan dirokok

atau dipanggang menjadi kue dan dimakan, tetapi karena lebih padat maka efeknya lebih kuat daripada marijuana. Bahkan, bentuk cannabis yang lebih padat lagi adalah *hash oil*, yang diperoleh dengan cara mencampuri dulu cannabis dengan alkohol yang berfungsi menyaring bahan-bahan aktif dari hashish. Alkohol itu kemudian dimasak sehingga alkohol menguap dan *dedak* (sekam) dari hashish disaring. Sisanya adalah minyak yang berwarna merah yang mengandung bahan-bahan aktif yang sangat pekat. *Hash oil* digunakan dengan cara meneteskannya pada rokok biasa dan kemudian menghisapnya atau meneteskannya pada logam panas dan menghirup uapnya.

Cannabis dapat mempengaruhi suasana hati dan pengalaman-pengalaman sensorik serta fungsi-fungsi kognitif, tetapi efek-efeknya itu sangat berbeda-beda dari orang yang satu ke orang yang lain dan dari waktu yang satu ke waktu yang lain. Mungkin efek yang sangat umum adalah suasana hati berubah dari mimpi yang tenang atau sensasi yang mengambang sampai menjadi periang yang euforis. Perasaan riang yang disebabkan oleh cannabis sangat berbeda dengan perasaan riang sebagai efek dari obat-obat stimulan, seperti amfetamin dan kokain. Perasaan riang dari cannabis adalah perasaan euforia ringan dan bukan terdorong oleh perasaan gempar. Selama individu mengalami euforia, segala sesuatu kelihatan lucu atau riang. Cannabis biasanya mengakibatkan perubahan suasana hati yang positif, tetapi kadang-kadang bisa mengakibatkan depresi atau pengalaman-pengalaman negatif (Jones & Benowitz, 1976; Rossi *et al.*, 1974). Perubahan-perubahan suasana hati negatif relatif jarang terjadi dan kalau seandainya terjadi biasanya ringan, serta perubahan-perubahan ini tidak sama dengan "perjalanan-perjalanan buruk" yang akan dibicarakan dalam hubungannya dengan obat-obat LSD.

Cannabis juga mempengaruhi pengalaman-pengalaman sensorik, yakni pengalaman-pengalaman kelihatan lebih kaya, lebih penuh, lebih terang, dan lebih kuat. Para pemakai cannabis menggambarkan pengalaman cannabis seperti berpindah dari TV hitam-putih ke TV berwarna, dari suara mono ke suara stereo, dan dari makanan lunak ke makanan pedas. Perasaan tentang waktu juga berubah sedemikian rupa sehingga waktu kelihatannya diperpanjang, dan jangka waktu 5 menit kelihatannya berlangsung 10 menit atau lebih lama (Domino, *et al.*, 1976; Weil, *et al.*, 1978).

Akhirnya, cannabis mengandung sejumlah efek kognitif. Penafsiran terhadap pengalaman-pengalaman berubah sehingga hal-hal yang sangat sederhana mungkin kelihatan sangat penting, menarik, dan sangat hebat. Pada waktu berada dalam pengaruh cannabis, orang-orang memiliki pemahaman-pemahaman yang mereka anggap hebat dan mereka berpendapat bahwa diri mereka lebih kreatif. Efek-efek kognitif lain dari cannabis adalah gangguan pikiran meningkat dan ingatan jangka

pendek sangat merosot atau menurun sehingga kadang-kadang orang-orang memulai kalimat-kalimat tetapi tidak dapat menyelesaikannya karena mereka lupa apa yang sudah dikatakan (De Long & Levy, 1974; Weil & Zinberg, 1969).

Adalah menarik bahwa cannabis mungkin tidak begitu berpengaruh pada saat-saat pertama kali digunakan. Hal ini mungkin sebagian disebabkan karena pemakai yang baru tidak mengetahui bagaimana obat itu digunakan secara efektif (misalnya asap tidak berada dalam paru-paru dalam jangka waktu yang cukup lama, dengan demikian asap tersebut tidak cukup terserap ke dalam paru-paru). Tetapi, ada kemungkinan juga pemakai membutuhkan beberapa pengalaman untuk mengakui dan merespons efek-efek dari obat itu. Sama seperti makanan asing, cannabis mungkin merupakan suatu citarasa yang dipelajari dan membutuhkan waktu untuk berkembang. Juga efek-efek dari obat itu kelihatannya dalam batas tertentu dipengaruhi oleh suasana hati orang-orang lain bersama siapa obat itu digunakan (Rossi, *et al.*, 1978). Hal ini menunjukkan bahwa cannabis bisa menyebabkan orang rentan terhadap pengaruh orang lain.

1. *Cara kerjanya.* Unsur-unsur yang aktif dalam cannabis adalah zat-zat yang dinamakan *cannabinoids*. Bila cannabis dihirup, maka *cannabinoids* diserap dengan cepat melalui paru-paru, efeknya diketahui dalam beberapa menit dan bisa berlangsung selama 30–60 menit. Efek-efek dari merokok cannabis dapat ditingkatkan dengan menghisap secara mendalam rokok cannabis dan mempertahankan asapnya dalam paru-paru selama 15 atau 20 detik sebelum dihembuskan keluar dari paru-paru sehingga memberikan lebih banyak waktu untuk penyerapan.

Dasar kimiawi untuk efek-efek cannabis sangat kompleks dan tidak dipahami dengan baik. Hal itu disebabkan karena cannabis mengandung lebih dari 80 *cannabinoids* yang berbeda yang ikut menimbulkan efek-efek dalam cara yang berbeda. Selanjutnya, menyulut cannabis (seperti dilakukan kalau orang merokok) mengubah beberapa *cannabinoids* dan menciptakan *cannabinoids* lainnya, dan bila cannabis itu dimakan (seperti dilakukan dengan biji-biji cannabis), maka *cannabinoids* baru dibentuk selama pencernaan dan metabolisme (Kephalis, *et al.*, 1976; Salimenk, 1976). Terlepas dari efek-efek yang disebabkan oleh *cannabinoids*-*cannabinoids* tersebut, kita belum mengetahui bagaimana efek-efek itu dicapai pada otak, tetapi diasumsikan bahwa *cannabinoids* itu mempengaruhi sistem limbik.

2. *Masalah penyalahgunaan.* Kontroversi mengenai dugaan terhadap manfaat dan bahaya kalau menggunakan cannabis adalah banyak. Para pendukung cannabis mengemukakan bahwa bila cannabis digunakan secara tidak berlebih-

an, maka cannabis merupakan suatu obat relaksan yang efektif dan aman serta kurang begitu berbahaya jika dibandingkan dengan alkohol dan obat-obat penenang. Selanjutnya, mereka mengemukakan bahwa cannabis digunakan dalam perawatan medis, seperti mengurangi rasa mual dan muntah yang sering terjadi pada kemoterapi untuk kanker. Mungkin juga cannabis efektif sebagai obat antikonvulsan dan berguna untuk merawat glaukoma (suatu gangguan berupa meningkatnya tekanan pada bola mata yang dapat menimbulkan kebutaan; Braude & Szara, 1976; Cohen & Stillman, 1976; Institute of Medicine, 1982).

Para kritikus telah mengemukakan bahwa penggunaan cannabis menyebabkan meningkatnya kekerasan, meningkatnya angka tingkah laku abnormal, dan berkurangnya motivasi. Tetapi harus diakui bahwa tidak ada data yang benar-benar sistematis untuk mendukung pandangan bahwa penggunaan cannabis menyebabkan kekerasan (McKim, 1986:228). Penelitian-penelitian yang diadakan di lingkungan rumah sakit juga tidak pernah membuktikan bahwa penggunaan cannabis menyebabkan kekerasan. Malahan catatan-catatan mengenai suasana hati menunjukkan perasaan-perasaan permusuhan berkurang dan perasaan-perasaan ramah meningkat bila orang menggunakan cannabis. Hasil-hasil dari penelitian lapangan adalah cocok dengan hasil penelitian-penelitian laboran (Tinklenberg, 1974).

Penemuan-penemuan mengenai hubungan antara penggunaan cannabis dan tingkah laku abnormal adalah lebih sulit. Penelitian-penelitian yang telah diadakan tidak memperlihatkan bahwa pemakai-pemakai cannabis didiagnosis sebagai orang-orang yang menderita tingkah laku abnormal dibandingkan dengan orang-orang yang tidak menggunakannya dan tidak ada bukti bahwa penggunaan cannabis menyebabkan psikosis pada orang-orang normal (Grinspoon, 1977). Tetapi, ada bukti bahwa obat dapat menyebabkan gangguan-gangguan pada orang-orang yang mengalami penyesuaian diri yang marjinal dan dapat meningkatkan gangguan-gangguan skizofrenik dan paranoid yang ada (Choptra & Smith, 1974).

Bila berbicara mengenai hubungan antara cannabis dan gangguan-gangguan mental, maka penting untuk memperhatikan tingkat dosis. Pada dosis yang sangat tinggi, cannabis akan menyebabkan tingkah laku abnormal pada kebanyakan orang. Tetapi, hal itu berlaku juga untuk beberapa tipe obat, suatu efek yang dikenal dengan sebutan psikosis toksik. Suatu hal yang penting dalam hal ini adalah simtom-simtom dari gangguan itu hilang bila obat itu berkurang dan dengan demikian tidak kelihatan bahwa cannabis menyebabkan gangguan jangka panjang meskipun obat itu digunakan pada tingkat-tingkat yang tinggi (Meyer, 1975). Pada umumnya dapat dikatakan bahwa kontroversi mengenai penggunaan cannabis dalam beberapa

tahun yang lampau berkurang bukan karena para kritikus mengubah pandangan mereka, tetapi karena perhatian telah dialihkan pada obat-obat lain.

LSD, Psilosibin, dan Meskalin. Kelompok yang tersisa dari obat-obat halusinogen adalah bermacam-macam obat, tetapi mungkin yang terkenal dan secara luas digunakan adalah LSD (*Lisergik Dietilamid*) yang merupakan obat sintetik dan ditemukan oleh seorang ahli kimia dari Swiss, Albert Hoffman, pada tahun 1938. Psilosibin berasal dari sejenis jamur yang tumbuh pada tanaman gandum hitam atau gandum putih. Obat ini merupakan halusinogen yang kuat, menimbulkan gangguan persepsi yang salah mengenai pikiran, suara, warna, dan lain-lain. LSD mengakibatkan ketergantungan fisik, psikis, dan juga toleransi. Ditemukan di jalur gelap dengan bentuk tablet atau stiker (*blotter paper*). Psilosibin dan psilosin diperoleh dari sejenis jamur yang tumbuh di Meksiko, efek yang dihasilkan sama dengan meskalin. Di Indonesia pernah ditemukan pada jamur tahi sapi. Meskalin (peyot) diperoleh dari sejenis kaktus yang tumbuh di Amerika Barat Daya dan Meksiko. Meskalin mengakibatkan ilusi dan halusinasi, dan juga mengakibatkan ketergantungan fisik dan psikis.

Obat-obat ini berasal dari sumber-sumber yang sangat berbeda dan memiliki cara kerja yang sangat berbeda. Efek dari masing-masing obat ini sangat bervariasi antara orang yang satu dengan orang yang lainnya, dan antara waktu yang satu dengan waktu yang lainnya untuk setiap orang. Tetapi pada umumnya, obat-obat ini mengakibatkan pengalaman-pengalaman sensorik berubah secara dramatis. Warna-warna akan menjadi lebih terang, suara-suara (bunyi-bunyi) akan menjadi lebih keras dan bentuk-bentuk sering berubah. Karena segala sesuatu berubah, maka individu yang menggunakan obat-obat ini sama seperti orang yang mengadakan perjalanan ke suatu dunia yang berbeda, serupa dengan perjalanan "Alice ke Wonderland", dan dengan alasan tersebut, periode efek dari obat-obat tersebut dinamakan "perjalanan" (trip). Perjalanan itu biasanya berlangsung antara 4 dan 8 jam.

Perubahan-perubahan dalam persepsi dan perasaan dibawa ke tempat lain menyebabkan bermacam-macam pengalaman emosional seperti depersonalisasi dan pelepasan (*detachment*). Apabila persepsi-persepsi yang berubah itu menyenangkan, maka perjalanan itu juga menyenangkan dan menggairahkan, tetapi apabila persepsi-persepsi yang berubah itu tidak menyenangkan, maka perjalanan itu dapat menakutkan dan traumatis (menggoncangkan jiwa). "Perjalanan yang buruk" itu dapat menyebabkan tindakan-tindakan yang berbahaya dan untuk menghindari hal ini individu tersebut sebaiknya dirawat di rumah sakit. Tetapi, "perjalanan yang baik" juga dapat menyebabkan akibat yang berbahaya. Misalnya, seorang individu yang berpikir bahwa dia memiliki kekuatan-kekuatan supernatural

dan melompat dari jendela gedung yang tinggi dalam usaha untuk terbang. Kita tidak memahami apa yang menyebabkan beberapa perjalanan menyenangkan dan yang lainnya mengerikan, tetapi suasana hati atau harapan-harapan individu pada saat memulai perjalanan itu kelihatannya memainkan peran.

Pada tahun 1960-an obat-obat halusinogen dianggap dapat menyebabkan skizofrenia yang berlangsung dalam jangka waktu yang singkat dan obat-obat halusinogen dan pengalaman-pengalaman halusinogenik dianggap berguna untuk memahami skizofrenia. Tetapi sekarang, kita mengetahui bahwa penyebab dan sifat dari pengalaman-pengalaman halusinogenik sangat berbeda dari skizofrenia, dan dengan demikian penggunaan obat-obat halusinogen untuk meneliti skizofrenia telah ditinggalkan. Pernah juga ada anggapan bahwa obat-obat halusinogen dapat membantu orang-orang menemukan pemahaman-pemahaman pribadi yang penting tentang diri mereka sendiri, dan dengan demikian obat-obat halusinogen kadang-kadang digunakan sebagai pelengkap psikoterapi. Pandangan tersebut juga salah (tidak diterima). Orang yang menggunakan obat berubah menjadi orang yang dungu, merasa diri tidak bermakna (atau berkurang), dan dengan demikian obat itu tidak digunakan. Akhirnya, obat-obat halusinogen digunakan secara luas dan tetap digunakan oleh beberapa orang dengan tujuan semata-mata untuk hiburan atau rekreasi.

1. *Cara kerjanya*. Obat-obat halusinogen dimakan atau diminum dan diserap melalui alat pencernaan dan kemudian dibawa ke otak melalui aliran darah. Kebanyakan obat halusinogen secara struktural adalah sama dengan neurotransmitter dalam otak (misalnya LSD dan psilosibin adalah sama dengan seotonin, dan meskalin sama dengan norepinefrin) dan diasumsikan bahwa setelah mencapai otak, obat-obat tersebut merangsang titik-titik tangkap (*receptor sites*) postsinaptis yang biasanya dirangsang oleh neurotransmitter-neurotransmitter yang sama dengan obat-obat itu (Jacobs, 1987; Mckim, 1986). Fakta bahwa obat-obat halusinogen menimbulkan bermacam-macam efek mungkin terjadi karena saraf-saraf yang dirangsang oleh obat-obat itu adalah saraf-saraf utama atau dasar dan saling berhubungan serta merangsang beberapa jaringan saraf yang lain, dan dengan demikian menggerakkan kegiatan neurologis yang kompleks. Tetapi penting untuk diketahui juga bahwa sebagian besar pemahaman kita tentang cara kerja obat-obat halusinogen itu didasarkan pada spekulasi-spekulasi dan asumsi-asumsi serta bukan pada hubungan-hubungan yang diperlihatkan secara empiris. Lagi pula ada beberapa obat halusinogen yang secara struktural sama dengan neurotransmitter belum ditemukan dan bagaimana obat-obat itu menimbulkan efek-efeknya tetap merupakan suatu misteri.

2. *Masalah penyalahgunaan.* Penggunaan LSD, psilosibin, dan meskalin menimbulkan banyak akibat negatif. *Pertama*, selama perjalanan itu, individu-individu dapat melakukan hal-hal yang berbahaya bagi diri mereka sendiri atau orang lain. Misalnya, orang terjun dari jendela gedung yang tinggi karena dia berpikir bahwa dia dapat terbang. *Kedua*, meskipun penggunaan obat-obat halusinogen tidak meningkatkan kemungkinan mengalami psikosis dalam jangka waktu yang lama, namun sekurang-kurangnya 5% orang-orang yang menggunakan LSD mengalami kilas balik (*flashback*), yakni terjadinya lagi distorsi-distorsi perseptual yang berlangsung secara mendadak dan tidak dapat dikontrol seperti yang dialami selama perjalanan (Horowitz, 1969). Hal-hal ini sangat menakutkan karena setelah obat-obat itu tidak digunakan, maka orang-orang itu tidak memahami apa yang terjadi atau mengapa itu terjadi. Setelah mengalami kilas balik, orang tersebut mungkin secara kronis menjadi cemas dan khawatir terhadap kilas balik lagi dan kehilangan kontrol dalam situasi yang bisa menimbulkan bahaya. Kita belum mengetahui mengapa kilas balik itu terjadi. *Ketiga*, ada bukti bahwa LSD dapat menyebabkan kerusakan kromosom dan dengan demikian penggunaannya dapat menyebabkan masalah-masalah yang berat bagi anak-anak yang dilahirkan untuk orang-orang yang menggunakan halusinogen. Akhirnya, kelompok obat-obat ini secara fisiologis tidak adiktif. Namun, beberapa orang mungkin secara psikologis menjadi tergantung pada obat-obat ini sebagai cara untuk melarikan diri dari perasaan jemu atau bosan terhadap kehidupan mereka sehari-hari.

Penyebab Ketergantungan dan Penyalahgunaan Zat

Ada sejumlah penjelasan mengenai ketergantungan zat, tetapi pada umumnya penjelasan-penjelasan tersebut dapat dikelompokkan menjadi tujuh macam, yakni *pengeksposan (exposure)*, *faktor-faktor situasional*, *karakteristik-karakteristik keluarga*, *kepribadian*, *reduksi kecemasan*, *harapan-harapan*, dan *faktor-faktor fisiologis*. Setiap penjelasan akan dievaluasi. Mula-mula mungkin kelihatan bahwa penjelasan-penjelasan itu tidak saling berhubungan dan bertentangan antara yang satu dengan yang lainnya, tetapi seperti telah ditemukan dalam usaha untuk menjelaskan gangguan lain, ada kemungkinan ada suatu elemen yang sama, tetapi dilihat dari segi pandangan yang berbeda.

Pendekatan Pengeksposan (Exposure)

Para ahli teori mula-mula berasumsi bahwa pengeksposan terhadap obat-obat dan penggunaan obat yang pada mulanya berdosisi ringan sudah pasti akan menimbulkan penyalahgunaan dan ketergantungan obat. Dengan alasan tersebut orang-orang

yang semula berperang melawan obat memprediksikan bahwa menghisap rokok marijuana satu sedotan pada akhirnya akan menimbulkan kecanduan opium dan heroin. Tentu, pengeksposan terhadap obat-obatan adalah perlu bila suatu masalah dikembangkan. Pada tahun 1949, ketika Republik Cina terbentuk, pemerintah secara efektif menghilangkan opium, dan dengan demikian juga menghilangkan penggunaan dan ketergantungan terhadap opium.

Meskipun pengeksposan perlu untuk ketergantungan, namun pengeksposan tidak cukup untuk menjelaskan ketergantungan. Bukti yang meyakinkan untuk hal tersebut berasal dari fakta di mana para tentara Amerika kecanduan heroin pada waktu berada di Vietnam, hanya 12% kambuh lagi dalam tempo 3 tahun setelah mereka kembali ke Amerika Serikat (Robins *et al.*, 1974; Robins *et al.*, 1975). Obat-obat tetap tersedia di rumah, tetapi situasi-situasi kehidupan dari para veteran itu telah berubah dan dengan demikian pola-pola penggunaan obat mereka juga berubah (untuk alasan mengenai bukti yang bertentangan dengan penjelasan pengeksposan, lihat Alexander & Hadaway, 1982).

Faktor-Faktor Situasional

Kelihatan bahwa pengeksposan itu sendiri tidak cukup untuk memicu ketergantungan, tetapi ada kemungkinan bahwa pengeksposan ditambah dengan faktor-faktor situasional tertentu dapat menimbulkan ketergantungan. Faktor-faktor situasional yang sangat penting biasanya dianggap sebagai faktor-faktor yang menyebabkan suatu bentuk stres yang mungkin bisa dikurangi atau dihilangkan dengan obat-obat. Orang dalam suatu tugas mengalami stres dan mungkin untuk mengatasinya ia minum pil tidur dengan dosis yang berlebihan. Orang yang bermalas-malas mungkin mencari perangsang dengan "obat-obat stimulan" atau mengadakan "perjalanan" (trip) dengan obat-obat halusinogen. Orang yang tinggal di perkampungan yang miskin dan kotor mungkin menyalahgunakan zat-zat dalam usaha untuk melarikan diri sementara dari situasi yang amat berat.

Efek dari faktor-faktor situasional terhadap penyalahgunaan obat diperlihatkan dengan sangat jelas dalam percobaan-percobaan di mana untuk binatang-binatang laboran disediakan obat-obat di dalam kandang mereka. Penemuan yang menarik adalah binatang-binatang yang dikurung sendirian dalam kandang-kandang laboran berukuran standar menghabiskan morfin 16 kali lebih banyak dibandingkan dengan binatang-binatang yang dikurung dalam suatu tempat yang luas bersama dengan binatang-binatang lain (Alexander, *et al.*, 1978; Alexander, *et al.*, 1981; Hadaway, *et al.*, 1979). Kelihatan bahwa keadaan-keadaan yang terbatas dan terisolasi dalam kandang-kandang berukuran standar bisa menimbulkan stres bagi binatang-binatang yang aktif dan suka berkelompok dengan binatang-binatang lain (seperti tikus dan

kera), dan obat-obat yang digunakan oleh binatang-binatang itu mungkin merupakan respons terhadap situasi yang menimbulkan stres. Angka penyalahgunaan dan ketergantungan zat pada tentara-tentara Amerika yang bertugas di Vietnam adalah sangat tinggi, tetapi angka itu berkurang pada waktu mereka kembali lagi ke Amerika Serikat. Hal ini mungkin disebabkan karena mereka mengalami stres yang tinggi pada waktu mereka berada di Vietnam dan stres itu berkurang pada waktu mereka kembali lagi ke Amerika Serikat. Tentara-tentara veteran yang tetap menyalahgunakan obat-obat adalah orang-orang yang juga mengalami situasi-situasi yang menimbulkan stres di Amerika Serikat (misalnya tidak ada pekerjaan, keluarga retak, dsb.).

Dari hasil-hasil ini kelihatan bahwa faktor-faktor situasional ikut menyebabkan penyalahgunaan dan ketergantungan obat, tetapi faktor-faktor situasional saja tidak cukup menjelaskan semua masalah karena ada banyak orang yang berada dalam situasi-situasi yang membosankan dan menimbulkan stres atau situasi-situasi yang tidak menyenangkan tidak melarikan diri dengan menggunakan zat-zat sebagai suatu pemecahan. Apa sebabnya hanya beberapa orang yang terpengaruh? Akan dibicarakan faktor-faktor lain berikut yang mungkin mempredisposisikan orang-orang untuk penyalahgunaan dan ketergantungan zat.

Karakteristik-Karakteristik Keluarga

Para ahli teori sudah lama menduga bahwa karakteristik-karakteristik selama masa kanak-kanak mempredisposisikan individu-individu untuk menyalahgunakan obat pada masa yang akan datang. Faktor-faktor yang sering disebut tidak ada model-model peran, tidak ada disiplin, dan stres dalam wujud diorganisasi keluarga (perceraian, pemisahan, hukuman yang tidak tepat) yang mungkin membuat anak melarikan diri dengan menggunakan obat. Untuk menentukan apakah karakteristik-karakteristik keluarga ada hubungannya dengan alkoholisme, banyak penelitian telah dilakukan di mana keluarga-keluarga diteliti dan kemudian anak-anak dari keluarga-keluarga tersebut diamati terus sampai mereka menjadi dewasa dan diteliti untuk alkoholisme. Tinjauan dari hasil penelitian-penelitian tersebut mengungkapkan bahwa anak-anak yang selalu menjadi pecandu alkohol adalah anak-anak yang (a) dibesarkan dalam keluarga-keluarga di mana orang tua mereka mengalami konflik perkawinan yang lebih banyak; (b) mengalami perlakuan orang tua yang tidak tepat; (c) memiliki orang tua yang mengandung kemungkinan lebih besar untuk menjadi pecandu alkohol, mengalami penyimpangan seksual, dan bersifat antisosial (lihat tinjauan dari Zucker & Gomberg, 1986). Sifat antisosial dari orang tua mungkin merupakan faktor yang sangat penting karena semua segi kepribadian lain dari orang tua merupakan contoh-contoh dari tingkah laku antisosial.

Bila para orang tua dari anak-anak itu, yang menjadi orang-orang yang menyalahgunakan obat, berkepribadian antisosial maka ada kemungkinan mereka berfungsi sebagai model-model peran yang buruk bagi anak-anak mereka dan salah satu tingkah laku yang tidak tepat yang dipelajari anak-anak adalah penyalahgunaan zat. Dengan demikian, karakteristik-karakteristik orang tua dapat menyebabkan penyalahgunaan zat. Kemungkinan lain adalah tingkah laku antisosial dari para orang tua dan tingkah laku antisosial dari anak-anak mereka disebabkan oleh faktor ketiga, yakni memiliki gen yang sama. Dalam pembicaraan mengenai gangguan kepribadian antisosial telah dikemukakan bahwa gangguan itu sebagian besar disebabkan oleh faktor-faktor genetik, dan dengan demikian para orang tua yang antisosial mungkin ikut menyebabkan tingkah laku antisosial dan penyalahgunaan obat pada anak-anak karena di samping mengikuti model peran orang tua, anak-anak juga memiliki gen yang ditransmisi dari orang tua.

Kepribadian

Mula-mula dikemukakan bahwa para penyalahguna zat telah mengalami regresi ke fase oral dari perkembangan psikoseksual dan menggunakan obat-obat untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi (Fenichel, 1945). Dalam kasus alkoholisme, fakta menunjukkan bahwa banyak pecandu alkohol minum dari botol (sebagai pengganti susu?) dan bukan dari gelas. Tetapi dukungan empiris terhadap penjelasan regresi ini adalah kurang, dengan demikian mulai ditelusuri gabungan atau kombinasi sifat-sifat kepribadian yang dilihat sebagai penyebab kepribadian adiktif (lihat tinjauan dari Nathan, 1988; Sutker & Allain, 1988). Salah satu masalah dalam mengidentifikasi sifat-sifat yang menyebabkan penyalahgunaan obat adalah memisahkan sifat-sifat yang menyebabkan penyalahgunaan obat dari sifat-sifat yang disebabkan oleh penyalahgunaan obat. Apakah depresi menyebabkan alkoholisme, atau apakah orang-orang yang menderita alkoholisme mengalami depresi karena masalah-masalah yang disebabkan oleh minuman yang diminum? Pertanyaan ini akan dijawab oleh penelitian-penelitian yang akan dilakukan di mana individu-individu itu diteliti ketika mereka masih kanak-kanak dan kemudian diteliti lagi ketika mereka menjadi dewasa.

Tingkah laku antisosial. Suatu kepribadian adiktif yang unik tidak pernah ditemukan, tetapi penelitian telah menghasilkan dua penemuan penting yang konsisten. *Pertama*, tingkah laku antisosial pada masa kanak-kanak dan pada masa remaja (lihat tinjauan atau ulasan dari Nathan, 1986; Zucker & Gombert, 1986). Khususnya anak-anak dan para remaja yang sering kali mengalami kesulitan tidak mengontrol impuls, tidak menghargai kebiasaan-kebiasaan konvensional, dan independen, agresif, serta mencari kenikmatan memiliki kemungkinan lebih besar

menyalahgunakan obat-obat ketika mereka menjadi dewasa dibandingkan dengan anak-anak yang tidak memiliki karakteristik-karakteristik tersebut.

Setelah mengidentifikasi hubungan antara tingkah laku antisosial dan penyalahgunaan zat, maka muncul pertanyaan: apakah yang menyebabkan pola tingkah laku antisosial dan penyalahgunaan zat tersebut? Salah satu kemungkinan adalah tingkah laku itu dipelajari dari orang tua atau model-model peran lain yang antisosial.

Kemungkinan lain adalah individu-individu yang antisosial dan menyalahgunakan obat mengalami gangguan kepribadian antisosial. Dalam kebanyakan kasus, gangguan tersebut tampak disebabkan oleh tingkat rangsangan neurologis yang rendah yang mengakibatkan tingkat kecemasan yang rendah dan pada gilirannya tidak dapat menahan diri untuk melakukan tingkah laku antisosial. Tingkat rangsangan neurologis yang rendah mungkin memainkan peran dalam mereduksi-pengendalian terhadap penyalahgunaan obat, tetapi mungkin juga menyebabkan penyalahgunaan obat karena orang-orang yang kurang terangsang bisa menggunakan obat untuk meningkatkan (menormalkan) tingkat rangsangan mereka. Hal ini jelas bila orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial penyalahgunaan obat memiliki kemungkinan sangat besar untuk menggunakan obat-obat stimulan.

Depresi. Faktor kepribadian kedua yang selalu berhubungan dengan penyalahgunaan zat adalah depresi. Tetapi muncul pertanyaan apakah depresi itu merupakan penyebab ataukah efek dari penyalahgunaan zat. Dalam beberapa kasus, orang-orang yang mengalami depresi menggunakan obat-obat stimulan sebagai penangkal depresi (misalnya Freud menggunakan kokain) atau mereka mungkin menggunakan obat-obat depresan untuk mematikan pancaindra mereka, dan dengan demikian menghindari masalah-masalah mereka. Tetapi dalam kasus-kasus lain, orang mengalami depresi karena masalah-masalah yang disebabkan penyalahgunaan zat tersebut (kehilangan pekerjaan dan teman-teman).

Perbedaan-perbedaan dalam kepribadian dan pola-pola penyalahgunaan. Penemuan-penemuan yang menghubungkan tingkah laku antisosial dan depresi dengan penyalahgunaan zat mungkin mula-mula kelihatannya tidak konsisten. Hal ini dikarenakan tingkah laku antisosial biasanya tidak ada hubungannya dengan depresi (yakni orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial tidak mengalami depresi dan orang yang mengalami depresi jarang memperlihatkan tingkah laku antisosial selain hanya penyalahgunaan obat). Ada kemungkinan inkonsistensi tersebut dapat dijelaskan karena penyalahgunaan zat mungkin ada hubungannya dengan tingkah laku antisosial atau depresi dan bukan dengan kombinasi dari keduanya. Dengan kata lain, mungkin ada dua tipe kepribadian yang berbeda yang

ada hubungannya dengan penyalahgunaan zat, yakni tingkah laku antisosial dan depresi.

Dukungan terhadap gagasan bahwa dua pola kepribadian yang berbeda mungkin masing-masing berhubungan dengan penyalahgunaan zat adalah berasal dari hasil-hasil penelitian di mana ditemukan bahwa ada dua tipe alkoholisme dan kedua tipe alkoholisme yang berbeda itu berhubungan dengan karakteristik-karakteristik kepribadian yang berbeda (Cloninger, 1987). Salah satu tipe alkoholisme adalah alkoholisme yang munculnya relatif dini (sebelum usia 25 tahun) dan tetap minum dari tingkat yang sedang sampai tingkat yang berat. Dalam kasus tersebut, kelihatannya bahwa individu tidak mampu berpantang dari minuman alkohol secara tetap atau teratur. Tipe semacam ini disebut *persistent type of alcoholism*.

Orang yang bertipe alkoholisme secara tetap atau teratur ini adalah orang yang impulsif, tidak cemas, tidak takut menghadapi risiko, mencari hal yang baru, independen, bertingkah laku antisosial. Dengan kata lain, orang yang bertipe alkoholisme seperti ini adalah orang yang tidak segan-segan dan kelihatannya menderita gangguan kepribadian antisosial dalam bentuk yang ringan. Karakteristik-karakteristik kepribadian ini pada umumnya ada hubungannya dengan rangsangan neurologis yang kurang dan diasumsikan bahwa individu yang terus-menerus menggunakan alkohol bertujuan untuk meningkatkan rangsangan ke tingkat yang optimal atau normal. Perhatikan bahwa pada tingkat-tingkat yang rendah, alkohol merupakan suatu zat stimulan.

Sebaliknya, tipe alkoholisme yang munculnya kemudian (sesudah usia 25 tahun) dan jangka waktu pantang yang lama di mana individu mampu mengontrol minuman, tetapi segera setelah mulai minum orang itu tidak dapat berhenti minum, dan dia akan meminum minuman alkohol hingga mabuk. Tipe alkoholisme seperti ini disebut *binge type of alcoholism*. Tipe alkoholisme yang teratur (*persistent type alcoholism*) pada umumnya terdapat baik pada pria maupun wanita, tetapi tipe alkoholisme dengan meminum minuman alkohol sampai mabuk lebih umum terdapat di kalangan wanita (meskipun kedua tipe alkoholisme ini dibicarakan seolah-olah dua tipe yang berbeda, namun mungkin keduanya merupakan dua ujung atau kutub dari suatu rangkaian kesatuan (continuum).

Individu-individu dengan *binge type of alcoholism* adalah individu-individu yang cemas, tertekan, hati-hati, mengalami depresi, dan beremosi peka. Diasumsikan bahwa individu-individu ini sangat terangsang secara neurologis dan tingkat-tingkat alkohol yang tinggi yang digunakan (dihabiskan) mereka pada waktu minum secara berlebihan berfungsi untuk mereduksikan rangsangan. Perhatikan bahwa pada tingkat-tingkat yang tinggi alkohol adalah zat depresan. Kemungkinan bahwa

individu-individu dengan tingkat rangsangan yang rendah atau tinggi mungkin menggunakan pola-pola minum yang berbeda (atau tipe-tipe obat yang berbeda) untuk menormalisasikan tingkat-tingkat rangsangan mereka dan ini disebut sebagai *hipotesis pengobatan terhadap diri sendiri (self medication hypothesis)* terhadap ketergantungan zat (Khantzian, 1985).

Karakteristik-karakteristik yang berkaitan dengan alkoholisme bertipe teratur (*persistent type of alcoholism*) dan alkoholisme yang bertipe minum-minum hingga mabuk (*binge type of alcoholism*) diringkaskan pada Tabel 11.

TABEL 11: KELIHATAN ADA DUA TIPE ALKOHOLISME DAN KEDUA TIPE TERSEBUT ADA HUBUNGANNYA DENGAN KARAKTERISTIK-KARAKTERISTIK KEPRIBADIAN BERBEDA DAN PROSES-PROSES MENDASAR YANG BERBEDA

	Tipe Teratur (Persistent Type)	Tipe Minum-minum Hingga Mabuk (Binge Type)
Tingkah laku minum	Muncul dini (sebelum usia 25 tahun) Teratur (menetap) Sedang sampai berat Tidak dapat pantang	Muncul kemudian (sesudah usia 25 tahun) Jangka waktu pantang Minum-minum hingga mabuk yang berat Tidak dapat menghentikan minum-minum sampai mabuk
Kepribadian	Tidak cemas Impulsif Mengambil risiko Mencari sesuatu yang baru Independen Mudah bingung Antisosial	Cemas Segan-segan Hati-hati Pemalu Dependen Depresi Peka terhadap orang lain atau masyarakat
Gender	Terdapat pada pria dan wanita	Lebih umum terdapat pada wanita
Proses yang mendasar	Orang-orang secara fisiologis kurang terangsang; dosis-dosis alkohol yang sering rendah berfungsi sebagai zat stimulan yang meningkatkan rangsangan	Orang-orang secara fisiologis sangat terangsang; dosis-dosis alkohol yang tinggi selama minum hingga mabuk berfungsi sebagai zat depresan yang mengurangi rangsangan.

Sebagai kesimpulan dapat dikatakan bahwa terdapat bukti yang konsisten yang menghubungkan pola kepribadian antisosial dan depresi dengan penyalahgunaan zat dan ada alasan untuk berpendapat bahwa hubungan antara kepribadian dan penyalahgunaan zat mungkin disebabkan oleh perbedaan-perbedaan yang mendasar

dalam rangsangan. Tingkat-tingkat rangsangan yang rendah menyebabkan tingkat-tingkat kecemasan yang rendah, tingkah laku yang tidak terkekang, dan menggunakan zat-zat untuk meningkatkan rangsangan. Sebaliknya, tingkat-tingkat rangsangan yang tinggi menyebabkan tingkah laku terkekang dan penggunaan zat-zat untuk mereduksikan rangsangan (Cloninger, 1986; Khantzian, 1985).

Reduksi Kecemasan

Para ahli teori yang sudah lama belajar berpendapat bahwa konsumsi alkohol yang mereduksikan kecemasan adalah menguntungkan dengan akibat individu semakin banyak menggunakan alkohol (Wilson, 1987). Penjelasan reduksi kecemasan mula-mula didasarkan pada penelitian dengan binatang-binatang laboran di mana ditemukan bahwa konflik dan stres meningkatkan konsumsi alkohol dan binatang-binatang itu akan mendekati stimulus yang ditakuti apabila mereka diberikan alkohol (Conger, 1951; Freed, 1971; Wright, *et al.*, 1971). Hasil-hasil yang sama juga telah diterapkan pada manusia (Sher & Levenson, 1982). Kelihatannya alkohol dapat mereduksikan kecemasan, dan pertanyaan yang harus dijawab di sini adalah apa sebabnya?

Penjelasan *pertama* adalah alkohol mereduksikan kecemasan karena alkohol tergolong suatu zat depresan fisiologis, dan dengan demikian dapat mereduksikan rangsangan yang disebut kecemasan. Penjelasan ini cocok dengan penjelasan reduksi rangsangan umum untuk minum-minum hingga mabuk (*binge drinking*). Perbedaan antara keduanya adalah penjelasan mengenai reduksi kecemasan biasanya difokuskan pada rangsangan yang berasal dari stres-stres eksternal, sedangkan penjelasan mengenai reduksi rangsangan difokuskan pada rangsangan yang disebabkan oleh faktor-faktor fisiologis atau genetik.

Penjelasan *kedua* adalah alkohol mereduksikan kecemasan karena alkohol mengganggu fungsi kognitif (pengolahan informasi) yang sangat penting untuk mengenal adanya suatu masalah (Hull, 1981). Anda mungkin telah mengetahui bagaimana orang-orang yang telah minum cenderung memusatkan perhatian pada satu atau dua ide dan mengabaikan ide-ide lain yang mungkin relevan atau penting. Apabila orang-orang tidak memperhatikan faktor yang relevan dalam lingkungan mereka, maka mereka mungkin tidak melihat atau mengingat suatu masalah yang menimbulkan kecemasan. Efek ini rupanya sangat hebat bila ada bermacam-macam hal yang sedang terjadi dalam lingkungan karena dalam situasi-situasi itu lebih sulit bagi individu yang telah minum untuk mengolah semua informasi yang masuk (Steele, *et al.*, 1986; Steele & Josephs, 1988).

Penjelasan *ketiga*, alkohol mungkin mereduksikan kecemasan karena alkohol meningkatkan perasaan-perasaan positif. Ada bukti bahwa efek-efek yang

merangsang dari dosis-dosis alkohol yang ringan (kecil) mereduksikan kecemasan karena dosis-dosis alkohol itu menimbulkan perasaan-perasaan lebih besar terhadap kekuatan, kesejahteraan, dan percaya diri (Mc Clelland, *et al.*, 1972; Yankofsky, *et al.*, 1986). Sebagai kesimpulan dapat dikatakan, alkohol dapat mereduksikan kecemasan melalui (a) sedasi fisiologis, (b) gangguan kognitif, dan (c) menggiatkan perasaan-perasaan positif. Ketiga tipe reduksi kecemasan ini akan menguntungkan dan dapat memperkuat dorongan untuk minum.

Harapan-Harapan

Telah dikemukakan juga bahwa sekurang-kurangnya beberapa efek dari alkohol (dan obat-obat lainnya) disebabkan oleh harapan-harapan dari para pemakai. Dukungan untuk kemungkinan ini datang dari bermacam-macam percobaan di mana orang-orang meminum entah (a) minuman alkohol yang diketahui mengandung alkohol, (b) minuman placebo (yang tidak beralkohol) yang dipikirkan mengandung alkohol, atau (c) minuman yang tidak beralkohol dan diketahui tidak mengandung alkohol. Di antara orang-orang yang berpikir bahwa alkohol mereduksikan hambatan-hambatan, maka mereka yang meminum minuman alkohol atau minuman placebo kurang terhambat (terkekang) dan lebih agresif dibandingkan dengan orang-orang yang meminum minuman yang tidak beralkohol (lihat Wilson, 1987).

Beberapa ahli teori juga sudah menggunakan harapan-harapan untuk menjelaskan kecanduan alkohol dan meminum alkohol dengan tidak terkontrol, tingkah laku yang biasanya disebabkan oleh faktor-faktor fisiologis. Pada khususnya telah dikemukakan bahwa kecanduan individu terhadap alkohol disebabkan oleh harapan mereka bahwa alkohol akan memberi mereka kemungkinan untuk mencapai suatu tujuan yang diinginkan, seperti mereduksikan kecemasan atau kurang terkekang (Marlatt, 1985; Wise, 1988). Demikian juga diasumsikan bahwa meminum alkohol yang tidak terkontrol (yakni keyakinan bahwa salah satu minuman akan mengarah ke minuman lainnya dan pada akhirnya menjadi seorang pemabuk) disebabkan oleh harapan bahwa salah satu minuman akan mengarah ke minuman lainnya.

Dukungan terhadap peran dari harapan-harapan dalam minuman yang tidak terkontrol berasal dari penelitian-penelitian di mana orang-orang diizinkan meminum entah minuman beralkohol atau minuman placebo (yang tidak beralkohol) dan minuman mereka dicatat atau diamati (Berg, *et al.*, 1981; Marlatt, *et al.*, 1973). Hasilnya menunjukkan bahwa cara yang paling baik untuk mengukur sejauh mana individu itu akan mabuk bukan pada apakah minuman itu mengandung alkohol, tetapi apakah para peserta berpikir bahwa mereka dapat mengontrol minuman mereka. Individu-individu yang tidak berpikir bahwa mereka dapat mengontrol

minuman lebih sering mabuk, terlepas dari apakah minuman itu mengandung alkohol atau tidak. Keyakinan bahwa meminum tidak dapat dikontrol mungkin menjelaskan kekambuhan yang terjadi setelah jangka waktu pantang (Marlatt, 1978; Rollnick & Heather, 1982). Dengan kata lain, meminum minuman yang berlebihan dan tidak terkontrol mungkin merupakan suatu ramalan untuk memenuhi diri sendiri.

Faktor-Faktor Fisiologis

Penjelasan fisiologis terhadap penyalahgunaan dan ketergantungan zat mengemukakan bahwa beberapa individu dipredisposisikan terhadap masalah tersebut karena mereka memiliki kebutuhan-kebutuhan fisiologis yang berbeda atau karena mereka mengolah obat-obat itu secara berbeda. Banyak penelitian telah menunjukkan bermacam-macam perbedaan fisiologis antara orang-orang yang memiliki dan tidak memiliki sejarah alkoholisme, tetapi tidak mungkin menyimpulkan penyebab alkoholisme dari penemuan-penemuan tersebut karena perbedaan-perbedaan itu mungkin hasil dari penggunaan alkohol dalam jangka waktu yang lama (lihat tinjauan dari Grant, 1987). Untuk menghindari masalah tersebut, maka perhatian dipusatkan pada perbedaan-perbedaan antara anak-anak yang berasal dari orang tua alkoholik dan yang tidak alkoholik (lihat tinjauan dari Schuckit, 1987). Logika di balik pendekatan ini adalah sebagai berikut: (a) sebagian besar alkoholisme merupakan suatu gangguan yang diwariskan; (b) para orang tua yang alkoholik meneruskan faktor-faktor fisiologis yang mengarah kepada alkoholisme kepada anak-anak mereka, dan (c) sebelum mulai minum, anak-anak dari orang tua alkoholik dan yang bukan alkoholik dibandingkan supaya dapat mengidentifikasi perbedaan-perbedaan yang ada sebelum munculnya efek-efek dari meminum minuman alkohol itu. Bagian terbesar dari penelitian ini dilakukan terhadap anak laki-laki dari orang tua alkoholik karena faktor warisan lebih kuat pada para pria.

Penelitian terhadap anak-anak dari para pecandu alkohol telah memperlihatkan dua penemuan yang sangat menarik. *Pertama*, anak laki-laki dari para pecandu alkohol memiliki atau mengalami tingkat-tingkat rangsangan neurologis yang lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki dari orang tua yang bukan pecandu alkohol. Khususnya telah ditemukan bahwa sebelum meminum minuman yang mengandung alkohol, anak laki-laki dari orang tua pecandu alkohol kurang memperlihatkan gelombang otak yang lambat (*alpha EEG potentials*) yang ada kaitannya dengan rangsangan yang rendah dan relaksasi. Tetapi sesudah meminum minuman alkohol, kegiatan gelombang otak anak laki-laki dari orang tua pecandu alkohol kelihatannya semakin lambat (yakni rangsangan semakin meningkat). Penemuan-penemuan ini mengemukakan bahwa beberapa orang dipredisposisikan secara genetik untuk

menyalahgunakan alkohol karena mereka mengalami tingkat rangsangan tinggi yang dapat direduksikan atau dikurangi dengan alkohol, dan alkohol akan sangat efektif untuk mereduksikan tingkat-tingkat rangsangan yang dialami. Tetapi masih belum dipahami alasan-alasan mengapa muncul perbedaan-perbedaan rangsangan sebelum minum atau perubahan-perubahan rangsangan sesudah minum.

Meskipun kita tidak memahami proses-proses fisiologis yang menyebabkan masalah-masalah minum, namun semakin jelas bahwa masalah-masalah minum itu sebagian besar ditentukan oleh faktor-faktor genetik. Misalnya, hasil dari 50 penelitian bahkan lebih menunjukkan bahwa angka alkoholisme di kalangan anak-anak dari orang tua pecandu alkohol adalah 3 sampai 4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua yang tidak kecanduan alkohol (lihat tinjauan dari Goodwin 1985; Schuckit, 1986). Hasil-hasil ini jelas menunjukkan sumbangan dari faktor-faktor genetik, tetapi tidak dapat ditarik kesimpulan yang tegas dan kuat karena dalam penelitian-penelitian keluarga kita tidak dapat memisahkan antara efek-efek yang disebabkan oleh faktor-faktor genetik dan faktor-faktor lingkungan. Masalah genetik versus masalah lingkungan dapat diatasi oleh penelitian di mana para peneliti memeriksa angka-angka alkoholisme pada anak-anak angkat yang orang tua biologisnya adalah pecandu alkohol atau bukan (Cadoret, *et al.*, 1980; Goodwin, *et al.*, 1973; Goodwin, *et al.*, 1974; lihat juga tinjauan dari Searles, 1988). Dalam salah satu penelitian tentang adopsi, para peneliti memeriksa dua kelompok besar anak-anak yang diadopsi (Cadoret, *et al.*, 1986). Kelompok pertama memiliki sanak saudara biologis yang mengalami sejarah alkoholisme atau tingkah laku antisosial. Sedangkan kelompok kedua tidak memiliki sanak saudara biologis yang mengalami salah satu dari dua gangguan itu. Ketika anak-anak angkat itu diperiksa pada waktu mereka sudah dewasa, maka muncul tiga penemuan yang menarik, yakni ditemukan bahwa sejarah keluarga biologis dari tingkah laku antisosial ada hubungannya dengan tingkah laku antisosial pada anak-anak angkat, dan tingkah laku antisosial pada anak-anak angkat ada hubungannya dengan penyalahgunaan dari semua tipe obat (obat-obat stimulan, obat-obat depresan, narkotika, dan obat-obat halusinogen). Penemuan itu mengemukakan bahwa salah satu rute ke arah penyalahgunaan obat adalah warisan gangguan kepribadian antisosial yang kemudian menimbulkan penyalahgunaan obat. Beberapa ahli teori telah menyebut tipe alkoholisme ini sebagai *alkoholisme sekunder* atau *alkoholisme psikopatik* karena tipe alkoholisme ini ditengahi oleh tingkah laku antisosial (Cadoret, *et al.*, 1984; Schuckit, 1973).

Penemuan kedua yang menarik adalah sejarah keluarga biologis dari alkoholisme juga ada hubungannya dengan penyalahgunaan dari semua tipe obat. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa individu mungkin memiliki predisposisi biologis

terhadap penyalahgunaan obat yang tidak tergantung pada tingkah laku antisosial atau kepribadian. Tipe alkoholisme ini disebut *alkoholisme primer* karena alkoholisme ini tidak ditengahi oleh faktor-faktor kepribadian (Cadoret, *et al.*, 1984; Schuckit, 1973).

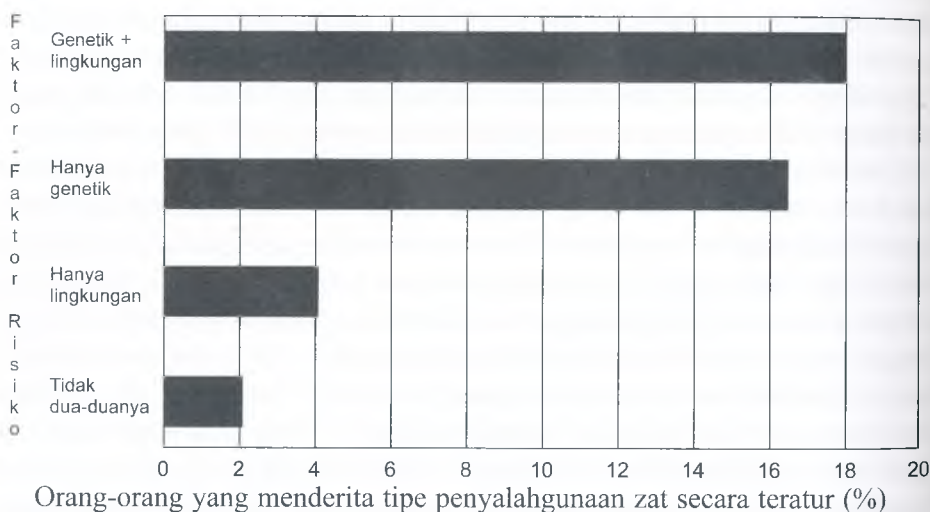
Penemuan ketiga adalah beberapa anak angkat yang tidak memiliki sejarah tingkah laku antisosial atau alkoholisme dalam keluarga biologis mengembangkan masalah-masalah penyalahgunaan obat. Ada kemungkinan besar anak-anak angkat itu dibesarkan atau diasuh dalam keluarga-keluarga angkat di mana terdapat masalah hubungan orang tua (perpisahan atau perceraian) atau salah satu orang tua angkat mengalami kekalutan. Dengan kata lain, stres situasional ikut menyebabkan penyalahgunaan obat yang tidak tergantung pada (terlepas dari) sejarah tingkah laku antisosial atau alkoholisme dalam keluarga biologis. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa hasil-hasil dari penelitian ini menunjukkan tiga rute penyalahgunaan zat: (1) predisposisi genetik yang ditengahi oleh tingkah laku antisosial, (2) predisposisi genetik yang ditengahi oleh kecenderungan ke arah penyalahgunaan zat yang tidak tergantung pada tingkah laku antisosial, dan (3) stres lingkungan.

Sebelum mengakhiri pembicaraan mengenai faktor-faktor genetik, suatu ulasan harus dikemukakan di sini mengenai bagaimana faktor-faktor genetik dan faktor-faktor lingkungan berinteraksi untuk menimbulkan penyalahgunaan dan ketergantungan obat. Interaksi itu dijelaskan dalam suatu penelitian terhadap alkoholisme dengan tipe teratur (*persistent type*) dan alkoholisme dengan tipe minum-minum hingga mabuk (*binge type*) yang telah dibicarakan di atas. Untuk menguji sumbangan genetik dan sumbangan lingkungan terhadap kedua tipe alkoholisme, penelitian-penelitian mengenai adopsi dilakukan di mana anak-anak angkat itu lebih dahulu dikelompokkan ke dalam: (1) anak-anak yang dalam sejarah keluarga biologisnya mengalami alkoholisme dengan tipe teratur, (2) anak-anak yang dalam sejarah keluarga biologisnya mengalami alkoholisme dengan tipe minum-minum hingga mabuk, atau (3) anak-anak yang tidak mengalami alkoholisme dalam sejarah keluarga biologisnya. Anak-anak dalam kelompok-kelompok tersebut kemudian dibagi menjadi anak-anak di mana lingkungan yang mengangkatnya menyalahgunakan alkohol dan yang tidak menyalahgunakan alkohol (Bohman, *et al.*, 1981; Cloninger, *et al.*, 1981; lihat tinjauan dari Cloninger, 1987). Dengan membandingkan angka-angka alkoholisme di antara bermacam-macam kelompok itu, kita dapat menetapkan efek-efek yang terpisah dan gabungan dari faktor-faktor genetik dan faktor-faktor lingkungan.

Dua kesimpulan dapat ditarik dari data mengenai alkoholisme dengan tipe teratur. *Pertama*, faktor-faktor genetik sendirian adalah sangat penting, sedangkan faktor-faktor lingkungan sendirian hanya sedikit penting. Khususnya bila diban-

dingkan dengan individu-individu yang tidak memiliki latar belakang genetik atau lingkungan yang ada hubungannya dengan penyalahgunaan zat, maka mereka dengan hanya latar belakang genetik memperlihatkan angka penyalahgunaan zat hampir sembilan kali lebih tinggi (16,9 vs 1,9), sedangkan mereka yang hanya dengan latar belakang lingkungan memperlihatkan angka dua kali lebih tinggi (4,1 vs 1,9). *Kedua*, kombinasi latar belakang genetik dengan latar belakang lingkungan tidak menyebabkan angka penyalahgunaan zat yang jauh lebih tinggi dibandingkan yang terjadi hanya dengan latar belakang genetik (17,9 vs 16,9). Hasil-hasil ini diperlihatkan dalam Gambar 9.

GAMBAR 9: MINUM SECARA TERATUR KELIHATANNYA PERTAMA-TAMA DISEBABKAN OLEH FAKTOR-FAKTOR RISIKO GENETIK

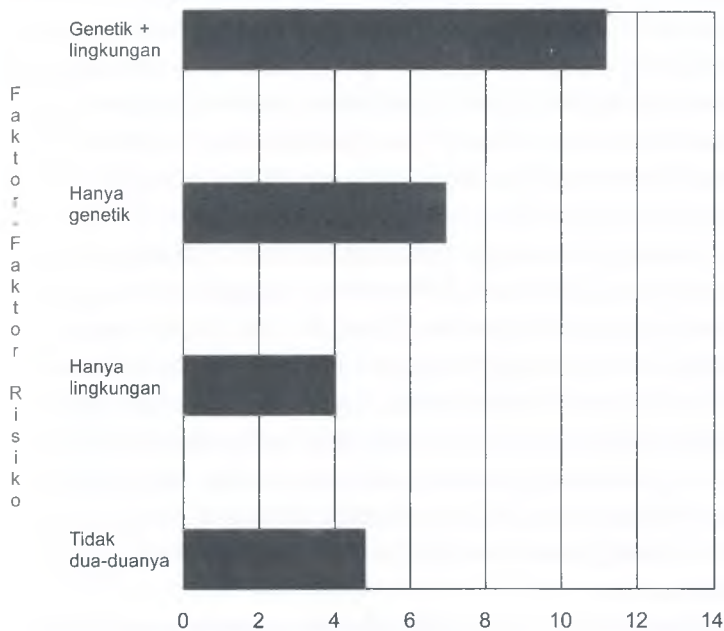


Sumber: Disadur dari Cloninger (1987), hlm. 413, tab.3

Dua kesimpulan dapat ditarik juga dari data mengenai tipe alkoholisme yang berlebihan (*binge type of alcoholism*). *Pertama*, faktor-faktor genetik sendirian sedikit penting, sedangkan faktor-faktor lingkungan sendirian tidak penting. Khususnya bila dibandingkan dengan individu-individu yang tidak memiliki latar belakang genetik atau latar belakang lingkungan yang ada kaitannya dengan penyalahgunaan zat, maka mereka dengan hanya latar belakang genetik memperlihatkan angka penyalahgunaan zat $1\frac{1}{2}$ kali lebih tinggi (6,7 vs 4,3), sedangkan mereka yang dengan hanya latar belakang lingkungan memperlihatkan angka yang pada dasarnya sama (4,2 vs 4,3). *Kedua*, kombinasi latar belakang genetik dan latar belakang lingkungan mengakibatkan angka penyalahgunaan zat $1\frac{3}{4}$ kali lebih

tinggi dibandingkan yang terjadi dengan hanya latar belakang genetik (11,6 vs 6,7) dan $2\frac{3}{4}$ kali lebih tinggi dibandingkan yang terjadi dengan hanya latar belakang lingkungan (11,6 vs 4,2). Hasil-hasil ini diperlihatkan dalam Gambar 10.

GAMBAR 10: MINUM-MINUM HINGGA MABUK KELIHATANNYA DISEBABKAN OLEH KOMBINASI FAKTOR-FAKTOR RISIKO GENETIK DAN LINGKUNGAN



Orang-orang yang menderita tipe penyalahgunaan zat hingga mabuk-mabuk (%)

Sumber: Disadur dari Cloninger (1987), hlm. 412, tab.2.

Dengan demikian, hasil-hasil itu menunjukkan bahwa individu-individu yang memiliki latar belakang genetik dari alkoholisme yang bertipe teratur akan mencari dan menyalahgunakan zat dengan angka yang tinggi tanpa memperhatikan (terlepas dari) latar belakang lingkungan. Sebaliknya, individu-individu dengan latar belakang genetik alkoholisme yang bertipe minum-minum hingga mabuk mengandung kemungkinan yang sangat besar menjadi penyalahguna zat bila mereka berada dalam suatu lingkungan yang memudahkan penyalahgunaan zat tersebut.

Perawatan

Empat strategi digunakan untuk memecahkan masalah penyalahgunaan zat. Strategi pertama adalah menyapakan persediaan obat-obat sehingga individu-individu tidak dapat memulai penyalahgunaan obat-obat tersebut. Ini adalah strategi yang diguna-

kan di Cina di mana tanaman opium dibersihkan. Strategi ini dapat dilakukan secara efektif dalam masyarakat-masyarakat tertutup atau yang dikontrol secara ketat, tetapi ini sangat sulit dilakukan dalam masyarakat-masyarakat yang lebih terbuka seperti Indonesia. Strategi *kedua* adalah menetapkan hukuman-hukuman yang berat terhadap penyalahgunaan obat.

Strategi *ketiga* adalah legalisasi penggunaan obat. Strategi ini pada hakikatnya mengatakan bahwa, "Apabila Anda tidak dapat mengalahkan mereka, jadilah anggota mereka" dan dengan melegalkan penggunaan obat sekurang-kurangnya tindakan kriminal dapat dihilangkan. Kebanyakan obat mudah diperoleh dan harganya murah, dan akan menjadi mahal hanya karena ilegal. Apabila obat-obat itu dilegalkan, maka keuntungan dan kejahatan yang berkaitan dengan obat-obat tersebut akan dihilangkan, dan orang-orang yang menyalahgunakan obat-obat dapat diidentifikasi, dibantu, dan sekurang-kurangnya dapat diberikan obat-obat dan prosedur-prosedur yang lebih aman. Prosedur ini digunakan di Inggris, di mana pecandu-pecandu heroin terdaftar dan diberikan heroin atau pengganti heroin. Meskipun strategi ini dapat menghilangkan kejahatan yang berkenaan dengan penyalahgunaan obat, namun strategi ini tidak dapat mereduksi penyalahgunaan obat dan bila penyalahgunaan obat itu dibiarkan, maka ada kemungkinan jumlah orang-orang yang akan menggunakan obat-obat itu akan meningkat, dan dapat menimbulkan efek yang negatif pada masyarakat. Beberapa kritikus telah menuduh bahwa legalisasi penggunaan heroin di Inggris mengakibatkan meningkatnya jumlah pemakai heroin.

Strategi *keempat* untuk menangani masalah-masalah penyalahgunaan obat adalah *perawatan psikologis dan fisiologis*. Ada empat pendekatan yang berbeda terhadap perawatan penyalahgunaan obat, yakni pengontrolan diri (*selfcontrol*), mempertahankan (*maintenance*), menghambat (*blocking*), dan mengoreksi.

"Pendekatan pengontrolan diri" didasarkan pada asumsi bahwa penyalahgunaan obat disebabkan oleh "kelemahan karakter" dan perawatannya ialah menggunakan ajakan dan dukungan masyarakat untuk membantu individu menghindari penggunaan obat-obatan. Pendekatan pengontrolan diri digunakan oleh Alcoholics Anonymous dan Synanon, yakni suatu program yang dirancang untuk orang-orang yang kecanduan opiat. Tetapi, mencapai dan mempertahankan pengontrolan diri sangat sulit bagi para penyalahguna obat. Dalam kenyataannya, synanon mengemukakan bahwa hanya 10% dari orang-orang yang dirawat mempertahankan pantang.

"Pendekatan mempertahankan" (*maintenance approach*) adalah memberikan kepada orang-orang pengganti obat atau zat yang tidak berbahaya dan yang menjadi ketergantungan mereka. Dalam hal kecanduan heroin, digunakan suatu obat atau

zat pengganti yang disebut metadon (dolopin). Metadon mencegah akibat-akibat yang menyakitkan dari putus obat, dan dengan demikian, individu-individu tidak perlu melakukan perbuatan ilegal untuk memperoleh obat-obatan supaya menghindari putus obat yang ditakuti.

Pendekatan perawatan ini bertolak dari dua asumsi. Asumsi pertama adalah kecanduan mungkin tidak dapat dihilangkan, dan efeknya yang sangat berat ialah memaksa banyak orang melakukan perbuatan ilegal untuk mendukung kebiasaan-kebiasaan para penyalahguna obat. Memberikan metadon kepada orang-orang yang kecanduan akan menghilangkan kebutuhan mereka untuk memperoleh opiat supaya menghindari putus obat (zat), dan dengan demikian secara tidak langsung usaha itu akan melindungi masyarakat. Asumsi kedua adalah penggunaan opiat yang tetap diteruskan disebabkan pertama-tama oleh ketakutan terhadap putus obat (zat) dan bukan oleh kenikmatan yang berasal dari obat-obat itu. Metadon menghilangkan simtom-simtom putus obat (zat), tetapi tidak memberikan sensasi-sensasi heroin yang menyenangkan. [Heroin dapat digunakan dalam terapi mempertahankan (*maintenance therapy*) — seperti kadang-kadang digunakan di Inggris]. Meskipun demikian, ada tiga keuntungan dalam menggunakan metadon: (a) Metadon dapat diminum dan dengan demikian dapat menghindari masalah-masalah yang berhubungan dengan jarum, (b) Metadon menanggulangi simtom-simtom putus obat (zat) selama 24 jam, dengan demikian metadon hanya digunakan sekali sehari, dan (c) Metadon sebagian menghambat efek-efek heroin sehingga bila heroin digunakan untuk mencapai dorongan, maka efek-efeknya agak sedikit berkurang. Hanya perlu dikemukakan di sini bahwa meskipun orang-orang yang kecanduan tetap menggunakan metadon dengan tujuan supaya secara perlahan-lahan melepaskan diri dari obat, namun hal ini sulit karena pada akhirnya simtom-simtom putus obat (zat) akan muncul lagi.

Hasil-hasil penelitian mengenai efek-efek dari tetap mempertahankan metadon memberikan harapan (Meritz, *et al.*, 1979). Salah satu penjelasan terhadap efek-efek yang lemah dari pendekatan mempertahankan adalah meskipun metadon mereduksi ketakutan akan putus obat (zat), namun metadon tidak memberikan kenikmatan seperti yang diberikan heroin.

"Pendekatan yang menghambat" dikembangkan karena penyalahgunaan obat (zat) yang berlangsung terus-menerus mungkin disebabkan oleh kenikmatan yang diperoleh dari obat (zat) itu. Dengan "pendekatan yang menghambat", individu-individu diberi obat yang bisa menghambat efek dari zat-zat yang disalahgunakan. Ketika seseorang mengalami kecanduan heroin, maka orang itu diberikan suatu obat lawan opiat (Nalokson) yang benar-benar menghambat efek-efek heroin, dan dengan demikian akan menghilangkan kenikmatan yang biasanya diberikan

untuknya. Seorang pecandu alkohol mungkin diberi suatu obat yang akan menyebabkan perasaan muak bila minum alkohol, dengan demikian menghilangkan efek positifnya. Bila zat-zat itu tidak lagi memberikan kenikmatan, maka para pemakai akan berhenti menggunakannya. Hasil-hasil dari perawatan ini bervariasi (Kleber, 1974; Martin, *et al.*, 1976; Wikler, 1980). Orang-orang benar-benar berhenti menggunakan obat-obat yang terlarang ketika mereka menggunakan obat yang berlawanan, tetapi segera setelah mereka tidak menggunakan obat yang berlawanan dan mengetahui bahwa mereka dapat memperoleh lagi kenikmatan dari obat-obat yang terlarang, maka banyak individu kembali lagi menggunakan obat-obat yang terlarang itu.

Strategi keempat dalam perawatan adalah "perbaikan" (koreksi). Strategi ini adalah memperbaiki masalah yang pada mulanya menyebabkan penyalahgunaan. Dalam banyak kasus, perbaikan adalah sulit (mengubah suatu gaya hidup seluruhnya) atau mungkin tidak realistis (memindahkan individu dari lingkungan sosial). Tetapi perlu diketahui juga, meskipun telah dikemukakan bermacam-macam program untuk memberantas penyalahgunaan obat (zat), namun data menunjukkan bahwa kita sama sekali tidak berhasil dalam merawat masalah-masalah penyalahgunaan obat (zat).

KEPUSTAKAAN

- Abramowitz, S.I. "Psychosocial Outcomes of Sex Reassignment Surgery". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. 54, 183-189.
- Addiego, F., Belzer, E.G., Comolli, J., Moger, W., Perry, J.D., & Whipple, B. "Female Ejaculation: A Case Study". *Journal of Sex Research*. 1981. 17, 13-21.
- Al Bachri Husin. "Wanita dan Alkohol". *Buletin Ketergantungan Obat*. Th. III, No.8. 1985.
- Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., & Coombs, R.B. "The Effect of Early and Later Colony Housing on Oral Ingestion of Morphine in Rats". *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*. 1981. 15, 571-576.
- Alexander, B.K., & Hadaway, P. F. "Opiate Addiction: The Case for an Adaptive Orientation". *Psychological Bulletin*. 1982. 92, 367-381.
- _____, & Coombs, R. B. "The Effect of Housing and Gender on Morphine Self-Administration in Rats". *Psychopharmacology*. 1978. 58, 175-179.

- Alzate, H., & Hoch, Z. "The "G Spot" and "Female Ejaculation": A Current Appraisal". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1986. 12, 211-220.
- Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. "5 HIAA in the Cerebrospinal Fluid: A Suicide Predictor?" *Archives of General Psychiatry*. 1976. 33, 1193-1197.
- Bak, R.C., & Stewart, W.A. "Fetishism, Transvestism, and Voyeurism: A Psychoanalytic Approach". Dalam S. Arieti (Ed.). *American Handbook of Psychiatry* (Vol.3, pp.352-363). New York: Basic Books. 1974.
- Bancroft, J. "Hormones and Human Sexual Behavior". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1984a. 10, 3-22.
- _____. "Testosterone Therapy for Low Sexual Interest and Erectile Dysfunction in Men: A Controlled Study". *British Journal of Psychiatry*. 1984b. 14, 146-151.
- _____, & Wu, F.C. "Changes in Erectile Responsiveness During Androgen Therapy". *Archives of Sexual Behavior*. 1983. 12, 59-66.
- Barlow, D.H. "Assessment of Sexual Behavior". Dalam R. A. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assessment* (pp.461-508). New York: Wiley. 1977.
- _____. "Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. 54, 140-148.
- Benjamin, H. *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press. 1966.
- Berg, G., Laberg, J.C., Skutle, A., & Ohman, A. "Instructed versus Pharmacological Effects of Alcohol in Alcoholics and Social Drinkers". *Behavior Research and Therapy*. 1981. 19, 55-66.
- Bergler, E. *Homosexuality: Disease or Way of Life?* New York: Collier Books. 1967.
- Berlin, F., & Krout, E. "Pedophilia: Diagnostic Concepts, Treatment, and Ethical Considerations". *American Journal of Forensic Psychiatry*. 1986. 7, 13-30.
- Berlin, F., & Meinecke, C. "Treatment of Sex Offenders with Antiandrogenic Medication: Conceptualization, Review of Treatment Modalities, and Preliminary Findings". *American Journal of Psychiatry*. 1981. 138, 601-607.
- Bieber, I. "Sadism and Masochism: Phenomenology and Psychodynamics". Dalam S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (Vol.3 pp.316-333): New York: Basic Books. 1974.

- Blum, Eva M., & Richard, H. Blum. *Alcoholism*. San Francisco: Jossey-Base, Inc. Publishers. 1967.
- Bohman, M., Sigvardsson, S., & Cloninger, C.R. "Maternal Inheritance of Alcohol Abuse". *Archives of General Psychiatry*. 1981. 35, 965-969.
- _____, & von Knorring, A. "Predisposition to Petty Criminality in Swedish Adoptees, I: Genetic and Environment Heterogeneity". *Archives of General Psychiatry*. 1982. 39, 1233-1241.
- Bond, I.K., & Hutchinson, H.C. "Application of Reciprocal Inhibition Therapy to Exhibitionism". *Canadian Medical Association Journal*. 1960. 83, 23-25.
- Bourne, P.G. "The Vietnam Veteran: Psychosocial Casualties". *Psychiatry in Medicine*. 1972. 3, 23-27.
- Bowling, A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd ed.). Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Braude, M.C., & Szara, S. *Pharmacology of Marijuana* (Vol.2). Orlando, FL: Academic Press. 1976.
- Brenesova, V., Oswald, I., & Loudon, J. "Two Types of Insomnia: Too Much Walking or Not Enough Sleep". *British Journal of Psychiatry*. 1975. 126, 439-445.
- Brunner, H.G., Nelen, M., Breakefield, X.O., Ropers, H.H., & van Oost, B.A. "Abnormal Behavior Associated with a Point Mutation in the Structural Gene for Monoamine Oxidase A". *Science*. 1993. 262, 578-580.
- Buhrich, N. "Psychological Adjustment in Transvestism and Transsexualism". *Behavior Research and Therapy*. 1981. 19, 407-411.
- _____, Theile, H., Yaw, A., & Crawford, A. "Plasma Testosterone, Serum FSH, and Serum LH Levels in Transvestism". *Archives of Sexual Behavior*. 1979. 8, 49-53.
- Buku Panduan Penyuluh Kesehatan Jiwa diterbitkan Departemen Penerangan RI. 1986.
- Cadoret, R.J. "Evidence of Genetic Inheritance of Primary Affective Disorder in Adoptees". *American Journal of Psychiatry*. 1978a. 135, 463-466.
- _____. "Psychopathology in Adopted-Away Offspring of Biologic Parents with Antisocial Behavior". *Archives of General Psychiatry*. 1978b. 35, 176-184.

- _____, Troughton, E., O'Gorman, T.W., & Heywood, E. "An Adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse". *Archives of General Psychiatry*. 1986. 43, 1131-1136.
- _____, Troughton, E., & Widmer, R. "Clinical Differences Between Anti-social and Primary Alcoholics". *Comprehensive Psychiatry*. 1984. 25, 1-8.
- _____, Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A. "Genetic-Environmental Interaction in the Genesis of Aggressivity and Conduct Disorders". *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52, 916-924.
- Carlsson, A. "Biochemical Pharmacology and Amphetamines". Dalam F. Sjoquist & M. Totitie (Eds.), *Abuse of Central Stimulants*. Stockholm: Almqvist & Wiksell. 1969. 305-310.
- Cashman, J. *The LSD Story*. Greenwich, Connecticut: Fawcett Publ. Inc. 1966.
- Ceramah Umum Menteri Kesehatan R.I. tentang Penanggulangan dan Pencegahan Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif Lainnya. 1985.
- Cerny, J.A. "Biofeedback and the Voluntary Control of Sexual Arousal in Women". *Behavior Therapy*. 1978. 9, 847-855.
- Chapman, L.J., Edell, W.S., & Chapman, J.P. "Physical Anhedonia, Perceptual Aberration, and Psychosis Proneness". *Schizophrenia Bulletin*. 1980. 6, 639-653.
- Chapman, L.J., Chapman, L.P., Kwapil, T.R., Eckblad, M., & Zinser, M.C. "Putatively Psychosis-Prone Subjects 10 Years Later". *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. 103, 171-183.
- Chesno, F., & Kilmann, P. "Effects of Stimulation Intensity on Sociopathic Avoidance Learning". *Journal of Abnormal Psychology*. 1975. 84, 144-150.
- Chesser, E. *Strange Loves: The Human Aspects of Sexual Deviation*. New York: William Morrow. 1971
- Choptra, I.C., & Smith, J.W. "Psychotic Reaction Following Cannabis Use in East Indians". *Archives of General Psychiatry*. 1974. 30, 24-27.
- Christiansen, K.O. "Threshold of Tolerance in Various Population Groups Illustrated by Results From the Danish Criminologic Twin Study". Dalam A. V. S. de Reuck & S. Poter (Eds.), *The Mentally Abnormal Offender* (pp. 109-120). Boston: Little, Brown. 1968.
- Clarkin, J.F., Widiger, T.A., Frances, A., Hurt, S., & Gilmore, M. "Prototypic Typology and the Borderline Personality Disorder". *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. 92, 263-275.

- Cleckley, H. *The Mask of Sanity* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby (Revised in 1976), 1941.
- _____. *The Mask of Sanity* (4th ed.). St. Louis, Mosby. 1964.
- Cloninger, C.R. "Neurogenic Adaptive Mechanisms in Alcoholism". *Science*. 1987. 236, 410-416.
- _____, Bohman, M., & Sigvardsson, S. "Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering Analysis of Adopted Men". *Archives of General Psychiatry*. *Archives of General Psychiatry*. 1981. 36, 861-868.
- Cohen, S. *Drug Dilemma*. New York: McGraw-Hill Company. 1969.
- _____, & Stillman, R.C. *The Therapeutic Potential of Marijuana*. New York: Plenum. 1976.
- Cole, Jonathan, O. *Clinical Research in Alcoholism*. Psychiatric Research Report 24. American Psychiatric Association, Washington, D.C. March 1968.
- Conger, J.J. "The Effects of Alcohol on Conflict between Behavior in the Albino Rat". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1951. 12, 1-29.
- Cuellar, I., & Paniagua, F.A. (Editors). *Handbook of Mental Health*. California: Academic Press: A Harcourt Science and Technology Company, 2000.
- Damrav, F. "Premature Ejaculation: Use of Ethyl Amino Benzoate to Prolong Coitus". *Journal of Urology*. 1963. 89, 936-939.
- Daniell, H.W. ""Smoker's Wrinkles: A Study in the Epidemiology of 'Crow's Feet'"". *Annals of Internal Medicine*. 1971.75, 873-880.
- Daley, D.C., & Salloum, I.M. *Clinician's Guide to Mental Illness*. Singapore: McGraw-Hill Companies, 2001.
- Dalgaard, O.S., & Kringlen, E. "A Norwegian Twin Study of Criminality". *British Journal of Criminology*. 1976. 16, 213-232.
- Davidson, J.M. "Response to 'Hormones and Human Sexual Behavior'" by John Bancroft, MD. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1984. 10, 23-27.
- _____, Camargo, C.A., & Smith, E.R. "Effects of Androgens on Sexual Behavior in Hypogonadal Men". *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1979. 48, 955-958.
- De La Cancela., Lau Chin, J., & Jenkins, Y.M. *Community Health Psychology*. Published in 1988 by Routledge, 29 West 35th Street: New York, NY 10001.

De Long, F., & Levy, B.I. "A Model of Attention Describing the Cognitive Effects of Marijuana". Dalam L. L. Miller (Ed.), *Marijuana Effects on Human Behavior* (pp.103-120). Orlando, FL: Academic Press. 1974.

_____. "A Model of Attention Describing the Cognitive Effects of Marijuana". Dalam L. L. Miller (Ed.), *Marijuana Effects on Human Behavior* (pp.103-120). Orlando, FL: Academic Press. 1974.

Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah: Direktorat Pembinaan Kesiswaan. *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika (P3N)*. 1999.

Departemen Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah: Direktorat Pembinaan Kesiswaan. *Kajian Masalah Narkotika di Kalangan Siswa di Sekolah*. 2000.

Departemen Pendidikan Nasional dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah Direktorat Pembinaan Kesiswaan. *Materi Pelatihan Penanggulangan Bahaya Narkotika*. 2000.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. *World Mental Health Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York : Oxford Univerversity Press, 1995.

Du Pont, R.L. "Penyalahgunaan Zat". *Buletin Ketergantungan Obat*. Th. III, No. 12. 1986.

Ehrhardt, A., & Money, J. "Progestin-Induced Hermaphroditism: IQ and Psychosexual Identity in a Study of Ten Girls". *Journal of Sex Research*. 1967. 3, 53-100.

_____. & Epstein, R. "Fetal Androgens and Female Gender Identity in the Early-Treated Androgenital Syndrome". *Johns Hopkins Medical Journal*. 1968. 122, 160-167.

Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & Kullgren, G. "Comorbidity Among the Personality Disorders in DSM-III-R". *Personality and Individual Differences*. 1994. 17, 155-160.

Fagan, P.J., Meyer, J.K., & Schmidt, C.W. "Sexual Dysfunction with an Adult Developmental Perspective". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1986. 12, 243-257.

Farmer, R., & Nelson-Gray, R.O. "Personality Disorders and Depression: Hypothetical Relations, Empirical Findings, and Methodological Considerations". *Clinical Psychology Review*. 1990. 10, 453-476.

- Feist, J., & Feist, G.J. *Theories of Personality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc. 1998.
- Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. New York: Norton. 1945.
- Fletcher, C., & Doll, R. "A Survey of Doctors' Attitudes to Smoking". *British Journal of Prevention and Social Medicine*. 1969. 23, 145-153.
- Freed, E.X. "Anxiety and Conflict: Role of Drug-Dependent Learning in the Rat". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1971. 32, 13-29.
- Gange, P. "Treatment of Sex Offenders with MPA". *American Journal of Psychiatry*. 1981. 138, 644-646.
- Gawin, F.H., & Ellinwood, E.H. "Cocaine Dependence". *Annual Review of Medicine*. 1989. 40, 149-161.
- Gawin, F. H., & Kleber, H.D. "Abstinence Symptomatology and Psychiatric Diagnosis in Cocaine Abusers". *Archives of General Psychiatry*. 1986. 43, 107-113.
- _____, Byck, R., Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Jatlow, P.I., & Morgan, C. "Desipramine Facilitation of Initial Cocaine Abstinence". *Archives of General Psychiatry*. 1989. 46, 117-121.
- Geer, J.H., & Furr, R. "Cognitive Factors in Sexual Arousal: The Role of Distraction". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976. 44, 238-243.
- Goodwin, D.W. "Genetic Determinants of Alcoholism". Dalam J. H. Mendleson & N.K. Mello (Eds.), *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism*. New York: McGraw-Hill. 1985a, 65-88.
- _____. "Alcoholism and Genetics". *Archives of General Psychiatry*. 1985b. 42, 171-174.
- _____, Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S.B., & Winokur, G. "Alcohol Problems in Adoptees Raised Apart from Alcoholic Biological Parents". *Archives of General Psychiatry*. 1973. 28, 238-243.
- _____, Schulsinger, F., Moller, N., Hermansen, L., Winokur, G., & Guze, S. B. "Drinking Problems in Adopted and Nonadopted Sons of Alcoholics". *Archives of General Psychiatry*. 1974. 31, 164-169.
- Gottesman, I.I., & Goldsmith, H.H. "Development Psychopathology of Antisocial Behavior: Inserting Genes into Its Ontogenesis and Epigenesis". Dalam C.A. Nelson (Ed.), *Threats to Optimal Development: Integrating*

- Biological, Psychological, and Social Risk Factors* (pp.69-104). Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1994.
- Grant, I. "Alcohol and the Brain: Neuropsychological Correlates". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. 55, 310-324.
- Graunke, D.P. "Angel Dust, Another Bad Trip". *The Plain Truth*. April 1971. 12-13.
- Greden, J.F., Fontaine, P., Lubetsky, M., & Chamberlin, K. "Anxiety and Depression Associated with Caffeinism among Psychiatric Inpatients". *American Journal of Psychiatry*. 1978. 135, 963-966.
- Green, R. *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. New York: Basic Books. 1974.
- _____. "One-Hundred Ten Feminine and Masculine Boys: Behavioral Contrasts Demographic Similarities". *Archives of Sexual Behavior*. 1976. 5, 425-447.
- _____. "Gender Identity in Childhood and Later Sexual Orientation: Follow-Up of 78 Males". *American Journal of Psychiatry*. 1985. 142, 339-341.
- _____. & Money, J. (Eds.). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: Johns Hop-kins Press. 1969.
- Grinspoon, L. *Marijuana Reconsidered*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1977.
- Hadaway, P.F., Alexander, B.K., Coombs, R.B., & Beyerstein, B. "The Effect of Housing and Gender on Preference for Morphine-Sucrose Solutions in Rats". *Psychopharmacology*. 1979. 66, 87-91.
- Hamburger, C., Sturup, G.K., Kahl-Iversen, E. "Transvestism: Hormonal, Psychiatric and Surgical Treatment". *JAMA*. 1953. 152, 391-396.
- Hare, R.D. *Psychopathology: Theory and Research*. New York: Wiley. 1970.
- _____. , Hart, S.D., & Harpur, T.J. "Psychopathy and DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder". *Journal of Abnormal of Psychology*. 1991. 100, 391-398.
- Hare, R. D., & Craigen, D. "Psychopathy and Physiological Activity in a Mixed-Motive Game Situation". *Psychopathophysiology*. 1974. 11, 197-203.
- Hare, R. D., McPherson, L.M., & Forth, A.E. "Male Psychopaths and Their Criminal Careers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. 56, 710-714.
- Hare, R. D., & Quinn, M.J. "Psychopathy and Autonomic Conditioning". *Journal of Abnormal Psychology*. 1971. 77, 223-235.

- Harrington, A. *Psychopaths*. New York: Simon and Schuster. 1972.
- Hartono, Hd. "Obat-Obat Psychotropik Turunan Benzodiazepin". *Buletin Kimia Farma*, No. 1. Jan. 1971, 5-9.
- Henson, D.E., & Rubin, H.B. "Voluntary Control of Eroticism". *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 1971. 4, 37-44.
- Higley, J.D., Mehlman, P.T., Taub, D.M., Higley, S.B., Suomi, S.J., Linnoila, M., & Vickers, J.H. "Cerebrospinal Fluid Monoamine and Adrenal Correlates of Aggression in Free-Ranging Rhesus Monkeys". *Archives of General Psychiatry*. 1992. 49, 436-441.
- Hill, D. "EEG in Episodic, Psychotic, and Psychopathic Behavior: A Classification of Data". *Electroencephalograph and Clinical Neurophysiology*. 1952. 4, 419-442.
- _____, & Watterson, D. "Electroencephalographic Studies of Psychopathic Personalities". *Journal of Neurology and Psychiatry*. 1942. 5, 47-65.
- Hill, H., Soriano, F.I., Chen, A., & LaFromboise, T.D. "Socio-Cultural Factors in the Etiology and Prevention of Violence Among Ethnic Minority Youth". Dalam L.D. Eron, J. H. Gentry & P. Schlegel (Eds.), *Reason to Hope: A Psychological Perspective on Violence and Youth* (pp. 59-97). Washington, DC: American Psychological Association. 1994.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G., & Hope, D.A. "Avoidant Personality Disorder and Generalized Subtype of Social Phobia". *Journal of Abnormal Psychology*. 1992. 101(2), 318-325.
- Hooker, E. "Male Homosexuality in the Rorschach". *Journal of Projective Techniques*. 1958. 22, 33-54.
- Horowitz, M.J. "Flashbacks: Recurrent Intrusive Images After the Use of LSD". *American Journal of Psychiatry*. 1969. 126, 147-151.
- Horwitz, A.V., & Scheid T.L. (Editors). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press, 1999.
- Howland, E.W., Kosson, D.S., Patterson, M., & Newman, J.P. "Altering a Dominant Response: Performance of Psychopaths and Low-Socialization College Students on a Cued Reaction Time Task". *Journal of Abnormal Psychology*. 1993. 102, 379-387.
- Hull, J. "A Self-Awareness Model of the Causes and Effects of Alcohol Consumption". *Journal of Abnormal Psychology*. 1981. 90, 586-600.

- Irwin, S. "Drugs of Abuse: An Introduction to Their Actions and Potential Hazards". *Journal of Psychodelic Drugs*. 3: 5-15, Spring 1971.
- Jacob, H.E. *Coffee: The Epic of a Commodity*. New York: Viking Penguin. 1935.
- Jacobs, B.L. "How Hallucinogenic Drugs Work". *American Scientist*. 1987. 75, 386-391.
- Jarvik, M.E. "Biological Influences on Cigarette Smoking". Dalam N. E. Krasnegor (Ed.), *The Behavior Aspects of Smoking* (pp.7-45). Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 1979.
- Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*. Highland Park, N.J.: Hillhouse Press. 1960.
- Jenkins, J.H., & Barrett, R.J. (Editors). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity* (The Edge of Experience). New York: Cambridge University Press, 2004.
- Jones, R.T., & Benowitz, N. "The-30-Day Trip: Clinical Studies of Cannabis Tolerance and Dependence". Dalam M. C. Braude & S. Szara (Eds.), *Pharmacology of Marijuana* (Vol.2, pp. 627-642). Orlando, FL: Academic Press. 1976.
- Jokosuyono. "Dependensi Obat". *Semangat*. Okt. 1978, 26-31.
- Judono, R.H. *Farmakologi*, Jilid 1, Edisi II. Yayasan Badan Penerbit Gadjah Mada. Yogya-karta. 1974.
- Kaplan, H.S. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel. 1974.
- _____. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel. 1981.
- Karlen, A. *Sexuality and Homosexuality*. New York: Norton. 1971.
- Karpman, B. "The Sexual Psychopath". *JAMA*. 1951. 146, 721-726.
- Kartono, K. *Psikologi Abnormal & Pathologi Seks*. Bandung. 1978.
- Kephalis, T.A., Kburus, J., Michael, C.M., Miras, C.J., & Padidakis, D.P. "Some Aspects of Cannabis Smoke Chemistry". Dalam G.G. Nahas (Ed.), *Marijuana: Chemistry, Biochemistry and Cellular Effects* (pp.39-50). New York: Springer-Verlag. 1976.
- Khantzian, E.J. "Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders". *American Journal of Psychiatry*. 1985. 142, 1259-1263.
- Kilmann, P.R., & Auerbach, R. "Treatments of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence: A Critical Review of the Literature". *Archives of Sexual Behavior*. 1979. 8, 81-100.

- Kornetsky, C. *Pharmacology of Drugs Affecting Behavior*. New York: John Wiley & Sons. 1976.
- Kosson, D.S., Smith, S.S., & Newman, J.P. "Evaluating the Construct Validity of Psychopathy in Black and White Male Inmates. Three Preliminary Studies". *Journal of Abnormal Psychology*. 1990. 99, 250-259.
- Kreuz, L.E., Rose, R.M., & Jennings, J.R. "Suppression of Plasma Testosterone Levels and Psychological Stress: A Longitudinal Study of Young Men in Officer Candidate School". *Archives of General Psychiatry*. 1972. 26, 479-482.
- Kruesi, M.J.P., Hibbs, E.D., Zahn, T.P., Keysor, C.S., Hamburger, S.D., Bartko, J.J., & Rapoport, J.L. "A 2-Year Prospective Follow-Up Study of Children and Adolescents with Disruptive Behavior Disorders". *Archives of General Psychology*. 1992. 49, 429-435.
- Kulhanek, F., Linde, O.K., & Meisenberg, G. "Precipitation of Antipsychotic Drugs in Interaction with Coffee or Tea". *Lancet*. 1979. 2, 1130.
- Kusumanto, R. Setyonegoro, dkk. (Ed.). *Drug Abuse in Indonesia*. Dharma Graha Press, Jakarta. 1977.
- Kusumanto, R. Setyonegoro & Erwin Widjono. "Drug Abuse in Indonesia (Recent Trends)". *Buletin Ketergantungan Obat*. Th. 1, No. 10. 1984.
- Kwan, M., Greenleaf, W.J., Mann, J., Crapo, L., & Davidson, J.M. "The Nature of Androgen Action on Male Sexuality: A Combined Laboratory-Self Report Study on Hypogonadal Men". *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 1983. 57, 557-562.
- Ladas, A.K., Whipple, B., Perry, J.D. *The G Spot*. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1982.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Hart, E.L., Frick, P.J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, S.M., & Russo, M.F. "Four-Year Longitudinal Study of Conduct Disorder in Boys: Patterns and Predictors of Persistence". *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. 104, 83-93.
- Lang, A.R., Goechner, D.J., Adressor, V. J., & Marlatt, G.A. "Effects of Alcohol on Aggression in Male Social Drinkers". *Journal of Abnormal Psychology*. 1975. 84, 508-518.
- Langevin, R., Paitisch, D., Hucker, S., Newman, S., Ramsay, G., Pope, S., Geller, G., & Anderson, C. "The Effect of Assertiveness Training, Provera, and Sex of Therapist in the Treatment of Genital Exhibitionism". *Journal of Behavioral and Experimental Psychiatry*. 1979. 10, 275-282.

- Laws, D.R., & Rubin, H.B. "Instructional Control of an Automatic Sexual Response". *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 1969. 2, 93-99.
- Lenzenweger, M.F., & Loranger, A.W. "Psychosis Proneness and Clinical Psychopathology: Examination of the Correlates of Schizotypy". *Journal of Abnormal Psychology*. 1989. 98, 3-8.
- Lilienfeld, S.O., & Waldman, I.D. "The Relation Between Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Adult Antisocial Behavior Re-examined: The Problem of Heterogeneity". *Clinical Psychology Review*. 1990. 10, 699-725.
- Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D., & Jang, K. "Categorical Distinctions in the Study of Personality Disorder: Implications for Classification". *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. 103, 6-17.
- Lo Piccolo, J. "The Prevention of Sexual Problems in Men". Dalam G. Albee, S. Gordon, & H. Leitenberg (Eds.), *Promoting Sexual Responsibility and Preventing Sexual Problems* (pp.39-65). Burlington, VT: University Press of New England. 1983.
- _____, & Stock, W.E. "Treatment of Sexual Dysfunction". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. 54, 158-167.
- Loeber, R. "Development and Risk Factors of Juvenile Antisocial Behavior and Delinquency". *Clinical Psychology Review*. 1990. 10, 1-41.
- Loland, S., & Balint, M. *Perversions: Psychodynamics and Therapy*. New York: Random House. 1956.
- Loraine, J.A., Adamopoulos, D.A., Kirkham, E.E., Ismael, A.A., & Dove, G. A. "Patterns of Hormone Excretion in Male and Female Homosexuals". *Human Nature*. 1971. 234, 552-555.
- Loranger, A.W. "Dependent Personality Disorder: Age, Sex, and Axis I Comorbidity". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996. 184, 17-21.
- Lyons, M.J., True, W.R., Eisen, S.A., Goldberg, J., Meyer, J.M., Faraone, S.V., Eaves, L.J., Tsuang, M.T. "Differential Heritability of Adult and Juvenile Antisocial Traits". *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52, 906-915.
- MacCulloch, M.J., & Feldman, M.P. "Personality and Treatment of Homosexuality". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1966. 43, 300-317.
- Mannuzza, S., & Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. "Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status". *Archives of General Psychiatry*. 1993. 50, 565-576.

- Mannuzza, S., Klein, R. G., Konig, P.H., & Giampino, T.L. "Hyperactive Boys Almost Grown Up: IV. Criminality and Its Relationship to Psychiatric Status". *Archives of General Psychiatry*. 1989. 46, 1073-1079.
- Mardjono, Reksodiputro. "Beberapa Catatan tentang Penggunaan Minuman Beralkohol dalam Kaitannya dengan Perilaku Melanggar Hukum". *Buletin Ketergantungan Obat*. Th. II, No. 12, 1985.
- Marks, I.M., & Gelder, M.G. "Transvestism and Fetishism: Clinical and Psychological Changes During Faradic Aversion". *British Journal of Psychiatry*. 1967. 113, 711-729.
- _____, & Bancroft, J. "Sexual Deviants Two Years After Electric Aversion". *British Journal of Psychiatry*. 1970. 117, 173-185.
- Marlatt, G.A. "Cognitive Factors in the Relapse Process". Dalam G.A. Marlatt & J. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention* (pp. 128-200). New York: Guilford Press. 1985.
- _____. "Craving for Alcohol, Loss of Control and Relapse: A Cognitive Behavioral Analysis". Dalam P.E. Nathan, G. A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.), *Alcoholism: New Directions in Behavior Research and Treatment* (pp.271-314). New York: Plenum. 1978.
- _____, Demming, B., & Reid, J. "Loss-of Control Drinking in Alcoholics". *Journal of Abnormal Psychology*. 1973. 81, 233-241.
- Masters, W., & Johson, V. "Human Sexual Inadequacy". Boston: Little, Brown. 1970.
- McClelland, D. C., Davis, W.N., & Kalin, R., & Wanner, E. *The Drinking Man*. New York: Free Press. 1972.
- McCord, W., & McCord, J. *The Psychopath*. New York: Van Nostrand. 1964.
- McDermott, S. *Female Sexuality: Its Nature and Conflicts*. New York: Simon and Schuster. 1970.
- McKim, W.A. *Drugs and Behavior: An Introduction to Behavioral Pharmacology*. Engle-wood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1986.
- Mednick, S.A., Gabrielli, W.F., & Hutchings, B. "Genetic Influences in Criminal Convictions: Evidence From an Adoption Cohort". *Science*. 1984. 234, 891-894.
- Mednick, S.A., & Hutchings, B. "Genetic and Psychophysical Factors in Asocial Behavior". Dalam R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic Behavior: Approaches to Research* (pp. 239-254). New York: Wiley. 1978.

- Merikangas, K.R., & Weissman, M.M. "Epidemiology of DSM-III Axis II Personality Disorders". Dalam A. Frances & R. E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Association Annual Review*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1986.
- Metz, P., & Mathiesen, F.R. "External Iliac "Steal Syndrome" Leading to a Defect in Penile Erection and Impotence". *Vascular Surgery*. 1979. 13, 70-72.
- Meyer, J. *Clinical Management of Sexual Disorders*. Baltimore: William and Wilkins. 1976.
- Meyer, R.E. "The Psychiatric Consequences of Marijuana Use". Dalam J.R. Tinklenberg (Ed.), *Marijuana and Health Hazards* (pp.133-152). Orlando, Fl: Academic Press. 1975.
- Michal, V., Kramar, R., Pospichal, J., & Hejhal, L. "Arterial Epigastricocavernous Anastomosis for the Treatment of Sexual Impotence". *World Journal of Surgery*. 1977. 1, 515-524.
- Miller, P.M., & Eisler, R.M. "Alcohol and Drug Abuse". Dalam W.E. Craighead, A.E. Kazdin, & M.J. Mahoney (Eds.), *Behavior Modification: Principles, Issues, and Applications*. Boston: Houghton Mifflin. 1976.
- Money, J. "Use of an Androgen-Depleting Hormone in the Treatment of Sex Offenders". *Journal of Sex Research*. 1970. 6, 165-172.
- _____, & Tucker, P. *Sexual Signatures: On Being a Man or a Woman*. Boston: Little, Brown. 1975.
- Morokoff, P.J., Baum, A., McKinnon, W.R., & Gilland, R. "Effects of Chronic Unemployment and Acute Psychological Stress on Sexual Arousal in Men". *Health Psychology*. 1987. 6, 545-560.
- Morokoff, P. J., & Heinman, J.R. "Effects of Erotic Stimuli on Sexually Functional and Dysfunctional Women: Multiple Measures Before and After Therapy". *Behavior Research and Therapy*. 1980. 18, 127-137.
- Mosher, L.R., & Burti, L. *Mental Health: Principles and Practice*. New York: W. W. Norton Company, 1989.
- Nathan, S.G. "The Epidemiology of DSM-III Psychosexual Dysfunctions". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1986. 12, 267-281.
- Nathan, P.E. "The Addictive Personality is the Behavior of the Addict". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. 56, 183-188.
- Newman, J.P., & Kosson, D.S. "Passive Avoidance Learning in Psychopathic and Neuro-psychopathic Offenders". *Journal of Abnormal Psychology*. 1986. 95, 257-262.

- Offir, C.W. *Human Sexuality*. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich. 1982.
- Patmohoedjo, P.G. *Strategi-strategi Preventif dalam Pencegahan dan Penanggulangan Bahaya Narkoba di Sekolah*. Makalah yang disajikan pada Pelatihan Kepala Guru dan Guru-guru Seluruh Indonesia tentang "Penanggulangan Bahaya Narkoba di Kalangan Siswa-Siswa". Parung, Bogor, Jawa Barat, 19 Nov. 2000.
- Paul, S.M., Marangos, P.J., Goodwin, F.K., & Slotnick, P. "Brain-Specific Benzodiazepine Receptors and Putative Endogenous Benzodiazepine-Like Compounds". *Biological Psychiatry*. 1980. 15, 407-428.
- Perry, J.D., & Whipple, B. "Pelvic Muscle Strength of Female Ejaculators: Evidence in Support of a New Theory of Orgasm". *Journal of Sex Research*. 1981. 17, 22-39.
- Pilkonis, P.A., Heape, C.L., Proietti, J.M., Clark, S.W., McDavid, J.D., & Pitts, T.E. "The Reliability and Validity of Two Structured Diagnostic Interviews for Personality Disorders". *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52, 1025-1033.
- Prince, V., & Bentler, P.M. "Survey of 504 Cases of Transvestism". *Psychological Reports*. 1972. 31, 903-917.
- Pringgodigdo, A.G., & Hassan, Shadily. *Ensiklopedi Umum*. Penerbitan Yayasan Kanisius, Yogyakarta. 1973.
- Rackman, S. "Sexual Fetishism: An Experimental Analogue". *Psychological Record*. 1966. 16, 293-396.
- _____, & Hodgson, S. "Experimentally Induced "Sexual Fetishism": Replication and Development". *Psychological Record*. 1968. 18, 25-27.
- Raine, A. "Features of Borderline Personality and Violence". *Journal of Clinical Psychology*. 1993. 49, 277-281.
- _____. *The Psychopathology of Crime: Criminal Behavior As a Clinical Disorder*. San Diego, CA: Academic Press. 1993.
- Rathus, S.A., & Nevid, J.S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1991.
- Rieber, I., & Sigusch, V. "Psychosurgery on Sex Offenders and Sexual 'Deviants' in West Germany". *Archives of Sexual Behavior*. 1979. 8, 523-528.
- Robins, L.N. *Deviant Children Grown-Up*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1966.
- _____, Davis, D.H., & Nurco, D.N. "How Permanent was Vietnam Drug Addiction?" Dalam M.H. Green & R. L. Du Pont (Eds.), *The Epide-*

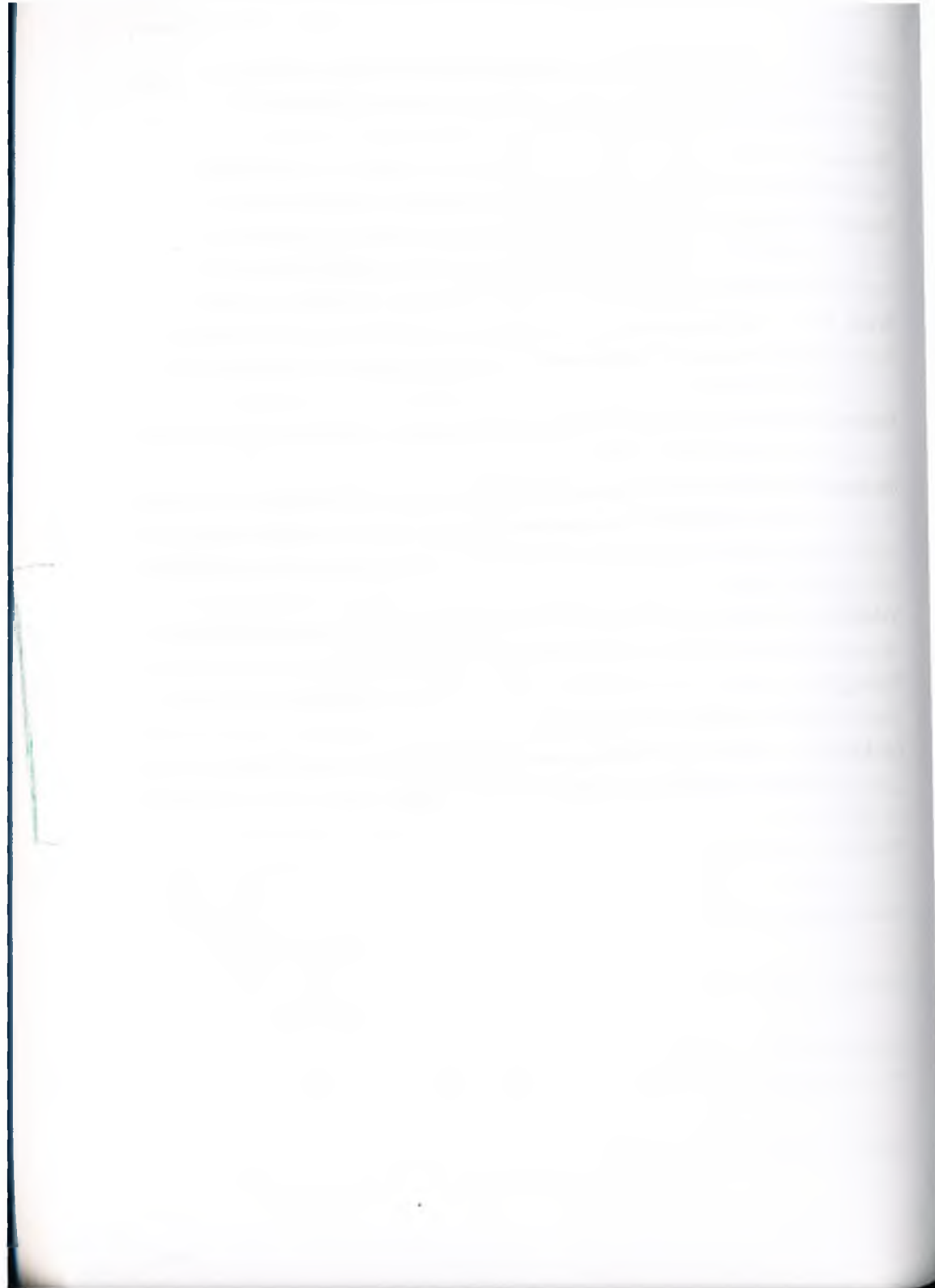
- miology of Drug Abuse* (NIDA Journal Suppl. Part 2, Vol. 64). Washington, DC: US. Government Printing Office. 1974.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., & Davis, D.H. "Narcotic Use in Southeast Asia and Afterwards". *Archives of General Psychiatry*. 1975. 32, 955-961.
- Rollnick, S., & Heather, N. "The Application of Bandura's Self-Efficacy Theory to Abs-tinence-Oriented Alcoholism Treatment". *Addictive Behaviors*. 1982. 7, 243-250.
- Rose, R.J., Bourne, P.G., Poe, R.O., Mougey, E.H., Collins, D.R., & Mason, J.W. Androgen "Responses to Stress: 2. Excretion of Testosterone, Epites-tosterone, Andro-sterone, and Etiochoanolone During Basic Combat Training and Under Threat of Attack". *Psychosomatic Medicine*. 1969. 31, 418-436.
- Rossi, A.S. "The Biological Side of Parenthood". *Human Nature*. 1978. 1, 72-79.
- Rossi, A.M., Babor, T.F., Meyer, R.E., & Mendleson, J. H. Mood States. In J. H. Mendleson, A. M. Rossi., & R. E. Meyer (Eds.), *The Use of Marijuana: A Psychological and Physiological Inquiry* (pp.115-133). New York: Plenum. 1974.
- Rossi, A. M., Kuehnle, J.C., & Mendleson, J. H. "Marijuana and Mood in Human Volunteers". *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 1978. 8, 447-453.
- Ruff, G.A. "Premature Ejaculation: Past Research Progress, Future Directions". *Clinical Psychology Review*. 1985. 5, 627-639.
- Sakheim, D.K., Barlow, D.H., Beck, J.G., & Abrahamson, D.J. "The Effects of an Increased Awareness of Erectile Cues on Sexual Arousal". *Behavior Research and Therapy*. 1984. 22, 151-158.
- Salimenk, C.A. Pyrolysis of Cannabinoids. Dalam G.G. Nahas (Ed.), *Marijuana: Chemistry, Biochemistry and Cellular Effects* (pp.31-38). New York: Springer-Verlag. 1976.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior* (7th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1993.
- Sardjono, O. Santoso. "Beberapa Data Biomedik dan Toksikologik Alkohol". *Buletin Ketergantungan Obat*. Th. III, No. 1, 1985.
- Satterfield, J.H., & Cantwell, D.P. "Psychopharmacology in the Prevention of Antisocial and Delinquent Behavior". *International Journal of Mental Health*. 1975. 4, 277-335.

- Schachter, S., & Latane, B. "Crime, Cognition and the Autonomic Nervous System". Dalam M. R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 221-275). Lincoln: University of Nebraska Press. 1964.
- Schmidt, G., & Schorsch, E. "Psychosurgery of Sexually Deviant Patients: Review and Analysis of New Empirical Findings". *Archives of Sexual Behavior*. 1981. 10, 301-323.
- Schover, L., & Lo Piccolo, J. "Treatment Effectiveness for Dysfunctions of Sexual Desire". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1982. 8, 179-197.
- Schuckit, M.A. "Alcoholism and Sociopathy: Diagnostic Confusion". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1973. 34, 157-164.
- _____. "Biological Vulnerability to Alcoholism". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. 55, 301-309.
- Schulsinger, F. "Psychopathy, Heredity and Environment". *International Journal of Mental Health*. 1972. 1, 190-206.
- Searles, J.S. "The Role of Genetics in the Pathogenesis of Alcoholism". *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. 97, 153-167.
- Sher, K.J., & Levenson, R.W. "Risk for Alcoholism and Individual Differences in the Stress-Response-Dampening Effect of Alcohol". *Journal of Abnormal Psychology*. 1982. 91, 350-367.
- Simon, E.J. "Opiate Receptors and Endorphins: Possible Relevance to Narcotic Addiction". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*. 1981. 1, 13-31.
- Solomon, D. (Ed.). *The Marijuana Papers*. London: Panther Books, Ltd. 1972.
- Spiess, W.F., Geer, J.H., & O'Donohue, W.T. "Premature Ejaculation: Investigation of Factors in Ejaculatory Latency". *Journal of Abnormal Psychology*. 1984. 93, 1521-1522.
- Stanley, E. "Premature Ejaculation". *British Medical Journal*. 1981. 282, 1521-1522.
- Steele, C.M., & Josephs, R.A. "Drinking Your Troubles Away: 2. An Attention-Allocation Model of Alcohol's Effect on Psychological Stress". *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. 97, 196-205.
- Steele, C.M., Southwick, L., & Pagano, R. "Drinking Your Troubles Away: The Role of Activity in Mediating Alcohol's Reduction of Psychological Stress". *Journal of Abnormal Psychology*. 1986. 95, 173-180.
- Stoller, R. *Sex and Gender*. New York: Science House. 1968.

- Stone, M.H. "The Course of Borderline Personality Disorder". Dalam A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1989.
- _____. "Long-Term Outcome in Personality Disorders". *British Journal of Psychiatry*. 1993. 162, 299-313.
- Sudjono, D. *Narkotika dan Remaja*, Cet.3. Penerbit Alumni Bandung. 1977.
- Suedfeld, P., & Landon, P.B. "Approaches to Treatment". Dalam R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic Behavior: Approaches to Research* (pp. 347-376). New York: Wiley. 1978.
- Sutker, P.B., & Allain, A.N. "Issues in Personality Conceptualization of Addictive Behaviors". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. 56, 172-182.
- Sutker, P. B., DeSanto, N.A., & Allain, A. N. "Adjective Self-Description in Antisocial Men and Women". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1985. 7, 175-181.
- Tavris, C. *The Mismeasure of Woman*. New York: Simon & Schuster. 1992.
- Teschemacher, H. "Endogenous Ligands of Opiate Receptors (Endorphins)". Dalam A. Herz (Ed.). *Developments in Opiate Research*. New York: Marcel. 1978.
- The World Health Report, World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, 1995.
- Tinklenberg, J.R. "Marijuana and Human Aggression". Dalam L.L. Miller (Ed.), *Marijuana: Effects on Human Behavior* (pp.339-358). Orlando, FL: Academic Press. 1974.
- Tripp, C.A. *The Homosexual Matrix*. New York: McGraw-Hill. 1975.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. "Social Phobia: A Comparison and Specific and Generalized Subtypes and Avoidant Personality Disorder". *Journal of Abnormal Psychology*. 1992. 101, 326-331.
- Turner, Th.B. "Alcohol-Related Problems in Perspective". *MBAA Technical Quarterly*. Vol. 21, No. 4, 1984.
- Untung Margono. "Alkohol, Alkoholisme, dan Keamanan Lalu Lintas". *Buletin Ketersantungan Obat*. Th. 1, No. 12, 1984.
- Van Dyke, C., & Byck, R. Cocaine. *Scientific American*. 1982. 44 (3), 128-141.
- Vietor, W.P. "Conditioning as a Form of Psychotherapy in Treating Delinquents: Some Data From the Literature". *Excerpta Criminologica*. 1967. 7, 3-6.

- Virkunnen, M., De Jong, J., Bartko, J.J., Goodwin, M., & Linnoila, M. "Relationship of Psychological Variables to Recidivism in Violent Offenders and Impulsive Fire Setters". *Archives of General Psychiatry*. 1989. 46, 600-603.
- Virkunnen, M., Eggert, M., Rawlings, R., & Linnoila, M. "A Prospective Follow-Up Study of Alcoholic Violent Offenders and Fire Setters". *Archives of General Psychiatry*. 1996. 53, 523-524.
- Weil, A.T., & Zinberg, N.E. "Acute Effects of Marijuana on Speech". *Nature*. 1969. 222, 434-437.
- Weiss, B., Laties, V.G. "Enhancement of Human Performance by Caffeine and Amphetamines". *Pharmacological Review*. 1962. 14, 1-36.
- Weiss, R.D., & Mirin, S.M. *Cocaine*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1987.
- Weissman, M.M. "The Epidemiology of Personality Disorders: A 1990 Update". *Journal of Personality Disorders* (Supp.). 1993. 44-62.
- Wen-Shing Tseng., & Streltzer, J. "Culture and Psychology and Psychotherapy: A Guide to Clinical Practice" (Edited by Wen-Shing Tseng & Jon Streltzer). *American Psychiatric Press, Inc.* Washington, D.C., 2001.
- Werman, D.S. "On the Occurrence of Incest Fantasies". *Psychoanalytic Quarterly*. 1977. 46, 245-255.
- Westermeyer, J. *A Primer on Chemical Dependency: A Clinical Guide to Alcohol and Drug Related Problem*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1976.
- Widiger, T.A., Cadoret, R., Hare, R.D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., Alterman, A., Apple, M., Corbitt, E., Forth, A., Hart, S., Kultermann, J., Woody, G.G., & Frances, A. "DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial". *Journal of Abnormal Psychology*. 1996. 105, 3-16.
- Widiger, T.A., & Rogers, J.H. "Prevalence and Comorbidity of Personality Disorders". *Psychiatric Annals*. 1989. 19, 132-136.
- Widiger, T.A., & Shea, T. "Differentiation of Axis I and Axis II Disorders". *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. 100, 399-406.
- Widiger, T.A., & Spitzer, R. "Sex Bias in the Diagnosis of Personality Disorders: Conceptual and Methodological Issues". *Clinical Psychology Review*. 1991. 11, 1-22.
- Wilson, G.T. "Cognitive Studies in Alcoholism". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. 55, 325-331.

- ., & Abrams, D. "Effects of Alcohol on Social Anxiety and Physiological Arousal: Cognitive versus Pharmacological Processes". *Cognitive Therapy and Research*. 1977. 1, 195-210.
- Wilson, G.T., & Lawson, D.M. "The Effects of Alcohol on Sexual Arousal in Women". *Journal of Abnormal Psychology*. 1976. 85, 489-497.
- Wincze, J., Bansal, S., & Malamud, M. "Effects of MPA on Subjective Arousal, Arousal to Erotic Stimulation, and Nocturnal Penile Tumescence in Male Sex Offenders". *Archives of Sexual Behavior*. 1986. 15, 293-305.
- Wise, R.A. "The Neurobiology of Craving: Implication for the Understanding and Treatment of Addiction". *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. 97, 118-132.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1958.
- Yankofsky, L., Wilson, G.T., Adler, J., Hay, W., & Vrana, S. "The Effect of Alcohol on Self-Evaluation, Awareness of Negative Interpersonal Feedback and Perceptions of Control and Power". *Journal of Studies on Alcohol*. 1986. 47, 26-33.
- Yalom, I.D., Green, R., & Fish, N. "Prenatal Exposure to Female Hormones". *Archives of General Psychiatry*. 1973. 28, 554-561.
- Young, W.C., Goy, R.W., & Phoenix, S.H. "Hormones and Sexual Behavior". *Science*. 1964. 143, 212-218.
- Zucker, R., & Gomberg, E. "Etiology and Alcoholism Reconsidered: The Case for a Biopsychosocial Process". *American Psychologist*. 1986. 41, 783-793.



REAKSI-REAKSI SIMTOM KHUSUS

Ada beberapa simtom yang terjadi pada masa bayi, masa kanak-kanak, dan mungkin juga tetap bertahan sampai pada masa dewasa, dan ini bisa terjadi sebagai kesulitan utama yang tidak bisa dibuktikan adanya suatu psikopatologi lain, atau bisa juga merupakan ungkapan simtomatik dari patologi yang lebih luas. Simtom-simtomi ini dikelompokkan dan dimasukkan ke dalam satu judul: "Reaksi-Reaksi Simtom Khusus." Meskipun tidak selalu menunjukkan gangguan mental yang serius, tetapi simtom-simtomi tersebut merupakan masalah-masalah praktis yang sangat penting dalam kehidupan keluarga dan kehidupan sekolah anak, dan mungkin ini menjadi reaksi-reaksi emosional sekunder yang tidak menguntungkan. Kondisi-kondisi seperti itu belum tentu dengan sendirinya merupakan gangguan-gangguan neurotik, psikotik, organik, atau sosiopatik, tetapi mungkin berhubungan dengan salah satu di antaranya.

Reaksi-reaksi simtom khusus ini meliputi gangguan tingkah laku disruptif, gangguan perkembangan, gangguan makan, gangguan eliminasi, gangguan tidur, gangguan kecemasan pada masa kanak-kanak, dan gangguan kebiasaan.

GANGGUAN-GANGGUAN TINGKAH LAKU DISRUPTIF

Dua gangguan tingkah laku disruptif yang sangat penting adalah hiperaktivitas (reaksi hiperkinetik) dan gangguan-gangguan tingkah laku (*conduct disorders*). Perbedaan antara kedua gangguan ini adalah tingkah laku individu-individu yang mengalami gangguan hiperaktivitas tidak dapat dikontrol, sedangkan tingkah laku individu-individu yang mengalami gangguan-gangguan tingkah laku dapat dikontrol.

Gangguan Hiperaktivitas

Anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas tidak mampu memusatkan perhatian dalam jangka waktu yang sama yang mengakibatkan munculnya bermacam-macam tingkah laku disruptif dan impulsif. Anak-anak tersebut selalu berlari, memanjat, dan berbicara tanpa memperhatikan apakah pembicaraannya itu cocok atau tidak. Dalam jangka waktu yang lama, tingkah laku yang tidak tepat dan kurang adanya perhatian dapat menyebabkan masalah-masalah pribadi, sosial, dan akademis yang berat. Gangguan hiperaktivitas ini kelihatannya terdapat pada anak-anak yang berusia sebelum 7 tahun dan gangguan ini lebih banyak terdapat pada anak laki-laki daripada anak perempuan.

Simtom

Simtom utama dari gangguan hiperaktivitas adalah tidak mampu mempertahankan perhatian. Anak-anak yang mengalami gangguan ini tidak dapat mendengar petunjuk-petunjuk yang diberikan, dan perhatiannya mudah beralih dan sering kali tidak dapat menyelesaikan tugas-tugas yang dilakukannya. Karena anak-anak ini kurang memperhatikan dan tidak memikirkan hal-hal secara mendalam, maka mereka sering kali melakukan tindakan-tindakan impulsif. Mereka cepat sekali berpindah dari satu aktivitas ke aktivitas lainnya, mungkin juga berteriak secara spontan di kelas dan sulit sekali menunggu giliran-giliran mereka.

Ciri khas lain yang penting dari gangguan ini adalah tingkat aktivitas yang sangat tinggi. Anak-anak yang mengalami gangguan ini sulit sekali untuk bisa duduk dengan tenang, tetapi selalu bergerak seolah-olah mereka digerakkan oleh suatu motor berkecepatan tinggi yang tidak pernah berhenti. Anak-anak ini sulit sekali ditangani. Salah seorang atau dua orang di antara anak-anak ini dapat membuat ruang kelas menjadi seperti kebun binatang.

Simtom kedua adalah kesulitan-kesulitan berat dalam bidang akademis yang disebabkan oleh ketidakmampuan belajar dan tingkah laku mereka dalam ruang kelas yang selalu mengganggu atau merusak. Gangguan ini juga bisa menghambat perkembangan sosial karena meskipun anak-anak yang mengalami gangguan ini sering disukai sebagai "badut-badut kelas", tetapi mereka tidak mengembangkan hubungan-hubungan pribadi yang akrab.

Untuk bisa didiagnosis sebagai anak yang menderita gangguan hiperaktivitas, anak tersebut harus tetap memperlihatkan sekurang-kurangnya delapan dari tingkah laku-tingkah laku yang berikut dalam jangka waktu 6 bulan (American Psychiatric Association, 1987, 52): (1) Tangan dan kakinya selalu bergerak atau menggeliat-geliat di tempat duduk; (2) Kalau disuruh duduk, sulit untuk tetap duduk; (3)

Mudah terganggu oleh stimulus-stimulus dari luar; (4) Sulit menunggu gilirannya dalam permainan-permainan atau situasi-situasi kelompok; (5) Sering kali menjawab pertanyaan-pertanyaan sebelum selesai ditanyakan; (6) Sulit melaksanakan perintah-perintah dari orang lain; (7) Sulit mempertahankan perhatian dalam tugas-tugas atau aktivitas-aktivitas permainan; (8) Sering kali berpindah dari satu aktivitas yang belum selesai ke aktivitas lain; (9) Sulit bermain dengan tenang; (10) Berbicara terlalu banyak (cerewet); (11) Sering kali mengganggu atau mencampuri urusan orang-orang lain; (12) Sering kali melupakan hal-hal yang dibutuhkan untuk tugas-tugas.

Hal-Hal yang Berkaitan dengan Hiperaktivitas

Apakah masalah-masalah perhatian merupakan gangguan? Salah satu kontroversi mengenai hiperaktivitas ialah apakah pola simtom itu merupakan suatu gangguan atau hanya merupakan suatu kelakuan yang buruk (Prior & Sanson, 1986; Ross & Ross, 1982). Para kritikus mengemukakan bahwa tingkah laku itu harus dilihat sebagai akibat pendidikan yang buruk, dan perhatian harus dipusatkan pada faktor-faktor lingkungan (misalnya orang tua yang permisif, orang tua yang tidak konsisten, lingkungan sekolah yang buruk; Conrad, 1975) dan simtom-simtom itu tidak dilihat sebagai gangguan psikologis, dan dengan demikian tidak perlu secara khusus merawatnya dengan psikoterapi atau dengan obat-obatan. Sebagai bukti terhadap interpretasi tingkah laku yang buruk itu, telah diperlihatkan dalam beberapa kasus di mana anak-anak hiperaktif di sekolah, tetapi tidak demikian halnya kalau mereka menonton program televisi yang disenangi (Zentall, 1975). Perbedaan-perbedaan pandangan mengenai masalah tersebut tidak pernah selesai, tetapi beberapa data yang harus dipertimbangkan lebih lanjut dalam pembicaraan mengenai hal ini mungkin membantu kita untuk menentukan pandangan kita sendiri mengenai hal tersebut.

Apakah ada akibat-akibat jangka panjang dari tingkah laku hiperaktivitas itu? Beberapa ahli teori mengemukakan bahwa gangguan tersebut disebabkan oleh "perkembangan yang tertunda"; dan dengan demikian, hanya merupakan masalah yang bersifat sementara yang dialami pada masa kanak-kanak. Tetapi, beberapa orang mengemukakan bahwa gangguan itu merupakan masalah yang berat dan tetap bertahan sampai masa dewasa. Untuk menentukan apakah ada akibat-akibat jangka panjang dari gangguan itu, para peneliti melakukan kira-kira sebanyak 25 penelitian (Gittelman, *et al.*, 1985; Cantwell, 1985; Thorley, 1984). Hasil-hasil dari penelitian itu menunjukkan bahwa antara 30–80% dari anak-anak yang mengalami gangguan superaktivitas itu memperlihatkan suatu bentuk tingkah laku abnormal ketika mereka menjadi orang dewasa muda. Gangguan hiperaktivitas

dalam masa kanak-kanak tidak harus menyebabkan masalah-masalah yang berat seperti skizofrenia, tetapi berisiko tinggi untuk mengembangkan gangguan seperti tingkah laku antisosial (para penderita gangguan ini selalu berhubungan dengan polisi), mengalami kesulitan-kesulitan dalam hubungan dengan kawan-kawan sebaya, prestasi pendidikan yang jelek. Selanjutnya, orang-orang yang telah mengalami gangguan ini ketika masih anak-anak tetap memperlihatkan sikap yang tidak tenang, aktivitas yang berlebihan, dan mengalami kesulitan-kesulitan kognitif.

Pada awalnya, hasil dari penelitian-penelitian ini mengemukakan bahwa gangguan hiperaktivitas ini merupakan suatu gangguan yang real (nyata) dan implikasinya dapat berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Tetapi, interpretasi terhadap bukti tersebut menemui kesulitan karena dalam kebanyakan kasus, orang-orang yang mengalami gangguan ini juga mengalami gangguan-gangguan tingkah laku (*conduct disorders*). Misalnya, tingkah laku agresif, tidak dapat mempertahankan hubungan yang lama dengan orang lain. Dengan demikian, beberapa di antara masalah-masalah jangka panjang itu mungkin disebabkan oleh gangguan tingkah laku dan bukan oleh gangguan perhatian (Milich & Loney, 1979; Safer & Allen, 1976; Schachar, *et al.*, 1981; Stewart, *et al.*, 1981).

Sejalan dengan kemungkinan tersebut, sejumlah penelitian juga telah memperlihatkan bahwa hiperaktivitas pada masa kanak-kanak itu sendiri bukan merupakan prediktor untuk masalah-masalah berikutnya, seperti penyesuaian diri yang jelek, delinkuensi, harga diri rendah, performansi sekolah, atau penyesuaian diri umum (Mendelson, *et al.*, 1971; Minde, *et al.*, 1972; Weiss, *et al.*, 1971; Weiss, *et al.*, 1975). Dalam salah satu penelitian kelompok anak laki-laki yang mengalami hiperaktivitas saja atau hiperaktivitas ditambah dengan simtom-simtom agresif dicermati selama jangka waktu 4 tahun (August, *et al.*, 1983). Hasilnya menunjukkan bahwa anak-anak yang hanya mengalami *gangguan* hiperaktivitas tetap memperlihatkan masalah-masalah yang menyangkut kekurangan perhatian dan impulsivitas, sedangkan anak-anak yang bertingkah laku hiperaktif dan agresif selanjutnya memperlihatkan masalah-masalah yang menyangkut kekurangan perhatian, impulsivitas, agresi, dan tingkah laku antisosial.

Dari apa yang diuraikan di atas, pertanyaan mengenai akibat-akibat jangka panjang dari gangguan hiperaktivitas mungkin belum dijawab sepenuhnya, tetapi kelihatan bahwa simtom-simtom khusus yang terdapat pada masa kanak-kanak mungkin tetap melekat pada masa dewasa sekurang-kurangnya dalam bentuk-bentuk yang ringan. Masalah-masalah yang menyangkut kekurangan perhatian dan impulsivitas mengemukakan bahwa gangguan hiperaktivitas adalah suatu gangguan dan bukan masalah perkembangan yang tertunda.

Suatu penemuan yang menarik dan yang ada kaitannya dengan hiperaktivitas adalah obat-obat yang pada umumnya dianggap sebagai obat-obat stimulan, tetapi berfungsi sebagai obat-obat penenang pada anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas (Conners & Werry, 1979). Akibat dari obat-obatan ini telah dikenal sejak tahun 1937 dan secara luas disebut akibat obat yang paradoksikal (*paradoxical drug effect*).

Ada dua pertanyaan mengenai akibat obat yang paradoksikal. *Pertama*, apakah akibat-akibat dari obat tersebut hanya terbatas pada anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas? Jawaban terhadap pertanyaan ini adalah tidak. Penelitian telah memperlihatkan bahwa obat stimulan juga mengandung akibat yang menenangkan pada anak-anak yang normal (Peloquin & Klorman, 1986) dan juga pada anak-anak yang mengalami gangguan-gangguan seperti delinkuensi dan ketidakmampuan belajar (Conners, *et al.*, 1967). Selanjutnya, ada bukti bahwa anak-anak remaja dan juga orang-orang dewasa yang mengalami gangguan hiperaktivitas dapat dibantu dengan obat stimulan (Varley, 1983; Wender, *et al.*, 1985). Jelas bahwa akibat obat yang paradoksikal tidak terbatas pada anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas.

Kedua, apakah obat stimulan yang mengandung akibat paradoksikal benar-benar bisa menenangkan? Jawaban terhadap pertanyaan ini adalah ya dan tidak. Penelitian telah menunjukkan bahwa obat tersebut memungkinkan anak-anak untuk lebih berkonsentrasi, dan konsentrasi yang meningkat itu mengurangi gangguan perhatian dan aktivitas yang acak-acakan (Peloquin & Klorman, 1986; Rapoport, *et al.*, 1980; Werry & Aman, 1984). Dengan kata lain, obat itu sendiri tidak berfungsi sebagai obat penenang, tetapi hanya berfungsi untuk membantu memusatkan perhatian, yang pada gilirannya mengurangi tingkat-tingkat aktivitas. Hanya pada segi fisiologis, obat tersebut benar-benar mengandung akibat sebagai perangsang karena meningkatkan denyut jantung (Klorman, *et al.*, 1984; Peloquin & Klorman, 1986).

Sangat menarik untuk diketahui bahwa obat stimulan menyebabkan perhatian lebih terkonsentrasi dan meningkatkan denyut jantung orang dewasa, dengan demikian menambah bukti lebih banyak lagi terhadap apa yang dikemukakan sebelumnya bahwa akibat dari obat stimulan itu bukan hanya untuk anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas (Klorman, *et al.*, 1984; Rapoport, *et al.*, 1980; Weiss & Laties, 1962). Dengan melihat konsistensi dari akibat obat tersebut untuk anak-anak yang kalut dan yang normal serta untuk anak-anak dan orang-orang dewasa, maka akibat obat tersebut kurang paradoks sebagaimana dipikirkan (Henker & Whalen, 1980).

Penyebab

Pendekatan belajar dan pendekatan kognitif berpendapat bahwa anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas tidak mempelajari strategi-strategi yang efektif untuk mengontrol dan memusatkan perhatian. Tetapi, perhatian terhadap teori ini makin berkurang dan sekarang kebanyakan perhatian tertuju kepada pendekatan fisiologis. Dewasa ini orang berpendapat bahwa gangguan hiperaktivitas disebabkan oleh suatu tipe disfungsi otak organik. Dalam hal ini, menarik untuk diketahui bahwa gangguan hiperaktivitas pada mulanya disebut sindrom kerusakan otak yang ringan (*minimal brain damage syndrome*). Selanjutnya, dikemukakan bahwa tanda-tanda masalah neurologis yang ringan (masalah-masalah motor yang berkenaan dengan persepsi, seperti tidak adanya koordinasi antara mata dan tangan) dan masalah-masalah neurologis yang khusus (retardasi, beberapa bentuk kelumpuhan otak) sering kali ada kaitannya dengan gangguan tersebut. Juga telah dikemukakan bahwa anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas memiliki lebih banyak anomali fisik yang ringan (misalnya penyimpangan-penyimpangan pada hemisfer dan bentuk telinga yang buruk) dan anomali-anomali ini dilihat sebagai akibat perkembangan embrio yang abnormal (Firestone, *et al.*, 1978).

Para kritikus, terhadap apa yang diuraikan ini, mengemukakan bahwa adanya anomali-anomali ini tidak membedakan anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas dari anak-anak yang mengalami gangguan-gangguan seperti autisme, retardasi mental, dan gangguan-gangguan tingkah laku (Gualtieri, *et al.*, 1982; Walker, 1977). Tetapi, kritik yang dikemukakan itu tidak terlalu hebat karena diandaikan gangguan-gangguan tersebut mungkin juga disebabkan oleh suatu disfungsi otak organik, dan dengan demikian, akan terjadi anomali-anomali fisik.

Dewasa ini kita belum memahami dengan tepat disfungsi otak yang mendasari gangguan hiperaktivitas tersebut, tetapi ada kemungkinan terdapat pada *lobus frontalis* (Solanto, 1984). Disfungsi otak mungkin mengurangi abilitas individu untuk menyaring atau mengabaikan stimulus-stimulus yang tidak relevan (suara-suara dari orang lain yang berbicara, gerakan-gerakan, dan sebagainya). Gangguan-gangguan yang disebabkan oleh stimulus-stimulus yang tidak relevan itu mengganggu perhatian terhadap stimulus-stimulus yang relevan.

Meskipun kita tidak dapat mengidentifikasi dengan tepat disfungsi otak yang mendasari gangguan tersebut, tetapi kita telah mengidentifikasi faktor-faktor kehamilan, kelahiran, dan lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan hiperaktivitas. Beberapa kasus dari gangguan itu rupanya disebabkan oleh infeksi pada jangka waktu 12 minggu pertama kehamilan atau disebabkan oleh *anoksia* (kekurangan oksigen) pada proses kelahiran (Gualtieri, *et al.*, 1982; Towbin, 1978).

Mungkin yang terpenting dari faktor-faktor lingkungan itu adalah keracunan timah. Hal itu terjadi bila anak memakan kepingan cat yang mengandung timah atau bila anak itu menghirup udara yang sudah terpolusi oleh sisa-sisa pembuangan dari mobil dengan bahan bakar bensin yang mengandung timah (David, *et al.*, 1979; Marlowe, *et al.*, 1985; Needleman, *et al.*, 1979).

Faktor lingkungan yang lain adalah bahan-bahan tambahan makanan (warna, bahan-bahan pengawet, dan bumbu-bumbu). Pada mulanya dilaporkan bahwa sekitar 50% dari anak-anak yang hiperaktif dapat berfungsi lagi secara normal ketika diberikan makanan yang tidak mengandung bahan tambahan (Feingold, 1975, 1976). Tetapi, dalam penelitian-penelitian yang dikontrol dengan baik di mana anak-anak hiperaktif diberikan makanan yang mengandung bahan-bahan tambahan atau placebo, ditemukan bahwa kasus-kasus hiperaktivitas yang disebabkan oleh bahan-bahan tambahan itu hanya sekitar 5% (Conners, 1980). Dari penelitian itu jelas bahwa akibat dari bahan-bahan tambahan makanan tidak begitu kuat dan pervasif seperti yang dipikirkan (walaupun kita tidak mengabaikan pengaruhnya dalam menimbulkan gangguan hiperaktivitas, meskipun hanya sebesar 5% saja).

Faktor-faktor genetik juga dilihat sebagai penyebab gangguan hiperaktivitas dan beberapa penemuan telah mendukung apa yang dikemukakan ini. *Pertama*, telah ditemukan bahwa sanak saudara biologis (terutama pria) dari anak-anak yang hiperaktif itu mengandung kemungkinan yang lebih besar menjadi anak-anak yang hiperaktif dibandingkan sanak saudara angkat dari anak-anak yang hiperaktif itu (Cantwell, 1972; Morrison & Stewart, 1971, 1974). *Kedua*, tingkat-tingkat aktivitas dari para anggota pasangan kembar identik (MZ) berkorelasi 0,96, tetapi tingkat-tingkat aktivitas dari para anggota pasangan kembar bersaudara hanya berkorelasi 0,59 (Willerman, 1973). Dengan demikian, hasil penelitian itu menunjukkan bahwa tingkat aktivitas pada kembar identik (MZ) lebih banyak yang sama dibandingkan pada pasangan kembar bersaudara (DZ). *Ketiga*, orang tua dari anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas cenderung mengalami masalah-masalah yang berhubungan dengan fungsi kognitif meskipun mereka sendiri tidak dapat didiagnosis sebagai orang-orang yang menderita kekurangan perhatian (August & Stewart, 1982). Kombinasi dari penemuan-penemuan itu menunjukkan dengan jelas bahwa faktor-faktor genetik memainkan peran sekurang-kurangnya dalam beberapa kasus gangguan hiperaktivitas, tetapi mekanisme yang tepat bagaimana gangguan tersebut diteruskan merupakan masalah kompleks dan belum dipahami (Cantwell, 1975a, 1976b).

Perawatan

Baik pendekatan psikologis maupun pendekatan fisiologis telah digunakan untuk merawat gangguan hiperaktivitas. Pendekatan psikologis mengajarkan kepada anak-anak prosedur-prosedur instruksi-diri (*self-instruction*) yang dirancang untuk membantu mereka dalam memusatkan perhatian dan memperbaiki kontrol diri mereka sendiri (Kendall, 1984; Meichenbaum & Goodman, 1971). Gagasan yang mendasar ialah bila sebelum melakukan sesuatu anak-anak memikirkan secara mendalam apa yang ingin dilakukan, maka mereka akan bergerak dengan pelan-pelan dan bertindak dengan lebih tepat. Dengan prosedur ini, anak-anak diberi "kartu peringatan" yang berisi pertanyaan-pertanyaan: "Apakah masalahnya?" "Bagaimana aku dapat melakukannya?" "Apakah aku sedang menggunakan rencanaku?" "Bagaimana aku telah melakukannya?" Anak-anak juga diberi latihan-latihan, "Katakan itu sebelum Anda melakukannya", di mana mereka diberi suatu tugas, tetapi mereka harus mengungkapkan dengan kata-kata apa yang ingin dilakukan sebelum melakukannya. Prosedur ini menggunakan hadiah-hadiah bila anak-anak berpikir dengan matang dan juga bila mereka melakukan tingkah laku-tingkah laku berikutnya dengan tepat. Latihan ini biasanya dimulai di klinik, tetapi anak-anak dianjurkan untuk melakukan strategi-strategi yang sama di rumah dan di sekolah. Para orang tua dan guru juga dianjurkan untuk memberikan hadiah-hadiah kepada anak-anak bila mereka melakukannya dengan baik. Tetapi sayang, strategi ini hanya memperoleh hasil yang terbatas. Anak-anak yang kelihatannya mampu mengontrol tingkah laku mereka di klinik, tetapi hasil tersebut tidak terjadi di luar klinik.

Pendekatan fisiologis terhadap perawatan adalah dengan menggunakan obat yang disebut *ritalin* (metilfenidat) dan suatu obat yang tidak digunakan secara luas, yakni *deksedrin* (dekstroamfetamin). Obat-obat ini adalah obat-obat stimulan dan memberi kemungkinan kepada anak-anak (dan orang-orang dewasa) untuk dapat memusatkan perhatian dalam jangka waktu yang lama; dan dengan demikian, mengurangi perhatian yang mudah beralih dan tingkah laku yang tidak tepat. Dalam salah satu percobaan, para peneliti membandingkan akibat-akibat dari placebo dan tiga kadar dosis ritalin mengenai performansi akademis (skor-skor berhitung dan membaca), tingkah laku-tingkah laku negatif di ruang kelas (merusak barang-barang milik sekolah, tidak duduk, mengganggu orang lain, pembicaraan yang tidak tepat, memanggil nama orang lain, mengucapkan kata-kata kotor, mengolok-olok), dan tingkah laku yang berkenaan dengan tugas (tindakan-tindakan yang tepat untuk menyelesaikan tugas) (Pelham, *et al.*, 1985). Hasil percobaan itu menunjukkan bahwa perawatan obat lebih efektif dibandingkan dengan placebo dalam meningkatkan performansi akademis, meningkatkan tingkah laku-tingkah laku yang

berhubungan dengan tugas, dan mengurangi tingkah laku-tingkah laku yang negatif. Selanjutnya, kadar-kadar obat yang sedang atau lebih tinggi bisa lebih efektif dibandingkan dengan kadar obat yang lebih rendah.

Hasil yang sama dilaporkan dalam penelitian-penelitian lain, yakni bahwa obat-obatan cukup efektif untuk merawat sekitar 75% dari anak-anak yang mengalami gangguan hiperaktivitas (Barkley, 1977a, 1977b; Campbell, 1976; Solanto, 1984). Dalam beberapa percobaan, obat-obatan tersebut memperbaiki tingkah laku sosial, tetapi tidak mempengaruhi performansi pada tes-tes prestasi baku sehingga dikemukakan bahwa akibat-akibat dari obat-obatan itu terbatas. Fakta bahwa obat-obatan tersebut mempengaruhi tingkah laku sosial, tetapi bukan prestasi akademis mungkin dapat dijelaskan demikian: suatu periode perawatan yang berlangsung selama 6 atau 8 minggu tidak akan mempengaruhi performansi pada tes-tes yang mengukur tahun-tahun pekerjaan akademis, dan perbaikan-perbaikan pada tes-tes itu hanya dapat dilihat sesudah obat-obatan digunakan dalam jangka waktu yang lama.

Banyak percobaan telah dilakukan untuk menentukan apakah latihan kognitif lebih atau kurang efektif dibandingkan dengan obat; dan apakah kombinasi latihan kognitif dan obat-obatan lebih efektif dibandingkan kalau hanya menggunakan salah satu perawatan saja (Abikoff & Gittelman, 1985; Brown, *et al.*, 1985; Cohen, *et al.*, 1981; Gittelman-Klein, *et al.*, 1976; Hinshaw, *et al.*, 1984a, 1984b; Horn, *et al.*, 1983; Pelham, 1980; Pelham, *et al.*, 1986; Schroeder, *et al.*, 1983; Wolraich, *et al.*, 1978). Ada beberapa inkonsistensi dalam penemuan-penemuan itu, tetapi pada umumnya ditemukan bahwa obat-obatan lebih efektif daripada latihan kognitif. Selanjutnya dalam kebanyakan kasus, kombinasi latihan kognitif dan obat tidak lebih efektif dibandingkan kalau hanya menggunakan obat saja.

Sekarang pada umumnya diakui bahwa obat adalah efektif untuk mengatasi gangguan hiperaktivitas, tetapi penting juga diketahui bahwa obat hanya berfungsi untuk merawat dan bukan untuk menyembuhkan gangguan itu. Dengan demikian, individu-individu harus tetap mempertahankan dosis obat tersebut. Hal ini sama dengan situasi yang menyangkut gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, dan skizofrenia.

Meskipun obat tersebut efektif untuk merawat gangguan hiperaktivitas, tetapi ada dua hal yang harus diperhatikan. *Pertama*, kita harus hati-hati untuk tidak menggunakan obat itu kecuali kalau diperlukan. Penelitian-penelitian yang dilakukan oleh para guru dan orang tua menunjukkan bahwa 50% dari semua anak tidak tenang, mudah mengalihkan perhatian atau hiperaktif (Lapouse & Monk, 1958; Schultz, 1974; Werry & Quay, 1971). Tetapi, tidak mungkin bahwa semua anak itu mengalami gangguan hiperaktivitas dan tidak tepat juga kalau mengobati semua

anak tersebut. Juga, obat tidak digunakan sebagai pengganti prosedur orang tua untuk mengontrol anak atau prosedur yang digunakan guru untuk mengontrol ruang kelas.

Kedua, kita harus hati-hati bahwa anak-anak yang benar-benar membutuhkan obat tidak diberikan dosis obat yang tinggi secara berlebihan. Obat kelihatan efektif untuk merawat gangguan hiperaktivitas karena obat bisa membatasi jumlah stimulus yang akan direspons individu, tetapi kalau kadar dosis obat terlalu tinggi maka individu tersebut akan merespons stimulus-stimulus yang sangat terbatas dan dapat mengakibatkan tingkah laku yang diulang-ulang atau mekanik (Solanto & Conners, 1982; Wender, 1971). Misalnya, sesudah menggunakan dosis obat yang tinggi, anak yang pada mulanya hiperaktif tetap menulis pekerjaan rumah selama 5 jam. Dalam kasus lain, seorang anak yang sebelumnya suka berbicara dan suka bergaul, menyendiri di suatu pojok di mana ia berkali-kali membaca suatu cerita yang sama dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Dengan kata lain, kadar-kadar obat yang berlebihan akan mengakibatkan tingkah laku abnormal yang berlawanan dengan gangguan hiperaktivitas, yakni suatu pola simtom yang dinamakan stereotipe respons (*response stereotype*).

Sebagai kesimpulan terhadap pembicaraan mengenai gangguan hiperaktivitas dapat dikatakan sebagai berikut: pembicaraan mengenai gangguan ini dimulai dengan pertanyaan apakah gangguan hiperaktivitas itu adalah suatu gangguan yang real (benar-benar ada) atau hanya merupakan tingkah laku buruk atau suatu perkembangan yang tertunda. Kelihatan dalam banyak kasus, gangguan hiperaktivitas merupakan suatu gangguan yang real (benar-benar ada) dan tetap bertahan. Juga kelihatan bahwa dalam banyak kasus, simtom-simtomnya disebabkan oleh suatu bentuk disfungsi otak dan dalam kasus-kasus tersebut, perawatan dengan menggunakan obat adalah lebih efektif dibandingkan dengan perawatan-perawatan lainnya. Tetapi dalam kasus-kasus lain, suatu pola simtom yang sama dengan yang kelihatan dalam gangguan hiperaktivitas mungkin merupakan tanda-tanda adanya tingkah laku yang buruk atau ketidakmatangan. Dalam kasus-kasus tersebut, program-program latihan psikologis mungkin dapat membantu mengatasi masalah itu. Kasus-kasus tingkah laku yang buruk tidak boleh dilihat sebagai contoh-contoh gangguan hiperaktivitas; dan dengan memasukkan tingkah laku yang buruk itu ke dalam kelompok diagnostik, maka pemahaman kita terhadap gangguan hiperaktivitas itu akan menjadi kacau dan usaha-usaha perawatan terhadapnya akan terhambat. Pada umumnya dapat dikatakan bahwa gangguan hiperaktivitas merupakan suatu kelompok diagnostik yang penting tetapi pola-pola simtom yang sama mungkin disebabkan oleh penyebab-penyebab yang berbeda dan kita harus hati-hati supaya tidak boleh menggunakan diagnosis yang sama tanpa membedabedakan.

Gangguan-Gangguan Tingkah Laku (*Conduct Disorders*)

Tipe kedua dari gangguan-gangguan tingkah laku disruptif adalah gangguan-gangguan tingkah laku. Simtom-simtom dari gangguan-gangguan ini adalah pola tingkah laku buruk yang tetap di mana individu merusak aturan-aturan dan melanggar hak-hak orang lain. Gangguan-gangguan ini terjadi kira-kira sebesar 8% dari anak-anak yang berusia 10 dan 11 tahun di daerah-daerah perkotaan dan kira-kira 4% dari anak-anak di daerah-daerah pedesaan (Graham, 1979; Rutter, *et al.*, 1975). Gangguan-gangguan ini lebih banyak terdapat pada anak laki-laki daripada anak perempuan.

Gangguan tingkah laku adalah penting tidak hanya karena gangguan ini menyebabkan masalah pada waktu individu-individu itu masih anak-anak, tetapi juga karena gangguan ini ada hubungannya dengan tingkah laku disruptif dan kriminal dalam kehidupan selanjutnya, dan banyak anak yang mengalami gangguan tingkah laku akan menjadi penjahat ketika mereka menjadi orang dewasa (Quay, 1986). Tetapi, harus diketahui bahwa tidak semua penjahat memperlihatkan gangguan tingkah laku ketika mereka masih anak-anak, dengan demikian tingkah laku kriminal yang disebabkan oleh sejumlah penyebab dan gangguan tingkah laku hanya merupakan salah satu penyebabnya (Farrington, 1978; Robins, 1966).

Tipe-Tipe Gangguan Tingkah Laku

Ada dua subtype utama gangguan tingkah laku, yakni tipe agresif soliter (*solitary aggressive type*) dan tipe kelompok (*group type*). Ciri yang membedakan kedua tipe tersebut adalah apakah individu melakukan tingkah laku yang tidak tepat itu sendirian atau bersama-sama dengan orang lain, yakni seorang diri atau sebagai seorang anggota gang. Gangguan suka menantang dan melawan (*oppositional defiant disorder*) ditambahkan pada daftar gangguan-gangguan masa kanak-kanak (American Psychiatric Association, 1987) dan dalam beberapa hal gangguan ini melibatkan tingkah laku yang sama dengan gangguan tingkah laku. Ciri-ciri khas dari individu-individu yang mengalami gangguan tingkah ini adalah negativistik, menantang, suka berdebat, dan bermusuhan. Mereka berbeda dari orang-orang yang mengalami gangguan tingkah laku lain, yakni bukan melakukan tindakan melawan orang-orang lain, tetapi mereka secara aktif mempertahankan diri terhadap atau menantang orang-orang lain. Anak-anak yang mengalami gangguan suka menantang dan melawan ini mungkin hilang kesabaran (cepat marah), berdebat dengan orang-orang dewasa, tidak mau melakukan sesuatu kalau disuruh, dan dengan sengaja melakukan hal-hal untuk mengusik orang-orang lain.

Simtom

Seorang individu akan didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan tingkah laku apabila sekurang-kurangnya tiga dari tingkah laku-tingkah laku yang berikut ada dalam satu periode yang berlangsung selama 6 bulan (American Psychiatric Association, 1987:55): (1) Mencuri lebih dari satu kali tanpa konfrontasi dengan korban; (2) Melarikan diri dari rumah selama semalam sekurang-kurangnya dua kali pada waktu tinggal di rumah orang tua (atau sekali tanpa kembali); (3) Sering berdusta; (4) Ia dengan sengaja melakukan pembakaran; (5) Ia sering bolos dari sekolah atau pekerjaan; (6) Ia memasuki dengan paksa rumah, gedung, atau mobil orang lain; (7) Ia dengan sengaja merusak harta milik orang lain; (8) Ia melakukan kekejaman fisik terhadap binatang-binatang; (9) Ia memaksa seseorang untuk melakukan aktivitas seksual; (10) Ia menggunakan senjata lebih dari satu kali dalam perkelahian; (11) Sering memulai perkelahian fisik; (12) Mencuri dengan melakukan konfrontasi dengan korban (misalnya merampok, menjambret dompet, melakukan pemerasan, melakukan perampokan dengan senjata); dan (13) Melakukan kekejaman fisik terhadap orang lain.

GANGGUAN-GANGGUAN PERKEMBANGAN

Gangguan perkembangan adalah masalah-masalah yang mengganggu perkembangan emosional dan akademis pada bayi-bayi dan anak-anak. Pada bagian ini akan dibicarakan gangguan-gangguan perkembangan, yakni gangguan perkembangan pervasif dan gangguan perkembangan khusus, serta gangguan-gangguan perkembangan lainnya (menggagap dan bicara kekanak-kanakan). Gangguan perkembangan pervasif adalah istilah yang belakangan digunakan untuk menyebut masalah-masalah psikologis yang berat dan muncul pada usia sangat dini. Gangguan-gangguan ini menimpa perkembangan kognitif, sosial, tingkah laku, dan emosional anak-anak yang menyebabkan kesulitan yang luas dalam proses perkembangan (Lord & Rutter, 1994; Rutter & Schopler, 1987). Gangguan-gangguan ini meliputi autisme kanak-kanak dan gangguan-gangguan perkembangan pervasif lain, seperti gangguan Rett, gangguan Asperger, dan gangguan disintegratif masa kanak-kanak. Autisme kanak-kanak adalah gangguan perkembangan pervasif yang terjadi sesudah kelahiran. Kemudian akan disinggung secara singkat gangguan-gangguan perkembangan khusus yang ada hubungannya dengan kemampuan bahasa, kemampuan akademis, dan kemampuan motor.

Autisme Kanak-Kanak

Gangguan perkembangan pervasif (suatu ungkapan yang belakangan ini digunakan untuk mengacu pada masalah-masalah psikologis yang berat yang muncul pada masa bayi) adalah gangguan yang berat pada pertumbuhan kognitif, sosial, tingkah laku, dan emosional anak yang sangat menghambat proses perkembangan (Lord & Rutter, 1994; Rutter & Schopler, 1987). DSM-IV mendaftarkan beberapa gangguan perkembangan pervasif dan salah satu di antaranya adalah autisme. Autisme dianggap merupakan gangguan perkembangan pervasif baik dilihat dari segi penelitian maupun dari segi klinis. Autisme mempengaruhi kualitas-kualitas manusia yang penting, yakni interaksi antarpribadi dan komunikasi. Anak-anak yang mengalami autisme memperlihatkan kerusakan berat pada interaksi interpersonal dan komunikasi.



Autisme, salah satu di antara gangguan-gangguan pada masa kanak-kanak, dengan cirinya adalah tidak mampu berkomunikasi dengan orang-orang lain, minat dan aktivitas terbatas. Anak autistik, seperti yang diperlihatkan dalam gambar ini, kurang mampu berkomunikasi dengan orang lain, dan kelihatannya hidup dalam dunianya sendiri.

[Diambil dari www.nature.com]

Autisme ini, tetapi bukan mengenai tingkah laku-tingkah laku stereotipis (McLennan, Lord & Schopler, 1993). Gangguan ini juga ditemukan dalam keluarga-keluarga di seluruh dunia dan dalam semua lapisan masyarakat (Gilberg, 1990).

Simtom

Autisme kanak-kanak merupakan suatu gangguan yang sangat berat dengan tiga simtom utama. *Simtom pertama*, anak yang menderita autisme kurang responsif terhadap orang lain. Anak yang menderita autisme kelihatannya hidup di dalam dunianya sendiri dan tidak memberikan respons kepada orang lain yang ada di sekitarnya. Ketika masih bayi, ia tidak menangis kalau ditinggalkan sendirian,

Gangguan autisme relatif jarang dan terjadi dalam 5 atau 10 kelahiran per 10.000 kelahiran (Bristol, *et al.* 1996; Lord & Rutter, 1994). Autisme kelihatan dalam dua jenis kelamin dengan frekuensi 3 atau 4 kali lebih tinggi pada anak laki-laki dibandingkan pada anak perempuan (Bryson, 1996). Suatu penelitian lanjut mengenai perbedaan-perbedaan jenis kelamin menunjukkan bahwa anak laki-laki tercatat menderita autisme lebih berat dibandingkan dengan anak perempuan berkenaan dengan perkembangan sosial awal dari gang-

tidak tersenyum kepada orang lain, dan tidak bersuara dalam memberikan respons terhadap sapaan orang lain. Bila diangkat, ia kaku atau tidak bersemangat (bergerak) dan tidak tidur melekat pada tubuh orang tuanya seperti yang terjadi pada bayi-bayi normal. Dalam kehidupannya kemudian, ia tidak bergaul dengan orang lain dan juga tidak menentang orang lain.

Simtom kedua adalah gangguan komunikasi verbal dan nonverbal. Bahkan pada usia 5 atau 6 tahun banyak anak autisme sama sekali tidak menggunakan bahasa. Mereka membisu atau hanya mengeluarkan bunyi-bunyi yang tidak mengandung arti dan tidak biasa digunakan untuk berkomunikasi dengan orang lain. Tidak adanya bahasa merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan prognosis autisme anak-anak. Terutama bila anak itu tidak memiliki keterampilan-keterampilan bahasa, maka 75% anak itu tidak memiliki kemungkinan untuk mengadakan penyesuaian diri pribadi atau sosial (Eisenberg & Kanner, 1956).

Anak autisme yang berbicara sering memperlihatkan bermacam-macam pola pembicaraan yang khas. Misalnya, ia hanya mengulangi apa yang dikatakan kepadanya. Apabila orang berkata, "Halo, John"; anak autisme mungkin berkata, "Halo John." Pola respons seperti ini disebut *ekolalia* karena anak tersebut hanya mengulangi apa yang dikatakan tanpa mengandung arti, sama seperti gema yang dipantulkan kembali. Dalam beberapa kasus *ekolalia* itu bisa saja ditunda dan anak itu akan mengulangi ucapan itu beberapa jam kemudian, yang sama sekali terlepas dari konteks dan tanpa stimulus yang jelas. Pola pembicaraan aneh yang lain ialah pembalikan kata ganti diri di mana anak itu menggunakan *ia* atau *kamu* untuk *saya* atau *aku*. Misalnya, seorang anak autisme yang menginginkan kue mungkin akan berkata, "Kamu menginginkan kue" atau "Ia menginginkan kue."

Simtom ketiga ialah aktivitas-aktivitas dan minat-minat yang terbatas dan diulang-ulang. Anak autisme mungkin duduk sendirian selama berjam-jam dengan tatapan yang tetap (tidak berubah-ubah) atau berpaling ke muka dan ke belakang tanpa henti-hentinya. Dalam beberapa kasus ia mungkin mengulangi tingkah laku-tingkah laku tertentu, misalnya terus-menerus memutar-mutar mainan atau berulang-ulang melakukan gerakan-gerakan ritualistik dengan jari atau tangan. Misalnya, ia mungkin menggerak-gerakkan jari-jarinya seolah-olah sedang bermain piano, dan itu mungkin dilakukannya selama berjam-jam. Beberapa dari tingkah laku-tingkah laku ini mungkin merupakan bentuk-bentuk perangsangan diri (*self-stimulation*), seperti menggaruk atau memukul diri sendiri. Anak autisme juga lebih menyukai keteraturan berkenaan dengan stimulus-stimulus lingkungan. Sering kali ia secara kaku menempatkan barang-barang, seperti mainan-mainan atau pakaian secara teratur dan akan merasa kebingungan bila kebiasaan itu diubah.

Untuk mengetahui apakah bayi yang baru dilahirkan itu menderita autisme atau tidak, maka orang harus memperhatikan simptom-simtom awal seperti yang diuraikan oleh Borden dan Ollendick (1992), yakni setelah kelahiran bayi itu, apakah bayi itu kelihatannya berbeda dari bayi-bayi lain, kelihatannya tidak membutuhkan ibu, bersikap masa bodoh, dan bila digendong otaknya lembek, jarang menangis, atau mungkin cepat marah. Dalam enam bulan pertama bayi itu tidak memperhatikan sang ibu, tidak rewel, senyumannya lambat atau tidak senyum, tidak mengoceh, atau tidak mengadakan respons-respons antisipatoris, dan tidak tertarik pada mainan. Dalam enam bulan yang kedua bayi tidak memperlihatkan tanda-tanda bahwa ia tertarik pada permainan sosial, tidak memperlihatkan komunikasi verbal dan nonverbal, tidak reaktif atau terlalu reaktif terhadap rangsangan.

Suatu ciri yang penting dari simptom-simtom autisme ini ialah simptom-simtom ini muncul lebih awal. Dengan demikian, apabila seorang anak didiagnosis sebagai anak autis, simptom-simtomnya harus mulai kelihatan sebelum berusia 3 tahun. Para orang tua yang memiliki pengalaman dengan bayi dan yang mengetahui masalah-masalah yang menyangkut bayinya dapat mengetahui gangguan ini sejak bayi itu dilahirkan.

Autisme Kanak-Kanak Versus Skizofrenia Kanak-Kanak¹

Sudah selama bertahun-tahun ada kontroversi mengenai apakah autisme itu merupakan gangguan yang terpisah atau hanya merupakan contoh skizofrenia pada masa kanak-kanak. Akan tetapi, sekarang pada umumnya diterima bahwa autisme kanak-kanak dan skizofrenia kanak-kanak merupakan dua gangguan yang berbeda. Ada bermacam-macam faktor yang memisahkan autisme kanak-kanak dari skizofrenia kanak-kanak: (1) Anak-anak yang menderita autisme jarang memiliki sejarah skizofrenia dalam keluarga; tetapi sebaliknya, orang-orang yang menderita skizofrenia memiliki sejarah skizofrenia dalam keluarga (Rimland, 1964); (2) Anak-anak yang menderita autisme sering kali memperlihatkan perkembangan intelektual yang kurang, tetapi tidak demikian halnya dengan anak-anak yang menderita skizofrenia; (3) Anak-anak yang menderita autisme berbicara secara terbatas, sedangkan anak-anak yang menderita skizofrenia memiliki kemampuan berbicara yang normal

¹ Secara historis orang berpendapat bahwa ada dua macam gangguan perkembangan pervasif, yakni skizofrenia kanak-kanak dan autisme kanak-kanak. Tetapi, karena skizofrenia dalam diri kanak-kanak pada hakikatnya sama dengan skizofrenia pada orang dewasa, maka gambaran-gambaran tentang skizofrenia orang dewasa dan prosedur-prosedur diagnostiknya berlaku juga bagi anak-anak. Skizofrenia kanak-kanak sama dengan skizofrenia orang dewasa dalam hal penarikan diri (*withdrawal*) dan ketidakmampuan berkomunikasi dengan orang lain, tetapi halusinasi-halusinasi dan delusi-delusi kurang umum pada anak-anak.

tetapi menyampaikan ide-ide yang aneh; (4) Autisme kelihatan pada waktu bayi dilahirkan atau sebelum usianya mencapai tiga tahun (DSM-IV) sedangkan skizofrenia baru berkembang kemudian (Rutter, 1974); (5) Anak-anak yang menderita autisme tidak memperlihatkan respons yang positif terhadap obat-obat neuroleptik,



Ivar Lovaas, seorang terapis tingkah laku terkenal karena perawatan pengondisian operannya terhadap anak-anak yang autistik dan skizofrenik.

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 471]

tetapi tidak demikian halnya dengan orang-orang yang menderita skizofrenia, dan dengan demikian kedua gangguan ini memiliki proses yang berbeda secara mendasar.

Ada kasus-kasus di mana seorang individu didiagnosis sebagai orang yang menderita autisme ketika masih kanak-kanak, tetapi kemudian pada masa remaja atau masa dewasa didiagnosis sebagai orang yang menderita skizofrenia (Petty, *et al.*, 1984). Hal itu tidak berarti bahwa autisme berkembang ke arah skizofrenia atau autisme dan skizofrenia adalah gangguan yang sama atau gangguan yang saling berhubungan, melainkan individu tersebut mungkin menderita kedua gangguan itu atau mungkin juga individu tersebut sudah menderita skizofrenia ketika masih anak, tetapi salah didiagnosis sebagai orang yang menderita autisme.

Penyebab

Autisme kanak-kanak merupakan suatu misteri yang belum terpecahkan. Tetapi, sejak gangguan ini diidentifikasi untuk pertama kalinya pada tahun 1943 (Kanner, 1943) sejumlah penjelasan mengenai gangguan ini disingkirkan begitu saja dan sekarang kita mengembangkan penjelasan-penjelasan yang lebih baik tentang gangguan ini.

Pendekatan Psikodinamik. Penjelasan-penjelasan psikodinamik awal tentang autisme berfokus pada peran dari kepribadian orang tua dan gaya mereka dalam mengasuh anak-anak. Misalnya, dikemukakan bahwa orang tua dari anak-anak autis adalah dingin, formal, tanpa humor, terpisah, sangat rasional, dan objektif (Kanner, 1943). Diduga bahwa orang tua semacam itu tidak mengasuh dan tidak memberikan anak-anak mereka hubungan antarpribadi, juga diasumsikan bahwa anak itu kemudian menjauhi orang tua yang "mekanik" ini dan berbalik kepada dirinya sendiri untuk mencari kesenangan dan rangsangan. Juga dikemukakan bahwa orang tua dari anak autis tidak menanamkan kepercayaan terhadap diri anaknya dan perasaan kemampuan dalam diri anak mereka karena mereka berusaha untuk menguasai anak atau menuntut performansi anak yang sangat tinggi (Bettelheim, 1967). Karena anak kurang percaya terhadap dirinya sendiri, maka ia merasa tidak berdaya untuk mengontrol nasibnya; dan karena sadar akan penolakan orang tuanya,

maka ia tidak mau bergaul dengan dunia luar melainkan mundur ke dalam dunia privatnya sendiri. Akan tetapi, pendekatan psikodinamik ini tidak diterima karena tidak didukung oleh data penelitian di mana banyak penelitian telah menunjukkan bahwa orang tua dari anak autis tidak berbeda dengan orang tua dari anak yang normal atau orang tua dari anak yang kalut (Cox, *et al.*, 1975; Koegel, *et al.*, 1983; McAdoo & DeMeyer, 1978; Cantwell, *et al.*, 1979; Koegel, *et al.*, 1983).

Pendekatan Belajar. Para ahli teori belajar mengemukakan bahwa tingkah laku abnormal dari anak autis (misalnya merasa malu, tidak kooperatif, marah, mutisme) sering diberikan hadiah-hadiah (perhatian, makanan, mainan) yang dirancang untuk mengalihkan perhatian anak dan mengurangi tingkah laku abnormal (Ferster, 1961). Tetapi, hadiah-hadiah justru memperkuat tingkah laku dan bukan mengurangi tingkah laku abnormal. Di samping itu, pendekatan ini juga mengabaikan tingkah laku normal dan tidak menghadihinya karena tingkah laku tersebut tidak membingungkan atau merepotkan orang-orang yang berada di sekitar anak. Dengan kata lain, para ahli teori belajar mengemukakan bahwa tingkah laku autis diajarkan oleh orang tua karena mereka menghadihi tingkah laku yang salah.

Pendekatan belajar terhadap autisme telah diuji dengan percobaan-percobaan di mana usaha-usaha dilakukan untuk menghilangkan tingkah laku autis. Gagasannya ialah bila tingkah laku autis disebabkan karena menghadihi tingkah laku abnormal, maka hadiah-hadiah untuk tingkah laku abnormal itu dihentikan, dan sebaliknya hanya menghadihi tingkah laku-tingkah laku normal dan dengan pendekatan ini autisme dapat dihilangkan. Hasil dari percobaan-percobaan itu juga mengecewakan karena menghukum atau tidak menghadihi tingkah laku autis hanya akan membuat anak autis agak mudah ditangani, tetapi tidak menyembuhkan autisme (Lovaas, *et al.*, 1973; Schreibman, 1988).

Pendekatan Fisiologis. Perbandingan-perbandingan antara individu-individu autis dan yang tidak autis telah memperlihatkan bermacam-macam perbedaan fisiologis. Misalnya, telah ditemukan bahwa beberapa individu autis mengalami: (1) luka pada batang otak (Fein, *et al.*, 1981; Gilberg, *et al.*, 1983; Rosenblum, *et al.*, 1980), (2) ventrikulus-ventrikulus membesar (Campbell, *et al.*, 1982; Damasio, *et al.*, 1980), (3) asimetri serebral yang terbalik (yang berarti sisi kanan dari otak lebih besar daripada sisi kiri yang berlawanan dengan apa yang ditemukan dalam individu-individu yang tidak autis (Hier, *et al.*, 1979), (4) hemisfer otak (belahan otak) di sebelah kanan lebih aktif daripada hemisfer otak (belahan otak) di sebelah kiri (Blackstone, 1978; James & Barry, 1983), dan (5) ketidakseimbangan biokimiawi yang tidak ditemukan pada otak anak-anak yang tidak autis. Ukuran dan aktivitas dari hemisfer otak di sebelah kanan yang lebih besar sangat penting karena

fungsi-fungsi bahasa pertama-tama dikembangkan pada hemisfer otak di sebelah kiri, dan masalah-masalah bahasa memainkan peran utama dalam autisme.

Perbedaan-perbedaan antara individu-individu autis dan individu-individu yang normal dalam struktur otak dan kimia mengemukakan bahwa autisme disebabkan oleh salah satu bentuk disfungsi otak. Tetapi sayang, kita tidak memahami sifat dari disfungsi itu atau bagaimana disfungsi tersebut mengakibatkan tingkah laku autis. Tetapi, kita baru memahami bahwa disfungsi otak itu disebabkan oleh bahaya biologis dan genetika.

Bahaya biologis yang ada kaitannya dengan autisme berkaitan sekitar masalah-masalah selama kehamilan dan kelahiran. Ada sejumlah bukti yang menunjukkan bahwa ibu dari anak autis mengalami masalah-masalah yang lebih banyak selama kehamilan dibandingkan dengan ibu dari anak-anak yang normal (Finegan & Quarrington, 1979; Kagan, 1981; Torrey, *et al.*, 1975). Masalah-masalah ini meliputi pendarahan, penyakit-penyakit yang menular atau virus, keracunan, atau trauma fisik. Sangat besar kemungkinannya bahwa bahaya-bahaya ini mengakibatkan autisme bila bahaya-bahaya tersebut terjadi dalam tiga bulan pertama kehamilan karena pada masa itu janin mengalami tahap-tahap penting dalam perkembangannya dan sangat mudah diserang.

Berkenaan dengan hubungan antara masalah-masalah dalam kehamilan, disfungsi otak, dan autisme perlu diketahui bahwa anak-anak autis kemungkinan lebih besar memperlihatkan anomali-anomali fisik yang ringan dibandingkan dengan anak-anak yang normal (Campbell, Geller, *et al.*, 1978; Gualtieri, *et al.*, 1982). Anomali-anomali fisik ini meliputi masalah-masalah struktural ringan yang menyangkut mata, telinga, mulut, tangan, dan kaki; dan anomali-anomali tersebut sering kali ada kaitannya dengan masalah-masalah organik yang lain, seperti kerusakan otak. Gagasannya adalah bahaya-bahaya selama kehamilan menyebabkan bermacam-macam masalah pada janin yang sedang berkembang; dan di antara masalah-masalah itu terdapat anomali-anomali struktural dan kerusakan otak yang mengakibatkan autisme.

Ada juga bukti yang kuat bahwa ibu dari anak-anak autis mengalami lebih banyak masalah selama proses kelahiran dibandingkan dengan ibu dari anak-anak normal. Dalam salah satu penelitian, catatan-catatan kelahiran dari 23 anak autis dibandingkan dengan catatan-catatan kelahiran dari 15 saudara kandung yang tidak autis, ditemukan bahwa catatan-catatan kelahiran dari anak-anak autis memperlihatkan tanda-tanda yang lebih banyak dari masalah-masalah kelahiran (Finegran & Quarrington, 1979).

Perlu diketahui juga bahwa mungkin sekali autisme itu terjadi pada kehamilan pertama. Dalam salah satu penelitian terhadap 38 anak autis, 94% dari anak-anak

itu lahir dari kehamilan pertama (Kagan, 1981). Usia ibu selama kehamilan telah memperlihatkan adanya hubungan dengan autisme (Gilberg, 1980; Gilberg & Gilberg, 1983; Tsai & Stewart, 1983). Misalnya, dalam salah satu penelitian terhadap 20 anak autis ditemukan bahwa 85% dari ibu-ibu berusia 5 tahun lebih tua dibandingkan dengan usia rata-rata untuk menjadi ibu (usia 30,7 versus 26 tahun).

Bukti untuk pengaruh dari bahaya-bahaya biologis mengesankan, tetapi bahaya-bahaya biologis itu sendiri tidak dapat menjelaskan semua kasus autisme. Dengan demikian, kita harus mempertimbangkan juga peran dari faktor-faktor genetik dalam gangguan itu. Kita tidak dapat memeriksa dasar genetik untuk autisme karena orang-orang autis jarang kawin; dan dengan demikian, tidak beranak (Rutter, 1970). Tetapi, kita dapat memeriksa angka-angka untuk autisme pada saudara-saudara kandung, dan penelitian tersebut menunjukkan bahwa antara 2–5% dari saudara-saudara kandung anak-anak autis juga menderita autisme (August, *et al.*, 1982; Hanson & Gottesman, 1976; Minton, *et al.*, 1982; Ritvo, *et al.*, 1982; Rutter & Lockyer, 1967). Angka-angka konkordansi 2% dan 5% tidak tinggi, tetapi angka-angka tersebut adalah 50 sampai 25 kali lebih tinggi daripada angka-angka autisme pada penduduk umum (0,04%); dan dengan demikian, angka-angka tersebut membuktikan bahwa ada dasar genetik untuk sekurang-kurangnya beberapa kasus autisme.

Para peneliti juga telah menemukan bahwa saudara-saudara kandung dari anak-anak autis memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menderita gangguan kognitif seperti perkembangan bahasa yang tertunda atau abilitas-abilitas verbal yang berkurang (Bartak, *et al.*, 1975; Folstein & Rutter, 1978; Minton, *et al.*, 1982; Rutter, *et al.*, 1971; Vaillant, 1963). Misalnya, perkembangan bahasa yang tertunda ditemukan pada 25% dari saudara-saudara kandung anak-anak autis dan skor-skor IQ verbal dari saudara-saudara kandung berada antara 14 dan 25 angka lebih rendah daripada angka-angka IQ performansi mereka (Perbedaan-perbedaan antara skor-skor IQ verbal dan IQ performansi sebesar 15 atau lebih menunjukkan adanya disfungsi neurologis; Black, 1974, 1976). Dengan kata lain, meskipun saudara-saudara kandung dari anak-anak autis tidak benar-benar autis, tetapi mereka kelihatan menderita apa yang dinamakan simtom-simtom autisme ringan.

Dasar genetik untuk autisme juga telah diperiksa dalam penelitian-penelitian terhadap angka-angka konkordansi untuk autisme pada pasangan kembar identik (MZ) dan pasangan kembar bersaudara (DZ). Dalam salah satu penelitian ditemukan bahwa angka konkordansi pada pasangan kembar identik (MZ) adalah 36%, sedangkan angka konkordansi pada pasangan kembar bersaudara (DZ) adalah 0% (Folstein & Rutter, 1977). Hasil-hasil dari penelitian itu dengan jelas menunjukkan bahwa sekurang-kurangnya beberapa kasus autisme memiliki dasar genetik.

Dalam penelitian yang dikemukakan di atas, para peneliti juga melakukan pemeriksaan untuk mengetahui apakah para anggota pasangan kembar yang tidak autis menderita beberapa gangguan kognitif (perkembangan bahasa yang tertunda sampai kelahiran ketiga, keterampilan verbal yang lebih rendah, artikulasi abnormal) yang mungkin menggambarkan suatu bentuk autisme yang ringan (Folstein & Rutter, 1977). Hasil-hasil dari penelitian itu memperlihatkan bahwa pada pasangan kembar identik (MZ) angka konkordansi untuk autisme dalam salah satu saudara kembar dan gangguan kognitif pada saudara kembar lainnya adalah 46%, sedangkan pada pasangan kembar bersaudara (DZ) angka konkordansi itu hanya 10%. Bila angka konkordansi autisme dan gangguan kognitif digabungkan dengan angka konkordansi autisme dan autisme, maka angka konkordansi seluruhnya pada pasangan kembar identik (MZ) adalah 82% versus 10 pada pasangan kembar bersaudara (DZ) (lihat Tabel 12). Hasil-hasil dari penelitian ini mengemukakan bahwa ada dasar genetik untuk sejumlah gangguan kognitif dan untuk beberapa individu gangguan kognitif itu cukup berat sehingga dapat didiagnosis sebagai autisme.

TABEL 12: Pada pasangan kembar di mana sekurang-kurangnya salah seorang saudara kembar menderita autisme, ada kemungkinan bahwa saudara kembar lainnya juga akan menderita autisme dan gangguan kognitif; dan kemungkinan itu lebih besar pada pasangan kembar identik daripada pasangan kembar bersaudara *

	Kembar Identik (MZ)	Kembar Bersaudara (DZ)
Jumlah pasangan kembar	11	10
Konkordansi untuk autisme (kedua-duanya autis)	4 (36%)	0
Konkordansi untuk gangguan kognitif (salah seorang autis, sedangkan yang lainnya mengalami gangguan kognitif)	5 (46%)	1 (10%)
Jumlah konkordansi	9 (82%)	1 (10%)

*Sumber: Data dari Folstein dan Rutter (1977)

Karena bukti mengenai autisme bertambah maka jelas bahwa bahaya biologis dan faktor-faktor genetik harus dipertimbangkan dalam menjelaskan autisme. Fakta bahwa banyak faktor harus dipertimbangkan, diperlihatkan dengan baik sekali dalam salah satu penelitian di mana faktor-faktor genetik dan bahaya-bahaya biologis diperiksa pada 21 pasangan kembar yang di antaranya terdapat 25 orang adalah autis (Folstein & Rutter, 1977). *Pertama*, ditetapkan bahwa 32% dari kasus-kasus autisme dapat dijelaskan dengan faktor-faktor genetik karena ada 4 pasangan kembar identik (MZ) yang sama-sama menderita autisme (Tidak ada dari pasangan

kembar bersaudara yang sama-sama menderita autisme). Kemudian, pemeriksaan terhadap catatan-catatan kehamilan dan kelahiran menunjukkan bahwa 40% dari anak-anak autis telah mengalami bahaya-bahaya biologis selama kehamilan atau kelahiran. Bahaya-bahaya tersebut meliputi pernapasan tertunda sekurang-kurangnya 5 menit sesudah kelahiran, konvulsi-konvulsi neonatal, anomali-anomali kongenital, berat badan pada waktu dilahirkan rendah, tali pusar sempit, apnea neonatal, dan penyakit termasuk encephalitis. Sangat menarik bahwa tidak ada dari pasangan kembar yang sama-sama menderita autisme mengalami bahaya-bahaya tersebut di atas. Dengan demikian, penemuan tersebut memperkuat interpretasi bahwa kasus-kasus tersebut disebabkan oleh faktor-faktor genetik dan bukan oleh faktor-faktor biologis.

Perawatan

Bermacam-macam pendekatan telah digunakan untuk merawat autisme kanak-kanak, tetapi tidak satu pun dari pendekatan itu yang efektif. Pada waktu pendekatan psikodinamik (psikoanalisis) terhadap autisme dominan, maka perawatan dilakukan menurut pendekatan itu. Pendekatan itu mengasumsikan bahwa gangguan autisme terjadi karena orang tua salah atau gagal dalam mengasuh anak-anak, maka anak-anak autis diambil dari orang tua mereka dan ditempatkan pada suatu lingkungan di mana *milieu therapy* memberi kemungkinan kepada anak-anak itu untuk berkembang lebih normal. Tetapi, ternyata program perawatan ini tidak efektif untuk merawat anak-anak autis (Levitt, 1963; Rimland, 1974).

Kemudian, pada tahun 1960-an digunakan pendekatan tingkah laku di mana para terapis tingkah laku juga mulai bekerja dengan anak-anak autis. Dalam pendekatan itu anak-anak autis diberi hadiah kalau mereka melakukan tingkah laku yang tepat dan diberi hukuman kalau mereka melakukan tingkah laku yang tidak tepat atau tingkah laku yang merusak diri sendiri (Lovaas, *et al.*, 1966; Lovaas & Simmons, 1969; Wolf, *et al.*, 1967). Tugas ini sangat sulit dan berlangsung lama. Misalnya, usaha ini membutuhkan sangat banyak percobaan untuk mengajar anak mengucapkan satu kata dengan harapan bahwa anak tersebut akan mengetahui apa arti dari kata tersebut dan dapat menggunakannya dalam suatu kalimat. Kalau anak itu memberikan respons dengan tepat, maka anak itu akan mendapat hadiah (berupa makanan). Tetapi, kesulitannya ialah anak itu hanya meniru kata yang diucapkan dan tidak menggunakan kata itu untuk berbicara. Di samping itu, program ini membutuhkan banyak waktu, usaha, dan uang. Dengan demikian, metode perawatan ini juga tidak efektif.

Kemudian, orang-orang mulai tertarik pada penggunaan obat-obatan (Campbell, 1988; Connors & Werry, 1979). Berbagai macam obat telah digunakan

untuk merawat autisme, yakni obat-obatan neuroleptik, antihistamin, antidepresan, stimulan, L-dopa, dan megavitamin. Percobaan-percobaan dan bermacam-macam laporan klinis mengemukakan bahwa dalam beberapa kasus, obat neuroleptik (haloperidol) mungkin membantu mengurangi hiperaktivitas, ledakan amarah, dan tidak dapat tidur yang kadang-kadang ada pada diri anak-anak yang menderita autisme (Anderson, *et al.*, 1984; Campbell, *et al.*, 1978; Engelhardt, *et al.*, 1970). Akan tetapi, meskipun obat neuroleptik dapat membuat anak lebih mudah ditangani, tetapi obat tersebut tidak dapat mengurangi simtom-simtom utama tingkah laku autis: sikap acuh tak acuh dan komunikasi yang tidak baik. Obat-obat stimulan juga dapat mengurangi hiperaktivitas, tetapi juga menyebabkan simtom-simtom menjadi lebih buruk (Quintana, *et al.*, 1995). Selain kedua macam obat tersebut di atas, obat-obatan lain juga sama sekali tidak terbukti memiliki akibat-akibat yang positif dalam merawat autisme. Dengan demikian, perawatan dengan menggunakan obat tidak lebih efektif dibandingkan dengan pendekatan psikodinamik dan pendekatan tingkah laku (pendekatan belajar). Akhirnya, kita dapat berkata bahwa psikologi dan psikiatri benar-benar gagal dalam merawat autisme. Kita hanya mengharapkan bahwa mungkin ada suatu terobosan dalam perawatan autisme pada masa yang akan datang dan untuk saat sekarang ini, gambaran tentang perawatan terhadap gangguan ini benar-benar masih suram.

Gangguan-Gangguan Perkembangan Pervasif yang Lain

Ada gangguan-gangguan perkembangan pervasif yang lain, tetapi kurang umum dibandingkan dengan autisme, yakni gangguan Rett, gangguan Asperger, dan gangguan disintegratif masa kanak-kanak. Penyebab dari gangguan-gangguan ini belum diketahui dan perawatannya belum bisa dirancang.

Gangguan Rett

Gangguan ini hanya terbatas pada wanita dan berlangsung sepanjang hidup. Ciri-ciri utama dari gangguan ini, yaitu: (1) Perkembangan motor berlangsung secara normal sampai usia 5 bulan, tetapi sesudah usia 5 bulan muncul gangguan-gangguan seperti kehilangan sebagian atau seluruh keterampilan tangan dan bahasa yang telah diperoleh sebelumnya; (2) Ukuran kepala adalah normal pada waktu kelahiran, tetapi pertumbuhan kepala mulai berkurang antara usia 5 bulan sampai 4 tahun; (3) Kemampuan gerakan tangan yang memiliki tujuan dan keterampilan manipulasi dari motor halus yang telah terlatih menjadi hilang (antara usia 5 bulan sampai 2½ tahun); (4) Kehilangan atau hambatan seluruh atau sebagian perkembangan bahasa; (4) Gerakan seperti mencuci tangan yang stereotipis dengan fleksi lengan di depan

dada atau dagu dan membasahi tangan secara stereotipis dengan ludah; (5) Terjadi hambatan dalam mengunyah makanan; (6) Sering terjadi episode hiperventilasi; (7) Hampir selalu gagal dalam pengaturan buang air besar atau kecil; (8) Lidah sering menjulur keluar dan air liur menetes; (9) Ikatan sosial hilang; (10) Anak dapat tetap senyum dan menatap orang-orang dengan tatapan yang "kosong", tetapi tidak terjadi interaksi sosial dengan mereka pada awal masa kanak-kanak, meskipun interaksi sosial itu dapat berkembang kemudian; (11) Cara berdiri dan berjalan cenderung melebar, otot hipotonik, koordinasi gerak tubuh memburuk (ataksia), serta skoliosis atau kifoskoliosis yang berkembang kemudian; (11) Terjadi atrofi spinal dengan disabilitas motorik yang berat yang muncul pada saat remaja atau dewasa kurang lebih 50% kasus; (12) Kemudian dapat timbul spastisitas dan rigiditas yang biasanya lebih banyak terjadi pada ekstremitas bawah daripada ekstremitas atas; (13) Terjadi serangan epileptis yang mendadak dan biasanya dalam bentuk yang kecil-kecil, dan pada umumnya serangan itu pada kebanyakan kasus muncul sebelum usia 8 tahun; serta (14) Berbeda dengan autisme, di sini jarang terjadi tingkah laku yang merusak dirinya sendiri dengan sengaja dan pre-okupasi yang stereotipis kompleks atau yang rutin.

Gangguan Asperger

Gangguan ini pada umumnya terdapat pada anak laki-laki dan dalam kebanyakan kasus berlangsung sepanjang hidup. Ciri-ciri utama dari gangguan ini: (1) Tidak ada hambatan atau keterlambatan umum dalam perkembangan bahasa atau perkembangan kognitif; (2) Terjadi defisiensi dalam interaksi sosial dan perkembangan pola-pola tingkah laku dan aktivitas-aktivitas yang terbatas dan stereotipis; serta (3) Meskipun sama dengan autisme, tetapi pada gangguan Asperger sering kurang ada penyimpangan dalam bahasa dan komunikasi.

Gangguan Disintegrasi Masa Kanak-Kanak

Gangguan ini lebih umum terdapat pada anak laki-laki dan berlangsung sepanjang hidup. Ciri-ciri utama dari gangguan ini: (1) Sesudah anak mengalami perkembangan normal dalam berkomunikasi, hubungan sosial, permainan, dan tingkah laku adaptif sampai usia 2 tahun, maka disusul oleh regresi yang berat dan hilangnya keterampilan-keterampilan tersebut sebelum usia 10 tahun; (2) hilangnya pengendalian buang air besar atau kecil dan kadang-kadang disertai dengan kemerosotan pengendalian motorik; (3) Hilangnya minat atau perhatian terhadap lingkungan; (4) Adanya manerisme motorik yang stereotipis dan diulang-ulang; (5) Kekurangan interaksi sosial dan komunikasi yang sama dengan autisme, dan terjadi retardasi yang berat; (6) Dalam hal tertentu gangguan ini mirip dengan *dementia* pada orang

dewasa, tetapi berbeda dalam tiga hal, yakni: (a) Tidak ada bukti terjadinya penyakit atau kerusakan otak organik (walaupun beberapa tipe disfungsi otak organik dapat ditelusuri); (b) Kehilangan keterampilan, tetapi kemudian dapat mengalami perbaikan; dan (c) Gangguan fungsi sosial dan komunikasi memiliki kualitas yang lebih mirip dengan autisme daripada kemunduran intelektual.

Gangguan-Gangguan Perkembangan Khusus

Di sini akan disinggung gangguan-gangguan perkembangan khusus yang disebut juga ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar yang relatif baru dan berbeda dengan autisme kanak-kanak. Efek-efek dari gangguan ini sangat khusus karena itu disebut gangguan-gangguan perkembangan khusus. Istilah ketidakmampuan belajar (yang disebut juga gangguan keterampilan-keterampilan akademik, atau gangguan belajar) telah digunakan secara luas dan jumlah anak-anak yang tidak mampu belajar telah meningkat (Taylor, 1989) dan para pria lebih sering mengalami gangguan ini daripada para wanita (Taylor, 1989).

Definisi

Ketidakmampuan belajar dapat didefinisikan sebagai ketidakcocokan antara performansi pada tes fungsi intelektual dan performansi pada tes pendidikan — yakni seorang anak dengan skor IQ normal memperlihatkan prestasi di bawah rata-rata dalam suatu bidang akademik tertentu. Orang yang dinilai berdasarkan kriterium ini telah digambarkan sebagai orang yang gagal pada salah satu bidang keterampilan prestasi dasar atau lebih walaupun IQ-nya normal (Kistner & Torgesen, 1987, 289). Definisi lain tentang ketidakmampuan belajar, yaitu performansi dari usia dan tingkat kelas yang rendah yang tidak seperti diharapkan. Tetapi, menggunakan usia atau tingkat kelas sebagai cara untuk menentukan ketidakmampuan belajar menimbulkan masalah karena sulit menentukan berapa besarnya (luasnya) ketidakcocokan antara usia dan tingkat kelas itu (Apakah satu tahun atau dua tahun?). Meskipun ketidakcocokan itu sering ditentukan satu tahun atau dua tahun, tetapi pengaruh dari ketidakcocokan tingkat kelas berubah sesuai dengan bertambahnya usia. Misalnya, dua tahun terlambat adalah lebih berat untuk anak yang berada di Kelas IV SD daripada yang berada di Kelas VI SD.

Singkatnya, penentuan ketidakmampuan belajar tidak bisa dilepaskan dari keterbatasan-keterbatasan metodologis. Berdasarkan tinjauan literatur, Morris (1988) memberikan suatu kesimpulan: "sistem-sistem klasifikasi dan definisi-definisi yang sangat umum digunakan tentang anak-anak yang tidak mampu belajar tidak memenuhi kriteria empiris dasar untuk reliabilitas dan validitas" (hlm. 793).

DSM-IV mendefinisikan gangguan belajar atau ketidakmampuan belajar sebagai ketidakcocokan antara skor IQ berdasarkan prestasi dan usia serta tingkat kelas, yakni prestasi akademik tertentu sebagaimana diukur oleh tes standar (baku) yang diberikan secara individual berada di bawah dari usia kronologis, tes inteligensi, dan pendidikan yang sesuai dengan usia orang itu. Di samping itu, kondisi tersebut harus mengganggu prestasi akademik dan aktivitas-aktivitas dalam kehidupan sehari-hari. Ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar utama adalah gangguan keterampilan akademis, gangguan bahasa dan berbicara, dan gangguan keterampilan motor.

Pertanyaan yang muncul adalah bagaimana dengan kriteria lain? Apakah ketidakmampuan belajar itu terlepas dari masalah-masalah emosional atau tingkah laku? Penelitian telah menunjukkan bahwa kesulitan-kesulitan emosional dan tingkah laku sering ditemukan pada anak-anak yang mengalami ketidakmampuan belajar (Lahey, Green & Forehand, 1980). Misalnya, gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity disorder*) ada hubungannya dengan kesulitan-kesulitan belajar (Cantwell, 1986; Wicks-Nelson & Israel, 1991). Anak-anak yang mengalami gangguan belajar juga kurang mampu untuk bergaul dibandingkan dengan kawan-kawannya yang sebaya (Toro, Weissberg, Guare & Liebenstein, 1990), yang kemungkinan lebih besar menginternalisasikan gangguan itu (Thompson & Kronenberger, 1990) dan juga terlibat dalam perbuatan yang melawan hukum (Brier, 1989). Memang tidak semua anak-anak yang mengalami gangguan belajar akan mengalami masalah-masalah emosional atau tingkah laku, tetapi secara luas gangguan itu cukup untuk menolak pandangan bahwa gangguan belajar harus terlepas dari masalah emosional atau tingkah laku.

Pertanyaan telah dikemukakan juga: Apakah masalah-masalah ini dianggap sebagai gangguan-gangguan psikologis atau mungkin lebih tepat kalau dianggap sebagai masalah-masalah edukasional? Beberapa kritikus telah mengemukakan bahwa menyebut masalah-masalah ini sebagai gangguan-gangguan psikologis menunjukkan suatu "imperialisme" psikologis atau psikiatrik di mana para psikolog atau psikiater ingin menguasai masalah-masalah yang berada di luar bidang mereka. Keputusan mengenai apakah masalah-masalah ini merupakan masalah-masalah psikologis atau masalah-masalah edukasional pada akhirnya bersandar pada apa yang ditentukan sebagai penyebab dari masalah-masalah ini. Pada umumnya, kita hanya mengetahui sedikit saja mengenai penyebab dan perawatannya.

Gangguan-Gangguan Keterampilan Akademis

Gangguan ini meliputi gangguan berhitung, gangguan menulis, dan gangguan membaca.

Gangguan Berhitung. Anak-anak yang mengalami gangguan ini akan mendapat kesulitan dalam berhitung, yakni anak mengalami kesulitan dalam memahami istilah-istilah matematika dasar dan bagaimana istilah-istilah itu beroperasi, misalnya penambahan atau pengurangan, simbol-simbol matematika (+, =, dan sebagainya). Gangguan ini bisa kelihatan sejak Kelas I SD (usia 6 tahun), tetapi pada umumnya baru diketahui sejak kira-kira Kelas III SD (usia 8 tahun).

Gangguan Menulis. Gangguan ini berupa kesalahan-kesalahan dalam mengeja, tata bahasa, tanda baca, atau kesulitan dalam menyusun kalimat-kalimat atau paragraf-paragraf. Gangguan menulis yang berat pada umumnya kelihatan pada usia 7 tahun (Kelas II SD), meskipun kasus-kasus yang lebih ringan mungkin diketahui pada anak usia 10 tahun (Kelas V SD) atau baru kemudian.

Ketidakmampuan Membaca. Ciri dari gangguan membaca atau *dyslexia* adalah kurang terampil dalam mengenali kata-kata dan memahami teks yang tertulis. Anak yang tidak mampu membaca mungkin membaca dengan susah payah, mengabaikan, atau mengganti kata-kata pada waktu membaca dengan suara yang keras. Anak yang mengalami gangguan membaca mengalami kesulitan dalam membaca huruf-huruf. Mereka mungkin membaca huruf-huruf terbalik (w untuk m) atau huruf yang berlawanan (b untuk d). *Dyslexia* biasanya kelihatan pada anak usia 7 tahun (Kelas II SD), meskipun kadang-kadang sudah diketahui pada anak usia 6 tahun.

Gangguan-Gangguan Bahasa dan Bicara

Perkembangan bahasa dan bicara yang mengandung arti mulai menjelang akhir usia 1 tahun. Kemajuan yang paling cepat dalam bahasa dan bicara secara khas dicapai selama usia prasekolah, ketika anak mengalami sejumlah perubahan perkembangan lain yang kritis. Karena komunikasi sangat tergantung pada vokalisasi, perkembangan pola-pola bahasa dan bicara terjalin dengan perkembangan hubungan-hubungan antarpribadi. Jadi, kesulitan-kesulitan bicara mungkin timbul dari tegangan-tegangan pada bidang antarpribadi, khususnya yang terjadi selama usia-usia prasekolah. Selain itu, kesulitan-kesulitan bahasa dan bicara mungkin disebabkan oleh faktor-faktor organik, seperti bentuk mulut atau bagian-bagian alat bicara lain yang salah, atau terjadi kerusakan saraf.

Gangguan Artikulasi. Gangguan ini menyangkut kesulitan dalam mengartikulasikan bunyi-bunyi dalam bicara meskipun tidak ada cacat pada mulut atau gangguan neurologis. Anak yang mengalami gangguan ini mungkin menghilangkan atau mengabaikan, menggantikan, atau salah mengucapkan bunyi-bunyi tertentu, yang biasanya diucapkan dengan tepat pada tahun-tahun awal sekolah.

Gangguan Bahasa Ekspresif. Gangguan ini menyangkut bahasa lisan, seperti perkembangan kosakata yang lambat, sering kali salah dalam menggunakan bahasa,

dan kesulitan-kesulitan dengan tata bahasa. Anak-anak yang mengalami gangguan ini mungkin juga mengalami gangguan artikulasi, yang menambah kesulitan-kesulitan dalam berbicara.

Gangguan Bahasa Reseptif. Gangguan ini berupa kesulitan dalam memahami bahasa lisan. Dalam kasus yang ringan, anak-anak mengalami kesulitan dalam memahami kata-kata tertentu, seperti kata-kata yang mengungkapkan perbedaan-perbedaan dalam kuantitas — luas, besar, sangat banyak atau kalimat-kalimat tertentu (seperti kalimat-kalimat yang mulai dengan kata tidak sama, tidak serupa). Dalam kasus-kasus yang lebih berat, individu mengalami kesulitan dalam memahami kata-kata atau kalimat-kalimat yang sederhana. Gangguan ini biasanya kelihatan pada anak usia 4 tahun, meskipun kasus-kasus yang lebih berat dapat ditemukan lebih awal. Anak-anak yang mengalami gangguan ini dalam bentuk-bentuk yang hampir tidak kelihatan mungkin baru dapat diketahui pada Kelas II SD (usia 7 tahun) atau pada waktu kemudian.

Gangguan Keterampilan Motor

Anak-anak yang mengalami gangguan ini memperlihatkan kesulitan yang jelas dalam perkembangan koordinasi motor dan bukan disebabkan oleh retardasi mental atau gangguan fisik yang diketahui. Anak yang mengalami gangguan ini mungkin sulit sekali mengikat tali sepatu atau mengancingkan kancing baju, dan bila ia sudah besar mungkin ia mengalami kesulitan dalam memperagakan sesuatu, bermain bola, menulis dengan huruf cetak atau membuat tulisan tangan. Diagnosis dilakukan hanya bila gangguan itu secara signifikan mengganggu prestasi akademis atau aktivitas-aktivitas dalam kehidupan sehari-hari.

Penyebab

Penyebab yang tepat dari ketidakmampuan belajar sampai sekarang belum diketahui dengan jelas. Faktor-faktor genetik, kesulitan-kesulitan dalam fungsi otak, dan pengaruh-pengaruh kognitif dan motivasional telah diteliti dan kemungkinan ada hubungannya dengan ketidakmampuan belajar. Tetapi, tidak diketahui dengan pasti, misalnya, apakah ketidakmampuan belajar itu disebabkan oleh kekurangan dalam proses kognitif atau kekurangan dalam motivasi atau prestasi.

Penelitian tentang penyebab-penyebab genetik telah ditinjau oleh Smith, Pennington, Kimberling, dan Ing (1990). Data menunjukkan bahwa anak-anak dari orang tua yang mengalami kesulitan dalam membaca memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami kesulitan-kesulitan dalam membaca dibandingkan dengan anak-anak dari para orang tua yang membaca secara normal. Apa yang dikemukakan ini juga telah diperoleh dalam penelitian sebelumnya, yakni telah

ditemukan bahwa anak laki-laki dari ayah disleksis dan ibu disleksis masing-masing akan mengalami risiko 39% dan 34% mengembangkan disleksia yang besarnya 5 sampai 7 kali risiko yang dialami oleh anak laki-laki dari orang tua yang non-disleksis (Vogler, *et al.*, 1985). Anak perempuan dari orang tua yang kedua-duanya disleksis memiliki peluang mengembangkan disleksia 17–18%, yakni 10 sampai 12 kali lebih besar dibandingkan dengan risiko yang akan menimpa anak perempuan yang orang tuanya nondisleksis. Tetapi, semua penemuan di atas dapat dianggap sebagai data yang mendukung baik penjelasan genetik maupun penjelasan lingkungan keluarga, atau mendukung kedua-duanya.

Penelitian-penelitian saudara kembar juga memberikan dukungan untuk komponen genetik dalam disleksia (Pennington & Smith, 1988). Salah satu penelitian terhadap 64 pasang kembar identik (MZ) dan 55 pasang kembar bersaudara (DZ) menemukan sekurang-kurangnya satu saudara kembar adalah disleksis (DeFries, *et al.*, 1987). Angka konkordansi untuk disleksia adalah lebih tinggi pada pasangan kembar identik (MZ) dibandingkan dengan pasangan kembar bersaudara (DZ).

Selanjutnya, McGuiness (1985) mengemukakan bahwa setiap teori tentang ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar harus menjelaskan perbedaan jenis kelamin pada gangguan-gangguan itu karena peluang untuk mengalami ketidakmampuan belajar pada anak laki-laki adalah 2 sampai 4 kali lebih besar dibandingkan dengan anak perempuan. Ada kemungkinan bahwa perbedaan-perbedaan struktural atau hormonal antara otak laki-laki dan perempuan menjelaskan perbedaan belajar antara kedua jenis kelamin itu. Misalnya, kerusakan pada belahan otak kiri menyebabkan gangguan bahasa yang lebih banyak pada laki-laki dibandingkan pada perempuan. Perempuan dalam berbahasa lebih banyak menggunakan belahan otak kanan (Kimura, 1983; Mateer, Polen, & Ojemann, 1982). Penemuan ini menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih rawan terhadap gangguan-gangguan bahasa dan membaca dibandingkan dengan anak perempuan.

Disfungsi otak mungkin juga berperan dalam gangguan-gangguan belajar. Menurut Taylor (1989), anak-anak yang telah mengalami luka pada kepala, infeksi pada sistem saraf pusat, masalah-masalah neurologis, atau epilepsi berada dalam risiko yang lebih tinggi dalam kesulitan belajar dibandingkan dengan anak-anak lain. Akan tetapi, kesulitannya dari penjelasan ini adalah tidak semua anak yang telah mengalami kondisi-kondisi ini akan mengalami ketidakmampuan belajar dan kondisi-kondisi yang sama juga dapat ikut menyebabkan masalah-masalah emosional dan tingkah laku yang lain.

Teori-teori psikologi cenderung menekankan baik penjelasan motivasi maupun penjelasan kognitif terhadap ketidakmampuan belajar. Menurut pendekatan ini,

anak-anak mungkin pada mulanya mengalami kegagalan dan kemudian mulai ragu-ragu tentang kemampuannya, dan akhirnya tidak berusaha lagi untuk menyelesaikan tugas-tugasnya pada masa yang akan datang. Dengan demikian, harapan-harapan mereka tentang keberhasilan menjadi lebih rendah (Tarnowski & Nay, 1989).

Di lain pihak, beberapa penulis yang bertitik tolak dari tinjauan literatur telah mengemukakan bahwa ada dukungan empiris untuk membedakan anak-anak yang tidak mampu belajar dari anak-anak yang mampu belajar, yakni anak-anak yang tidak mampu belajar tidak dapat mengolah informasi (Keogh & Margolis, 1976; Kistner & Torgesen, 1987; Torgesen, 1986; Wong, 1985). Kesulitan-kesulitan dalam proses kognitif yang telah dikemukakan sebagai hal yang berpengaruh dalam ketidakmampuan belajar meliputi pemusatan perhatian terbatas dan tidak dapat menggunakan strategi-strategi belajar yang efektif. Misalnya, bila mempelajari suatu daftar kata-kata, orang-orang yang mampu belajar menggunakan strategi-strategi ingatan, seperti mengulang kata-kata, mengelompokkan kata-kata, dan menguraikan kata-kata dengan tujuan untuk meningkatkan ingatan. Sebaliknya, orang-orang yang tidak mampu membaca tidak menggunakan strategi-strategi ingatan.

Perawatan

Orang tidak dapat meremehkan kecemasan orang tua terhadap anaknya yang meskipun normal, tetapi ketinggalan dalam membaca atau tidak dapat berbicara secara efektif dan normal seperti anak seusianya. Usaha-usaha profesional untuk menyembuhkan ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar ini mulai dari menggunakan obat-obat stimulan dan obat-obat penenang sampai pada usaha melatih aktivitas-aktivitas motor anak dengan harapan supaya hubungan saraf pada otak bisa normal kembali. Dewasa ini ada bermacam-macam pendekatan untuk mengintervensi gangguan-gangguan belajar. Ada tipe perawatan yang bertitik tolak dari pandangan bahwa anak-anak yang tidak mampu belajar ini mengalami kesulitan dalam strategi-strategi proses kognitif, karena itu perawatan juga harus berusaha sedapat mungkin untuk meningkatkan performansi mereka dalam belajar. Misalnya, satu kelompok anak yang tidak mampu membaca memperlihatkan perbaikan dalam memahami bacaan sesudah mereka disuruh memonitor performansi mereka dengan mengajukan pertanyaan kepada diri mereka sendiri pada waktu mereka membaca (Wong & Jones, 1982). Menarik bahwa bila strategi ini diberikan kepada anak-anak yang mampu belajar, maka performansi mereka tidak meningkat. Mungkin teknik bertanya kepada diri sendiri ini membantu anak-anak yang tidak mampu belajar, tetapi bukan kelompok anak-anak yang mampu belajar karena kelompok yang tidak mampu belajar pada mulanya tidak menanyakan dan tidak memonitor diri mereka sendiri.

Torgesen (1979) juga membuktikan efektivitas dari strategi belajar. Gambar benda-benda dari empat kategori berbeda diperlihatkan kepada anak-anak dari Kelas IV SD yang dapat membaca dan yang tidak dapat membaca. Anak-anak itu diinstruksikan supaya mereka mengingat gambar-gambar itu dan melakukan apa saja yang mereka inginkan untuk membantu mereka mengingat gambar-gambar itu. Tingkah laku anak-anak itu diamati melalui cermin satu arah (*one-way mirror*). Bila kedua kelompok ini dibandingkan, maka kelihatan bahwa kelompok anak-anak yang tidak mampu membaca tidak dapat mengatur gambar-gambar itu ke dalam kategori-kategori, menggunakan waktu lebih banyak untuk tugas itu dan hanya mengingat sedikit gambar-gambar tersebut. Akan tetapi, bila anak-anak yang tidak mampu membaca itu disuruh menggunakan pengelompokan menurut kategori, maka mereka mampu mengingat sama seperti anak-anak yang mampu membaca. Di samping itu, waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas itu adalah sama dengan waktu yang dibutuhkan oleh anak-anak yang mampu membaca. Dari percobaan ini jelas bahwa bermacam-macam pendekatan latihan strategi kognitif telah membawa beberapa hasil yang menguntungkan bagi anak-anak yang tidak mampu belajar (Hallahan, Kneedler & Lloyd, 1983; Wong, Harris & Graham, 1991).

Selain strategi yang dikemukakan di atas, ada juga beberapa strategi yang menggunakan beberapa model pendekatan lain dan beberapa di antaranya akan dikemukakan dalam uraian berikut (Lyon & Moats, 1988).

Model Psikoedukasional. Pendekatan-pendekatan psikoedukasional memberi penekanan pada kekuatan-kekuatan dan preferensi-preferensi anak dan bukan pada usaha-usaha untuk memperbaiki cacat-cacat kognitif mendasar yang direka-reka. Misalnya, seorang anak yang menguasai dengan lebih baik informasi auditori (pendengaran) dibandingkan dengan informasi visual yang mungkin diajarkan secara verbal, misalnya dengan menggunakan rekaman tape dan bukan menggunakan bahan tertulis.

Model Tingkah Laku. Model tingkah laku mengasumsikan bahwa belajar akademis merupakan suatu bentuk tingkah laku kompleks yang tersusun dari keterampilan-keterampilan dasar. Untuk membaca secara efektif, pertama-tama orang harus mengetahui huruf-huruf, kemudian memberikan suara-suara kepada huruf-huruf itu, kemudian menggabungkan huruf-huruf dan bunyi-bunyi itu menjadi kata-kata, dan seterusnya. Kemampuan belajar pada anak dinilai untuk menentukan di mana letak cacat-cacat itu dalam urutan keterampilan-keterampilan yang dibutuhkan. Suatu program perorangan yang didasarkan pada teori belajar, yakni teori pengajaran dan penguatan kemudian dirancang untuk membantu anak itu memperoleh keterampilan-keterampilan yang dibutuhkan dalam melakukan tugas-tugas akademis yang lebih kompleks.

Model Medis. Model ini mengasumsikan bahwa ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar merupakan simtom-simtom dari cacat-cacat biologis dalam proses kognitif. Para penganjur dari model pendekatan ini mengemukakan bahwa pengobatan harus diarahkan pada patologi yang mendasari gangguan itu dan bukan pada ketidakmampuan belajar itu sendiri. Apabila anak itu mengalami cacat visual yang menyulitkannya untuk mengikuti urutan teks yang dibacakan, maka perawatan harus bertujuan untuk menyembuhkan cacat visual anak itu, mungkin dengan latihan-latihan berolahraga visual. Perbaikan dalam kemampuan membaca diharapkan akan bisa terjadi.

Model Neuropsikologis. Pendekatan ini meminjam model psikoedukasional dan medis. Model pendekatan ini mengasumsikan bahwa ketidakmampuan-ketidakmampuan belajar menunjukkan cacat-cacat yang mendasar dalam mengolah informasi, mungkin melibatkan korteks serebral (model medis). Pendekatan ini juga mengasumsikan bahwa pengobatan harus bersifat akademis (psikoedukasional), dengan menyajikan bahan pengajaran kepada sistem-sistem neural atau belahan-belahan otak yang lebih efisien atau lengkap. Dengan cara ini, daerah-daerah otak yang tidak efisien atau rusak dapat dihindari.

Model Bahasa. Cacat-cacat dalam berbahasa mungkin menimbulkan kesulitan-kesulitan dalam membaca, mengeja, dan menemukan kata-kata untuk dapat mengungkapkan makna-makna. Anak-anak yang disleksis mungkin sulit mengetahui bagaimana bunyi dan kata-kata dirangkaikan menjadi satu (bersama-sama) untuk menciptakan makna. Dengan demikian, para penganut pendekatan bahasa memusatkan perhatian pada cacat-cacat bahasa dari anak. Keterampilan-keterampilan bahasa yang diajarkan secara berurutan akan menolong anak-anak untuk dapat memahami struktur dan penggunaan kata-kata (Wagner & Torgesen, 1987).

Model Kognitif. Model pendekatan ini berfokus pada bagaimana anak-anak mengatur pikiran-pikiran mereka bila mereka mempelajari bahan akademis. Dalam pendekatan ini, anak-anak dibantu untuk belajar dengan: (a) mengetahui sifat dari tugas-tugas belajar; (b) menggunakan strategi-strategi pemecahan masalah yang efektif untuk menyelesaikan tugas; dan (c) memantau keberhasilan dari strategi-strategi yang digunakan mereka.

Misalnya, anak-anak yang mengalami kesulitan dalam berhitung mungkin dibimbing untuk memecahkan suatu soal berhitung ke dalam komponen-komponennya, memikirkan langkah-langkah yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap komponen itu, dan menilai performansi pada setiap langkah sehingga penyesuaian-penyesuaian yang tepat dapat dilakukan. Kepada anak-anak diperlihatkan suatu pendekatan sistematis terhadap pemecahan masalah yang dapat diterapkan ke dalam bermacam-macam tugas akademis.

Gangguan Perkembangan Lainnya: Menggagap dan Bicara Kekanak-kanakan

Kedua gangguan ini pada dasarnya tergolong pada gangguan-gangguan bahasa dan bicara, tetapi karena tipe dan penyebabnya berbeda dengan apa yang dikemukakan pada uraian tentang gangguan-gangguan bahasa dan bicara, maka kedua gangguan ini ditempatkan dalam satu judul tersendiri, yakni: "Gangguan Perkembangan Lainnya". Karena komunikasi sangat tergantung pada vokalisasi, perkembangan pola-pola bicara terjalin dengan perkembangan hubungan-hubungan antarpribadi. Jadi, kesulitan-kesulitan bicara mungkin timbul dari tegangan-tegangan pada bidang antarpribadi, khususnya yang terjadi selama usia-usia prasekolah. Selain itu, kesulitan-kesulitan bicara mungkin disebabkan oleh faktor-faktor organik, misalnya bentuk mulut atau bagian-bagian alat bicara lain yang salah, atau terjadinya kerusakan saraf.

Menggagap

Terhalangnya bicara, diulang-ulangnya suku kata pertama, atau gangguan-gangguan pada irama bicara adalah bentuk-bentuk utama menggagap atau bicara terputus-putus. Hal-hal yang berkaitan dengan simtom-simtom bicara mungkin berupa perubahan wajah, atau gerenyut muka, sentakan kepala, gerakan-gerakan tubuh yang susah. Besarnya hambatan bicara dari para penggagap sangat berbeda-beda, dari hanya ragu-ragu sampai terhalangnya bicara sama sekali selama bermenit-menit. Tingkatan kegagapan juga berbeda-beda menurut sifat situasi individu tersebut pada waktu ia berbicara, dan secara khas lebih ekstrem dalam situasi-situasi sosial yang menekan. Misalnya, penggagap mungkin dapat berbicara dengan lancar jika ia berada sendirian atau bersama dengan kawan-kawannya, tetapi mulai macet jika ia diminta berbicara kepada orang yang lebih tua atau kepada pimpinan, atau di depan kelompok. Sebaliknya, kegagapan mungkin hilang apabila penggagap yang emosinya bangkit karena kegembiraan yang meluap-luap, antusias, atau permusuhan — kehilangan kesadaran dirinya dan berbicara tanpa kesulitan. Penggagap sering dapat menyanyi atau ikut serta dalam kelompok membaca tanpa memperlihatkan kesulitannya.

Penyebab. Meskipun penyebab-penyebab menggagap tidak sepenuhnya dapat dipahami, kebanyakan ahli pada bidang ini berpendapat bahwa faktor-faktor psikogenik sangat berpengaruh. Ada bukti bahwa banyak penggagap berasal dari keluarga-keluarga yang orang tua atau sanak saudaranya yang lain juga menggagap. Tetapi, tidak ada bukti yang meyakinkan tentang faktor-faktor konstitusi yang telah diajukan sebagai penyebab terjadinya menggagap. Ada ahli menunjuk pada

situasi saraf yang mungkin telah menimbulkan kecenderungan untuk menggagap karena otak sama sekali tidak berpengaruh. Tetapi, di sini pun bukti-bukti saling bertentangan. Beberapa penyelidikan klinis menunjukkan bahwa pergantian keterampilan yang dipaksakan mungkin mempercepat pola kegagapan. Penjelasan mengenai beberapa faktor dinamik kiranya paling baik untuk dapat memahami penggagap. Faktor-faktor itu antara lain:

Kecemasan Orang Tua Mengenai Cara Bicara Anak. Kebanyakan anak pada tahap-tahap awal perkembangan bicara memperlihatkan cara bicara ragu-ragu dan putus-putus. Apabila orang tua terlalu khawatir terhadap cara bicara seperti itu dan memaksakan hubungan-hubungan orang tua dan anak yang penuh dengan kecemasan, akibatnya anak mungkin menyadari cara bicaranya dan pola gagap akan berkelanjutan pada tahun-tahun kemudian.

Agresi yang Terhalang. Campur tangan orang tua yang keras terhadap kebutuhan-kebutuhan normal dari anak akan ungkapan yang tegas dan agresif mungkin membangkitkan perasaan-perasaan konflik sehingga mempengaruhi pola-pola bicaranya. Karena bicara dapat dengan mudah dipakai untuk melancarkan agresi, maka dapat dipahami bahwa konflik pada pola-pola bicara dapat berkembang menjadi anak yang sangat terkekang. Dalam hubungan ini, para psikoanalisis menunjukkan hubungan yang ada antara menggagap dan kebutuhan-kebutuhan yang tak sadar untuk menggunakan bahasa yang agresif dan bahkan tidak senonoh.

Faktor-Faktor Lain. Menggagap sebagai reaksi terhadap trauma emosional mungkin terjadi pada setiap perkembangan bicara. Kadang-kadang menggagap itu adalah akibat dari identifikasi anak dengan salah satu orang tua, sanak saudara, atau orang dewasa lain yang juga menggagap. Harus dikatakan bahwa setiap kesulitan emosional yang dialami anak selama perkembangan bicara mungkin sangat berpengaruh pada pola-pola bicara yang adekuat. Ini terjadi karena stres yang dialami selama masa prasekolah. Bukti bahwa menggagap merupakan satu simtom yang sangat khas dari ketidakstabilan emosi yang lebih umum ialah kenyataan bahwa pada kebanyakan penggagap ditemukan masalah-masalah emosi lain.

Perawatan. Jika gangguan bicara bisa diketahui lebih dini, maka perawatan yang dapat dilakukan adalah bekerja sama dengan orang tua dan lingkungan untuk menghilangkan atau mengubah tekanan-tekanan yang dapat menimbulkan kesulitan tersebut. Gangguan-gangguan bicara yang berlangsung selama bertahun-tahun jauh lebih sulit untuk dihilangkan dan memerlukan psikoterapi yang memakan waktu lama. Latihan perbaikan harus diberikan sebagai penunjang usaha psikoterapi. Dengan program terapi dan latihan yang menyeluruh, prognosis untuk menghilangkan gangguan bicara adalah baik.

Bicara Kekanak-kanakan

Pola-pola bicara ini misalnya ucapan pelat/telor, bicara seperti bayi, atau lafal yang sangat tidak jelas. Contoh pola-pola bicara seperti itu yang tidak begitu parah sering terdapat dalam masyarakat kita.

Penyebab. Jika masalah-masalah bicara ini parah dan berlangsung terus, maka hal itu menunjukkan ketidakmatangan yang tidak sehat dan mungkin disebabkan oleh salah satu faktor yang berikut: Orang tua yang secara sadar atau tak sadar mendorong anak-anak mereka supaya tetap menjadi kekanak-kanakan dengan cara memanjakan, terlalu melindungi; persaingan dengan sanak saudara di mana anak mengharapkan supaya diperlakukan dengan lebih baik oleh orang tuanya dengan tetap menjadi seperti bayi; atau malahan orang tua yang meniru bicara seperti bayi atau orang tua sendiri yang terganggu bicaranya.

Perawatan. Perawatan terhadap bicara kekanak-kanakan pada dasarnya sama dengan cara-cara yang dipakai dalam menangani pengagap.



Seorang wanita muda yang mengalami gangguan anorexia nervosa mempelajari tubuhnya dalam usaha untuk menghilangkan keyakinannya bahwa dia terlalu gemuk.

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 432]

GANGGUAN-GANGGUAN MAKAN

Ada dua macam gangguan makan, yakni anorexia nervosa dan bulimia nervosa. Kedua gangguan ini pertama-tama ditemukan pada anak-anak gadis, dan kedua gangguan tersebut cukup berat dan bisa menimbulkan kematian. Karena kedua gangguan ini begitu meluas dan berat, maka perlu dibicarakan secara khusus.

Anorexia² Nervosa

Simtom utama dari gangguan ini adalah menolak untuk mempertahankan berat badan sesuai dengan usia dan tinggi yang normal (*American Psychiatric Association*, 1987:67). Mempertahankan berat badan 15% lebih rendah daripada yang diharapkan dapat didiagnosis sebagai anorexia. Tetapi, banyak individu memperlihatkan kehilangan berat badan yang ekstrem sehingga bisa menimbulkan kematian.

2 Anorexi (*a* = tanpa; *orexis* = lapar) berarti tidak merasa lapar, menolak untuk makan, atau melakukan puasa yang sifatnya terpaksa sehingga mengakibatkan sakit fisik; ini kadang-kadang dilakukan oleh gadis-gadis yang berusia belasan tahun karena dirinya merasa terlalu gemuk.

Individu yang mengalami gangguan ini tidak merasa lapar dan menolak untuk makan.

Simtom-simtom lain ialah individu sangat takut berat badannya akan naik atau takut menjadi gemuk serta takut bahwa gambaran tubuhnya akan rusak. Dengan demikian, individu terus-menerus berusaha supaya berat badannya dapat berkurang. Karena persepsi diri yang salah, maka individu yang mengalami gangguan anorexia tidak melihat bahwa dirinya sangat kurus atau menderita suatu gangguan yang berat, dengan demikian ia tidak mencari bantuan. Simtom lain dari anorexia pada wanita ialah berhentinya sekurang-kurangnya tiga siklus menstruasi, dan ini dikenal dengan sebutan *amenorrhea*. Menarik untuk diketahui bahwa *amenorrhea* terjadi sebelum hilangnya berat badan yang signifikan. Alasan untuk ini belum diketahui.

Individu dengan gangguan anorexia memiliki sejumlah simtom sekunder, yakni denyut jantung yang melemah (*bradycardia*), tekanan darah yang rendah (*hypotention*), suhu badan yang rendah (*hypothermia*), dan masalah-masalah lain yang berhubungan dengan gangguan-gangguan dalam metabolisme. Seorang wanita dengan gangguan anorexia mengalami denyut jantung hanya 28 denyutan per menit dan tekanan darah yang begitu rendah sehingga tidak bisa diukur (Brotman & Stern, 1983). Akhirnya, orang dengan gangguan anorexia sering mengalami depresi dan kira-kira 50% memenuhi kriteria untuk gangguan depresif yang hebat (Eckert, *et al.*, 1982; Herzog, 1984).

Bulimia Nervosa³

Simtom utama bulimia nervosa adalah makan banyak. Selama makan banyak, individu menghabiskan sejumlah makanan dalam waktu yang sangat singkat. Makan banyak biasanya dilakukan dengan diam-diam dan direncanakan dengan hati-hati supaya tidak diketahui orang lain karena individu yang bersangkutan sadar bahwa dirinya tidak pantas dan abnormal.

Makan banyak sering kali disertai dengan perasaan tidak terkendali terhadap tingkah laku makan. Makan baru berhenti ketika individu tidak bisa makan lagi dan menderita sakit perut. Segera setelah makan banyak biasanya individu akan muntah, dan muntah itu dilakukan untuk mengurangi sakit perut dan sama seperti penderita anorexia yang mau menghindari berat badan dan kegemukan. Orang dengan bulimia nervosa sangat khawatir berat badannya akan naik. Sesudah makan banyak dan muntah, individu biasanya merasa bersalah, mengkritik dirinya sendiri, dan mengalami depresi. Beberapa orang dengan bulimia nervosa juga menggunakan

³ "Bulimia" berasal dari bahasa Yunani *bous* yang berarti lembu, dan *limos* yang berarti lapar.

obat-obatan pencahar, obat-obatan pelancar untuk buang air kecil, melakukan diet, atau mengadakan latihan untuk mengontrol berat badan.

Simtom-simtom sekunder yang berhubungan dengan bulimia nervosa adalah sakit pada tenggorokan, kelenjar ludah membengkak, lapisan email gigi yang rusak karena sering muntah. Orang-orang dengan bulimia nervosa juga menderita kekurangan gizi, dehidrasi, kerusakan pada usus, dan mengalami depresi. Penelitian telah menunjukkan bahwa 23–70% dari para pasien bulimia nervosa dapat didiagnosis sebagai penderita depresi yang berat (Herzog, 1984; Strober, 1982; Walsh, *et al.*, 1985).

Penyebab

Meningkatnya gangguan anorexia dan bulimia nervosa merangsang usaha untuk mencari penyebab-penyebabnya. Di sini akan dikemukakan tiga pendekatan yang dapat menjelaskan penyebab terjadinya anorexia dan bulimia nervosa, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, dan pendekatan fisiologis dan genetik.

Pendekatan Psikodinamik. Berdasarkan pandangan Freud bahwa makan adalah substitusi untuk seks, maka menolak untuk makan (anorexia) dilihat sebagai indikasi ketakutan akan meningkatnya hasrat-hasrat seksual (Ross, 1977). Dengan kata lain, gadis dengan anorexia secara simbolis menghindari seksualitas dengan menghindari makan. Dengan demikian, patut diperhatikan bahwa kelaparan yang dihubungkan dengan anorexia benar-benar memperlambat perkembangan seksual.

Ada juga penjelasan psikodinamik lain (Kartono, K., 1981:91) yang mengemukakan bahwa penyebab dari reaksi anorexia antara lain adalah: (1) Ada *idea fixed* (ide keliru yang melekat) bahwa makanan itu adalah kasar, menjijikkan, dan tidak pantas; (2) Ada sikap hati-hati terhadap makanan yang berkembang menjadi *phobia* terhadap makanan; dan (3) Ada pengalaman-pengalaman emosional yang tidak menyenangkan sehingga muncul keinginan-keinginan kuat yang ditekan untuk mati, dan ditransformasikan dalam bentuk sikap tidak mau makan.

Ada juga yang mengemukakan bahwa wanita-wanita yang menderita anorexia dibesarkan dalam keluarga-keluarga di mana tidak ada kebahagiaan karena keluarga-keluarga berlomba-lomba untuk mencapai keberhasilan (Bruch, 1982). Karena anak-anak tidak dapat memenuhi tuntutan-tuntutan keluarga, maka mereka mengembangkan *self-concept* yang salah, menjadi depresi, dan menolak untuk makan sebagai usaha memberontak secara pasif dan mengembangkan gaya hidup mereka sendiri.

Pendekatan Belajar. Para ahli teori belajar mengemukakan bahwa anorexia mungkin disebabkan oleh hadiah-hadiah yang diberikan oleh lingkungan karena

tubuh yang ramping menandakan kecantikan, dan hal itu berkali-kali diperlihatkan oleh iklan-iklan dan majalah-majalah.

Atau, ada kemungkinan juga beberapa kasus anorexia disebabkan oleh *phobia* yang terkondisi secara klasik terhadap kegemukan atau makan (Crisp, 1967). Pikiran untuk menjadi gemuk mungkin menimbulkan kecemasan. Kecemasan diasosiasikan dengan makan karena makan dapat membuat berat badannya bertambah. Individu kemudian mereduksikan kecemasan dengan tidak mau makan. Dalam kenyataannya, karena tidak makan mereduksikan kecemasan, maka menjadikan dirinya merasa lapar benar-benar mendapat hadiah.

Para ahli teori belajar juga mengemukakan bahwa makan banyak yang terlihat pada bulimia nervosa merupakan suatu pengalaman yang menyenangkan dan makan banyak akan membantu para penderita bulimia nervosa untuk menghindari kecemasan. Makan banyak ketika mengalami stres dirasa sangat menyenangkan. Dalam salah satu kelompok wanita yang menderita bulimia nervosa, tegangan sangat sering disebut sebagai faktor sebelum mereka makan banyak, dan 66% dari subjek-subjek tersebut dilaporkan tegangan yang dialami mereda sebagai akibat dari makan banyak (Abraham & Beumon, 1982). Muntah juga dilihat sebagai sesuatu yang menguntungkan karena dapat mereduksikan rasa sakit dan berat badan sebagai akibat dari makan banyak.

Pendekatan Fisiologis dan Genetik. Pendekatan fisiologis terhadap anorexia bergerak sekitar malfungsi hipotalamus, daerah otak yang mengatur selera makan (Bemis, 1978). Penjelasan ini bertolak dari percobaan-percobaan awal dengan tikus-tikus dan kera-kera, di mana ditemukan bahwa bila bagian samping hipotalamus dilukai, maka nafsu makan binatang-binatang tersebut sangat berkurang atau sama sekali berhenti makan (Anand & Brobeck, 1951a, 1951b; Anand, *et al.*, 1955). Ditemukan juga bahwa bila binatang-binatang itu dipertahankan hidup dengan teknik memberi makan artifisial, maka banyak di antara binatang-binatang itu pada akhirnya sembuh dan mulai makan seperti biasa lagi, suatu pola yang kelihatan pada manusia dengan anorexia (Teitelbaum & Steller, 1954). Kesamaan antara tingkah laku binatang dan manusia sangat menarik, tetapi tidak boleh disimpulkan bahwa anorexia pada manusia justru karena ada masalah pada hipotalamus.

Selanjutnya, dalam hipotesis dikemukakan bahwa hipotalamus yang mengalami malfungsi yang menyebabkan gangguan makan disebabkan karena norepinefrin, suatu neurotransmitter dalam bagian otak, berada pada tingkat yang rendah. Apa yang dikemukakan itu sangat menarik karena orang dengan gangguan-gangguan makan sering kali juga menderita depresi dan norepinefrin yang sangat rendah telah diperlihatkan ada hubungannya dengan beberapa depresi (Holmes,

1991:161-181). Dengan kata lain, norepinefrin yang berada pada tingkat yang rendah mungkin menyebabkan terjadinya baik gangguan makan maupun depresi.

Bukti yang mengemukakan bahwa masalah-masalah dengan fungsi hipotalamus dan norepinefrin yang berada pada tingkat yang rendah yang menyebabkan gangguan makan berasal dari dua sumber. Pertama, banyak penelitian mengungkapkan bahwa banyak orang dengan anorexia dan *bulimia nervosa* memperlihatkan respons-respons abnormal terhadap DST (*dexamethasone suppression test*), yang mengukur fungsi hipotalamus (Frankel & Jenkins, 1975; Gerner & Gwirtsman, 1981; Gwirtsman & Gerner, 1981; Hudson, *et al.*, 1982). Hasil dari penelitian-penelitian awal dengan DST dikritik karena pasien-pasien mengalami depresi dan berat badan terlalu rendah di samping menderita gangguan-gangguan makan; dengan demikian, ada kemungkinan bahwa hasil-hasil dari DST yang abnormal disebabkan oleh depresi dan berat badan yang rendah dan bukan karena hipotalamus mengalami malfungsi. Untuk menjelaskan hal ini, suatu penelitian dilakukan di mana DST diberikan kepada 18 pasien wanita yang menderita bulimia nervosa selama jangka waktu rata-rata 5 tahun dan yang makan banyak rata-rata dua kali sehari, tetapi tidak mengalami depresi dan berat badan mereka normal (Gwirtsman, *et al.*, 1983). Sebanyak 67% dari pasien-pasien tersebut memperlihatkan hasil DST abnormal dan 17% memperlihatkan hasil DST dalam garis batas. Selanjutnya, 80% dari para pasien itu mengambil tes lain yang meneliti malfungsi hipotalamus (TRH test), dan hasilnya adalah pasien-pasien tersebut memperlihatkan respons-respons abnormal. Ketika kedua tes itu diperiksa, maka setiap pasien memperlihatkan respons abnormal pada salah satu atau kedua tes itu. Sumber bukti kedua yang menunjang penjelasan fisiologis adalah tubuh orang yang menderita anorexia dan bulimia nervosa bertambah besar yang menunjukkan bahwa obat-obat yang meningkatkan kadar norepinefrin adalah efektif untuk mereduksikan anorexia dan bulimia nervosa.

Apabila malfungsi hipotalamus disebabkan oleh kadar norepinefrin rendah yang mengakibatkan gangguan makan, maka kita akan bertanya apa sebabnya kadar norepinefrin itu menjadi rendah. Ada dua kemungkinan yang terjadi. Kemungkinan *pertama*, karena stres yang terlalu lama. Sesuai dengan kemungkinan ini, hasil-hasil dari sejumlah penelitian menunjukkan bahwa stres menyebabkan kadar-kadar norepinefrin berkurang (Holmes, 1991:161-181). Dengan demikian, suatu faktor psikologis (stres) dapat menimbulkan suatu respons fisiologis (norepinefrin yang rendah) yang kemudian dapat menimbulkan gangguan makan.

Kemungkinan *kedua* adalah masalah tersebut disebabkan oleh faktor-faktor genetik. Kemungkinan ini ditunjang oleh hasil-hasil penelitian tentang anorexia pada anak-anak kembar monozigot (MZ) dan dizigot (DZ) masing-masing sampel besarnya 75% dan 45%. Dari dua penelitian tersebut, pasangan anak kembar

monozigot sama-sama mengalami anorexia, tetapi tidak satu pun dari pasangan anak kembar dizygot mengalami anorexia (Nowlin, 1983; Schepank, 1981).

Menarik bahwa sanak saudara tingkat pertama dari para pasien dengan anorexia dan bulimia nervosa sama sekali tidak menderita anorexia dan bulimia nervosa dibandingkan dengan sanak saudara dari para pasien kontrol (Gershon, *et al.*, 1983; Gershon, *et al.*, 1984). Tetapi, sanak saudara para pasien dengan anorexia dan bulimia nervosa memperlihatkan gangguan-gangguan suasana hati yang tinggi, terutama depresi (Cantwell, *et al.*, 1973; Gershon, *et al.*, 1984; Rivinus, *et al.*, 1984; Winokur, *et al.*, 1980). Gangguan-gangguan suasana hati yang tinggi dalam keluarga para pasien dengan anorexia adalah sama dengan yang dialami oleh keluarga para pasien dengan gangguan suasana hati dan lebih tinggi daripada yang terdapat pada para keluarga dari individu-individu normal. Dengan kata lain, hasil penelitian terhadap sanak saudara tidak menunjukkan hubungan genetik terhadap gangguan makan, tetapi menunjukkan hubungan genetik terhadap gangguan-gangguan suasana hati.

Penelitian tentang anak kembar dan sanak saudara tingkat pertama memperlihatkan hasilhasil yang tidak konsisten dan kita dihadapkan dengan masalah bagaimana menjelaskan inkonsistensi tersebut. Salah satu penjelasan yaitu bahwa diperlukan lebih dari satu gen untuk menimbulkan gangguan makan; dan apabila hanya ada satu gen saja, maka akan menimbulkan gangguan yang berbeda (Gershon, *et al.*, 1984). Misalnya, supaya terjadi gangguan makan, maka kedua gen A dan B harus ada, tetapi kalau hanya ada gen A saja atau B saja, maka akan menimbulkan gangguan lain (depresi). Dengan demikian, dapat dijelaskan apa yang menyebabkan anak kembar monozigot (MZ) mengalami gangguan makan; sedangkan para anggota keluarga yang hanya memiliki salah satu gen tidak menderita anorexia, melainkan gangguan suasana hati. Kemungkinan ini membutuhkan penelitian lebih lanjut.

Perawatan

Perawatan psikodinamik biasanya bergerak sekitar usaha untuk menghilangkan depresi dan memperbaiki *self-concept* karena faktor-faktor tersebut dilihat sebagai penyebab anorexia dan bulimia nervosa. Banyak penelitian kasus tipe perawatan ini telah dilaporkan, tetapi sampai sekarang tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa perawatan psikodinamik efektif (Bruch, 1973; Holmgren, *et al.*, 1984; Sohlberg, *et al.*, 1987).

Terapis juga telah menggunakan prinsip-prinsip belajar dan memberikan hadiah terhadap makan dan berat badan yang bertambah (Azerrad & Stafford, 1969; Geller, *et al.*, 1978; Halmi, *et al.*, 1975; Mizes & Lohr, 1983). Tetapi sayang,

penelitian di bidang ini tidak ada sehingga tidak bisa disimpulkan bahwa teknik ini benar-benar efektif.

Salah satu penelitian membandingkan terapi tingkah laku-kognitif, psikoterapi interpersonal, dan terapi tingkah laku untuk bulimia nervosa (Fairburn, *et al.*, 1995). Hasilnya memperlihatkan bahwa terapi behavioral-kognitif dan terapi interpersonal memperoleh hasil yang sama dan sangat efektif; sedangkan perawatan dengan terapi tingkah laku kurang efektif dibandingkan dengan dua teknik lainnya. Setelah 5½ tahun kemudian, Fairburn dan kawan-kawannya mengadakan penelitian susulan terhadap 90% dari pasien-pasien yang dirawat itu, dan melaporkan bahwa 50% dari pasien-pasien yang menjalani terapi tingkah laku-kognitif dan terapi interpersonal tidak lagi mengalami gangguan makan. Terapi tingkah laku hanya mencapai hasil setengah dari yang diperoleh dengan kedua teknik tersebut di atas. Hasil-hasil ini menunjukkan bahwa bulimia nervosa dapat berhasil dirawat.

Pendekatan fisiologis mengemukakan bahwa gangguan-gangguan makan disebabkan karena neurotransmitter (norepinefrin) berada dalam kadar yang rendah yang menyebabkan hipotalamus mengalami malfungsi. Karena itu, perawatan dilakukan dengan menggunakan obat-obat yang dapat menambah kadar neurotransmitter. Karena neurotransmitter rendah dalam anorexia, bulimia nervosa, dan depresi, maka perawatan terhadap anorexia dan bulimia nervosa dilakukan dengan menggunakan obat-obatan yang sama seperti yang digunakan untuk merawat depresi, yakni obat-obat antidepresan (misalnya desipramine, phenelzine, dan placebo).

Gangguan Makan yang Lain

Ada dua gangguan makan yang lain, yakni *pica* dan *ruminasi*, tetapi kedua gangguan ini jarang terjadi dan biasanya terjadi pada bayi atau anak yang masih kecil. Meskipun pola-pola simtomnya dikemukakan, tetapi penyebab-penyebabnya masih belum diketahui.

Pica

Simtom utama dari *pica* adalah selalu memakan bahan-bahan yang bukan makanan, seperti cat, plester, rambut, kain, pasir, binatang-binatang kecil, daun, batu kerikil, kotoran binatang. Alasan-alasannya masih belum diketahui. Anak lebih menyukai bahan-bahan yang bukan makanan sebagai pengganti makanannya. Pola simtom seperti ini dapat menyebabkan kehilangan berat badan, kekurangan gizi, keracunan, dan mengalami gangguan-gangguan usus.

Ruminasi (Rumination)

Istilah ini berasal dari bahasa Latin (*ruminare* yang berarti memamah biak; *ruminatio* yang berarti hal memamah biak) yang berarti "memamah kunyahan". Simtom utama dari gangguan ini adalah terus-menerus memuntahkan makanan. Pemuntahan tidak berarti muak, melainkan anak mengeluarkan sebagian dari makanan yang dicerna sampai di mulut dan kemudian menyemburnya keluar atau memamahnya lagi serta menelannya sama seperti seekor sapi memamah kunyahan-nya sendiri. Apa yang dilakukan itu rupanya memberi kepuasan dan kesenangan tersendiri pada anak. Gangguan ini dapat berbahaya karena bila makanan itu terus-menerus disemburkan keluar, maka anak akan menderita kekurangan gizi dan menghadapi risiko kematian.

GANGGUAN-GANGGUAN ELIMINASI

Gangguan ini terjadi bila anak tidak dapat mengendalikan tingkah laku yang seharusnya sudah dapat dikendalikan sesuai dengan tingkat usianya. Gangguan ini sangat mengganggu orang dewasa dan kawan-kawan sebayanya. Gangguan eliminasi yang akan dibahas di sini adalah *enuresis* dan *encopresis*.

Enuresis

Gangguan ini terjadi bila anak tanpa terkendali membuang urine (air kencing) pada pakaian atau tempat tidur di mana anak seharusnya dapat mengendalikan air kencingnya. Seorang individu dikatakan menderita enuresis apabila ia mengeluarkan air kencing secara tidak tepat sekurang-kurangnya dua kali sebulan sesudah usia 5 tahun atau sekurang-kurangnya sekali sebulan sesudah usia 6 tahun.

Penyelidikan-penyelidikan selama Perang Dunia II terhadap kelompok yang terdiri dari 1.000 anak yang dipilih menunjukkan 16% mengalami enuresis di atas usia 5 tahun, dan 2,5% mengalami enuresis sampai usia 18 tahun atau lebih. Kebanyakan enuresis terjadi di kalangan laki-laki daripada perempuan. Selanjutnya, penelitian menunjukkan bahwa enuresis itu sudah mulai berkurang pada anak-anak yang lebih tua. Enuresis itu terjadi kurang dari 2% untuk anak-anak yang berusia 12-14 tahun. Di lain pihak, ada juga perbedaan dalam jenis kelamin, di mana baik anak laki-laki maupun perempuan sama-sama mengalami enuresis sampai usia 5 tahun, tetapi pada usia 7 tahun anak laki-laki mengalami enuresis 2 kali lebih banyak dibandingkan dengan anak perempuan (Kendal & Hammen, 1998:485).

Encopresis

Gangguan encopresis terjadi bila anak dengan tak terkendali mengeluarkan atau membuang feces (tinja) pada tempat-tempat yang tidak tepat, misalnya pada pakaian atau lantai. Untuk dapat didiagnosis sebagai penderita encopresis, anak sekurang-kurangnya harus sudah berusia 4 tahun karena pembiasaan kebersihan (*toilet training*) harus selesai pada usia tersebut. Untuk mendapat kepastian bahwa simtom encopresis bukan hanya suatu peristiwa yang terjadi secara kebetulan, maka buang air besar secara tidak tepat itu sekurang-kurangnya terjadi sekali sebulan selama jangka waktu 6 bulan (Holmes, 1991:371). Dari penelitian dilaporkan bahwa kira-kira 2–3% anak-anak yang berusia 2–3 tahun mengalami encopresis, dan gangguan ini dalam usia tersebut lebih banyak dialami oleh anak laki-laki daripada anak perempuan dengan perbandingan 3:1 (Holmes, 1991:371).

Baik enuresis maupun encopresis harus dipikirkan sebagai hal-hal psikologis, dan dengan demikian, dalam usaha untuk mendiagnosis, faktor gangguan-gangguan fisik seperti infeksi-infeksi harus disingkirkan. Di sini, kita memusatkan perhatian pada enuresis karena selain enuresis lebih dikenal, enuresis juga merupakan gangguan yang lebih luas dibandingkan dengan encopresis. Selain itu, encopresis juga belum diteliti secara luas.

Ada 2 macam enuresis, yakni enuresis primer — di mana individu belum mengalami masa kering lebih dari satu tahun — dan enuresis sekunder — di mana individu sudah kering sekurang-kurangnya satu tahun dan kemudian mulai basah lagi. Dalam enuresis primer, individu tidak pernah mengontrol kencingnya. Sedangkan dalam enuresis sekunder, individu sanggup mengontrol, tetapi kemudian terjadi sesuatu yang merusak atau mengganggu kontrol itu. Enuresis lebih banyak terjadi daripada yang diduga oleh banyak orang. Diperkirakan bahwa enuresis terjadi 10–20% untuk anak yang berusia 5 tahun, 7% untuk anak yang berusia 7 tahun, dan sebanyak 2% untuk individu-individu di atas usia 14 tahun (Holmes, 1991:372). Karena begitu umum terjadi, maka dikemukakan bahwa enuresis pada usia 5 atau 6 tahun tidak lagi dianggap abnormal, dan dengan demikian sebutan gangguan pada usia tersebut ditolak dan baru disebut gangguan kalau terjadi pada usia 8 tahun.

Penyebab

Ada bermacam-macam penjelasan untuk mencari penyebab dari gangguan ini, dan di sini dikemukakan 3 penjelasan, yakni penjelasan psikodinamik, penjelasan teori belajar, dan penjelasan fisiologis.

Pendekatan Psikodinamik. Penyelidikan dari bermacam-macam kasus ditemukan bahwa faktor-faktor psikologis sangat berperan dalam proses terjadinya enuresis. Pada umumnya, enuresis merupakan akibat tegangan emosi yang eksekutif dan biasanya merupakan bagian dari sindrom yang serupa dengan menggigit kuku, mengisap jempol, dan luapan kemarahan. Tipe reaksi melingkar telah diamati, di mana enuresis menyebabkan perasaan malu atau bersalah, dan ini kemudian menambah kecemasan dan tegangan; dan dengan demikian, memacu enuresis lebih lanjut. Bermacam-macam tafsiran psikodinamik tentang enuresis telah diberikan, antara lain: (1) ungkapan khusus kecemasan umum, (2) pemindahan kepuasan yang sering berkaitan dengan khayalan-khayalan seksual atau masturbasi yang ditekan atau dilarang (Freud, 1905/1953); (3) ungkapan permusuhan terhadap orang tua atau sebagai pelepasan agresi yang disebabkan oleh *Oedipus complex* atau sebagai akibat dari agresi terhadap tahap perkembangan yang lebih awal dalam berhadapan dengan konflik (Fenichel, 1945; Mowrer, 1950), (4) usaha untuk tetap mempertahankan pola-pola tingkah laku untuk menarik perhatian yang tidak matang (tidak dewasa), dan (5) latihan kebiasaan yang tidak adekuat dengan sikap-sikap masa bodoh dan apatis pada pihak orang tua. Semua penjelasan ini tidak didukung oleh bukti-bukti empiris.

Teori-teori psikodinamik yang lebih umum mengemukakan bahwa stres menghambat proses belajar untuk mengontrol kandung kemih atau mengacaukan proses belajar yang telah terjadi (Holmes, 1991:372). Sebagai bukti terhadap peran dari stres, para ahli teori menunjukkan bahwa dalam banyak hal, anak-anak dengan enuresis memperlihatkan masalah-masalah lain dalam penyesuaian diri (Stehbens, 1970). Dengan kata lain, stres menyebabkan enuresis dan juga masalah-masalah yang lain. Atau juga ada kemungkinan bahwa masalah-masalah lain dalam penyesuaian diri yang terlihat dalam anak-anak dengan enuresis bukan merupakan tanda adanya stres pada umumnya, melainkan sebagai akibat dari enuresis. Kemungkinan ini didukung oleh adanya fakta bahwa apabila simptom-simptom enuresis itu dirawat atau dikurangi, masalah-masalah lain juga akan berkurang (Baker, 1969; Baller, 1975; Starfield, 1972). Sudah barang tentu bahwa stres berperan dalam banyak kasus enuresis, tetapi apakah itu sebagai penyebab atau akibat atau juga kedua-duanya belum dapat dipastikan.

Pendekatan Belajar. Penjelasan enuresis yang diterima secara luas adalah bahwa individu belum mempelajari respons menahan air kencing (Lovibond & Coote, 1969). Penjelasan ini diperkuat dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pemakaian prosedur-prosedur latihan di mana kontrol kandung kemih diajarkan sangat efektif dalam mengatasi enuresis pada banyak individu. Prosedur-prosedur

itu dan akibat-akibatnya akan dibicarakan secara lebih terperinci dalam uraian tentang perawatan.

Pendekatan Fisiologis. Ada sejumlah penjelasan fisiologis terhadap enuresis. *Pertama*, enuresis adalah gangguan yang disebabkan oleh terlambatnya atau tertundanya pematangan dalam perkembangan normal dari sistem neurologis yang mengontrol kandung kemih (Troup & Hodgson, 1971). Dengan kata lain, perkembangan neurologis yang dibutuhkan untuk mengontrol kandung kemih mungkin tertunda pada beberapa individu; dan dengan demikian, membuat mereka tidak dapat belajar mengontrol kandung kemihnya. Sejalan dengan hipotesis keterlambatan perkembangan ini adalah kesimpulan bahwa hampir semua individu mengatasi gangguan tersebut.

Penjelasan fisiologis yang *kedua* adalah tingkat tekanan kandung kemih yang diperlukan untuk mendorong atau merangsang urinasi adalah lebih rendah pada beberapa anak dibandingkan pada anak-anak lainnya (Starfield, 1967; Troup & Hodgson, 1971). Tekanan lebih rendah yang diperlukan untuk urinasi pada anak-anak yang mengalami gangguan enuresis mungkin tidak cukup untuk membangunkan mereka bila mereka tidur atau menyia-nyakan mereka bila mereka bangun, dengan akibat terjadinya urinasi yang tidak dapat dikontrol atau tidak terduga (Yates, 1975).

Penjelasan fisiologis *ketiga* adalah anak-anak yang mengalami gangguan enuresis tidur lebih nyenyak dibandingkan dengan anak-anak lainnya, dan tegangan kandung kemih mereka tidak cukup untuk membangunkan mereka sehingga mereka dapat pergi ke kamar kecil. Bukti terhadap perbedaan dalam pola-pola tidur antara anak-anak yang mengalami gangguan enuresis sangat bertentangan. Lagi pula, hipotesis tentang tidur nyenyak tidak bisa menjelaskan masalah-masalah yang menyangkut kontrol terhadap kandung kemih yang dialami oleh beberapa anak selama waktu bangun atau jaga (Gillin, *et al.*, 1982). Karena itu, penjelasan ini pada umumnya ditolak.

Mekanisme fisiologis yang tepat yang mendasari enuresis tidak jelas, tetapi ada bukti yang menghubungkan faktor-faktor genetik dengan enuresis. Sejumlah laporan menunjukkan bahwa antara 40–50% anak-anak yang mengalami enuresis berasal dari orang tua yang mengalami masalah yang sama (Holmes, 1991:372).

Karena kencing di tempat tidur dianggap aib, pihak orang tua mungkin tidak melaporkannya, dan dengan demikian hubungan-hubungan yang ditemukan itu bisa mengurangi makna dari penjelasan tersebut di atas. Selanjutnya, dalam salah satu penelitian tentang anak kembar terdapat suatu angka indeks sebesar 70,4% di kalangan anak laki-laki monozygot yang mengalami enuresis, tetapi hanya sebesar 30% di kalangan anak laki-laki dizygot. Angka masing-masing untuk anak perempuan sebesar 65,4% dan 43,8% (Bakwin, 1971).

Hipotesis-hipotesis terlambatnya pematangan dan rendahnya tekanan pada kandung kemih adalah penjelasan yang dapat diterima untuk enuresis primer, di mana individu tidak berhasil mengontrol kandung kemihnya, tetapi penjelasan tersebut akan menemui kesulitan kalau dipakai untuk menjelaskan enuresis sekunder, di mana kontrol sudah dicapai tetapi kemudian hilang (MacKieth, 1972). Tetapi, ada kemungkinan bahwa individu dengan enuresis sekunder memiliki mekanisme yang dibutuhkan untuk mengontrol kandung kemih, tetapi juga memiliki kecenderungan untuk mengacaukan mekanisme itu kalau berhadapan dengan stres. Dengan kata lain, sama seperti banyak gangguan lain yang telah dibicarakan, enuresis sekunder mungkin merupakan akibat dari kecenderungan biologis ditambah dengan faktor-faktor lingkungan seperti stres. Penjelasan hubungan antara kecenderungan biologis dan faktor-faktor lingkungan ini kelihatannya dapat dipakai untuk menjelaskan banyak data, tetapi masih bersifat spekulatif.

Perawatan

Pertama-tama perawatan harus ditujukan pada usaha untuk menghilangkan tegangan emosi yang mendasari kesulitan tersebut, dan bukan pada simtomnya sendiri. Untuk itu, mungkin diperlukan psikoterapi yang luas. Banyak terapis menyarankan agar perhatian jangan diarahkan pada kejadian enuresis itu sendiri. Tetapi, teknik pengontrolan mekanik atau perubahan-perubahan dalam menjaga kesehatan, seperti pembatasan minum pada petang hari dan membangunkan anak pada malam hari, mungkin berguna untuk memutuskan perputaran pola itu; jadi, memberikan kesempatan kepada anak untuk membangun kembali kepercayaan dirinya. Teknik-teknik tersebut harus digunakan dalam suasana kurangnya tekanan orang tua sehingga kegagalan tidak dirasakan anak sebagai ancaman baru.

Tetapi, belakangan dikembangkan suatu metode yang sangat populer untuk merawat enuresis yang dikenal dengan sebutan prosedur bel dan bantal (*bel-and-pad-procedure*). Dengan prosedur ini, bantal yang diberi kawat listrik ditempatkan di bawah seprei tempat tidur anak. Apabila anak itu kencing di tempat tidur, cairan itu akan menutup jalan setrom listrik (kontak) dalam bantal itu, yang segera membunyikan bel yang membangunkan sang anak, dan kemudian berhenti kencing di tempat tidur dan langsung pergi ke kamar kecil.

Tinjauan penelitian tentang teknik bel-dan-bantal mengemukakan bahwa teknik ini efektif kira-kira sebesar 75% dari kasus-kasus yang ditangani (Doleys, 1977). Masalahnya adalah bahwa di kalangan individu-individu yang pada mulanya dibantu dengan teknik ini, kira-kira sebesar 40% akan mengalami gangguan lagi. Akan tetapi, apabila prosedur perawatan tersebut dilakukan lagi kira-kira sebesar 30% dari individu-individu dapat mengontrol kandung kemihnya lagi.

Ada dua teori untuk menjelaskan efektivitas dari prosedur bel dan bantal ini. Pengondisian klasik mengemukakan bahwa tegangan kandung kemih diasosiasikan dengan bel, bangun, dan berhenti kencing; dengan demikian, pada akhirnya sang anak bangun dan tidak kencing bila terjadi tegangan kandung kemih. Pengondisian penghindaran operan mengemukakan bahwa karena dibangun dengan tiba-tiba oleh bel adalah sesuatu yang tidak menyenangkan dan sang anak belajar menghindari hal itu dengan berusaha untuk tidak kencing.

Bermacam-macam obat juga digunakan untuk merawat enuresis, dan obat-obat antidepresan (seperti imipramine, amitriptyline) dianggap efektif. Alasan obat-obat ini efektif tidak jelas. Akan tetapi, mungkin dapat dijelaskan bahwa obat-obatan tersebut menghambat refleksi urinasi. Beberapa pengkritik mengemukakan bahwa enuresis adalah simtom depresi dan obat-obatan tersebut efektif karena mereduksikan depresi. Akan tetapi, kelihatannya tidak demikian karena obat-obatan tersebut mengandung pengaruh langsung terhadap gangguan enuresis, dan obat-obatan tersebut membutuhkan jangka waktu selama berminggu-minggu untuk mereduksikan depresi (Graham, 1974).

GANGGUAN-GANGGUAN TIDUR

Tidur itu relatif peka terhadap setiap macam gangguan emosi yang mungkin dialami individu, dan gangguan-gangguan pada pola tidur, terutama pada anak-anak, merupakan petunjuk paling dini akan meningkatnya tegangan emosi. Meskipun kebiasaan-kebiasaan tidur sangat berbeda menurut individu masing-masing, tetapi gejala-gejala tidur tertentu dapat diketahui dengan jelas sebagai gangguan-gangguan. Gejala-gejala yang paling penting di antaranya ialah somnambulisme, mimpi buruk dan teror tidur (*nightmares* dan *night terrors*), narkolepsi, dan insomnia.

Somnambulisme

Meskipun somnambulisme itu mungkin terjadi sebagai reaksi simtom khusus, biasanya merupakan simtom dari gangguan neurotik disosiatif, tetapi berjalan dalam keadaan tidur sangat sering terjadi untuk pertama kali selama masa pubertas dan umumnya hilang setelah beberapa episode. Somnambulisme yang disebut juga *sleep-walking* adalah reaksi di mana individu berada dalam keadaan seperti mimpi mengembara atau berjalan-jalan serta melakukan kegiatan-kegiatan tertentu, tetapi tidak dapat mengingatnya lagi ketika ia sadar. Individu yang somnambulis keluar dari tempat tidur dengan mata setengah terbuka atau terbuka, tetapi tidak sadar

dan kelihatannya berusaha mencapai suatu tujuan tertentu. Ia menghindari setiap rintangan yang dapat melukainya, dan bahkan akan menjawab semua pertanyaan serta perintah yang diberikan kepadanya sementara ia tetap berada dalam keadaan tidur. Jika mendengar suara yang terlalu keras atau menyentuh benda-benda yang panas atau dingin, ia dapat terbangun, menjadi bingung, malu-malu dan kembali tidur di tempatnya semula.

Misalnya, sambil tidur ia mengemudikan mobil, memanjat pohon, memanjat genteng rumah, pergi ke kuburan, mandi di sungai sambil mengail, dan lain-lain. Sungguh pun pasien somnambulisme dapat bereaksi terhadap stimulus-stimulus di sekitarnya, tetapi ada kemungkinan bahwa ia akan mengalami suatu kecelakaan, misalnya ia mungkin melukai dirinya sendiri, ditabrak mobil, jatuh dari tempat yang tinggi, dan sebagainya. Somnambulisme ini bisa terjadi tiap-tiap malam atau secara tidak teratur.

Pasien somnambulisme itu digolongkan menjadi dua macam, yakni *monodeik* dan *polideik*. Pasien somnambulisme yang monodeik selalu melakukan tingkah laku somnambulistik yang berkaitan dengan hanya satu ide saja sehingga bentuk tingkah lakunya selalu sama. Sedangkan pasien somnambulisme yang polideik selalu diganggu oleh ide-ide yang berbeda-beda sehingga tingkah lakunya juga berbeda-beda pada waktu yang berlain-lainan.

Gambaran klinis yang berikut adalah esensial untuk diagnosis secara pasti terhadap somnambulisme: (1) Gejala yang utama adalah satu atau lebih episode bangun dari tempat tidur, biasanya pada sepertiga awal tidur malam, dan terus berjalan-jalan (kesadaran berubah); (2) Selama satu episode, individu menunjukkan wajah bengong (*blank, staring face*), relatif tidak memberi respons terhadap upaya orang lain untuk mempengaruhi keadaan atau untuk berkomunikasi dengan penderita, dan hanya dapat disadarkan atau dibangunkan dari tidurnya dengan susah payah; (3) Ketika sadar atau bangun (setelah satu episode atau besok paginya), individu tidak ingat apa yang terjadi; (4) Dalam kurun waktu beberapa menit setelah bangun dari episode tersebut, tidak ada gangguan aktivitas mental, walaupun dapat dimulai dengan sedikit bingung dan disorientasi dalam waktu singkat; serta (5) Tidak ada bukti adanya gangguan mental organik.

Pada umumnya, dinamika somnambulisme itu dapat digolongkan sebagai berikut: (1) Melarikan diri secara simbolis dari situasi yang menimbulkan konflik. Misalnya, somnambulisme pada anak-anak remaja kerap kali berhubungan dengan konflik-konflik seksual dan konflik-konflik lain yang ada dalam periode itu; (2) Sebagai usaha untuk melarikan diri dari bahaya yang mengancam. Somnambulisme ini biasa terjadi pada orang dewasa yang telah mengalami kejadian-kejadian yang traumatis, atau yang membayangkan akan munculnya suatu bahaya; dan (3) Sebagai

usaha sewaktu tidur untuk melaksanakan keinginan-keinginan yang secara efektif dapat ditekan dari alam kesadaran ketika dalam keadaan bangun. Misalnya, seorang anak yang sudah lama tidak memiliki hubungan baik dengan ibunya. Anak itu mempunyai keinginan yang besar sekali untuk mengembalikan hubungan kasih dengan ibunya, tetapi dalam keadaan sadar ia menolak (menekan) keinginan itu. Pada suatu malam anak itu bertengkar dengan ibunya dan kemudian tidur di tempat tidurnya. Kemudian dalam keadaan tidur ia keluar dari tempat tidurnya dan mencium ibunya lalu pergi tidur lagi di tempat tidurnya semula.

Penyebab

Pada umumnya, penyebab-penyebab somnambulisme itu, antara lain: (1) Adanya pengalaman berupa shock emosional yang belum terselesaikan dan yang mengakibatkan munculnya disosiasi. Secara dramatis, pengalaman (pengalaman-pengalaman) tersebut diulangi kembali pada waktu orang yang bersangkutan tidur; (2) Usaha untuk secara simbolis memecahkan situasi konflik yang sering kali berhubungan dengan khayalan seksual dan masturbasi; (3) Usaha dalam keadaan tidur untuk memerankan isi dari mimpi-mimpi; dan (4) Pada waktu tidur biasanya si penderita somnambulis didominasi oleh satu ide, yang kemudian tidak disadarinya lagi pada waktu ia bangun. Hampir seluruh penderita somnambulis itu menunjukkan simtom-simtom kecemasan, kerisauan, kelelahan, dan ketidakstabilan emosi.

Perawatan

Psikoterapi yang intensif merupakan perawatan pilihan, khususnya dalam kasus-kasus di mana gangguan-gangguan emosi yang berat mendasari gangguan tidur. Dalam kasus-kasus somnambulisme yang berat, usaha-usaha psikoterapi sering terhambat apabila reaksi-reaksi neurotik (kecemasan, hipokondria, dan sebagainya) muncul sehingga menyebabkan individu berjalan dalam keadaan tidur.

Mimpi Buruk dan Teror Tidur (*Nightmares dan Night Terrors*)

Meskipun serupa, tetapi kedua gangguan tidur itu tidak identik. Untuk membedakan mimpi buruk (*nightmares*) dari teror tidur (*night terrors*), maka perlu diperhatikan gambaran klinis yang khas untuk masing-masing gangguan tersebut.

Gambaran klinis yang berikut adalah esensial untuk diagnosis secara pasti terhadap mimpi buruk, yaitu: (1) Terbangun dari tidur malam atau tidur siang berkaitan dengan mimpi yang menakutkan yang dapat diingat kembali secara terperinci dan jelas (*vivid*), biasanya perihal ancaman kelangsungan hidup,

keamanan atau harga diri; terbangunnya dapat terjadi kapan saja selama periode tidur, tetapi yang khas adalah pada paro kedua masa tidur. Setelah mimpi buruk itu, anak itu kemudian menceritakan mimpinya dan biasanya tidur kembali setelah ditenangkan oleh orang tuanya; (2) Setelah terbangun dari mimpi yang menakutkan, individu segera sadar dan mampu mengenali lingkungannya; (3) Pengalaman mimpi itu dan akibat dari tidur yang terganggu, menyebabkan penderitaan yang cukup berat bagi individu.

Teror tidur (*night terrors*) adalah keadaan menakutkan yang muncul selama tidur, disertai dengan teriakan, keluarnya keringat, memukul-mukul, menangis, atau bahkan halusinasi. Teror tidur dan somnambulisme sangat berhubungan erat, keduanya mempunyai karakteristik klinis dan patofisiologis yang sama. Individu jarang sadar secara spontan dan bahkan ketika setengah sadar ia tidak mengenal keadaan di sekitarnya dan tidak dapat ditenangkan selama serangan itu masih berlangsung. Gambaran klinisnya dapat diutarakan sebagai berikut: (1) Gejala utamanya, yaitu satu atau lebih episode bangun dari tidur, mulai dengan berteriak karena panik, disertai *anxietas* (kecemasan) yang hebat, seluruh tubuh bergetar, dan hiperaktivitas otonomik seperti jantung berdebar-debar, napas cepat, pupil melebar, dan berkeringat; (2) Episode ini dapat berulang dan lamanya setiap episode berkisar 1–10 menit, dan biasanya terjadi pada sepertiga awal tidur malam; (3) Relatif tidak bereaksi terhadap berbagai upaya orang lain untuk mempengaruhi keadaan teror tidurnya, dan kemudian dalam beberapa menit setelah bangun biasanya terjadi disorientasi dan gerakan-gerakan yang berulang; (4) Ingatan terhadap kejadian, walaupun ada, sangat minimal (biasanya terbatas pada satu atau dua bayangan-bayangan yang terpilah-pilah); dan (5) Tidak ada bukti gangguan mental organik.

Penyebab

Kedua macam gangguan tidur tersebut biasanya berkaitan dengan pengalaman-pengalaman yang menimbulkan tegangan dalam pola hidup atau kegiatan individu sehari-hari. Mungkin kedua macam gangguan tidur itu terjadi secara tidak teratur sebagai respons terhadap peristiwa tertentu yang mengganggu atau mungkin juga terjadi berulang-ulang dan rupanya berputar sekitar keadaan konflik atau keadaan emosi tertentu.

Perawatan

Beberapa ahli klinik berpendapat bahwa penyebab utama mimpi yang mengerikan adalah hipoglisemia (*hypoglycemia*) — kadar gula yang rendah dalam darah — dan melaporkan keberhasilan dalam perawatannya dengan menambah karbohidrat pada makan malam atau sebelum pergi tidur.

Narkolepsi

Mengantuk pada siang hari (pada jam-jam jaga) yang sering menyebabkan tidur selama beberapa menit atau bahkan berjam-jam, yang tidak dapat dijelaskan sebagai akibat dari kurang tidur pada malam hari disebut *narkolepsi* (*narco* = mati rasa; *lepsi/lepsy* = serangan). Serangan mengantuk itu datangnya tiba-tiba dan tak ter-tahankan sehingga orang tertidur (Huffman, *et al.*, 1997). Penderita cenderung untuk senyum-senyum dan berkata-kata selagi tidur.

Penyebab

Apa yang menyebabkan narkolepsi sampai sekarang belum diketahui (Spielman and Herrera, 1991). Tetapi, para peneliti di Stanford University's Sleep Disorders telah memelihara dan mengadakan percobaan dengan sejumlah anjing yang menderita gangguan narkolepsi. Dari hasil penelitian itu, mereka mengemukakan bahwa gangguan tersebut disebabkan oleh faktor genetik. Kemudian, diadakan juga penelitian terhadap anjing-anjing yang dipelihara secara khusus ini dan sebagai hasil dari penelitian itu dikemukakan bahwa gangguan tersebut disebabkan oleh degenerasi neuron-neuron (sel-sel saraf yang berfungsi untuk mengirim informasi ke seluruh tubuh) pada daerah-daerah tertentu di otak (Siegel, *et al.*, 1995). Per-soalannya adalah apakah narkolepsi pada manusia disebabkan oleh degenerasi yang sama seperti yang terdapat pada anjing-anjing itu? Hal ini merupakan suatu masalah dan sekaligus merupakan tantangan untuk penelitian selanjutnya.

Teori psikodinamik mengemukakan bahwa gangguan tersebut disebabkan oleh ketidakmampuan psikologis individu untuk menyesuaikan diri. Ini mungkin secara tak sadar digunakan individu sebagai sarana untuk melarikan diri dari pertentangan-pertentangan hidup yang tidak menyenangkan. Narkolepsi ini juga terjadi pada anak-anak di mana lingkungan rumahnya tidak memberikan stimulasi, dengan demikian narkolepsi merupakan ungkapan kebosanan yang ekstrem. Akhirnya, narkolepsi terlihat juga pada anak-anak dengan inteligensi di bawah normal yang tidak memiliki kapasitas untuk menemukan hal-hal yang menarik di lingkungan mereka.

Perawatan

Bilamana terdapat pola narkolepsi yang terus bertahan pada orang dewasa atau mengantuk di tengah-tengah kegiatan yang sedang berjalan, suatu masalah emosi yang berat mungkin mendasari gangguan tidur itu, dan ini biasanya memerlukan psikoterapi yang luas. Di samping itu, dapat digunakan obat-obat stimulan dan antidepresan untuk mengurangi gangguan tersebut. Akan tetapi, perlu dikemukakan

karena penyebabnya belum diketahui dengan jelas, maka perawatan atau pengobatannya secara efektif belum juga diketahui sampai sekarang.

Insomnia dan Apnea Tidur (*Sleep Apnea*)

Gangguan tidur yang umum terjadi adalah insomnia. Insomnia adalah gangguan tidur di mana seseorang secara terus-menerus mengalami kesulitan tidur atau bangun terlalu cepat. Ini mungkin muncul secara sporadis saja sebagai reaksi terhadap perasaan yang meluap-luap atau gangguan emosional, atau mungkin terjadi sebagai ciri khas pola tidur individu yang relatif tetap. Insomnia kadang-kadang juga berhubungan dengan kondisi-kondisi fisik, seperti kelelahan yang hebat, perubahan perlengkapan-perengkapan tidur, perubahan-perubahan makanan utama sehari-hari, dan juga pemakaian obat perangsang yang berlebihan. Kadang kala obat-obatan yang ditetapkan untuk penyakit lain dipakai oleh individu sehingga mengakibatkan tidak bisa tidur. Insomnia sering kali dilihat sebagai simtom orang dewasa, tetapi ditemukan juga pada anak-anak; dan apabila tetap berlangsung, maka harus dilihat sebagai gangguan emosi yang berat. Gangguan tidur yang kadang terjadi pada anak-anak boleh dianggap sebagai reaksi terhadap kesulitan dan tekanan hidup yang rutin.

Suatu gangguan tidur yang berat dan lebih sulit ditangani adalah apnea tidur (*sleep apnea*), yakni pernapasan berhenti untuk sementara. Hal inilah yang menyebabkan orang tidur mendengkur dan merupakan salah satu penyebab sindrom kematian bayi yang terjadi secara tiba-tiba (*sudden infant death syndrome*, yang disingkat dengan sebutan *SIDS*) atau "crib death" (Carlson, 1992; Guilleminault, 1979; Harper, 1983). Apnea tidur terjadi karena saluran pernapasan tersumbat atau otak berhenti mengirimkan sinyal-sinyal kepada diafragma (sekat rongga badan antara dada dan perut) yang menyebabkan pernapasan berhenti. Gangguan saluran pernapasan ini kadang-kadang berkaitan juga dengan obesitas; dengan demikian, apnea tidur bisa disembuhkan dengan melakukan diet (Huffman, *et al.*, 1997).

Penyebab

Faktor-faktor psikologis yang menyebabkan insomnia adalah kegelisahan, ketakutan, perasaan bersalah, dan perasaan cemas atau stres sebagai antisipasi terhadap peristiwa-peristiwa yang akan datang. Insomnia dapat terjadi sebagai reaksi simtom yang sederhana atau mungkin berkaitan dengan kondisi-kondisi psikiatrik lain, seperti reaksi kecemasan (kecemasan neurosis), depresi, dan mania. Dalam hal-hal seperti itu kekuatan insomnia akan berhubungan dengan gangguan emosi yang berat. Perkembangan simptomatik insomnia rupanya berhubungan dengan ciri-ciri

khas kepribadian, dan tipe-tipe konflik. Coleman dalam meringkas serangkaian penyelidikan, menyatakan bahwa insomnia sering kali berkaitan dengan suara hati yang kaku, dan kecenderungan-kecenderungan ke arah depresi dan hukuman terhadap diri sendiri. Ia mengidentifikasikan konflik antara keinginan dan larangan-larangan moral sebagai hal yang menyebabkan insomnia yang merupakan akibat dari perasaan bersalah dan takut akan dihukum (Coleman, 1976).

Perawatan

Simtom insomnia dapat dikurangi dengan berbagai macam obat. Tetapi, masalahnya ada dua: Apabila penyebab yang mendasarinya tetap ada dan obat harus digunakan dalam jangka waktu yang lama, maka dosisnya harus ditambah; di samping itu, menggunakan pil tidur akan menjadi kebiasaan dan minum obat menjadi kondisi yang diperlukan supaya dapat tidur. Dengan demikian, akan terjadi ketergantungan psikologis dan fisik (Roth dan Zorick, 1983; Spielman dan Hererra, 1991). Dari sudut pandang kesehatan mental, penyebab psikodinamik yang mendasari insomnia harus diketahui dan perawatannya harus diarahkan untuk menghilangkan atau menguranginya. Sering kali usaha psikoterapi (tanpa diarahkan semata-mata pada simtom) sangat berguna untuk menghilangkan insomnia. Selain apa yang dikemukakan di atas, individu yang mengalami gangguan tersebut harus berusaha juga sebelum tidur pada malam hari berada dalam keadaan santai dan jangan mengamati jam atau menantikan saat tidur dengan gelisah (Huffman, *et al.*, 1997).

Apabila seseorang menemukan orang yang tidur mendengkur dengan keras, maka ia mungkin mengalami apnea tidur dan harus dianjurkan untuk mendapat pengobatan medis karena kalau dibiarkan tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan jantung (Huffman, *et al.*, 1997). Tetapi, pemakaian obat-obatan tersebut harus berada di bawah pengawasan dokter, karena obat-obatan tersebut sama seperti obat-obat depresan lainnya yang bisa menimbulkan bahaya karena menekan refleksi-refleksi normal yang berfungsi membangunkan orang tidur bila pernapasan-nya berhenti (Kalat, 1996).

Bayi yang dinyatakan oleh dokter sebagai penderita yang berisiko mengalami SIDS dapat diawasi dengan menggunakan elektroda-elektroda yang dipasang pada dada bayi tersebut dan dihubungkan dengan alarm yang dipasang di samping tempat tidur bayi, dan alarm itu akan berbunyi bila pernapasan bayi melemah (Naeye, 1980). Para ahli juga mengemukakan bahwa risiko SIDS dapat dikurangi dengan menempatkan bayi itu pada posisi terlentang pada waktu tidur (Willinger, *et al.*, 1994).

GANGGUAN-GANGGUAN KECEMASAN MASA KANAK-KANAK

Gangguan kecemasan pada masa kanak-kanak meliputi gangguan rasa cemas akan perpisahan (*separation anxiety disorder*), gangguan untuk menghindari (*avoidant disorder*), dan gangguan kecemasan yang berlebihan (*overanxious disorder*).

Gangguan Kecemasan Perpisahan

Seperti terkandung dalam sebutan itu sendiri, gangguan kecemasan perpisahan adalah kecemasan dan kekhawatiran yang tidak realistis pada anak tentang apa yang akan terjadi bila ia berpisah dengan orang-orang yang berperan penting dalam hidupnya, misalnya orang tua. Ketakutan itu mungkin berpusat pada apa yang mungkin terjadi dengan individu yang berpisah dengan anak itu (misalnya orang tua akan meninggal, atau tidak kembali karena suatu alasan lain) atau apa yang terjadi dengan anak itu bila terjadi perpisahan (ia akan hilang, diculik, disakiti, atau dibunuh). Karena alasan tersebut, anak itu enggan untuk dipisahkan dari orang lain, dan mungkin karena itulah ia tidak mau tidur sendirian tanpa ditemani atau didampingi oleh tokoh kesayangannya atau tidak mampu meninggalkan rumah tanpa disertai oleh orang lain. Dalam beberapa kasus, anak mungkin mengeluh terhadap simptom-simtom fisik (misalnya rasa mual, sakit kepala, sakit perut, muntah-muntah, dsb.) atau tidak mau pergi ke sekolah semata-mata karena takut akan terjadinya perpisahan bukan karena alasan lain, seperti kekhawatiran akan peristiwa-peristiwa di sekolah.

Selain masalah itu, gangguan rasa cemas akan perpisahan dapat mengganggu dan memperlambat perkembangan sosial anak karena ia tidak mengembangkan independensi atau belajar bergaul dengan teman-teman sebayanya. Selanjutnya, bila anak itu dipisahkan (ditinggalkan), ia tidak dapat berfungsi dengan baik karena ia tercekam oleh rasa takut terhadap apa yang akan terjadi dengan dirinya atau terhadap orang-orang yang berpisah dengannya. Meskipun ia berada bersama dengan orang-orang yang penting bagi dirinya, tetapi fungsi anak itu bisa terganggu karena adanya kecemasan antisipatori terhadap kemungkinan terjadinya perpisahan. Karena merasa sedih yang berlebihan, maka anak itu akan menangis, mengadap, merana, apatis, atau mengundurkan diri secara sosial pada saat sebelum atau sesudah berlangsungnya perpisahan dengan tokoh yang penting atau akrab dengannya.

Gangguan Menghindar (*Avoidant Disorder*)

Simtom utama dari gangguan ini adalah enggan berhubungan dengan orang-orang yang tidak dikenal yang mengganggu fungsi sosial anak itu dengan kawan-kawan sebayanya. Karena kecemasan tersebut, maka anak akan menarik diri, malu, takut, sulit berbicara atau malahan membisu terhadap kehadiran orang-orang yang tidak dikenal. Untuk mendapatkan diagnosis, simtom-simtomnya harus berat dan berlangsung dalam jangka waktu sekurang-kurangnya 6 bulan. Orang harus berhati-hati supaya tidak menyamakan gangguan ini dengan rasa malu yang hanya berlangsung dalam jangka waktu yang singkat karena rasa malu seperti ini adalah normal bagi anak-anak. Karena gangguan ini baru diidentifikasi pada waktu belakangan ini, maka orang belum mengetahui dengan baik gangguan ini.

Gangguan Kecemasan yang Berlebihan

Ciri utama dari gangguan ini adalah kekhawatiran atau kecemasan yang terus-menerus dan berlangsung lama (sekurang-kurangnya selama jangka waktu 6 bulan) terhadap peristiwa-peristiwa pada masa yang akan datang (misalnya ujian, bahaya, peristiwa sosial), tingkah laku-tingkah laku pada masa lampau, dan kemampuan (sosial, akademis, dan atletik). Kecemasan yang berlangsung lama itu mengakibatkan simtom-simtom somatik yang dasar fisiknya tidak dapat ditemukan, dan juga menyebabkan individu terlalu memikirkan atau memprihatinkan dirinya sendiri, serta tidak mampu untuk bersikap relaks. Kecemasan terhadap kemampuan dan prestasi dapat menyebabkan anak menjadi perfeksionistik dan obsesif, tendensi-tendensi yang dapat mengganggu performansi aktual dan perkembangan sosial anak.

Penyebab

Penjelasan tentang gangguan kecemasan pada masa kanak-kanak adalah sama dengan penjelasan tentang gangguan kecemasan pada masa dewasa. Pendekatan psikodinamik mengemukakan bahwa kecemasan tersebut disebabkan oleh konflik-konflik yang belum selesai, dan pendekatan belajar mengemukakan bahwa kecemasan adalah respons yang dikondisikan secara klasik, sedangkan menurut pendekatan kognitif kecemasan itu terjadi karena distorsi-distorsi kognitif dan kepercayaan-kepercayaan yang salah. Pendekatan fisiologis mengemukakan bahwa proses-proses fisiologis adalah penting, dan dengan demikian, kecemasan yang terjadi pada anak-anak disebabkan oleh masalah-masalah yang menyangkut transmisi sinaptik. Karena proses-proses tersebut akan dibicarakan secara terperinci

pada uraian tentang neurosis (psikoneurosis) pada bagian selanjutnya (lihat Bab 12), maka di sini tidak dibicarakan mengenai proses-proses tersebut. Di sini hanya perlu dikemukakan bahwa konsistensi penjelasan-penjelasan untuk anak-anak dan orang dewasa semakin memperkuat kemungkinan bahwa kita menangani gangguan-gangguan yang sama yang terdapat pada anak-anak dan orang dewasa serta perbedaan-perbedaan yang berdasarkan usia tidak penting dan mungkin menyesatkan.

Perawatan

Proses-proses yang mendasari gangguan kecemasan adalah sama dengan yang terdapat pada orang dewasa, tetapi pendekatan terapi yang digunakan untuk anak-anak adalah berbeda atau juga pendekatan-pendekatan perawatan yang digunakan untuk orang dewasa dimodifikasi karena ada perbedaan mengenai abilitas kognitif atau verbal antara anak-anak dan orang dewasa. Misalnya, terapis tidak duduk dan berbicara dengan anak untuk membicarakan masalah-masalah yang dihadapi anak, melainkan terapis mungkin lebih baik menggunakan terapi bermain di mana anak memerankan beberapa masalah atau hal-hal yang belum mampu diungkapkannya secara verbal. Penelitian mengenai efektivitas psikoterapi untuk kecemasan masa kanak-kanak lebih jarang dilakukan dibandingkan untuk kecemasan masa dewasa, tetapi hanya dikemukakan bahwa psikoterapi dapat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pada anak-anak (Casey & Berman, 1985). Penelitian yang kurang terkontrol dilakukan terhadap akibat dari obat-obatan untuk kecemasan masa kanak-kanak (Gittelman & Kanner, 1986). Ada beberapa penelitian yang dilakukan terhadap akibat dari obat-obat antidepresan yang mengurangi kecemasan, dan penelitian tersebut tidak memberikan hasil yang konsisten (dan tidak dapat dijelaskan).

GANGGUAN-GANGGUAN KEBIASAAN

Di bawah judul ini dibicarakan gangguan-gangguan, seperti *tics*, mengisap jempol, menggigit kuku, dan menjilat bibir.

Tics

Tics adalah gerakan-gerakan pengejangan yang habitual dari satu kelompok kecil otot tertentu. Misalnya, mengerut-ngerutkan cuping hidung, menggerak-gerakkan kepala, mengedip-ngedipkan mata, menggigit-gigit bibir bagian atas, mengerut-ngerutkan dahi, menggerak-gerakkan pipi, dan lain-lain. Tics paling sering terjadi

pada anak-anak Sekolah Dasar, lebih sering terlihat pada anak laki-laki daripada anak perempuan, dan lebih banyak terjadi pada anak-anak yang cerdas daripada yang bodoh.

Hal-hal yang sangat khas pada tingkah laku tics, yaitu bahwa tics merupakan kegiatan yang disadari dan berlangsung pada waktu orang sadar atau orang tidak tidur (berjaga); ada kecenderungan yang kuat untuk melakukan kebiasaan tersebut dan individu menghayati kenikmatan pada saat ia melakukannya (ia mengalami kelegaan dan kepuasan); jika terganggu, kuantitas dan gradasi perbuatan tics itu akan berkurang.

Penyebab

Tics hampir selalu merupakan manifestasi simbolis dari suatu guncangan emosional khusus yang kronis bagi individu. Tics itu disebabkan oleh bermacam-macam hal, yaitu: (1) Individu mengalami pengalaman yang menakutkan dan menimbulkan kepanikan serta terjadi trauma mental dan shock emosional. Individu berusaha mengurangi dan menghilangkan pengalaman yang menyakitkan tersebut dengan melakukan tics; (2) Pola kebiasaan tics itu disebabkan oleh karena individu secara terus-menerus mengulangi tingkah laku tertentu sebagai akibat dari beberapa gangguan organik atau stimulus lingkungan tertentu; (3) Ide-ide tertentu ditiru oleh individu dan kebiasaan untuk meniru tersebut menjadi kuat dan mendominasi satu kelompok otot dan saraf; (4) Perbuatan tics itu menjadi simtom dari ketidakstabilan emosi; (5) Tics disebabkan oleh karena terhalangnya kemauan-kemauan yang kuat (Adler); (6) Beberapa simtom tics disebabkan oleh kebiasaan-kebiasaan yang salah dan refleksi-refleksi persyaratan (*conditioning reflexes*) yang salah pula; (7) Tics merupakan akibat dari penekanan (represi) keinginan-keinginan yang sangat kuat; dan (8) Tics merupakan akibat dari dorongan seksual atau permusuhan.

Perawatan

Tics dapat ditangani dengan baik melalui psikoterapi yang diarahkan pada masalah psikologis yang mendasar. Tics yang terjadi sebagai simtom reaksi neurotik kompulsif atau konversi mungkin begitu kuat sampai bisa melumpuhkan penderita. Dalam kondisi seperti ini, program terapi harus lebih banyak didasarkan pada faktor-faktor patologik.

Mengisap Jempol, Menggigit Kuku, dan Menjilat Bibir

Tahun-tahun awal masa kanak-kanak menunjukkan gangguan-gangguan oral yang banyak terjadi, misalnya mengisap jempol, menggigit kuku, dan menjilat bibir.

Menggigit kuku sebagai simtom tegangan emosi cenderung terus bertahan sepanjang usia remaja.

Penyebab

Semua gangguan tersebut dianggap sebagai pola-pola tidak matang yang mencerminkan kebutuhan-kebutuhan yang ada hubungannya dengan mulut. Mengisap jempol mungkin suatu respons terhadap penyapihan yang terlalu dini atau tiba-tiba, terhadap perasaan terlantar dalam situasi pemberian makan, atau perasaan terancam atau ditolak. Menggigit kuku ditafsirkan sebagai ungkapan berbagai masalah emosi; salah satu yang paling umum ialah membalikkan kepada diri sendiri perasaan bermusuhan terhadap orang lain yang tidak dapat diungkapkan secara langsung. Ini sering disebabkan oleh keinginan untuk melawan tokoh-tokoh penguasa yang kejam, tetapi juga dapat terjadi sebagai sarana untuk melepaskan tegangan dalam menghadapi situasi-situasi yang menekan dan mengancam. Salah satu sumber stres yang penting dan menyebabkan munculnya kebiasaan ini ialah tegangan yang muncul dari kebutuhan-kebutuhan seksual yang ditekan, khususnya selama masa remaja. Beberapa penulis psikoanalisis menganggapnya sebagai substitusi terhadap masturbasi. Terus-menerus menjilat bibir mungkin juga disebabkan karena dehidrasi, jika tidak, individu mungkin tetap berbuat sedemikian rupa sehingga ia dapat memperoleh kepuasan yang mengatasi kebutuhan organik.

Perawatan

Pada umumnya, orang berpendapat bahwa serangan langsung terhadap simtom-simtom itu dengan menggunakan pengekan mekanik, dengan cara-cara yang pahit, omelan atau ocehan orang tua tidak diinginkan karena cara-cara tersebut akan meningkatkan tegangan. Cara-cara itu tidak akan berhasil bahkan akan menemukan ungkapannya dalam bentuk simtom-simtom lain. Meskipun kondisi-kondisi yang menimbulkan simtom-simtom tersebut tidak membutuhkan psikoterapi, tetapi kiranya berguna juga kalau dipakai salah satu bentuk konseling.

Masturbasi (Onani) Ekseisif

Masturbasi atau onani (masturbasi, autoerotisme, narcisisme = Narcissus, yakni seorang pemuda Yunani yang sombong dan menolak cinta dewi sehingga dihukum jatuh cinta dengan bayangannya sendiri dalam air) merupakan aktivitas penodaan diri dengan menyalahgunakan seks dalam bentuk: merangsang alat kelamin sendiri secara manual (dengan tangan) atau secara digital (dengan jari) atau dengan cara lainnya. Jadi dengan masturbasi, orang memanipulasi alat kelaminnya sedemikian

rupa sehingga ia mendapat kepuasan seksual atau orgasme yang sebenarnya merupakan kepuasan semu.

Gejala masturbasi pada masa kanak-kanak dan orang dewasa merupakan gejala yang abnormal. Tetapi, gejala masturbasi pada usia pubertas banyak sekali terjadi. Hal ini disebabkan oleh kematangan seksual yang memuncak dan tidak mendapat penyaluran yang wajar, lalu ditambah dengan rangsangan-rangsangan ekstern (berupa buku-buku dan gambar porno, *blue film*, meniru teman-temannya, dan lain-lain).

Persentase total dari anak-anak remaja yang melakukan masturbasi sangat tinggi sehingga masturbasi pada masa remaja itu merupakan masalah umum dan dapat dianggap sebagai gejala yang normal. Sebab masturbasi merupakan jalan pemuasan terhadap kebutuhan seksual yang alamiah, yakni kebutuhan yang berdasarkan pertimbangan psikologis, biologis, sosial, moral tidak bisa dipuaskan secara wajar (tidak dapat melakukan persetubuhan) kecuali dengan jalan masturbasi. Karena itu, masturbasi dianggap sebagai ventil darurat yang diberikan alam kepada diri anak remaja untuk mengurangi atau menghilangkan tegangan-tegangan biologis dan psikis. Menurut laporan Kinsey, sekitar 90% anak laki-laki dan 60% anak perempuan telah melakukan masturbasi pada suatu masa dalam hidup mereka. Hal ini bisa diterangkan karena masturbasi di kalangan anak-anak perempuan atau gadis (yang disebut rancap) umumnya mudah disalurkan secara psikis dalam bentuk fantasi, kegelisahan, konflik batin, dan mimpi.

Tetapi, perlu diketahui bahwa masturbasi yang eksekif pada anak remaja, yang ditimbuni oleh konflik-konflik psikis dan menjadi kronis, akan menjadi masalah kompleks yang bersifat patologik. Pada usia remaja, masturbasi pada dirinya bukan merupakan suatu penyakit, tetapi jika masturbasi itu sudah bersifat patologik, pasti akan memanifestasikan bentuk gangguan psikis yang serius yang sumbernya bersarang dalam ketidaksadaran.

Melakukan masturbasi yang terlampau ekstrem dan eksekif akan menyerap banyak energi, sangat melelahkan, bahkan bisa menjurus kepada neurosis masturbasi yang serius dan sering memberikan akibat imoral atau akibat fatal pada saat usia dewasa. Terutama sekali jika penderitanya dihindangi oleh banyak konflik batin yang parah. Pada penderita skizofrenik, masturbasi biasanya dilakukan secara berlebihan.

Sekalipun melakukan masturbasi itu tidak mengakibatkan hasil yang bersifat patologik, tetapi pelampiasan masturbasi tanpa terkendali berakibat buruk terhadap pembentukan watak seseorang. Karena pemuasan nafsu seksual yang terlalu mudah dan terlalu murah mengakibatkan daya tahan psikis individu menjadi semakin lemah. Melakukan masturbasi terlalu banyak dan intensif pada usia mana pun

juga merupakan simtom kondisi psikis yang abnormal. Juga bisa dianggap sebagai nafsu ketagihan yang kronis atau patologik yang bisa disamakan dengan nafsu ketagihan pada morfin dan alkohol.

Penyebab

Secara lebih khusus dapat dikatakan bahwa masturbasi ekksesif mungkin dilihat sebagai reaksi terhadap perasaan-perasaan tidak adekuat. Faktor lain yang menyebabkan masturbasi ekksesif adalah homoseksualitas yang mendasar dan yang menghalangi individu untuk mengembangkan minat-minat heteroseksual secara normal. Hal yang mendorong terjadinya masturbasi adalah khayalan-khayalan yang menyertainya, keadaan dan cara melakukannya, dan pola terjadinya masturbasi.

Perawatan

Karena sifat simtomnya, masalah masturbasi paling baik ditangani dengan program terapi yang dirancang untuk memecahkan kesulitan emosional yang mendasarinya. Tetapi, sering kali bila kekhawatiran mengenai masturbasi sangat mengganggu individu, maka terapi atau konseling yang lebih singkat dan yang memberikan informasi yang akurat, pemahaman, dan dukungan akan sangat berguna. Dengan bimbingan yang baik, anak muda hendaknya diajarkan untuk membiasakan diri mengendalikan dan mengurangi perbuatan masturbasi serta melakukan secukupnya saja. Jangan sekali-kali masturbasi dipakai sebagai cara untuk menindas impuls-impuls yang kodrati. Dengan demikian, masturbasi bisa dijadikan alat pendidikan bagi anak muda untuk menuju moralitas yang sehat.

Berbohong, Mencuri, dan Membolos

Ketiga hal ini sering kali terjadi sebagai gangguan-gangguan di kalangan anak-anak dan para remaja yang masih kecil.

Penyebab

Reaksi-reaksi ini biasanya merupakan ungkapan permusuhan, negativisme, dan perlawanan yang mungkin disadari atau tidak disadari. Gangguan-gangguan ini mungkin terjadi sebagai bagian dari pola anak remaja tanpa menunjukkan psiko-patologi dalam individu. Sebaliknya, mungkin merupakan tanda bahaya yang menunjukkan awal perkembangan kepribadian sosiopatik. Apabila simtom-simtom ini mengungkapkan motivasi-motivasi tak sadar yang berkaitan dengan hubungan antarpribadi, khususnya dalam keluarga, maka simtom-simtom tersebut mungkin menjadi petunjuk adanya neurosis.

Perawatan

Karena berbohong, mencuri, dan membolos sangat berbahaya dan mengancam bagi orang dewasa, maka orang tua atau guru sekolah lebih baik melakukan hukuman dan bukan dengan cara memahami tingkah laku tersebut dibandingkan dengan simtom-simtom yang sama, tetapi mengandung dampak psikologis yang lebih berbahaya. Simtom-simtom yang menunjukkan gangguan emosional yang mendasar harus didekati dengan psikoterapi, dengan usaha-usaha yang tertuju pada penghilangan penyebabnya dan bukan hanya menghukum simtom tersebut.

KEPUSTAKAAN

- Abikoff, H., & Gittelman, R. "Hyperactive Children Treated with Stimulants". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 953-961.
- Alessandri, S.M. "Attention, Play, and Social Behavior in ADHD Preschoolers". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1992. 20, 289-302.
- Anand, B.K., & Brobeck, J.R. "Hypothalamic Control of Food Intake in Rats and Cats". *Yale Journal of Biology and Medicine*. 1951a. 24, 123.
- Anand, B.K. "Localization of a Feeding Center in the Hypothalamus of the Rat". *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*. 1951b. 77, 323-324.
- Anand, B.K., Dua, S., Schoenberg, K. "Hypothalamus Control of Food Intake in Rats and Monkeys". *Journal of Psychology* (London). 1955. 127, 143-152.
- Anderson, L.T., Campbell, M., Grega, D.M., Perry, R., Small, A.M., & Green, W.H. "Haloperidol in the Treatment of Infantile Autism: Effects on Learning and Behavior Symptoms". *American Journal of Psychiatry*. 1982. 140, 305-311.
- August, G.J., Stewart, M.A. "Is There a Syndrome of Pure Hyperactivity?" *British Journal of Psychiatry*. 1982. 140, 305-311.
- _____, & Holmes, C.S. "A Four-Year Follow-Up of Hyperactive Boys with and without Conduct Disorder". *British Journal of Psychiatry*. 1983. 143, 192-198.
- Azerrad, J., & Stafford, R.L. "Restorative Eating Behavior in Anorexia Nervosa Through Operant Conditioning and Environmental Manipulation". *Behavior Research and Therapy*. 1969. 7, 165-171.

- Bailey, J.M., Bobrow, D., Wolfe, M., & Mikach, S. "Sexual Orientation of Adult Sons of Gay Fathers". *Developmental Psychology*. 1995. 31, 124-129.
- Bailey, J.M., & Pillard, R.C. "A Genetic Study of Male Sexual Orientation". *Archives of General Psychiatry*. 1991. 48, 1089-1096.
- Baker, B.L. "Symptom Treatment and Symptom Substitution in Enuresis". *Journal of Abnormal Psychology*. 1969. 74, 42-49.
- Bakwin, H. "Enuresis in Twins". *American Journal of Diseases in Children*. 1971. 121, 221-225.
- Baller, W.R. *Bed-wetting: Origins and Treatment*. New York: Pergamon Press. 1975.
- Bandura, A. *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1969.
- Barkley, R.A. "The Effects of Methylphenidate on Various Types of Activity Level and Attention in Hyperactive Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1977a. 5, 351-369.
- _____. "A Review of Stimulant Drug Research with Hyperactive Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1977b. 18, 137-165.
- _____. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, 1990.
- _____. "Attention Deficit Hyperactivity Disorder". Dalam E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology*. New York : Guilford Press, 1996.
- _____. "Behavior Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD". *Psychological Bulletin*. 1997. 121, 65-94.
- _____, McMurray, M.B., Edelbrock, C., Robbins, K. "Side Effects of Methyl-phenidate in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic, Placebo-Controlled Evaluation". *Pediatrics*. 1990. 86, 184-192.
- Bartak, L., Rutter, M., & Cox, A. "A Comparative Study of Infantile Autism and Specific Developmental Receptive Language Disorders: 1. The Children". *British Journal of Psychiatry*. 1975. 126, 127-145.
- Bauermeister, J.J., Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., & Alegria, M. "Dimensions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings from Teacher and Parent Reports in a Community Sample". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. 24, 264-271.

- Bemis, K.M. "Current Approaches to the Etiology and Treatment of Anorexia Nervosa". *Psychological Bulletin*. 1978. 85, 593-617.
- Bettelheim, B. *The Empty Fortress*. New York: Free Press. 1967.
- Bickett, L., & Milich, R. "First Impressions Formed of Boys with Learning Disabilities and Attention Deficit Disorder". *Journal of Learning Disabilities*. 1990. 23, 253-259.
- Black, F.W. "WISC Verbal-Performance Discrepancies as Indicators of Neurological Dysfunction in Pediatric Patients". *Journal of Clinical Psychiatry*. 1974. 30, 165-167.
- _____. "Cognitive, Academic and Behavioral Findings in Children with Suspected and Documented Neurological Dysfunction". *Journal of Learning Disabilities*. 1976. 9, 182-187.
- Blackstone, E. "Cerebral Asymmetry and the Development of Early Infantile Autism". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 1978. 8, 339-353.
- Bloodstein, O. "Stuttering as Tension and Fragmentation". Dalam J. Eisen (Ed.), *Stuttering*. New York: Harper & Row. 1975.
- Borden, M.C., & Ollendick, T.H. "The Development and Differentiation of Social Subtypes in Autism". Dalam B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 14). New York: Plenum Press, 1992.
- Borkovec, T.D., Slama, K.M., J.B. "Sleep, Disorders of Sleep, and Hypnosis". Dalam D.C. Rimm & J.W. Sommervill (Eds.), *Abnormal Psychology*. New York: Academic Press, 1977.
- Bowling, A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd ed.). Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Bristol, M.M., Cohen, D.J., Costello, E.J., Denckla, M., Eckberg, T.J., Kallen, R., Kraemer, H.C., Maurer, R., McIlvane, W.J., Minshew, N., Sigman, M., & Spence, M.A. "State of the Science in Autism: Report to the National Institutes of Health". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 121-153.
- Brown, R.T., Wayne, M.E., & Medenis, R. "Methylphenidate and Cognitive Therapy: A Comparison of Treatment with Hyperactive Boys". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1985. 13, 69-88.
- Bruch, H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books. 1973.

- _____. "Anorexia Nervosa: Therapy and Theory". *American Journal of Psychiatry*. 1982. 139, 1531-1538.
- Bryson, S.E. "Brief Report: Epidemiology of Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 165-167.
- Campbell, M. "Annotation, Fenfluramine Treatment of Autism". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1988. 29, 1-10.
- _____, Geller, B., Small, A.M., Petti, T., & Ferris, S. "Minor Physical Anomalies in Young Psychotic Children". *American Journal of Psychiatry*. 1978. 135, 573-575.
- Campbell, M., Rosenbloom, S., Perry, R., George, A., Kricheff, I., Anderson, L.T., Small, A.M., & Jennings, S. "Computerized Axial Tomography in Young Autistic Children". *American Journal of Psychiatry*. 1982. 139, 510-512.
- Campbell, S.B. "Hyperactivity: Course and Treatment". Dalam A. Davis (Eds.), *Child Personality and Psychopathology: Current Topics* (Vol. 3, 201-236). New York: Wiley. 1976.
- Cantwell, D.P. "Psychiatric Illness in the Families of Hyperactive Children". *Archives of General Psychiatry*. 1972. 27, 414-417.
- _____. "Genetics of Hyperactivity". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1975a. 16, 261-264.
- _____. "Genetic Studies of Hyperactivity in Children". Dalam R. Fieve, D. Rosenthal & H. Brill (Eds.), *Genetic Research in Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1975b.
- _____. "Hyperactivity Children Have Grown Up". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 1026-1028.
- _____. "Attention Deficit and Associated Childhood Disorders". Dalam T. Mellon & G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward DSM IV*. New York: Guilford Press. 1986.
- _____, Baker, L., & Rutter, M. "Families of Autistic and Dysphasic Children: 1. Family Life and Interaction Patterns". *Archives of General Psychiatry*. 1979. 36, 682-687.
- Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J. "Anorexia Nervosa: An Affective Disorder?" *Archives of General Psychiatry*. 1973. 29, 1087-1093.

- Carlson, N.R. *Foundation of Physiological Psychology* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1992.
- Casey, R.J., & Berman, J.S. "The Outcome of Psychotherapy with Children". *Psychological Bulletin*. 1985. 98, 388-400.
- Cohen, N.J., Sullivan, S., Minde, K.K., Novak, C., & Helwig, C. "Evaluation of Relative Effectiveness of Methyphenadate and Cognitive Behavior Modification in Treatment of Kindergarten-Aged Hyperactive Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1981. 9, 43-54.
- Coleman, J.C. *Abnormal Psychology and Modern Life* (5th edition), Glenview, Ill. Scott, For-e-s-man. 1976.
- Conners, C.K. *Food Additives and Hyperactive Children*. New York: Plenum. 1980.
- _____, Eisenberg, L., & Barcai, A. "Effects of Dextroamphetamine on Children". *Archives of General Psychiatry*. 1967. 17, 478-485.
- Conners, C.K., & Werry, J.S. Pharmacotherapy. Dalam H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychophatological Disorders of Children* (2nd edition, 336-386). New York: Wiley, 1979.
- Conrad, P. "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medication of Deviant Behavior". *Social Problems*. 1975. 23, 12-21.
- Cox, A., Rutter, M., Newman, S., & Bartak, L. "A Comparative Study of Infantile Autism and Specific Development Language Disorders: 2. Parental Characteristics". *British Jour-nal of Psychiatry*. 1975. 126, 146-159.
- Crisp, A.H. "The Possible Significance of Some Behavioral Correlates of Weight and Carbohydrate Intake". *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. 11, 117-131.
- Crnic, K.A., & Reid, M. "Mental Retardation". Dalam E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press. 1989.
- Cuellar, I., & Paniagua, F.A. (Editors). *Handbook of Mental Health*. California: Academic Press: A Harcourt Science and Technology Company, 2000.
- Damasio, H., Maurer, R.G., Damasio, A.R., & Chui, H. "Computerized Tomographic Scan Fin-dings in Patients with Autistic Behavior". *Archives of Neurology*. 1980. 37, 504-510.
- Daley, D.C., & Salloum, I.M. *Clinician's Guide to Mental Illness*. Singapore: McGraw-Hill Companies, 2001.

- David, O.J., Clark, J., & Voeller, K. "Lead and Hyperactivity". *Lancet*. 1979. 2, 900-903.
- Davis, E., & Furham, A. "The Dieting and Body Shape Concerns of Adolescent Females". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1986. 27, 417-428.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. *Abnormal Psychology* (5th ed.). New York: John Wiley & Son, 1990.
- Dawson, G., Klinger, L.G., Parragioticles, H., Lewy, A., *et al.* "Subgroups of Autistic Children Based on Social Behavior Display Distinct Patterns of Brain Activity". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1995. 23, 569-583.
- Dawson, G., Warrenburg, S., & Fuller, P. "Hemispheric Functioning and Motor Imitation in Autistic Persons". *Brain and Cognition*. 1983. 2, 346-354.
- De La Cancela., Lau Chin, J., & Jenkins, Y.M. *Community Health Psychology*. Published in 1988 by Routledge, 29 West 35th Street: New York, NY 10001.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. *World Mental Health Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York : Oxford Univerversity Press, 1995.
- Doleys, D.M. "Behavioral Treatment for Nocturnal Enuresis in Children: A Review of the Recent Literature". *Psychological Bulletin*. 1977. 84, 30-54.
- Donnellan, A.M. (Ed.) *Classic Readings in Autism*. New York: Teachers College Press, 1985.
- Eisenberg, L., & Kanner, L. "Early Infantile Autism, 1943-1955". *American Journal Ortho-psy-chiatry*. 1956. 26, 556-566.
- Engelhardt, D., Polizos, P., & Margolis, R.A. "Psychological Syndromes Responssive to Phar-macotherapy: Autism and Schizophrenic Behavior". Paper dipresentasikan dalam the Symposium on Psychopharmacology in Children. Frammingham, MA. 1970.
- Erhardt, D., & Hinshaw, S.P. "Initial Sociometric Impressions of ADHD and Comparison Boys: Predictions from Social Behaviors and from Nonbehavioral Variables". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994. 62, 833-842.
- Erickson, M.T. *Childhood Psychopathology*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice-Hall. 1978.

- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., & Peveler, R.C. "A Prospective Study of Outcome in Bulimia Nervosa and the Long-Term Effects of Three Psychological Treatments". *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52, 304-312.
- Farrington, D.P. "The Family Backgrounds of Aggressive Youths". Dalam L.A. Hersov, A.L. Berger & D. Shaffer (Eds.), *Aggression and Anti-social Behavior in Childhood and Adolescence* (73-93). London: Pergamon Press. 1978.
- Fein, D., Stoff, B., & Mirsky, A. "Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1981. 11, 305-315.
- Feingold, B.F. *Why Your Child Is Hyperactive*. New York: Random House. 1975.
- _____. "Hyperkinesis and Learning Disabilities Linked to the Ingestion of Artificial Food Colors and Flavors". *Journal of Learning Disabilities*. 1976. 9, 551-559.
- Feist, J., & Feist, G.J. *Theories of Personality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1998.
- Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. New York: Norton. 1945.
- Ferster, C.B. "Positive Reinforcement and Behavioral Deficits of Autistic Children". *Child Development*. 1961. 32, 437-456.
- Finegran, J., & Quarrington, B. "Pre-, Peri-, and Neonatal Factors and Infantile Autism". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1979. 20, 119-128.
- Firestone, P., Peters, S., Rivier, M., & Knights, R. "Minor Physical Anomalies in Hyperactive, Retarded and Normal Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1978. 19, 155-160.
- Folstein, S., & Rutter, M. "Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1977. 18, 3-30.
- _____. "Infantile Autism: A Genetic Study of 21 Twin Pairs". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1977. 18, 297-321.
- _____. "A Twin Study of Individuals with Infantile Autism". Dalam M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York: Plenum Press. 1978.
- Frankel, R.J., & Jenkins, J.S. "Hypothalamic-Pituitary Function in Anorexia Nervosa". *Acta Endocrinologica* (Copenhagen). 1975. 78, 209-221.

- Freud, S. "Three Essays on the Theory of Sexuality". Dalam J. Strachey & A. Freud (Eds.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 7, 125–331). London: Hogarth Press. 1953. (Originally Published, 1905).
- Friedman, L., Bliwise, D., Yesavage, J., & Salom, S. "A Preliminary Study Comparing Sleep Restriction and Relaxation Treatments for Insomnia in Older Adults". *Journal of Gerontology*. 1991. 46, 1–8.
- Gadpaille, Warren J. "Adolescent Sexuality and the Struggle Over Authority". *The Journal of School Health*, November 1970. 40: 449–483.
- Gardner, W.I. *Children with Learning and Behavior Problems*. Boston: Allyn & Bacon. 1978.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. "Cultural Expectations of Thinness in Women". *Psychological Reports*. 1980. 47, 483–491.
- Geller, M.I., Kelly, J.A., Traxler, W.T., & Marcone, I.J. "Behavioral Treatment of an Adolescent Female's Bulimic Anorexia: Modification Immediate Consequences and Antecedent Conditions". *Journal of Clinical Child Psychology*. 1978. 14, 138–141.
- Gerner, R.H., & Gwirtsman, H.E. "Abnormalities of Dexamethasone Suppression Test and Urinary MHPG in Anorexia Nervosa". *American Journal of Psychiatry*. 1981. 138, 650–653.
- Gershon, E.S., Hamovit, J.R., Schreiber, J.L., Dibble, E.D., Kaye, W., Nurnberger, J.I., Andersen, A., & Ebert, M. "Anorexia Nervosa and Major Affective Disorders Associated in Families: A Preliminary Report". Dalam S.B. Guze, F. Earls, & J. Barrett (Eds.). *Childhood Psychopathology and Development* (279–286). New York: Raven Press. 1983.
- Gershon, E.S., Schreiber, J.L., Hamovit, J.R., Dibble, E.D., Kaye, W., Nurnberger, J.I., Andersen, A., & Ebert, M. "Clinical Findings in Patients with Anorexia Nervosa and Affective Illness in Other Relatives". *American Journal of Psychiatry*. 1984. 141, 1419–1422.
- Gilberg, C. "Maternal Age and Infantile Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1980. 10, 293–297.
- _____. "Autism and Pervasive Developmental Disorders". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1990. 31, 99–119.

- _____, & Gilberg, I.C. "Infantile Autism: A Total Population Study of Reduced Optimality in the Pre-, Peri-, and Neonatal Period". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1983. 13, 153-166.
- Gilberg, C., Rosenhall, U., & Johansson, E. "Auditory Brainstem Responses in Childhood Psychosis". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1983. 13, 181-195.
- Gillin, *et al.* "EEG Sleep Patterns in Enuresis: A Further Analysis and Comparison with Controls". *Biological Psychiatry*. 1982. 17, 947-953.
- Gittelman, R., & Kanner, A. "Psychopharmacotherapy". Dalam H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood* (3rd ed., 455-494). New York: Wiley. 1986.
- Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., & Bonagura, N. "Hyperactive Boys Almost Grown Up". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 937-947.
- Gittelman-Klein, R., Klein, D.F., Abikoff, H., Katz, S., Gloisten, A., & Kates, W. "Relative Efficacy of Methylphenidate and Behavior Modification in Hyperactive Children: An Interim Report". *Journal of Abnormal Psychology*. 1976. 4, 461-472.
- Gordon, C.T., State, R.C., Nelson, J.E., Hamburger, S.D., & Rapoport, J.L. "A Double-Blind Comparison of Clomipramine, Desipramine, and Placebo in The Treatment of Autistic Disorder". *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 441-447.
- Graham, P. "Depression in Prepubertal Children". *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1974. 16, 340-349.
- _____. "Epidemiological Studies". Dalam H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood* (2nd ed., 185-209). New York: Wiley. 1979.
- Gualtieri, T., Adams, A., Shen, D., & Loiselle, D. "Minor Physical Anomalies in Alcoholic and Schizophrenic Adults and Hyperactive and Autistic Children". *American Journal of Psychiatry*. 1982. 139, 640-642.
- Gubbay, S.S., Lobascher, M., & Kingerlee, P. "A Neurological Appraisal of Autistic Children: Results of a Western Australian Survey". *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1970, 12, 424-429.
- Guilleminault, C. "The Sleep Apnea Syndrome". *Medical Times* (1979, June). 59-67.

- Gwirtsman, H.E., & Gerner, R.H. "Neurochemical Abnormalities in Anorexia Nervosa: Similarities to Affective Disorders". *Biological Psychiatry*. 1981. 16, 991-995.
- Halmi, K.A., Powers, P., & Cunningham, S. "Treatment of Anorexia Nervosa with Behavior Modification". *Archives of General Psychiatry*. 1975. 32, 92-96.
- Hanson, D.R., & Gottesman, I.I. "The Genetics If Any, of Infantile Autism and Childhood Schizophrenia". *Journal of Autism and Schizophrenia*. 1976. 6, 209-234.
- Harper, R.M. "Cardiorespiratory and State Control in Infants at Risk for Sudden Death Syndrome". Dalam M.H. Chase & E.D. Weitzman (Eds.), *Sleep Disorders: Basic and Clinical Research*. New York: Spectrum. 1983. 315-328.
- Hauck, M., Fein, D., Waterhouse, L., & Feinstein, C. "Social Initiations by Autistic Children to Adults and Other Children". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995. 25, 579-595.
- Henker, B., & Whalen, C. "The Changing Faces of Hyperactivity: Retrospect and Prospect". Dalam C. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive Children: The Social Ecology of Identification and Treatment*. New York: Academic Press. 1980.
- Hersov, L. "Faecal Soiling". Dalam M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1994.
- Hier, D., Le May, M. & Rosenberger, P. "Autism and Unfavorable Left-Right Asymmetries of the Brain". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1979. 9, 153-159.
- Hinshaw, S.P., Henker, B., & Whalen, C.K. "Self-Control in Hyperactive Boys in Anger-Inducing Situations: Effects of Cognitive-Behavioral Training and of Methyl-pheni-date". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1984b. 12, 55-77.
- Holmes, D.S. *Abnormal Psychology*. New York: HarperCollins Publishers, Inc., 1991.
- Holmgren, S., Sohlberg, S., Berg, E., Johansen, B.M., Norring, C., & Rosmark, B. "Phase I Treatment for the Chronic and Previously Treated Anorexia Bulimia Nervosa Patient". *International Journal of Eating Disorders*. 1984. 3, 17-35.

- Horn, W.F., Chatoor, I., & Conners, C.K. "Additive Effects of Dexedrine and Self-Control Training: A Multiple Assessment". *Behavior Modification*. 1983. 7, 383-402.
- Horwitz, A.V., & Scheid T.L. (Editors). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press, 1999.
- Houts, A.C., Berman, J.S., & Abramson, H. "The Effectiveness of Psychological and Pharmacologic Treatments for Nocturnal Enuresis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dalam Press. 1994.
- Hudson, J.I., Laffer, P.S., & Pope, H.G. "Bulimia Related to Affective Disorder by Family History and Response to Dexamethasone Suppression Test". *American Journal of Psychiatry*. 1982. 139, 685-687.
- Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. *Psychology in Action* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997.
- Iaboni, F., Douglas, V.I., & Baker, A.G. "Effects of Reward and Reponse Costs on Inhibition in ADHD Children". *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. 104, 232-240.
- Ince, S. *Sleep Disturbance*. Boston, M.A.: Harvard Medical School. 1995.
- James, A., & Barry, R. "Developmental Effects in Cerebral Lateralization of Autistic, Re-tarded, and Normal Children". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1983. 13, 43-56.
- Jenkins, J.H., & Barrett, R.J. (Editors). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity* (The Edge of Experience). New York: Cambridge University Press, 2004.
- Johnson, Warren R. "Masturbation". Dalam Carlfred B. Broderick and Jessie Bernard (Eds.), *The Individual, Sex, and Society*. The Johns Hopkins Press, Baltimore. 1969. 319-326.
- Kagan, V. "Nonprocess Autism in Children: A Comparative Etiopathogenic Study". *Soviet Neurology and Psychiatry*. 1981. 14, 25-30.
- Kalat, J.W. *Biological Psychology* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth. 1996.
- Kanner, L. "Autistic Disturbances of Affective Content". *Nervous Child*. 1943. 2, 217-240.
- Kartono, K. *Psikologi Abnormal & Pathologi Seks*. Penerbit Alumni, Bandung. 1981.
- Kendall, P.C. "Cognitive-Behavioral Self-Control Therapy for Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1984. 25, 173-179.

- ., & Hammen, C. *Abnormal Psychology: Understanding Human Problems* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company. 1998.
- Klorman, R., Bauer, L.O., Coons, H.W., Lewis, J.L., Peloquin, L.J. Perlmutter, R.A., Ryan, R.M., Salzman, L.F., & Strauss, J. "Enhancing Effects of Methylphenidate on Normal Young Adults' Cognitive Processes". *Psychopharmacology Bulletin*. 1984. 20, 3-9.
- Klorman, R., Brumaghim, J.T., Fitzpatrick, P.A., Borgstedt, A.D., Strauss, J. "Clinical and Cognitive Effects of Methylphenidate on Children with Attention Deficit Disorder as a Function of Aggression/Oppositionality and Age". *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. 103, 206-221.
- Koegel, R.L., Schreibman, L., O'Neill, R.E., & Burke, J.C. "The Personality and Family-Interaction Characteristics of Parents and Autistic Children". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. 51, 683-692.
- Lapouse, R., Monk, M.A. "An Epidemiologic Study of Behavior Characteristics in Children". *American Journal of Public Health*. 1958. 48, 1134-1144.
- Levitt, E.E. "Psychotherapy with Children: A Further Evaluation". *Behavior Research and Therapy*. 1963. 21, 326-329.
- Litrownik, A.J., & McInnis, E.T. "Information Processing and Autism". Dalam R.E. Ingran (Eds.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*. New York: Academic. 1986.
- Loeber, M., Van Kammen, W.B., & Maughan, B. "Developmental Pathways in Disruptive Child Behavior". *Development and Psychopathology*. 1993. 5, 103-133.
- Lord, C., & Rutter, M. "Autism and Pervasive Developmental Disorders". Dalam M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1994.
- Lovaas, O.I., Berberich, J.P., Perloff, B.F., & Schaeffer, B. "Acquisition of Imitative Speech in Schizophrenic Children". *Science*, 1966, 151, 705-707.
- Lovaas, O.I., Koegel, R.L., & Schreibman, L. "Stimulus Overselectivity in Autism: A Review of Research". *Psychological Bulletin*. 1979. 86, 1236-1254.
- Lovaas, O.I., Koegel, R.L., Simmons, J.Q., & Long, J.S. "Some Generalizations and Follow-Up Measures on Autistic Children in Behavior Therapy". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1973. 6, 131-165.
- Lovaas, O.I., Simmons, J.Q. "Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1969. 2, 143-157.

- Lovibond, S.H. "Mechanism of Conditioning Treatment of Enuresis". *Behav. Res. and Ther.*, 1967. 5, 11-25.
- _____, & Coote, M. "Enuresis". Dalam C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of Psychopathology*. New York: Wiley. 1969.
- MacKieth, R. "Is Maturation Delay a Frequent Factor in the Origins of Primary Nocturnal Enuresis?" *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1972. 14, 217-223.
- Manchi, M., & Cohen, P. "Early Childhood Eating Behavior and Adolescent Eating Disorders". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990. 29, 112-117.
- Marlowe, M., Cossairt, A., Moon, C., Errera, J., McNeel, A., Peak, R., Ray, J., & Schroeder, C. "Main and Interaction Effects of Metallic Toxins on Classroom Behavior". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1985. 13, 185-198.
- Martin, B., Hoffman, J.A. "Conduct Disorders". Dalam M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Development of Psychopathology*. New York: Plenum Press. 1990.
- Maslim, Rusdi, Dr. (Ed.). *Diagnosi Gangguan Jiwa* (Buku Saku). Jakarta (Maret). 1998.
- Masserman, J.H. *Behavior and Neurosis*. Chicago: University of Chicago Press. 1943.
- McAdoo, W.G., & DeMeyer, M.K. "Personality Characteristics of Parents". Dalam M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York: Plenum. 1978.
- McLennan, J.M., Lord, C., & Schopler, E. "Sex Differences in Higher Functioning People with Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1993. 23, 217-228.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. "Training Impulsive Children to Talk to Themselves: A Means for Developing Self-Control". *Journal of Abnormal Psychology*. 1971. 77, 115-126.
- Mendelson, W., Johnson, N., Stewart, M.A. "Hyperactive Children as Teenagers: A Follow-Up Study". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1971. 153, 273-279.
- Mesibov, G.B., & Shea, V. "Full Inclusion and Students with Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 337-346.

- Milich, R., & Loney, J. "The Role of Hyperactive and Aggressive Symptomatology in Predicting Adolescent Outcome Among Hyperactive Children". *Journal of Pediatric Psychology*. 1979. 4, 93-112.
- Minde, K., Weiss, G., & Mendelson, B.A. "A 5-Year Follow-Up Study of 91 Hyperactive School-Children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1972. 11, 595-616.
- Minton, J., Campbell, M., Green, W., Jennings, S., & Samit, C. "Cognitive Assessment of Siblings of Autistic Children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1982. 21, 256-261.
- Minshew, N.J. "Brief Report: Brain Mechanisms in Autism — Functional and Structural Abnormalities". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 205-209.
- Mizes, J.S., & Lohr, J.M. "The Treatment of Bulimia (Binge-Eating and Self-Induced Vomiting): A Quasi-Experimental Investigation of the Effects of Stimulus Narrowing, Self-Reinforcement and Self-Control Relaxation". *International Journal of Eating Disorders*. 1983. 2, 59-65.
- Morrison, J.R. & Stewart, M.A. "A Family Study of the Hyperactive Child Syndrome". *Biological Psychiatry*. 1971. 3, 189-195.
- _____. "Bilateral Inheritance as Evidence for Polygenicity in the Hyperactive Child Syndrome". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1974. 158, 226-228.
- Mosher, L.R., & Burti, L. *Mental Health: Principles and Practice*. New York: W. W. Norton Company, 1989.
- Mowrer, O.H. "Learning Theory and Personality Dynamics". New York: Ronald Press. 1950.
- Myles, B.S., Simpson, R.L., & Johnson, S. "Student with Higher Functioning Autistic Disorder: Do We Know Who They Are?" *Focus on Autistic Behavior*. 1995. 9, 1-12.
- Naeye, R.L. "Sudden Infant Death". *Scientific American*. 1980. 4 (242), 56-62.
- Needleman, H.L., & Gunnoe, C., Leviton, A., Reed, R., Peresie, H., Maher, C., Barrett, P. "Deficits in Psychologic and Classroom Performance of Children with Elevated Dentine Lead Levels". *New England Journal of Medicine*. 1979. 300, 689-695.
- O'Connor, N., & Hermelin, B. "Annotation: Low Intelligence and Social Abilities". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1988. 29, 391-396.

- Pelham, W.E., Bender, M.E., Caddel, J., Booth, S., & Moorer, S.H. "Methylphenidate and Children with Attention Deficit Disorder". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 948-952.
- Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bologna, N., & Contreras, A. "Behavior and Stimulant Treatment of Hyperactive Children: A Therapy Study with Methylphenidate Probes in a within-Subject Design". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1980. 13, 221-236.
- Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Miller, J., Ronnei, M., Paluchowski, C., Burdow, M., Marks, D., Nilsson, D., & Bender, M.E. "The Combination of Behavior Therapy and Psychostimulant Medication in the Treatment of Hyperactive Children: A Therapy Outcome Study". Dalam L. Bloomington (Ed.), *Attention Deficit Disorders*. Jamaica, N.Y.: Spectrum. 1986.
- Pelquin, L.J., & Klorman, R. "Effects of Methylphenidate on Normal Children's Mood Event-Related Potentials and Performance in Memory Scanning and Vigilance". *Journal of Abnormal Psychology*. 1986. 95, 88-98.
- Pettijohn, T.F. *Psychology: A Concise Introduction* (3rd ed.). Sluice Dock, Guilford, Connecticut: The Dushkin Publishing Group, Inc., 1992.
- Petty, L., Ornitz, E., Michelman, J. & Zimmerman, E. "Autistic Children Who Become Schizophrenic". *Archives of General Psychiatry*. 1984. 41, 129-135.
- Pfeiffer, S.I., Norton, J., Nelson, L., & Shott, S. "Efficacy of Vitamin B6 and Magnesium in the Treatment of Autism: A Methodology Review and Summary of Outcomes". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995. 25, 481-493.
- Pincus, J.H., Tucker, G. *Behavioral Neurology*. New York: Oxford University Press. 1974.
- Prior, M. "Developing Concepts of Childhood Autism: The Influence of Experimental Cognitive Research". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1984. 52, 4-16.
- Quay, H.C. "Conduct Disorders". Dalam H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood* (3rd ed., 35-72). New York: Wiley. 1986.
- Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., Lennon, S., Freed, J., Bridge, J. & Greenhill, L. "Use of Methylphenidate in the Treatment of Children with Autistic Disorder". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995. 25, 283-294.

- Rapoport, J.L., Buchsbaum, M.S., Weingartner, H., Zahn, T.P., Ludlow, C., Bartko, J., Mikkelsen, E.J., Langer, D.H., & Bunney, W.E. "Dextroamphetamine: Cognitive and Behavioral Effects in Normal and Hyperactive Boys and Normal Adult Males". *Archives of General Psychiatry*. 1980. 37, 933–943.
- Rappoport, M.D., & Kelly, K.L. "Psychostimulant Effects on Learning and Cognitive Function in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings and Implications". Dalam J.L. Matson (Ed.), *Hyperactivity in Children: A Handbook*. New York: Pergamon Press. 1991.
- Rathus, S.A., & Nevid, J.S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991.
- Raymond, C. "Popular, Yes, But Jury Still Out on Apnea Surgery". *Journal of the American Medical Association*. 1986. 256, 439–441.
- Rimland, B. *Infantile Autism*. New York: Appleton-Century Crofts. 1964.
- . "Infantile Autism: Status and Research". Dalam A. Davids (Ed.), *Child Personality and Psychopathology: Current Topics*. New York: Wiley. 1974.
- Ritvo, E., Ritvo, E., Brothers, A. Genetic and Immunohematologic Factors in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1982. 12, 109–114.
- Rivinus, T.M., Biederman, J., Herzog, D.B., Kemper, K., Harper, G., Harmatz, J.S., & Houseworth, S. "Anorexia Nervosa and Affective Disorders: A Controlled Family History Study". *American Journal of Psychiatry*. 1984. 141, 1414–1418.
- Robins, L.N. *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1966.
- Rosenblum, S.M., Arick, J.R., Krug, D.A., Stubbs, E.G., Young, N.B., & Pelson, R.O. "Auditory Brainstem Evoked Responses in Autistic Children". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1980. 10, 215–225.
- Ross, D.M., & Ross, S.A. *Hyperactivity: Research, Theory, and Action*. New York: Wiley-Interscience. 1982.
- Ross, J.L. "Anorexia Nervosa: An Overview". *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1977. 41, 418–436.
- Roth, T., Zorick, F. "The Use of Hipnotics in Specific Disorders of Initiating and Maintaining Sleep". Dalam M.H. Chase & E.D. Weitzman (Eds.), *Sleep Disorders: Basic and Clinical Research*. New York: Spectrum. 1983.

- Ruberstein, J.L.R., Lotspeich, L., & Ciaranello, R.D. "The Neurobiology of Developmental Disorders". Dalam B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 13). New York: Plenum Press. 1990.
- Rutter, M. "The Development of Infantile Autism". *Psychological Medicine*. 1974. 4, 147-163.
- _____, Bartak, L. & Newman, S. "Autism: A Central Disorder of Cognition or Language?" Dalam M. Rutter (Ed.), *Infantile Autism: Concepts, Characteristics and Treatment*. London: Churchill-Livingstone. 1971.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. "Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: 1. Prevalence of Psychiatric Disorder". *British Journal of Psychiatry*. 1975. 126, 493-509.
- Rutter, M., Lockyer, L. "A Five to Fifteen Year Follow-Up Study of Infantile Psychosis: 1. Description of Sample". *British Journal of Psychiatry*. 1967. 113, 1169-1182.
- Rutter, M., & Schopler, E. "Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues". *Journal of Autism and Developmental Disabilities*. 1987. 17, 159-186.
- Safer, D.J., & Allen, R.P. *Hyperactive Children: Diagnosis and Management*. Baltimore: University Park Press. 1976.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior* (7th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1993.
- Schachar, R., Rutter, M., & Smith, A. "Situationally and Pervasively Hyperactive Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1981. 22, 375-392.
- Schofield, M. *The Sexual Behavior of Young People*. Harmondsworth. 1968.
- Schreibman, L. *Autism*. Newbury Park, CA: Sage. 1988.
- Schroeder, S.R., Lewis, M.H., Lipton, M.A. "Interactions of Pharmacotherapy and Behavior Therapy Among Children with Learning and Behavioral Disorders". Dalam K. Gadow & I. Bialer (Eds.), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* (Vol. 2, 179-225). Greenwich, CT: JAI Press. 1983.
- Schultz, E. "Prevalence and Behavioral Symptoms in Rural Elementary School Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1974. 2, 17-24.

- Sholberg, S., Rosmark, B., Norring, C., & Holmgren, S. "Two Year Outcome in Anorexia Nervosa/Bulimia: A Controlled Study of an Eating Control Program Combined with Psychoanalytically Oriented Psychotherapy". *International Journal of Eating Disorders*. 1987. 6, 243-255.
- Shulman, C., Yirmiya, N., & Greenbaum, C.W. "From Categorization to Classification: A Comparison among Individuals with Autism, Mental Retardation, and Normal Development". *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. 104, 601-609.
- Siegel, J.M., Nishino, S., Tafti, M., Reid, M.S., Shelton, J., Dement, W.C., & Mignot, E. "Muscle Atonia is Triggered by Cholinergic Stimulation of the Basal Forebrain: Implication for the Pathophysiology of Canine Narcolepsy". *The Journal of neuroscience*. 1995. 15 (7), 4806-4814.
- Smalley, S.L. "Genetic Influences in Autism." *Psychiatric Clinics of North America*. 1991. 14, 125-139.
- _____, & Collins, F. "Brief Report: Genetic, Prenatal, and Immunologic Factors". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 195-203.
- Solanto, M.V. "Neuropharmacological Basis of Stimulant Drug Action in Attention Deficit Disorders with Hyperactivity: A Review and Synthesis". *Psychological Bulletin*. 1984. 95, 387-409.
- _____, & Conners, C.K. "A Dose-Response and Time-Action Analysis of Autonomic and Behavioral Effects of Methylphenidate in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity". *Psychophysiology*. 1982. 19, 658-667.
- Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S.V., Ablon, S., & Lapey, K. "A Double-Blind Crossover Comparison of Methylphenidate and Placebo in Adults with Childhood-Onset Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". *Archives of General Psychiatry*. 1995. 52, 434-443.
- Spielman, A. & Hererra, C. "Sleep Disorders". Dalam S.A. Ellman & J.S. Antrobus (Eds.). *The Mind in Sleep: Psychology and Psychophysiology* (2nd edition, 25-80). New York: Wiley. 1991.
- Spitz, R. "Authority and Masturbation". *Psychoanalytic Quarterly*. 1952. 21, 490-577.
- Starfield, B. "Functional Bladder Capacity in Enuretic and Nonenuretic Children". *Journal of Pediatrics*. 1967. 70, 777-781.

- _____. "Enuresis: Its Pathogenesis and Management". *Clinical Pediatrics*. 1972. 11, 343-350.
- Stehbens, J.A. "Enuresis in School Children". *Journal of School Psychology*. 1970. 8, 145-151.
- Stewart, M.A., Cummings, C., Singer, S., & de Blois, C.S. "The Overlap Between Hyperactive and Unsocialized Aggressive Children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1981. 22, 35-45.
- Teitelbaum, P. & Steller, E. "Recovery from the Failure to Eat Produced by Hypothalamic Lesions". *Science*. 1954. 120, 894-895.
- The World Health Report, World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, 1995.
- Thorley, G. "Review of Follow-Up and Follow-Back Studies of Childhood Hyperactivity". *Psychological Bulletin*. 1984. 96, 116-132.
- Torrey, E.F., Hersh, S.P., & McCabe, K.D. "Early Childhood Psychosis and Bleeding During Pregnancy". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. 1975. 5, 287-297.
- Towbin, A. "Cerebral Dysfunctions Related to Perinatal Organic Damage: Clinical-Neurophatologic Correlates". *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. 87, 617-635.
- Troup, C.W. & Hodgson, N.B. "Nocturnal Functional Bladder Capacity in Enuretic Children". *Journal of Urology*. 1971. 105, 129-132.
- Tsai, L., Stewart, M. "Etiological Implications of Maternal Age and Birth Order in Infantile Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1983. 13, 57-65.
- Turner, R.K. & Young, G.C. "C.N.S. Stimulant Drugs and Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis: A Long Term Follow-up Study". *Behav. Res. and Ther.* 1966. 4, 225-228.
- Vaillant, G.E. "Twins Discordant for Early Infantile Autism". *Archives of General Psychiatry*. 1963. 9, 163-167.
- Varley, C.K. "Effects of Methylphenidate in Adolescents with Attention Deficit Disorders". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1983. 22, 351-354.
- Volkmar, F.R. "Brief Report: Diagnostic Issues in Autism: Results of The DSM-IV Field Trial". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. 26, 155-157.

- Walker, H.A. "Incidence of Minor Physical Anomaly in Autism". *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1977, 1, 165-176.
- Weiss, B., & Laties, V.G. "Enhancement of Human Performance by Caffeine and the Amphetamines". *Pharmacological Review*. 1962. 14, 1-36.
- Weiss, G., Kruger, E., Danielson, V., & Elman, M. "Effects of Long-Term Treatment of Hyperactive Children with Methylphenidate". *Canadian Medical Association Journal*. 1975. 112, 159-165.
- Wenar, C. *Psychopathology from Infancy Through Adolescence: A Developmental Approach*. New York: Random House. 1982.
- Wender, P.H. *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: Wiley-Interscience, 1971.
- _____, Wood, D.R., & Reimherr, F. "Pharmacological Treatment of Attention Deficit Disorder, Residual Type (ADD, RT, 'Minimal Brain Dysfunction', 'Hyperactivity') in Adults". *Psychopharmacology Bulletin*. 1985. 21, 222-227.
- Wen-Shing Tseng., & Streltzer, J. "Culture and Psychology and Psychotherapy: A. Guide to Clinical Practice" (Edited by Wen-Shing Tseng & Jon Streltzer). *American Psychiatric Press, Inc.* Washington, D.C., 2001.
- Werry, J.S., & Aman, M.G. "Methylphenidate in Hyperactive and Enuretic Children". Dalam B. Shopsin & L. Greenhill (Eds.), *The Psychobiology of Childhood: Profile of Current Issues*. Jamaica, N.Y.: Spectrum. 1984.
- Werry, J.S., & Quay, H.C. "The Prevalence of Behavior Symptoms in Younger Elementary School Children". *American Journal of Orthopsychiatry*. 1971. 41, 136-143.
- Willerman, L. "Activity Level and Hyperactivity in Twins". *Child Development*. 1973. 44, 288-293.
- Willinger, M., Hoffman, H.J., & Hartford, R.B. "Infant Sleep Position and Risk for Sudden Infant Death Syndrome". *Pediatrics*. 1994. 93 (5), 814-819.
- Winokur, A., March, V., & Mendels, J. "Primary Affective Disorder in Relatives of Patients with Anorexia Nervosa". *American Journal of Psychiatry*. 1980. 137, 695-698.
- Wolf, M., Risley, T., Johnston, M., Harris, F. & Allen, E. "Application of Operant Conditioning Procedures to the Behavior Problems of an Autistic Child: A Follow-Up and Extension". *Behavior Research and Therapy*. 1967. 5, 103-112.

- Wolraich, M., Drummond, T., Salomon, M., O'Brien, M. & Sivage, C. "Effects of Methyl-phenidate Alone and in Combination with Behavioral Modification Procedures on the Behavior and Academic Performance of Hyperactive Children". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1978. 6, 149-161.
- Yates, A.J. *Theory and Practice in Behavior Therapy*. New York: Wiley. 1975.
- Zentall, S.S. "Optimal Stimulation as Theoretical Basis of Hyperactivity". *American Journal of Orthopsychiatry*. 1975. 45, 549-563.
- Zigmond, N., & Baker, J.M. "Concluding Comments: Current and Future Practices in Inclusive Schooling". *Journal of Special Education*. 1995. 29, 245-250.

PENYESUAIAN DIRI ANAK-ANAK LUAR BIASA

Semua anak adalah luar biasa dalam arti tidak seorang anak pun sangat serupa dengan yang lainnya. Tetapi, beberapa anak yang benar-benar menyimpang dan memiliki ciri khas patut mendapat perhatian khusus dalam buku tentang ilmu kesehatan mental ini. Telah banyak usaha untuk mendefinisikan istilah anak "luar biasa." Ada yang menggunakan istilah tersebut untuk anak yang sangat cerdas atau anak yang berbakat luar biasa, sedangkan orang lain menggunakannya untuk menyebut anak-anak yang tidak normal. Tetapi pada umumnya, istilah tersebut telah diterima dan dipakai untuk anak-anak yang cacat dan anak-anak yang berbakat intelektual.

Dengan demikian, anak yang luar biasa di sini dapat didefinisikan sebagai anak yang menyimpang atau berbeda dari anak-anak biasa (anak rata-rata) atau normal dalam hal: (1) ciri-ciri khas mental; (2) kemampuan-kemampuan panca-indra; (3) kemampuan-kemampuan komunikasi; (4) tingkah laku sosial; dan (5) ciri-ciri khas fisik. Perbedaan-perbedaan itu harus sedemikian rupa sehingga anak tersebut memerlukan sekolah atau layanan pendidikan yang khusus untuk mengembangkan kapasitasnya secara maksimum (Kirk, *et al.*, 1989). Tentu, definisi ini sangat umum dan bisa menimbulkan beberapa pertanyaan, misalnya: Apa yang dimaksudkan dengan istilah rata-rata (biasa) atau normal? Berapa luasnya perbedaan itu sampai memerlukan pendidikan yang khusus? Apa yang dimaksud dengan pendidikan khusus? Apakah peran yang dimainkan oleh lingkungan dari anak itu dalam definisi ini? Semua pertanyaan itu diajukan dan diuraikan dalam bentuk-bentuk yang berbeda dalam seluruh uraian ini ketika membicarakan setiap kelompok anak-anak luar biasa.

Dari segi statistik kita dapat mengetahui bahwa apabila suatu karakter diukur dengan mengambil sampling yang banyak dan mewakili populasi, skornya ternyata mengikuti kurva probabilitas normal. Ini tentu saja berarti jumlah yang sangat menyimpang relatif sedikit. Misalnya, kita tentu saja ingat bahwa kalau 68% dari populasi berada dalam rentang IQ Stanford Binet 84–116, maka kira-kira 1% populasi mencapai IQ 140 dan sekitar 2% populasi IQ-nya berada di bawah 60.

Situasi yang sama juga berlaku bagi abnormalitas fisik, sebagian besar berada dalam rentang normal berkenaan dengan pendengaran, penglihatan, dan sebagainya.

Jelas, tidak mungkin semua kelompok anak luar biasa dibahas dalam satu bab saja. Oleh karena itu, dalam uraian ini hanya dipilih tiga yang paling penting, yakni anak yang berbakat intelektual, anak yang cacat mental, dan anak yang cacat fisik. Karena cacat-cacat fisik sangat banyak, maka pembicaraan tentang kelompok ini hanya terbatas pada masalah-masalah mereka yang lumpuh atau pincang, tuna rungu, dan tuna netra. Semua kelompok ini mempunyai masalah-masalah penyesuaian diri yang khusus, lebih-lebih dalam hubungan mereka dengan orang lain, akibat dari kenyataan bahwa mereka sangat luar biasa sekurang-kurangnya dalam salah satu bidang yang penting.

INTELIGENSI

Meskipun ada kesepakatan di kalangan para psikolog mengenai komponen-komponen dasar inteligensi, tetapi definisi-definisi mereka berbeda-beda, seperti halnya juga dengan indeks-indeks tingkat inteligensi dan cara mengukurnya.

Definisi Inteligensi

Meskipun kebanyakan peneliti sependapat bahwa inteligensi adalah seperangkat ciri-ciri khas dan kemampuan kognitif yang tidak dapat diamati secara langsung, tetapi definisi khusus tentang inteligensi telah berubah sepanjang masa. Pada dasarnya, sudah bertahun-tahun para psikolog terbagi dalam dua kelompok, yakni kelompok yang berpendapat bahwa inteligensi itu adalah satu kemampuan umum dan kelompok yang berpendapat bahwa sesungguhnya ada beberapa macam inteligensi yang berbeda.



Alfred Binet mengembangkan tes inteligensi pertama di Perancis.

[Diambil dari Huffman, K., Vernoy, M., & Vernoy, J. *Psychology in Action* (4th ed.). New York: John Wiley and Sons, 1997, hlm. 32].

Konsepsi Binet mengenai inteligensi menekankan kemampuan menilai sebagai faktor yang sangat penting meskipun ia juga menyebut ingatan, nalar, kemampuan untuk membandingkan, kemampuan untuk memahami, penggunaan konsep-konsep bilangan, dan pengetahuan tentang kejadian-kejadian kontemporer.

Stern mendefinisikan inteligensi sebagai kapasitas umum individu untuk menyesuaikan pemikirannya secara sadar dengan kebutuhan-kebutuhan baru. Dengan kata lain, ia menekankan kemampuan mental yang umum untuk beradaptasi dengan masalah-masalah dan kondisi-kondisi baru dalam kehidupan.

Charles Spearman (1927) melihat *inteligensi* itu sebagai kemampuan mental yang luas yang meliputi semua fungsi *kognitif*. Berdasarkan observasi-observasinya pada skor-skor tes, maka ia mengemukakan bahwa skor pada tes-tes yang berbeda tentang kemampuan-kemampuan mental cenderung berkorelasi antara yang satu dengan yang lainnya. Karena itu, ia mengemukakan bahwa *inteligensi* itu adalah satu faktor yang disebutnya *g*. Faktor *kognitif* yang umum ini memungkinkan orang mampu mencapai keberhasilan dalam bermacam-macam tugas intelektual. Tetapi, Spearman juga mengetahui bahwa kebanyakan orang sangat bagus dalam salah satu atau dua bidang khusus, dengan demikian ia memasukkan faktor-faktor khusus *s* yang memungkinkan seseorang unggul pada tugas-tugas khusus. Misalnya, para mahasiswa yang mendapat kesulitan dalam bidang psikologi mungkin unggul dalam bidang matematika. Kombinasi dari faktor *g* dan faktor *s* memberikan tingkat *inteligensi* tertentu dari seorang individu. Dengan demikian, Spearman berpendapat bahwa semua kemampuan intelektual dapat dinyatakan sebagai fungsi-fungsi dua faktor: *pertama*, faktor umum yang berlaku bagi setiap kemampuan (faktor *g*); *kedua*, faktor khusus bagi setiap kemampuan tertentu (faktor *s*). Dengan begitu, Spearman melihat bahwa kemampuan mental individu tersusun secara hierarkis, di mana terdapat sebuah faktor umum yang luas dan faktor kelompok yang khusus.

Kira-kira 10 tahun kemudian Louis Thurstone (1938), seorang ahli psikometri, melihat *inteligensi* sebagai serentetan kemampuan yang berbeda-beda. Jelasnya, kemampuan itu adalah kemampuan umum (menyeluruh) yang terbagi dalam kemampuan-kemampuan khusus, yang dinamakan "primary mental abilities", yakni *verbal comprehension*, *word fluency*, *numerical fluency*, *spatial visualization*, *associative memory*, *perceptual speed*, dan *reasoning*. Ketujuh kemampuan mental ini dimasukkan ke dalam *Primary Mental Abilities Test* dari Thurstone. Kemampuan yang berbeda-beda dari seorang individu menjelaskan mengapa seseorang bisa unggul dalam bidang matematika dan tidak unggul dalam bidang sejarah. Tetapi, kemudian Thurstone mengemukakan bahwa orang-orang yang unggul dalam salah satu bidang juga unggul di bidang-bidang lainnya. Karena itu, ia mengemukakan bahwa mungkin ada suatu faktor umum yang mendasari bermacam-macam kemampuan itu. Misalnya, *verbal comprehension* dan *reasoning* sangat berkorelasi dan dapat dianggap sebagai faktor *g* seperti yang dikemukakan Spearman.

Kira-kira 29 tahun kemudian (1967), J.P. Guilford memperbanyak jumlah ini dan mengemukakan bahwa ada 120 faktor yang mempengaruhi *inteligensi*. Selanjutnya, ia mengemukakan suatu teori yang sangat rumit tentang *inteligensi* yang dinamakan *model of intelligence theory*. Ia mengemukakan 3 dimensi yang terpisah dan berinteraksi dalam *inteligensi*, yakni *isi*, *operasi*, dan *produk*. *Isi* adalah informasi yang dipikirkan seseorang; *operasi* adalah tindakan-tindakan seseorang;

sedangkan produk merupakan hasil berpikir tentang informasi. Dengan teknik statistik, Guilford dapat menentukan 5 tipe isi, 5 tipe operasi, dan 6 tipe produk.

Tetapi kira-kira pada waktu yang sama, setelah menganalisis kembali data Thurstone, Raymond Cattell (1963, 1971) menentang ide tentang banyak inteligensi. Ia mengemukakan bahwa *g* benar-benar ada tetapi ada 2 macam *g*, yakni *fluid-intelligence* dan *crystallized-intelligence*. *Fluid-intelligence* adalah kapasitas untuk memperoleh pengetahuan baru dan memecahkan masalah-masalah baru yang sekurang-kurangnya sebagian ditentukan oleh faktor-faktor biologis dan faktor-faktor genetik. Sedangkan *crystallized-intelligence* tidak lain daripada pengetahuan dan pelajaran yang diperoleh sepanjang hidup kita melalui interaksi antara *fluid intelligence* dan pengalaman lingkungan. Howard Gardner (1983) mengemukakan suatu teori tentang inteligensi yang disebut *theory of multiple intelligences*. Ia berpendapat bahwa bukan satu inteligensi umum, melainkan ada beberapa macam inteligensi yang berbeda. Ia mengemukakan 7 macam inteligensi, yakni *linguistic*, *musical*, *logical-mathematical*, *spatial*, *bodily-kinesthetic*, *social sensitivity*, dan *personal awareness*. Sama seperti Thurstone, Gardner berpendapat bahwa inteligensi-inteligensi ini dapat berinteraksi untuk menghasilkan suatu kepribadian yang unik. Tetapi, ia menambahkan bahwa setiap macam inteligensi adalah independen. Dengan demikian, seseorang yang dianggap terbelakang mentalnya pada suatu tes IQ mungkin unggul dalam bidang musik. Para peneliti belum menentukan hubungan di antara macam-macam inteligensi atau bagaimana mereka berinteraksi untuk menghasilkan tingkah laku yang adaptif.

Bertolak dari penelitian pengolahan informasi, Robert Steinberg pada tahun 1985 mengembangkan suatu teori tentang inteligensi yang dinamakan *triarchic theory*. Steinberg berpendapat bahwa hal yang lebih penting daripada produk-produk luar inteligensi, seperti jawaban-jawaban yang tepat pada suatu tes inteligensi adalah proses-proses berpikir yang digunakan untuk sampai pada jawaban-jawaban terhadap masalah-masalah dan teori-teori tentang inteligensi harus memperhitungkan proses-proses ini.

Menurut *triarchic theory*, ada 3 aspek inteligensi yang berbeda tetapi berhubungan, yakni komponen-komponen inteligensi internal, penggunaan komponen-komponen ini untuk beradaptasi dengan perubahan-perubahan lingkungan, dan penerapan pengalaman masa lampau pada situasi-situasi kehidupan real. Beberapa orang cenderung memiliki kemampuan yang lebih kuat untuk menggunakan satu atau lebih dari aspek-aspek inteligensi ini. Berikut akan dikemukakan penjelasan singkat masing-masing komponen.

1. Aspek inteligensi internal terdiri dari proses-proses mental yang dipecahkan lagi oleh Steinberg menjadi tiga mega komponen, yakni komponen-komponen

yang digunakan untuk memperoleh dan menyimpan pengetahuan; komponen-komponen yang digunakan dalam persepsi, ingatan jangka pendek dan jangka panjang, dan pemecahan masalah; komponen-komponen yang digunakan dalam merencanakan, memonitor, dan menilai pikiran. Dengan demikian, apabila kita menyempurnakan suatu analogi seperti "Den is to bear as hive is to ..." kita datang kepada pengetahuan yang disimpan dalam ingatan jangka panjang, menahannya dalam ingatan sekarang, memutuskan strategi apa yang akan digunakan, dan menerapkan pikiran dan kemampuan-kemampuan kita dalam memecahkan masalah untuk sampai kepada jawaban "bee".

2. Aspek adaptif inteligensi adalah jelas manakala kita menggunakan komponen-komponen internal untuk beradaptasi dengan atau mengubah lingkungan kita, atau memilih lingkungan-lingkungan baru yang lebih cocok dengan tujuan-tujuan kita. Misalnya, Anda akan menggunakan inteligensi adaptif untuk mengatasi anjing yang menggonggong yang digambarkan dalam latihan berpikir kritis.
3. Aspek-aspek eksperiensial inteligensi mengacu pada kemampuan kita untuk menerapkan proses-proses otomatis kita yang sudah terlatih dengan baik pada tugas-tugas kita yang sudah biasa, dan kemampuan kita untuk belajar dari pengalaman-pengalaman masa lampau dalam memecahkan masalah-masalah baru. Pemadam-pemadam kebakaran unggul dalam aspek inteligensi ini. Mereka berkali-kali menyelamatkan situasi-situasi berbahaya karena mereka menerapkan keterampilan-keterampilan mereka yang sudah terasah dan pengalaman-pengalaman masa lampau untuk menetapkan apa yang harus dilakukan dalam keadaan-keadaan darurat.

Nilai teori inteligensi dari Steinberg ialah menitikberatkan proses yang mendasari pikiran dan bukan hanya hasil akhir serta pentingnya penerapan kemampuan mental pada situasi-situasi dunia real dan bukan mengetes kemampuan-kemampuan mental secara terpisah.

Meskipun *triarchic theory* dari Steinberg diterima secara luas oleh para pendidik, namun banyak ilmuwan kognitif tetap berpendapat bahwa bagi kebanyakan orang, inteligensi itu adalah "kapabilitas mental yang sangat umum" (Arvey, *et al.*, 1994).

Woodworth menyatakan bahwa inteligensi mengandung tiga aspek, yakni pengenalan sesuatu yang penting, penyesuaian diri terhadap sesuatu yang baru, dan ingatan; Terman mendefinisikan inteligensi sebagai kemampuan untuk berpikir secara abstrak, sedangkan Wechsler mendefinisikan inteligensi sebagai kapasitas campuran atau global individu untuk bertindak secara bertujuan, untuk berpikir

secara rasional dan menangani secara efektif lingkungannya. Dikatakan campuran karena kapasitas itu terdiri dari unsur-unsur yang meskipun tidak sepenuhnya berdiri sendiri namun secara kualitatif dapat dibeda-bedakan; dikatakan global karena kapasitas itu merupakan ciri tingkah laku sebagai keseluruhan.

Pada tahun 1997, Karen Huffman, Mark Vernoy, dan Judith Vernoy mendefinisikan inteligensi sebagai kemampuan (kemampuan-kemampuan) kognitif yang digunakan dalam memperoleh, mengingat, dan menggunakan pengetahuan tentang kebudayaan seseorang untuk memecahkan masalah sehari-hari dan untuk beradaptasi serta berfungsi dalam lingkungan-lingkungan yang berubah dan lingkungan-lingkungan yang stabil (Huffmann, Vernoy, & Vernoy, 1997).

Sebagai kesimpulan dapat dikatakan bahwa meskipun dalam semua definisi tentang inteligensi yang dikemukakan di atas terdapat perbedaan, tetapi terdapat juga beberapa kesamaan, yakni: (1) kapasitas itu terbagi dua: kapasitas umum dan kapasitas khusus yang terbagi lagi dalam bidang-bidang tertentu; (2) kapasitas itu bertingkat-tingkat (hierarkis); (3) secara implisit tingkat-tingkat inteligensi dapat diukur dan bidang-bidangnya dapat diidentifikasi.

Pengukuran Inteligensi

Inteligensi diukur dengan tiga standar pengukuran: usia mental (*mental age*), *intelligence quotient (IQ)*, dan jenjang persentil (*percentile rank*).

Usia Mental

Usia mental adalah kemampuan mental yang khas bagi individu pada tingkat usia kronologis (*chronological age*) tertentu. Jadi, anak dengan usia mental 6 mampu bekerja pada tingkat intelektual yang khas pada rata-rata anak yang berusia 6 tahun.

Intelligence Quotient (IQ)

Intelligence quotient (IQ) adalah angka indeks tunggal yang menyatakan tingkat kecerdasan seseorang dibandingkan dengan orang lain dalam sampel yang standard. Atau juga dapat dikatakan, IQ adalah suatu skor pada suatu tes yang bertujuan untuk mengukur kemampuan-kemampuan verbal dan kuantitatif. IQ itu cenderung stabil secara relatif. Ukuran yang dikenal sebagai IQ pertama kali dikemukakan oleh William Stern, seorang psikolog Jerman. Ia memperhatikan bahwa jika usia mental dibandingkan dengan usia kronologis, maka akan terdapat ukuran yang stabil. Kemudian William Stern mengusulkan rumus yang berikut:

$$\frac{MA}{CA} \times 100 = IQ$$

Jadi, untuk mencapai skor IQ seseorang, caranya ialah usia mental (MA) orang itu (dalam tahun dan bulan) sebagaimana ditetapkan oleh tes dibagi dengan usia kronologisnya (CA) dan hasilnya dikalikan dengan 100 (untuk menghilangkan desimal atau pecahan-pecahan). Misalnya, usia mental 15 dan usia kronologis 14, maka skor IQ-nya adalah: $15/14 \times 100 = 1.07 \times 100 = 1.07 \times 100 = 107$.

Jenjang Persentil (Percentile Rank)

Jenjang persentil adalah pernyataan skor tes inteligensi berdasarkan kedudukan relatif pada populasi tertentu. Dengan kata lain, jenjang persentil adalah persentase dari suatu populasi yang sama dengan atau lebih dari skor tertentu. Misalnya, jenjang persentil dari 70 menunjukkan skor yang sama dengan atau lebih dari skor yang dicapai oleh 70% dari populasi tersebut.

Tes Inteligensi

Tes inteligensi yang biasa dipakai adalah Revised Stanford-Binet Test of Intelligence; Wechsler-Bellevue Scales (Form I dan Form II, dan WAIS); Wechsler Intelligence Scale for Children; Goodenough Drawing Test; dan Arthur Point Scale.

Hanya ada sedikit perbedaan terminologi pada skala-skala inteligensi yang sangat umum dipakai (*Terman revision of the Stanford Binet dan Wechsler Scales*) tetapi pendekatannya berasal dari segi pandangan statistik yang berbeda. Tabel-tabel di bawah ini menunjukkan bagaimana kedua teknik itu menangani persoalan distribusi inteligensi pada populasi umum. Terman membuat skalanya pada rentang inteligensi (IQ), sedangkan Wechsler menambah faktor distribusi persentase pada masing-masing tingkat. Harus diperhatikan bahwa IQ yang ditetapkan sedikit berbeda dengan skala tes inteligensi tertentu yang dipakai.

TABEL 13: KLASIFIKASI INTELIGENSI TERMAN*

Klasifikasi	Rentang IQ
Genius	Di atas 140
Sangat superior	120–140
Superior (Normal atas)	110–120
Normal atau rata-rata	90–110
Normal bawah (Bodoh)	80–90
Garis batas	70–80
Lemah mental: Moron	50–70
Imbisil	25–50
Idiot	Di bawah 25

* Dikutip dari David Wechsler, *The Measurement of Adult Intelligence* (Baltimore: William & Wilkins, 1944:37).

TABEL 14: DISTRIBUSI DESKRIPTIF SKOR IQ WISC-III*

Skor IQ	Persentase meliputi		
	Klasifikasi	Kurva Normal Teoretis	Sampel ^a Aktual
130 dan di atas 130	Sangat superior	2,2	2,1
120-129	Superior	6,7	8,3
110-119	Rata-rata	16,1	16,1
80-89	Normal bawah (Normal bodoh)	50,0	50,3
70-79	Garis batas	6,7	6,5
69 dan di bawah 69	Cacat intelektual ^b	2,2	1,9

- a Persentase yang diperlihatkan adalah untuk IQ skala penuh dan didasarkan pada sampel standarisasi total ($N = 2.200$). Persentase diperoleh untuk IQ verbal dan IQ performansi benar-benar sama.
- b Istilah keterbelakangan mental (*mentally retarded*) dalam WISC-R diganti dengan cacat intelektual (*intellectually deficient*) dalam WISC-III. Praktek ini menghindari implikasi bahwa skor IQ yang sangat rendah merupakan bukti yang cukup untuk klasifikasi retardasi mental. Istilah cacat intelektual adalah bersifat deskriptif dan hanya mengacu pada fungsi intelektual yang rendah.
- * Sumber: *Wechsler Intelligence for Children* – Third Edition (1989). Lihat juga Kendall & Hammen (1998:501).

ANAK BERBAKAT INTELEKTUAL

Anak-anak dengan IQ menurut klasifikasi Terman di atas 140 disebut berbakat intelektual (cerdas). Anak-anak seperti itu memiliki kemungkinan mencapai prestasi yang tinggi. Tetapi, tidak bisa disimpulkan bahwa mereka pasti berhasil karena keunggulan tersebut ditentukan oleh banyak hal dan tidak hanya oleh angka IQ saja. Mereka yang berada di puncak inteligensi dapat dibagi menjadi dua kelompok, yakni genius biasa, yang ber-IQ 140–170, dan genius luar biasa yang ber-IQ di atas 170. Anak-anak yang sangat menyimpang ini biasanya mengalami kesulitan besar dalam penyesuaian diri dengan lingkungan yang didominasi oleh anak-anak yang jauh kurang cerdas. Meskipun jumlah yang genius itu hanya sedikit saja, tetapi mereka memikul tanggung jawab besar bagi kemajuan umat manusia. Masyarakat sebaiknya melakukan segala sesuatu yang dapat menjamin kecerdasan mereka.

Orang-orang yang berbakat intelektual atau genius berbeda tingkatnya bukan macamnya dengan orang-orang yang inteligensinya hanya rata-rata saja. Mereka hanya memiliki lebih banyak dari hal yang sama. Tetapi karena mereka memiliki lebih banyak, maka perbedaan-perbedaan itu kelihatannya bersifat kualitatif. Tiap-

tiap orang memiliki kapasitas untuk belajar. Orang-orang yang bodoh belajar lambat dan hanya dapat menguasai materi-materi yang relatif sederhana. Orang yang cemerlang belajar dengan cepat sekali dan dapat menguasai materi-materi yang relatif rumit. Ia melihat dan memahami hubungan-hubungan yang tidak pernah dapat dilihat dan dipahami oleh orang yang bodoh. Penting untuk diperhatikan bahwa meskipun anak yang cepat sekali menjadi dewasa tampaknya sangat berbeda, tetapi pada hakikatnya sifat dan kemampuan-kemampuannya sama dengan yang dimiliki oleh kawan-kawannya. Sama seperti yang lain, ia membutuhkan keberhasilan, penghargaan, dan hubungan-hubungan kasih sayang.

Anak-anak yang berbakat intelektual diselidiki secara luas selama beberapa puluh tahun terakhir ini. Laporan yang paling lengkap mengenai mereka termuat dalam kelima jilid buku *General Studies of Genius* yang ditulis oleh Terman dan kawan-kawannya. Hasil dari penelitian mereka antara lain menunjukkan bahwa anak-anak yang berbakat intelektual berasal dari orang tua yang juga berbakat intelektual, dan dari lapisan sosio-ekonomis yang lebih tinggi, serta ras dan seks mempunyai pengaruh tertentu atas mereka. Penelitian tersebut memberikan kepada kita sejumlah fakta mengenai prestasi sekolah dan ciri-ciri fisik anak yang sangat unggul itu tetapi penelitian itu sendiri tidak memberi keyakinan mengenai ciri-ciri emosional dan sosial mereka. Diperlukan lebih banyak penelitian lagi mengenai persoalan hubungan antara kestabilan emosi dan daya pikir yang sangat tinggi atau genius.

Ciri-Ciri Mental

Anak-anak yang berbakat intelektual biasanya menampilkan keunggulan mereka pada usia yang sangat dini. Pada waktu anak mencapai usia 1 tahun, rata-rata anak pada umumnya menguasai 2 kosakata, sedangkan anak yang berbakat intelektual pada usia itu telah menguasai 10 sampai 15 kosakata. Satu-satunya kriterium yang sangat baik tentang anak yang daya pikirnya unggul adalah kosakatanya luas. Diharapkan bahwa karena inteligensi verbalnya begitu tinggi, anak yang berbakat intelektual akan belajar membaca jauh lebih dini dalam hidupnya daripada anak-anak biasa. Kira-kira separo dari mereka yang berada 1% di puncak kecerdasan, belajar membaca sebelum masuk sekolah. Terman melaporkan bahwa 20,5% dari kelompok California yang diselidikinya, belajar membaca sebelum usia 5 tahun; 6,1% sebelum usia 4 tahun; 1,6% sebelum usia 3 tahun (Terman, 1926). Jarang sekali anak seperti itu dipaksa untuk belajar membaca. Biasanya ia mengembangkan kemampuan membaca tanpa pelajaran formal.

Karena telah belajar membaca pada usia yang sangat dini, anak yang berbakat intelektual itu sering kali berpaling pada hal-hal seperti sejarah dan geografi sehingga pada waktu ia masuk kelas I Sekolah Dasar, ia mungkin telah mengumpulkan banyak informasi yang biasanya baru diajarkan di kelas-kelas menengah. Karena berhitung lebih sukar dipelajari sendiri daripada membaca, anak-anak yang berbakat intelektual prasekolah kiranya tidak begitu mahir dalam mata pelajaran tersebut.

Prestasi Sekolah

Selama belajar di sekolah, hasil kerja dari anak-anak yang sangat cerdas ini sangat unggul dalam semua mata pelajaran. Tetapi, kuosien pendidikan mereka mungkin sedikit lebih rendah daripada IQ mereka. Perbedaan-perbedaan antara kuosien pendidikan dan kuosien inteligensi kebanyakan disebabkan karena sekolah tidak dapat menyesuaikan isi pelajaran dengan kemampuan anak-anak yang cemerlang itu.

Tidak hanya ada perbedaan yang mencolok dalam prestasi sekolah antara anak-anak yang berbakat dan anak-anak yang biasa tetapi juga antara anak-anak yang berbakat lebih tinggi dan anak-anak yang berbakat lebih rendah. Anak-anak dengan IQ lebih dari 170 mengalami rintangan yang lebih besar berkenaan dengan peluang-peluang pendidikan dibandingkan dengan yang ber-IQ antara 140 dan 150.

Penyesuaian Diri dalam Keluarga

Terman mengelompokkan ayah-ayah dari 560 anak berbakat yang diselidikinya ke dalam klasifikasi 5 tingkat Taussig dengan hasil-hasil berikut (Terman, 1926):

Profesional	: 31,4 %
Semi-profesional dan bisnis	: 50,0 %
(a) Kelompok atas	: 31,2 %
(b) Kelompok bawah	: 18,8 %
Buruh terampil	: 11,8 %
Buruh semi-terampil sampai sedikit terampil	: 6,6 %
Buruh biasa	: 0,13 %

Kira-kira sepertiga dari anak-anak yang berbakat intelektual — seperti dikemukakan oleh penelitian Terman — dilahirkan dan dididik dalam keluarga-keluarga di mana ayah-ayah mereka adalah orang-orang profesional. Pada latar belakang seperti itu adalah baik sekali kalau anak-anak tersebut mencari teman-teman yang tingkat intelektualnya sama. Tetapi, banyak sekali yang dilahirkan dari orang tua yang kapasitas intelektualnya rata-rata atau di bawah rata-rata. Dalam hal yang demikian baik orang tua maupun anaknya mungkin akan merasa kecewa.

Sebagai manusia, orang tua yang memiliki kemampuan intelektual seperti itu mungkin mengalami reaksi emosional yang kalut terhadap anaknya yang berbakat. Semakin anak itu berkembang lebih cepat, maka semakin besar juga kekalutan yang dialami orang tuanya. Orang tua bangga terhadap prestasi anaknya tetapi juga jengkel karena anaknya mengetahui hal lebih banyak. Sulit bagi orang dewasa untuk menerima anak yang berusia 10 tahun mengetahui lebih banyak daripada ia sendiri. Lagi pula, orang tua pada umumnya berpendapat bahwa anak-anak yang menjadi dewasa sebelum waktunya akan berakibat tidak baik.

Setiap anak berbakat yang sama sekali atau sedikit ditolak oleh orang tuanya merasa bahwa dalam awal kehidupannya ada sesuatu dari dirinya yang tidak disukai. Ketika usianya bertambah, ia mulai menduga bahwa inteligensinya yang tinggi itulah yang menjadi penyebabnya. Ia tidak lagi menyalahkan daya pikirnya yang hebat dibandingkan dengan anak lain yang menyalahkan perlengkapan fisiknya yang unggul, namun mungkin itu menjadi penghalang antara dirinya dan keluarganya. Situasi seperti itu dijelaskan dengan baik sekali dalam biografi yang ditulis oleh Eve Curie tentang ibunya, Madame Curie. Penulisnya menceritakan pengalaman Marie, yang berusia 4 tahun, ketika ia pada suatu hari membaca keras-keras untuk keluarganya dari buku yang dibaca kakak perempuannya (Curie, 1937).

Pada suatu pagi, ketika Bronya (seorang kakak perempuan) dengan terputus-putus membaca sebuah pelajaran membaca untuk orang tuanya, Manya (Marie) menjadi tidak sabar, mengambil buku tersebut dari tangan kakaknya, dan membaca keras-keras kalimat pembukaannya. Mula-mula karena merasa senang dengan keadaan diam yang mengelilinginya, ia meneruskan permainan yang mempesona itu; tetapi ia dicekam kepanikan. Seentar ia memandang wajah orang tuanya yang tercengang-cengang, kemudian ke wajah Bronya, yang menatapnya sambil merajuk, ia mengucapkan beberapa kata dengan tergagap-gagap yang tidak dapat dipahami, tangisnya yang tersedu-sedu tak tertahankan — bukan bayi ajaib, melainkan bayi yang hanya berusia 4 tahun, dan yang menangis sambil meneteskan air mata.

"Aku minta maaf! Maaf! Aku tidak sengaja berbuat demikian. Bukan salahku — bukan salah Bronya! Hanya karena itu begitu mudah!"

Dalam keputusan, Manya tiba-tiba berpikir bahwa barangkali ia tidak pernah akan dimaafkan karena telah belajar membaca.

Banyak anak yang berbakat intelektual menerima situasi-situasi seperti ini. Mereka menyublimasikan frustrasi-frustrasi keluarga melalui konsentrasi pada kegiatan-kegiatan intelektual. Tetapi, ada yang menggunakan mekanisme-mekanisme penyesuaian diri yang kurang dapat diterima. Mereka menarik diri atau menjadi negativistik. Reaksi yang sering terjadi ialah menjadi malu terhadap kecerdasannya yang menjadi penyebab hilangnya sebagian atau seluruh cinta kasih orang tuanya. Banyak mahasiswa yang cerdas begitu malu akan daya pikirnya yang baik, sehingga mereka justru tidak mencapai hasil yang sesuai dengan kemampuannya.

Hubungan antara anak yang berbakat intelektual dengan saudara-saudaranya yang kurang cerdas sering kali tidak memuaskan bagi kedua belah pihak. Anak yang berbakat intelektual itu tidak merasa unggul, melainkan ia dibuat merasa rendah diri oleh saudara-saudaranya yang agresif di mana dalam hati mereka sebenarnya merasa iri terhadapnya tetapi secara lahir mereka memandangnya rendah. Anak yang sangat cerdas mungkin terpaksa menyesuaikan diri dengan berpura-pura bahwa inteligensinya jauh lebih kurang daripada yang sebenarnya. Ini bukan kesehatan mental yang baik karena setiap individu harus menerima dirinya sendiri dengan segala kelebihan dan kekurangannya, dan maju terus dengan bermodalkan kelebihan-kelebihannya itu. Ini sulit bagi seorang anak genius yang bakatnya luar biasa tetapi tidak mendapat persetujuan dari masyarakat.

Penyesuaian Diri di Sekolah

Anak yang berbakat itu sering mengalami kesulitan besar dalam menyesuaikan diri dengan situasi di sekolah. Prestasi-prestasi sekolah anak yang sangat unggul daya pikirnya itu jauh lebih tinggi daripada rata-rata anak yang usia kronologisnya sama. Misalnya, anak yang ber-IQ 150 dapat melakukan pekerjaan kelas III Sekolah Dasar ketika ia berusia 6 tahun. Ketika ia mencapai usia 10 tahun, ia mampu menguasai bahan pelajaran yang biasa diajarkan selama tahun pertama dan kedua Sekolah Menengah, tetapi ia terperosok di kelas IV Sekolah Dasar. Sebagai contoh dapat dikemukakan: ada orang tua yang membawa anak laki-lakinya kepada seorang terapis atau konselor dengan keluhan bahwa anaknya yang berusia 10 tahun itu tidak begitu berprestasi di sekolah dan ia menimbulkan banyak masalah bagi disiplin sekolah. Setelah dites, anak itu ternyata ber-IQ 160. Dalam wawancara dengan terapis atau konselor, ia menerangkan bahwa ia sangat jengkel karena gurunya selalu berulang-ulang mengajarkan soal-soal berhitung yang telah dikerjakannya pada masa-masa sebelumnya. Akibatnya, ia lebih baik mogok belajar. Ia jenuh karena selalu mendapat pelajaran yang terus-menerus sama saja.

Mungkin sekali sebagian besar anak Indonesia yang sangat berbakat terperangkap dalam kesulitan yang sama karena sistem pendidikan kita tidak memberikan peluang-peluang yang lain bagi mereka. Persoalannya ialah bagaimana mengeluarkan mereka dari perangkap tersebut. Mempercepat jalannya pengajaran bukanlah jawabannya. Menempatkan mereka bersama-sama dengan anak-anak yang berusia mental sama berarti memisahkan mereka dari anak-anak lain yang usia sosial, emosional, dan psikologisnya sama dengan mereka. Anak yang berusia 10 tahun di Sekolah Menengah harus memenuhi kebutuhannya untuk berprestasi, tetapi ini harus lebih daripada hanya sekedar mengimbangi frustrasi-frustrasi yang

akan dialaminya berkenaan dengan status dan keamanan emosinya. Boleh jadi jawabannya terletak pada kelas-kelas peluang khusus meskipun ada alasan-alasan sosial yang kuat menentang bentuk penyesuaian diri seperti ini.

Secara teoretis, cara yang paling baik menangani masalah itu ialah membiarkan anak-anak yang berbakat itu dalam kelas-kelas heterogen dan kemudian menyesuaikan isi pelajaran dan metode pengajaran dengan kebutuhan-kebutuhan dan kemampuan-kemampuan mereka. Dalam prakteknya ini sangat sulit karena para guru tidak mampu mengadakan penyesuaian-penyesuaian semacam itu karena mereka tidak mungkin mendapatkan waktu yang dibutuhkan.

Ada sedikit keraguan bahwa banyak anak berbakat mengembangkan gangguan tingkah laku karena sekolah tidak dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan intelektual dan emosional mereka. Pandangan yang berkata bahwa "anak yang berbakat dapat menjaga diri mereka sendiri" hanyalah suatu pandangan yang bersifat defensif. Anak-anak tersebut perlu bimbingan. Mereka membutuhkan pendidikan yang memungkinkan mereka dapat mengembangkan kapasitas mereka sepenuh-penuhnya.

Penyesuaian Diri dengan Teman-Teman Sebaya

Apabila individu yang kemampuan intelektualnya rata-rata berhubungan dengan orang-orang yang kemampuan intelektualnya jauh lebih tinggi sehingga ia tidak dapat memahami mereka, maka ia menjadi takut, atau merasa dicemooh. Sebaliknya, jika individu yang berbakat menghindarkan diri dari perasaan takut atau perasaan dicemooh, maka ia akan mengembangkan bakat-bakat yang akan mengimbangi inteligensinya yang tinggi yang biasanya menjadi hambatan sosial. Anak-anak yang berbakat kelihatannya cakap untuk mengadakan penyesuaian diri seperti itu. Penelitian yang dilakukan Terman, Hollingworth, dan lain-lain, menunjukkan bahwa anak-anak yang berbakat pada taraf sedikit lebih rendah membuat penyesuaian diri sosial yang baik atau sedikit lebih baik daripada anak-anak biasa atau rata-rata. Di samping itu, mereka memiliki kesempatan yang lebih besar untuk menjadi pemimpin sekolah dibandingkan dengan anak-anak biasa. Tetapi, situasinya sangat berbeda bagi anak-anak yang berada pada batas lebih tinggi dari kelompok berbakat.

Kelihatannya anak dengan IQ 145 cukup dekat dengan anak-anak yang inteligensinya rata-rata untuk belajar berbicara dalam bahasa mereka dan bermain seperti mereka. Ia dibantu dalam penyesuaian diri yang dibutuhkan karena secara fisik dan mental ia lebih unggul daripada anak-anak lain seusianya, meskipun keunggulan fisiknya relatif kurang daripada keunggulan mentalnya. Tetapi, keunggulan fisik yang sedang-sedang ini memudahkan ia melakukan permainan-

permainan yang disukai oleh kelompok sebayanya atau oleh anak-anak lain yang sedikit lebih tua.

Perbedaan usia mental antara anak-anak yang sangat berbakat dan anak-anak rata-rata (biasa) begitu besar sehingga sulit sekali mencapai penyesuaian diri sosial yang normal. Ada kemungkinan anak-anak seperti itu hidup dalam kesepian dan mencari kepuasan dengan bermain sendiri atau menciptakan kawan-kawan khayalannya. Dengan demikian, kepribadian anak itu menjadi rusak meski untuk sementara atau kadang-kadang untuk seterusnya. Tidak mengherankan bahwa banyak di antara anak-anak berbakat itu menjadi malu akan inteligensinya yang tinggi dan menjadi penyebab utama munculnya rasa frustrasi terhadap kebutuhan akan status dan ketenteraman emosinya.

Kestabilan Emosi

Keunggulan mental anak-anak dan orang dewasa genius menimbulkan masalah-masalah penyesuaian diri yang tidak pernah dialami oleh orang-orang biasa. Apakah masalah-masalah tersebut begitu sulit dipecahkan sehingga orang-orang yang mengalaminya menjadi tidak stabil emosinya? Hanya ada beberapa penelitian yang diadakan mengenai persoalan ini, dan itu pun kurang memadai. Penelitian yang paling banyak adalah penelitian yang dilakukan oleh Terman. Ia mengubah bentuk *Woodworth Cady Emotional Stability Questionnaire* dan disajikan kepada 284 anak laki-laki berbakat dan 258 anak laki-laki kontrol, serta 248 anak gadis berbakat dan 275 anak gadis kontrol (Terman, 1926). Ia menemukan perbedaan antara *mean* untuk anak laki-laki 4,4 dan untuk anak gadis 5,1. Perbedaan antara dua kelompok gabungan jenis kelamin adalah 4,7.

Terman (1926) juga minta kepada guru-guru dari kelompok anak berbakat dan kelompok kontrol untuk menilai gangguan-gangguan saraf anak-anak tersebut. Ia meringkas hasil-hasil penelitiannya sebagai berikut:

Tanda-tanda "gangguan saraf" yang dilaporkan oleh sekolah itu adalah 13,3% dari yang berbakat dan 16,1% dari kelompok kontrol. Gagap, termasuk kasus-kasus yang ringan-ringan, dilaporkan 2,6% dari yang berbakat dan 3,4% dari kelompok kontrol. Hanya dua kasus menunjukkan sejarah chorea. "Sifat takut-takut yang ekseksif" dan "kecenderungan untuk merasa cemas" dilaporkan dengan frekuensi yang kira-kira sama dalam kelompok yang berbakat dan kelompok kontrol.

Seperti dikemukakan oleh Terman, meskipun tanda-tanda "gangguan saraf" diketahui kurang frekuensinya dalam kelompok berbakat, tetapi "sifat takut-takut yang ekseksif" dan "kecenderungan untuk merasa cemas" diketahui lebih besar frekuensinya pada anak yang berbakat. Guru-guru melaporkan "sifat takut-takut yang ekseksif" adalah 7,4% dari 512 anak berbakat dan 7% dari 472 anak kelompok

kontrol. Mengenai "kecenderungan untuk merasa cemas", perbedaannya sedikit lebih besar dan diketahui 10,4% dari kelompok berbakat dan 9% dari kelompok kontrol.

Metode-metode yang dipakai Terman untuk menilai kestabilan emosi anak-anak berbakat dapat dipertanyakan. Tes kertas dan pensil mengenai kecenderungan neurotik memiliki validitas yang relatif kecil jika orang tidak mendapat kepastian bahwa individu yang dites telah menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan jujur. Lagi pula, Terman mempunyai kepercayaan yang kurang terhadap kemampuan guru-guru untuk mengetahui apakah anak-anak dapat menyesuaikan diri atau tidak. Ini sangat mengejutkan kalau melihat catatan-catatannya, "jika orang ingin mengidentifikasi anak yang paling cerdas di kelas yang terdiri dari 30 atau 50 anak, lebih baik mencari keterangan pada catatan-catatan kelahirannya dalam daftar kelas daripada meminta pendapat gurunya" (Terman, 1926). Apabila guru-guru kurang berhasil dalam mengidentifikasi anak-anak dalam kelas mereka yang paling baik daya pikirannya, bagaimana mereka diharapkan mengetahui nama anak-anak yang tidak stabil emosinya? Bagi para pengamat, konflik-konflik emosi sepintas lalu kurang jelas dibandingkan dengan kapasitas mental. Penelitian Terman mengenai kestabilan emosi anak-anak berbakat tidak membuktikan sesuatu yang meyakinkan. Penelitian tersebut hanya menunjukkan kemungkinan bahwa anak-anak yang lebih unggul sekurang-kurangnya sama stabil emosinya dengan anak-anak yang rata-rata (biasa).

Penelitian-penelitian tentang adanya kekalutan tingkah laku yang berat di antara orang-orang dewasa yang sangat berbakat tidak meyakinkan dan jumlahnya hanya sedikit. Lange-Eichbaum (1932) pada penelitian yang hasilnya patut dipertanyakan tentang para genius mengemukakan bahwa banyak sekali di antara mereka menderita psikosis. Katanya:

"Tetapi di antara para genius itu (yang diperkirakan berjumlah 300 sampai 400 orang) kita menemukan 12 sampai 13% adalah psikotik sekurang-kurangnya sekali dalam hidupnya. Dengan membatasi penyelidikan kami pada nama-nama "yang terkenal", yang keseluruhannya berjumlah 38 orang, kami menemukan bahwa lebih dari 37 psikotik sekali dalam hidup mereka; lebih dari 83% benar-benar psikopatik; lebih dari 10% sedikit psikopatik; dan kira-kira 6,5% sehat. Proporsi orang yang sakit menjadi sedikit lebih besar lagi apabila kami memilih 35 orang yang dipandang sebagai orang-orang yang sangat genius di antara semuanya: jumlah yang psikotik 40%, lebih dari 90% psikopatik, dan 8,5% sehat."

Dalam penelitian lanjutan mengenai kelompok anak-anak berbakat California, yang diterbitkan pada tahun 1959, Terman dan Oden sampai pada kesimpulan yang sangat berbeda dengan apa yang dikemukakan oleh Lange-Eichbaum. Subjek-subjek berbakat yang sekarang berusia setengah tua, telah diidentifikasi pada awal masa kanak-kanak. Sumber-sumber utama dari informasi baru mengenai

kesehatan mental dari kelompok ini adalah "pertemuan-pertemuan pribadi yang dilakukan oleh staf penelitian dengan para subjek, orang tua mereka, suami atau istri mereka; surat-surat dari para subjek atau anggota keluarga mereka, informan-informan lain yang memenuhi syarat; jawaban-jawaban terhadap kuesioner yang diisi sendiri oleh subjek, dan juga jawaban-jawaban terhadap kuesioner dalam usia lebih awal yang diisi oleh orang tua mereka juga" (Terman & Oden, 1959). Sumber-sumber informasi yang terakhir ini agak kurang memuaskan mengingat kenyataan bahwa ada kecenderungan kuat pada kebanyakan orang dan keluarga mereka untuk tidak mengakui adanya gangguan-gangguan emosi. Sangat diinginkan (meskipun barangkali tidak mungkin) setiap orang dalam kelompok yang diteliti dapat diwawancarai oleh psikiater atau psikolog klinis.

Berdasarkan data yang mereka kumpulkan, Terman dan Oden mengelompokkan subjek-subjek tersebut menjadi tiga kategori: penyesuaian diri yang memuaskan, sedikit kurang mampu menyesuaikan diri, dan sama sekali tidak dapat menyesuaikan diri. Mereka yang sama sekali tidak dapat menyesuaikan diri dibagi lagi menjadi dua kelompok, yakni yang dirawat di rumah sakit, dan yang tidak dirawat di rumah sakit. Terman dan Oden memiliki cukup informasi untuk meneliti 98% dari 1.196 subjek yang masih hidup dan yang tetap dihubungi kira-kira selama 35 tahun. Berdasarkan persentase, orang-orang dewasa berbakat ini diklasifikasikan sebagai berikut: penyesuaian diri yang memuaskan: pria 68,8% dan wanita 65,9%; sedikit kurang mampu menyesuaikan diri: pria 22,3% dan wanita 25,1%; sama sekali tidak dapat menyesuaikan diri tetapi tidak dirawat di rumah sakit: pria 6,2% dan wanita 6%; sama sekali tidak dapat menyesuaikan diri dan dirawat di rumah sakit: pria 2,7% dan wanita 3% (Terman & Oden, 1959).

Terman dan Oden mengemukakan bahwa di antara subjek-subjek itu yang meninggal sebelum dilakukan penelitian lanjutan, 5 pria dan 4 wanita, adalah pasien rumah sakit jiwa. Apabila kelompok ini dimasukkan di antara subjek-subjek yang masih hidup, persentase mereka yang dirawat di rumah sakit bertambah menjadi 3,1% pria dan 3,4% wanita (Terman & Oden, 1959). Bagi penduduk pada umumnya, menurut perkiraan Goldhamer-Marshall, 3,4% dari semua pria dan 3% dari semua wanita pernah dirawat di rumah sakit karena gangguan-gangguan mental dan emosional pada usia 45 tahun. Usia rata-rata para subjek berbakat pada waktu Terman dan Oden mengadakan penelitian lanjutan adalah 44 tahun, maka kedua kelompok itu kira-kira berusia sama. Dengan demikian, data menunjukkan bahwa "kejadian di antara pria berbakat sedikit di bawah perkiraan dari populasi pria pada umumnya yang kira-kira sama usianya, dan di antara wanita berbakat sedikit di atas perkiraan. Mungkin sekali pria atau wanita tidak banyak berbeda dengan orang-orang kebanyakan dalam hal frekuensi penyakit mental" (Terman & Oden, 1959).

para penulis itu ialah kreativitas itu merupakan ungkapan pribadi yang sehat secara mental dan psikologis, bahwa kreativitas ada hubungannya dengan keparipurnaan, kesatuan, kejujuran, integritas, keterlibatan pribadi, antusiasme, motivasi tinggi, dan perbuatan.

Para penulis itu juga sependapat bahwa neurosis menyertai atau menyebabkan berkurangnya kualitas kreativitas seseorang. Untuk orang-orang neurotik dan orang-orang dengan bentuk-bentuk penyakit mental lain, asumsi-asumsi dikemukakan sebagai berikut: bahwa orang-orang itu kreatif meskipun menderita penyakit; bahwa mereka menghasilkan prestasi rendah tanpa penyakit; bahwa mereka menurun atau pseudo-kreatif, artinya mereka mungkin memiliki ide-ide orisinal yang cemerlang, tetapi karena neurosis, mereka tidak menggunakannya. (Anderson, 1959)."

Para penulis ini mungkin benar, meskipun tidak ada kepastian bahwa orang-orang neurotik menghasilkan prestasi-prestasi rendah tanpa menderita penyakit. Hal ini mungkin disebabkan karena orang-orang yang kreatif terdorong untuk mencapai apa yang dinamakan "kecemasan produktif." Sulit mengetahui apa sebabnya orang yang puas dan berdamai dengan dirinya sendiri dan dengan dunia mau berusaha menulis novel atau mengubah simfoni. Apakah ia tidak terpaksa untuk berbuat demikian oleh karena adanya keraguan atau ketidakpastian di dalam dirinya sendiri? Apakah ia tidak menemukan pelepasan tegangan dan kecemasan dengan berusaha untuk mengungkapkan diri dan berkomunikasi dengan orang-orang lain melalui medium yang dipilihnya? Kegiatan seperti itu bagi orang-orang yang berbakat dapat dianggap sebagai bentuk terapi pekerjaan.

Tinjauan Historis Pendidikan Anak Berbakat⁴

Sudah jauh sebelumnya, Plato menyadari makna sosial dari pengadaan pendidikan khusus bagi mereka yang memiliki kemampuan-kemampuan unggul. Platolah yang pertama-tama menganjurkan supaya pendidikan khusus harus disiapkan bagi anak-anak yang potensial berbakat, dan pada gilirannya dari kalangan anak-anak ini akan muncul orang yang bisa menjadi pemimpin.

Dalam perkembangan selanjutnya, perhatian pendidikan terhadap anak-anak yang berbakat ini mendapat hambatan dari situasi sosial dan politik. Puncak perhatian terhadap anak-anak berbakat di Amerika Serikat adalah pada tahun-tahun sesudah Perang Dunia II yang dikenal sebagai ledakan pengetahuan dan teknologi. Pada tahun 1957 Rusia meluncurkan pesawat Sputnik ke angkasa luar dan hal ini mendorong Amerika untuk mendidik anak-anak Amerika yang memiliki bakat-

4 Prof. Dr. S.C. Utami Munandar. *Pendidikan Anak Berbakat di Indonesia; Tinjauan Historis*. (Makalah ini disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra Universitas Indonesia, Depok, 27-28 Juni 2001).

bakat unggul sebagai calon-calon ilmuwan ulung yang mampu menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi. Tetapi, perhatian ke arah ini mulai mengendur karena Amerika merasa ada jaminan bahwa ia akan mendapat kedudukan unggul dalam memimpin dunia, dan di samping itu juga ada tekanan yang kuat dari demokratisasi yang menolak adanya kelompok elite dari mereka yang tergolong berbakat istimewa. Setelah lama mengalami kelesuan terhadap gerakan pendidikan anak berbakat, maka pertengahan tahun 1970-an kesadaran masyarakat akan makna sosial dari mereka yang berbakat luar biasa menjadi bangkit lagi karena masyarakat atau dunia internasional dihadapkan pada masalah-masalah yang menuntut pemecahan inovatif dengan segera, seperti masalah kependudukan, berkurangnya sumber-sumber alam, polusi, kepemimpinan, dan sebagainya.

Alasan lain di samping kekhawatiran adanya kelompok elite yang memandang anak-anak berbakat tidak perlu mendapat perhatian khusus atau pelayanan pendidikan khusus adalah bahwa mereka telah dianugerahi bakat-bakat luar biasa secara alami, dengan demikian mereka pasti mampu mewujudkan potensi dari dirinya sendiri dan dapat mencapai keunggulan. Apa yang dikemukakan ini tidak sesuai dengan fakta yang ada karena banyak anak yang potensial berbakat tidak berprestasi sesuai dengan kemampuannya (*underachiever*) karena mereka tidak mendapat pelayanan pendidikan yang sesuai dengan bakat dan minat mereka. Ditinjau dari segi demokratisasi juga, maka dunia pendidikan harus memberikan pendidikan khusus bagi mereka yang memiliki kemampuan superior dan inipun termasuk hak asasi mereka.

Sejalan dengan perkembangan perhatian terhadap kebutuhan pendidikan bagi anak berbakat terjadi juga perkembangan konsep mengenai keberbakatan. Terman telah mengadakan penelitian longitudinal (1959) tentang anak berbakat, dan keberbakatan itu cenderung diasosiasikan Terman dengan IQ yang tinggi (*very superior*). Tetapi, Guilford (1967) menunjukkan bahwa kemampuan-kemampuan intelektual manusia beranekaragam dan banyak kemampuan intelektual penting yang tidak diukur oleh tes inteligensi, seperti kreativitas. Memang jauh sebelumnya, Galton dianggap sebagai perintis di bidang ini karena dalam studinya tentang perbedaan kemampuan mental antara individu dan perhatiannya terhadap bakat-bakat unggul yang dipublikasikan dalam bukunya yang berjudul "Hereditary Genius" (1869) mengemukakan bahwa apa yang dinamakan genius itu merupakan kombinasi dari bakat bawaan dan ciri-ciri kepribadian, seperti semangat dan keuletan dalam bekerja.

Keberbakatan kemudian dilihat dalam pengertian yang lebih luas (*multidimensional*) seperti yang terdapat dalam perumusan keberbakatan yang digunakan dalam Rencana Tujuh Tahun Pelayanan Pendidikan Anak Berbakat di Indonesia (1982–

1989) yang mengemukakan bahwa "yang dimaksudkan dengan anak berbakat adalah mereka yang karena memiliki kemampuan yang luar biasa unggul, mampu mencapai prestasi yang tinggi. Di antaranya termasuk mereka yang unggul secara konsisten dalam kapasitas intelektual umum, kapasitas akademik khusus, dalam bidang pemikiran kreatif-produktif, bidang kinestetik atau psikomotorik, dan dalam bidang psikososial (antara lain bakat kepemimpinan). Mereka membutuhkan program pendidikan berdiferensiasi dan/atau pelayanan pendidikan khusus di luar jangkauan apa yang diberikan dalam program sekolah biasa, agar dapat mewujudkan dirinya maupun sumbangan terhadap masyarakat" (Depdikbud, 1982).

Sayang sekali bahwa proyek program pendidikan anak berbakat yang diluncurkan oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Badan Penelitian dan Kebudayaan, Pusat Pengembangan Kurikulum dan Sarana Pendidikan, pada tahun 1982, yang menghasilkan Rencana Tujuh Tahun Pelayanan Pendidikan Anak Berbakat di Indonesia hanya berlangsung sampai tahun 1986/1987, karena ada perubahan prioritas dalam kebijakan pendidikan dan kendala finansial. Tetapi, konsep-konsep dan prinsip-prinsipnya tetap digunakan dalam desain Kurikulum Plus dan Sekolah Unggulan.

Sekolah Unggulan ini dipromosikan oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan pada tahun 1994 untuk didirikan di setiap provinsi. Tetapi, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan pada waktu itu (Dr. Wardiman Djojonegoro) mengungkapkan bahwa Sekolah Unggulan tidak sama dengan sekolah anak berbakat. Dengan dibukanya program percepatan (akselerasi) belajar bagi anak berbakat intelektual oleh Departemen Pendidikan Nasional, terbukalah kesempatan baru bagi mereka untuk dapat menyelesaikan suatu jenjang pendidikan dalam waktu yang lebih singkat, sesuai dengan UUSPN Nomor 2 Tahun 1989, Pasal 24, Ayat 6. Tetapi, program percepatan haruslah dilengkapi dengan program pengayaan (eskalasi) apabila ingin menghasilkan orang-orang unggul yang mampu memberi sumbangan berarti bagi pembangunan bangsa dan negara.

Dewasa ini pelayanan pendidikan anak berbakat mengalami perkembangan yang pesat di Negara-Negara Barat dan Timur. Pada tingkat dunia ada World Council for Gifted and Talented Children (WCGTC), di mana Indonesia menjadi salah satu anggotanya dan delegasi Indonesia selalu mengirimkan wakil-wakilnya pada konferensi internasional WCGTC yang diadakan dua tahun sekali. Pada tahun 1997, Prof. Dr. S.C. Utami Munandar dipilih menjadi anggota World Council Executive Committee, yang berlangsung sampai tahun 2001. Pada 31 Juli-4 Agustus tahun 2001 diadakan 14th Biennial World Conference WCGTC di Barcelona (Spanyol). Pada tahun 1999 WCGTC mengadakan suatu survei tentang program dan pelayanan pendidikan anak berbakat, di mana Indonesia menjadi salah

satu dari 14 negara yang memberi respons terhadap survei tersebut. Hasil survei itu dipublikasikan dalam *World Gifted Newsletter*, Vol. 9, Nomor 3. Di samping itu, Prof. Dr. S.C. Utami Munandar dan beberapa pakar Indonesia lainnya juga sempat menyampaikan ceramah pada beberapa pertemuan WCGTC.

Dari WCGTC dibentuk beberapa federasi, antara lain Asia-Pacific Federation of the World Council for Gifted and Talented Children. APF-WCGTC juga mengadakan konferensi internasional setiap dua tahun sekali pada tahun-tahun genap (WCGTC pada tahun-tahun ganjil). Pada APF-WCGTC Indonesia pun mempunyai delegasi yang menghadiri konferensi APF secara berkala, termasuk menyampaikan makalah tentang bermacam-macam masalah pendidikan keberbakatan di Indonesia. Tahun 1996 Indonesia mendapat kehormatan menjadi tuan rumah dari 4th Asia-Pacific Conference on Giftedness di Jakarta (4–8 Agustus, 1996). Pada kesempatan tersebut disampaikan Country Report dari delapan negara Asia-Pasifik (Jepang, Australia, Indonesia, Korea, Philipina, Hong Kong, Thailand, dan Taiwan) tentang perkembangan pendidikan bagi orang berbakat dan bertalenta. *Keynote speeches* dan sebagian besar makalah diterbitkan dalam buku "Optimizing excellence in human resource development" (Utami Munandar dan Conny Semiawan [eds.]). Pada konferensi tersebut, Prof. Dr. S.C. Utami Munandar menjadi Presiden dari Asia-Pacific Federation of the WCTGTC (1996–1998). Partisipasi Indonesia dalam forum internasional cukup kelihatan, antara lain juga dengan menghadiri sekaligus menyampaikan makalah di konferensi European Council of High Ability (ECHA) dan di badan-badan internasional lainnya.

Hal yang sangat penting bagi Indonesia adalah pada tanggal 7 Agustus 1993 didirikan Yayasan Indonesia untuk Pendidikan dan Pengembangan Anak Berbakat (YIPPAB) dengan susunan pengurusnya adalah sebagai berikut.

Ketua Umum	: Prof. Dr. S.C. Utami Munandar
Sekretaris	: Prof. Dr. Conny Semiawan
Bendahara	: Bapak H. Maulwi Saelan
Ketua Bidang Pendidikan	: Dr. Reni Akbar-Hawadi
Ketua Bidang Penelitian	: Prof. Dr. Yaumil Agoes Achir
Ketua Bidang Usaha	: Bapak H. Maulwi Saelan
Ketua Bidang Humas	: Bapak Wahjono, Ph.D.
Ketua Bidang Peran Serta Masyarakat	: Ny. Izinar Adi Tobing

Yayasan ini mengadakan sejumlah kegiatan antara lain memberikan seminar, lokakarya, pelatihan bagi para guru dan orang tua, mengadakan penelitian dan menerbitkan buletin *Talenta*, serta menjalin hubungan internasional.

Program Akselerasi⁵

Penyelenggaraan pendidikan di Indonesia pada umumnya bersifat klasikal, artinya semua siswa diperlakukan sama di dalam kelas. Kelemahannya adalah tidak terakomodasinya kebutuhan individual siswa yang pada dasarnya tidak sama baik intelegensi maupun bakat dan minatnya. Siswa yang relatif lebih cepat dari yang lain tidak terlayani dengan baik sehingga potensi yang dimiliki siswa tersebut tidak dapat tersalurkan atau berkembang secara optimal.

Berdasarkan pengalaman siswa yang berkemampuan jauh di atas normal cenderung lebih cepat menguasai materi pelajaran yang disampaikan oleh guru. Akibatnya adalah bahwa siswa yang demikian akan menunggu siswa lain yang lebih lamban daripada dirinya. Keadaan ini memberi kemungkinan munculnya kesan dan tindakan yang kurang baik dari siswa tersebut. Siswa yang berkemampuan luar biasa sering terkesan santai dan kelihatannya kurang memperhatikan pelajaran. Hal yang lebih buruk lagi, siswa tersebut sering mengganggu temannya sehingga kegiatan belajar dan mengajar di dalam kelas menjadi kurang lancar. Keadaan tersebut di atas menunjukkan bahwa siswa yang berkemampuan luar biasa itu memerlukan penanganan dan program akselerasi, yakni program khusus yang lebih cepat atau lebih luas dari program reguler.

Sebelum melangkah ke penjelasan yang lebih jauh, alangkah baiknya di sini diuraikan terlebih dahulu apa arti dari akselerasi (*asseleration*). Pengertian akselerasi yang dikemukakan oleh Pressey (1949) adalah suatu kemajuan yang diperoleh di dalam program pengajaran dalam kecepatan yang lebih cepat atau usia yang lebih muda daripada yang konvensional. Sedangkan dalam program percepatan belajar untuk SD, SLTP, dan SLTA yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000, akselerasi itu didefinisikan sebagai salah satu bentuk pelayanan pendidikan yang diberikan bagi siswa dengan kecerdasan dan kemampuan luar biasa, untuk dapat menyelesaikan pendidikan lebih awal dari waktu yang telah ditentukan (Depdiknas, 2001).

Untuk definisi pertama ada tiga catatan, yakni: (1) Perlu adanya kemantapan eksistensi dari satu kumpulan materi, tugas, keterampilan, dan persyaratan pengetahuan dari setiap jenjang pengajaran; (2) Mempersyaratkan adanya kecepatan dari kemajuan yang diinginkan, yang spesifik, melalui kurikulum yang cocok untuk semua siswa; (3) Adanya dugaan bila dibandingkan dengan usia teman sebaya,

5 Dr. Reni Akbar-Hawadi, *Program Percepatan Belajar bagi Anak Berbakat Intelektual Ditinjau dari Sisi Psikologis*. (Makalah ini disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas SastraKa Universitas Indonesia, Depok, 27-28 Juni 2001).

siswa yang cerdas akan mampu lebih cepat melaju melalui suatu program pengajaran standar. Dengan demikian, ada dua kriteria kemajuan, yakni prestasi yang ada dan kemampuan untuk melangkah lebih cepat dari biasanya.

Definisi pertama dari model penyelenggaraan akselerasi dapat bervariasi. Model-model tersebut dapat diutarakan sebagai berikut (baca uraian dari Southern & Jones, 1991; Passow, Goldberg, & Tannenbaum, 1955; Gallagher, 1985; Davis & Rimm, 1986).

1. Siswa masuk sekolah dalam usia yang lebih muda daripada persyaratan yang ditentukan pada umumnya (*early entrance*).
2. Siswa dipromosikan ke kelas yang lebih tinggi daripada ditempatkan pada kelas yang biasa pada akhir tahun pelajaran (*grade skipping*).
3. Siswa diberikan materi pelajaran yang dianggap sesuai dengan prestasi yang mampu dicapainya (*continous progress*).
4. Siswa diperkenalkan pada materi pelajaran yang memungkinkannya untuk mengatur sendiri kemajuan-kemajuan yang bisa diperolehnya sesuai dengan tempo yang dimilikinya (*self-paced*).
5. Siswa ditempatkan untuk satu atau beberapa mata pelajaran tertentu (*subject-matter acceleration*).
6. Siswa melaju pesat melalui kurikulum yang dirancang dengan mengurangi aktivitas seperti *drill*, *review*, dan lain sebagainya (*curriculum compacting*).
7. Siswa menggunakan waktu yang kurang daripada waktu yang biasanya digunakan untuk menyelesaikan studi (*telescoping curriculum*).
8. Siswa diperkenalkan kepada seorang mentor yang telah mengikuti pelatihan tingkat mahir dan berpengalaman pada satu bidang tertentu (*mentorship*).
9. Siswa mengikuti suatu kegiatan kursus atau program dengan instruksi tingkat mahir dan atau kredit untuk suatu studi (*extracurricular programs*).
10. Siswa mengambil suatu kursus untuk tingkat tertentu dan memperoleh kredit untuk keberhasilannya dalam menyelesaikan suatu kursus yang paralel, yang diadakan dalam jenjang yang lebih tinggi (*concurrent enrollment*).
11. Siswa mengambil suatu kursus di sekolah menengah untuk menyiapkannya mengambil ujian supaya dapat diberi kredit (*advance placement*).
12. Siswa memperoleh kredit atas keberhasilannya menyelesaikan satu tes (*credit by exa-mination*).
13. Siswa mengambil kursus tingkat SLTA atau universitas secara tertulis melalui pos atau melalui video.

Kalau kita mengacu pada berbagai macam akselerasi yang dikemukakan di atas, maka program percepatan belajar yang diadakan pemerintah saat ini masih

terbatas pada butir ke-7 (*curriculum telescoping*). Dan untuk itu, model penyelenggaraan program percepatan belajar menurut definisi yang dikemukakan pemerintah bisa berupa *pelayanan khusus*, *kelas khusus*, dan *sekolah khusus*. Tetapi kebijakan pemerintah tahun pelajaran 2001/2002 adalah pendiseminasian program percepatan belajar yang dititikberatkan pada model kelas khusus. Peserta didik yang memenuhi persyaratan untuk masuk kelas percepatan belajar dikelompokkan ke dalam satu kelas khusus dengan penambahan aktivitas pengayaan belajar seperti studi bahasa asing, studi lapangan, kompetisi akademis, pelayanan masyarakat, ceramah dengan mengundang ahli di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi atau mengundang tokoh masyarakat setempat, dan lainlain.

Tujuan

Penyelenggaraan program percepatan belajar memiliki dua tujuan yakni tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum meliputi: (1) Memberi pelayanan terhadap peserta didik yang memiliki karakteristik khusus dari aspek kognitif dan afektifnya; (2) Memenuhi hak asasinya selaku peserta didik sesuai dengan kebutuhan pendidikan dirinya; (3) Memenuhi minat intelektual dan perspektif masa depan peserta didik; serta (4) Menyiapkan peserta didik sebagai pemimpin masa depan.

Sedangkan tujuan khusus meliputi: (1) Menghargai peserta didik yang memiliki kemampuan dan kecerdasan luar biasa untuk dapat menyelesaikan pendidikan lebih cepat; (2) Memacu kualitas atau mutu peserta didik dalam meningkatkan kecerdasan spiritual, intelektual, emosional secara berimbang; (3) Meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran peserta didik.

Keuntungan dan Kerugian Program Akselerasi

Selanjutnya, perlu disampaikan juga beberapa cacatan yang menjadi alasan diadakannya program akselerasi dan juga keberatan terhadap program tersebut.

Keuntungan. Southern dan Jones (1991) menyebutkan beberapa keuntungan ikut dalam program akselerasi, yakni: (1) Efisiensi dalam belajar meningkat; (2) Efektivitas dalam belajar meningkat; (3) Adanya rekognisi terhadap prestasi yang dimiliki; (4) Waktu untuk meniti karier meningkat; (5) Produktivitas meningkat; (6) Pilihan eksplorasi dalam pendidikan meningkat; dan (7) Siswa diperkenalkan dalam kelompok teman yang baru.

Kerugian. Terlepas dari keuntungan yang dikemukakan di atas, ada juga beberapa hal yang menjadi keberatan terhadap program akselerasi. Keberatan-keberatan itu menyangkut bidang akademis, bidang penyesuaian diri sosial, bidang aktivitas ekstrakurikuler, dan bidang penyesuaian diri emosional.

1. *Bidang akademis:* (a) Mungkin saja bahan ajar yang diberikan terlalu jauh bagi siswa sehingga ia tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, dan akhirnya menjadi orang yang sedang-sedang saja (*mediocre*) bahkan mungkin juga siswa akan mengalami kegagalan; (b) Kemungkinan terjadi prestasi yang ditampilkan siswa pada waktu proses identifikasi merupakan gejala sesaat saja; (c) Siswa akselerasi meskipun memenuhi kualifikasi secara akademis tetapi kurang matang secara sosial, fisik, dan juga emosional untuk berada dalam tempat yang tinggi; (d) Siswa akselerasi dituntut untuk lebih cepat memutuskan kariernya, sedangkan dalam perkembangan usianya saat itu ia belum dibekali kemampuan untuk mengambil pilihan yang tepat; (e) Pengetahuan siswa akselerasi dikembangkan dengan cepat tetapi belum pada waktunya karena ia belum memiliki pengalaman yang cukup; (f) Pengalaman yang mungkin cocok bagi akselerasi bisa saja tidak diperolehnya dari kurikulum di sekolah; dan (g) Tuntutan anak dalam program akselerasi sangat besar sehingga kemampuan kreativitas dan keterampilan berpikir divergen kurang mendapat perhatian.
2. *Penyesuaian diri sosial:* (a) Siswa akselerasi didorong prestasinya secara akademis, dan hal ini mengurangi waktunya untuk melakukan aktivitas yang lain; (b) Siswa akselerasi akan kehilangan aktivitas dalam masa-masa hubungan sosial yang penting pada usianya; dan (c) Siswa akselerasi mungkin akan ditolak oleh kakak kelasnya, sedangkan kesempatan untuk menyesuaikan diri dengan kawan sebayanya hanya sedikit sekali.
3. *Aktivitas ekstrakurikuler:* (a) Kebanyakan aktivitas kurikuler berkaitan dengan usia dan siswa akselerasi kurang memiliki kesempatan untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas penting di luar kurikulum yang normal (yang sesuai dengan usianya). Hal ini juga akan mengurangi jumlah waktu untuk memperkenalkan masalah karier kepada mereka; dan (b) Partisipasi dalam berbagai kegiatan atletik adalah penting untuk setiap siswa dan kegiatan dalam program akselerasi tidak mungkin menyaingi mereka yang mengikuti program sekolah secara normal, yang lebih kuat dan lebih terampil.
4. *Penyesuaian diri emosional:* (a) Siswa akselerasi mungkin saja akan mengalami frustrasi dengan adanya tekanan dan tuntutan yang ada, dan pada akhirnya merasa sangat lelah sehingga akan menurunkan tingkat prestasinya dan bisa terjadi ia menjadi siswa yang *underachiever* atau *drop out*; (b) Siswa akselerasi yang memiliki kesempatan yang sedikit dalam masa kanak-kanaknya dan masa remajanya, akan merasa terisolasi atau bersikap agresif terhadap orang lain. Suatu saat mereka mungkin saja menjadi orang yang antisosial karena mereka tidak mampu memiliki hubungan sebagaimana layaknya orang

dewasa lainnya untuk berkenan, menikah, dan membina kehidupan keluarga; (c) Mereka akan kurang mampu untuk menyesuaikan diri dalam kariernya sebab mereka menempati karier yang tidak tepat, dan mereka tidak memiliki kesempatan untuk menyesuaikan diri terhadap tekanan yang ada sepanjang hidup mereka, atau mereka tidak akan mampu bekerja secara efektif dengan orang lain; dan (d) Tekanan yang terbentuk sejak kecil, kurangnya kesempatan untuk mengembangkan hal-hal yang cocok dalam bentuk kreativitas atau hobi dan adanya potensi untuk dikucilkan dari orang lain, akan mengakibatkan kesulitan dalam kehidupan perkawinannya kelak atau bahkan bunuh diri.

Anak Berbakat Intelektual dan Program Akselerasi⁶

Siswa yang berbakat intelektual memang membutuhkan layanan pendidikan khusus. Program percepatan yang diadakan pemerintah saat ini baru memenuhi sebagian kecil saja dari kebutuhan layanan pendidikan khusus bagi anak berbakat intelektual atau anak berbakat akademis tersebut. Hal ini disebutkan demikian karena masih banyak model layanan khusus di luar akselerasi.

Pengertian anak berbakat sangat luas, masing-masing dapat membuat definisi yang berbeda. Untuk itulah pengertian anak berbakat dalam program percepatan belajar yang dikembangkan oleh pemerintah dibatasi pada dua hal sebagai berikut (Depdiknas, 2001b):

- (1) Mereka yang mempunyai taraf inteligensi atau IQ di atas 140, atau (2) Mereka yang oleh psikolog dan/atau guru diidentifikasi sebagai peserta didik yang telah mencapai prestasi yang memuaskan, dan memiliki kemampuan intelektual umum yang berfungsi pada taraf cerdas, dan keterikatan terhadap tugas yang tergolong baik serta kreativitas yang memadai.

Dengan definisi yang dikemukakan di atas, maka pihak sekolah yang ingin menyelenggarakan program percepatan belajar perlu mengacu pada pengertian tersebut untuk kepentingan rekrutmen dan seleksi calon akseleran. Di lain pihak, definisi anak berbakat tersebut membawa konsekuensi bagi calon akseleran, yakni mereka yang direkomendasikan untuk ikut dalam program percepatan belajar haruslah siswa yang memiliki prestasi yang memuaskan.

Dalam Pedoman Penyelenggaraan Program Percepatan Belajar (Depdiknas, 2001b), indikator dari hal ini diperoleh dari tiga sumber, yakni NEM, Tes Kemampuan Akademis, dan rapor. Persyaratan yang diminta untuk nilai rata-rata seluruh bidang studi di rapor tidak kurang dari 7,0; nilai rata-rata NEM di atas 7,0; begitu

6 Dr. Reni-Akbar Hawadi, *op. cit.*

juga dengan nilai bidang studi Matematika dan Bahasa Indonesia dalam Tes Kemampuan Akademis sekurang-kurangnya 7,0.

Anak berbakat untuk Program Percepatan Belajar dalam definisi yang dikemukakan oleh pemerintah di atas tidak sama dengan definisi anak berbakat yang selama ini dikenal di Indonesia, di mana definisi keberbakatan diambil dari United States Office of Education (1972) yang berbunyi sebagai berikut.

Anak berbakat adalah mereka yang diidentifikasi oleh orang-orang yang berkualifikasi profesional memiliki kemampuan luar biasa, mampu berprestasi tinggi. Anak-anak ini membutuhkan program pendidikan yang berdiferensiasi dan atau pelayanan di luar jangkauan program sekolah reguler agar dapat merealisasikan kontribusi dirinya maupun masyarakat.

Kalau kedua definisi itu dibandingkan, maka perbedaannya ada dalam hal unjuk prestasi. Definisi pertama (definisi anak berbakat dalam Program Percepatan Belajar) memper-sya-ratkan adanya *peserta didik yang telah mencapai prestasi yang memuaskan*, sedangkan definisi kedua (definisi anak berbakat yang dikenal selama ini di Indonesia) hanya mempersyaratkan mampu berprestasi tinggi. Kedua hal ini memiliki makna yang berbeda. Kata *prestasi* dalam definisi pertama telah teraktualisasikan, sedangkan kata *prestasi* dalam definisi kedua masih berupa potensi. Dengan demikian, dalam definisi pertama, anak berbakat yang tidak menunjukkan prestasi (*underachiever*) tidak dapat direkomendasikan oleh psikolog ke dalam Program Percepatan Belajar.

Hal lain yang juga diperhatikan adalah keberbakatan dalam definisi pertama mengacu pada pendekatan unidimensional dan multidimensional. Dikatakan pendekatan unidimensional karena satu-satunya kriterium yang dipakai sebagai ukuran anak berbakat adalah kemampuan intelektual umum atau kecerdasan umum. Jika calon akseleran memiliki skor IQ 140 (yang disebut *extreme gifted* atau *first order*; De Haan & Havighurst, 1957 dalam Hawadi, 1993 atau *highly gifted*, Feldhusen, 1989 dalam Hawadi, 1993) dapat segera direkomendasi oleh psikolog sebagai calon akseleran tanpa melihat faktor lain, seperti kreativitas dan pengikatan diri pada tugas. Sedangkan calon akseleran yang memiliki kecerdasan umum di bawah skor IQ 140 tetapi tidak kurang dari skor IQ 125 masih perlu memiliki persyaratan tambahan, yakni kreativitas yang memadai dan pengikatan diri terhadap tugas yang tergolong baik. Dengan demikian, pendekatan ini disebut pendekatan multidimensional karena kriterium yang digunakan tidak hanya satu saja tetapi lebih dari satu. Masukan dari psikolog sebagai hasil pemeriksaan psikologis menjadi salah satu pertimbangan dari pihak sekolah untuk menerima peserta didik dalam Program Percepatan Belajar.

Definisi kedua yang lazim digunakan selama ini lebih tepat untuk memenuhi kebutuhan anak berbakat dalam layanan berupa *enrichment* (pengayaan). Dengan demikian, anak berbakat yang tergolong dalam definisi pertama lebih tepat disebut *accelerated learner*, dan anak berbakat yang tergolong dalam definisi kedua lebih tepat disebut *enriched learner*. Dikatakan *accelerated learner* karena sang anak lebih mampu menguasai dan mengintegrasikan bahan-bahan pelajaran yang kompleks. Ia memiliki kemampuan untuk belajar dan mengingat kembali sejumlah besar informasi dengan tepat. Ia mengolah informasi secara efektif, dan sering kali anak berbakat dengan tipe ini mampu bekerja baik di sekolah. Ia dikatakan sebagai *high achiever* dan sangat berdisiplin serta sukses untuk tugas-tugas yang melibatkan analisis logis. Hanya kekurangannya ialah anak yang termasuk kategori *accelerated learner* kurang matang secara sosial sehingga ia sangat membutuhkan keterampilan sosial.

Dikatakan *enriched learner* karena sang anak memiliki ciri-ciri kepribadian yang lebih imajinatif, sangat emosional, secara internal termotivasi, rasa ingin tahunya besar dan terdorong untuk melakukan eksplorasi dan eksperimen. Ia lebih memusatkan perhatian pada masalah daripada mengakumulasi pengetahuan. Dengan demikian, anak berbakat dengan tipe ini tidak menaruh perhatian terhadap prestasi (*achievement*) dan ia memang tidak pernah berada pada posisi *top academic performer* dalam bidang studi. Anak ini lebih menginvestasikan sejumlah besar emosinya dalam apa yang diinginkan. Dengan kondisi seperti ini, ia memang membutuhkan guru yang peka terhadap adanya perasaan frustrasi, kekecewaan, antusiasme, idealisme, kemarahan, dan keputusan. Anak berbakat dalam kategori *enriched learner* juga sangat membutuhkan dukungan orang dewasa terhadap tugas sekecil apa pun atau mengendalikan energi secara efisien.

Dari apa yang dikemukakan di atas sudah jelas bila ada anak yang tidak tergolong dalam definisi anak berbakat dalam Program Percepatan Belajar (menurut definisi pertama), tetapi tetap ada kewajiban untuk memenuhi kebutuhan anak berbakat yang tergolong dalam *enriched learner* dalam bidang yang diminatinya. Solusi untuk keberbakatan ini dilakukan melalui jaringan kerja sama dengan para ahli yang berada di luar sekolah sebagai narasumber yang dibutuhkan siswa.

RETARDASI MENTAL

Pada ujung yang berlawanan dari anak-anak yang berbakat terdapat anak-anak yang pertumbuhan mentalnya mengalami retardasi. Mereka ini sulit menyesuaikan diri karena rendahnya tingkat inteligensi. Mereka yang berada pada tingkat-tingkat

inteligensi yang paling rendah begitu cacat sehingga mereka tidak mungkin memenuhi tuntutan-tuntutan masyarakat. Biasanya orang-orang seperti ini dimasukkan ke dalam suatu lembaga meskipun ada juga yang tetap dijaga di rumah.

Retardasi mental dalam perkembangan inteligensi dikenal dengan beberapa sebutan, misalnya lemah mental, *amentia* (untuk membedakannya dari *dementia*, suatu kondisi psikotik), *oligophrenia*. Sebutan yang bermacam-macam itu dibedakan berdasarkan tingkat kapasitas intelektual yang diperoleh atau faktor-faktor penyebab. Misalnya, idiot adalah individu dengan IQ di bawah 25, dan *cretin* adalah orang yang menderita karena kelenjar gondok tidak berfungsi dengan baik. Retardasi mental menimbulkan masalah sosial yang besar karena memerlukan sarana-sarana dan prosedur-prosedur pendidikan yang khusus.

Sulit sekali mendefinisikan retardasi mental. Hukum menekankan kapasitas individu untuk memahami, dan bertanggung jawab terhadap perbuatan-perbuatannya, untuk mengetahui perbedaan benar dan salah. Ilmu kedokteran menekankan dasar fisiologis cacat mental dan sangat tertarik pada *amentia* sekunder. Psikologi menekankan pentingnya usia mental dan IQ seperti yang ditentukan oleh tes inteligensi individual. Sosiologi memberikan penekanan pada kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan sosial dan ekonomis masyarakat. Tidak ada satu pun di antara pandangan-pandangan itu yang lengkap.

Dari sekian banyak pandangan, alangkah baiknya kalau dikemukakan definisi berikut yang ada hubungannya dengan uraian selanjutnya. Secara singkat dapat dikatakan: retardasi mental adalah tingkat fungsi intelektual yang secara signifikan berada di bawah rata-rata sebagaimana diukur oleh tes inteligensi yang dilaksanakan secara individual. Untuk diklasifikasikan sebagai orang yang mengalami retardasi mental, fungsi sosial dan intelektualnya harus rusak (lemah). Retardasi mental dilihat sebagai suatu kondisi kronis dan tidak dapat diubah yang dimulai sebelum usia 18 tahun. Bila fungsi intelektual jatuh ke tingkat retardasi sesudah usia 18 tahun, maka masalah tersebut diklasifikasikan sebagai *dementia* dan bukan retardasi mental.

DSM-III R mengemukakan tiga kriteria yang harus dipenuhi dalam mendiagnosis seorang individu yang menderita retardasi mental: (1) Individu harus memiliki "fungsi intelektual umum yang secara signifikan berada di bawah rata-rata." Secara teknis, fungsi intelektual dari individu tersebut berada pada IQ 70 atau lebih rendah dari 70; (2) Individu tersebut harus mengalami kekurangan atau kerusakan dalam tingkah laku adaptif yang disebabkan oleh atau ada hubungannya dengan inteligensi yang rendah. Kerusakan dalam tingkah laku adaptif didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk menerima tanggung jawab sosial dan mengurus diri sendiri (misalnya mengenal atau mengatakan tentang waktu, menangani uang, berbelanja, atau

bepergian sendirian); dan (3) Gangguan itu harus terjadi sebelum usia 18 tahun dan bila sesudah usia tersebut fungsi mental individu menurun, maka ia didiagnosis sebagai orang yang menderita *dementia* dan bukan retardasi mental.

Batas antara normalitas dan retardasi tidak selalu jelas atau konsisten karena sulit sekali mengukur IQ secara tepat. Selain itu, apa yang dituntut dari seseorang berkenaan dengan adaptabilitas sangat berbeda-beda dari satu situasi ke situasi lain. Misalnya, tuntutan adaptasi untuk suatu pekerjaan di kota mungkin jauh lebih tinggi daripada di daerah pertanian. Seorang individu bergerak maju-mundur pada garis antara normalitas dan retardasi, tergantung pada keadaan-keadaan pada waktu dites dan juga tuntutan-tuntutan situasi kehidupan.

Meskipun banyak anak yang menderita gangguan autis juga mengalami retardasi, tetapi ada beberapa perbedaan antara autisme dan retardasi: (1) Anak-anak yang mengalami retardasi mengalami perkembangan kognitif yang sama dengan perkembangan sosialnya; sedangkan pada autisme, perkembangan sosial anak selalu lebih rendah daripada perkembangan kognitif; (2) Anak-anak yang mengalami retardasi memperlihatkan kelambatan dalam bahasa tetapi anak-anak autis memperlihatkan kekurangan-kekurangan berat dalam bahasa dan penyimpangan yang lebih banyak dalam bahasa; (3) Perangsangan diri sendiri (*selfstimulation*), lebih memusatkan perhatian pada stimulus-stimulus penglihatan dan pendengaran, dan tingkah laku-tingkah laku aneh, seperti memutar-mutarkan benda-benda, memukul-mukul dan memutar-mutar tubuh adalah hal-hal yang biasa terjadi pada autisme tetapi bukan pada retardasi; dan (4) Anak-anak yang mengalami retardasi termotivasi untuk menyenangkan orang-orang dewasa, tetapi anak-anak autis tidak menghiraukan pengaruh-pengaruh dari perbuatannya terhadap orang-orang dewasa.

Tingkatan Retardasi Mental

Dalam diagnosis retardasi mental biasanya ditetapkan tingkatan cacat sesuai dengan tingkatan IQ dan taraf kemampuan penyesuaian diri sosial. Istilah-istilah yang dipakai untuk tingkatan retardasi mental itu adalah *moron*, *imbisil*, dan *idiot*.

Moron

Anak-anak moron dengan IQ 51–69 dan usia mental berkisar dari 6 atau 7 sampai 11 menunjukkan sedikit kelainan fisik. Dengan dilatih oleh orang-orang yang cakap dan dengan penuh kasih sayang, mereka dapat mencapai kelas V atau kelas VI Sekolah Dasar. Tingkatannya ada yang rendah, medium, dan tinggi. Biasanya gejala-gejala lemah mental sudah kelihatan pada tahun-tahun prasekolah. Kriteria sosial dan emosional merupakan faktor-faktor yang menentukan dalam klasifikasi

ini. Sering kali mereka bisa mandiri dalam bidang ekonomi, menikah, dan menunjang keluarga mereka. Ada harapan bahwa jika sudah dewasa mereka dapat mengadakan penyesuaian diri yang adekuat.

Mereka tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol diri, mengadakan koordinasi, dan adaptasi yang wajar. Mereka dapat diajar dalam beberapa keterampilan tangan dan mengurus diri sendiri. Tetapi, mereka tidak dapat bersaing dengan orang-orang normal terutama dalam mendapatkan mata pencaharian. Orang-orang moron memerlukan perlindungan khusus dalam masyarakat karena mereka kurang memiliki kemampuan nalar dan kemampuan berpikir untuk mengatur dan mengurus masalah mereka sendiri. Menurut pembagian secara klinis, moron dibagi atas dua tipe, yakni tipe stabil dan tipe tidak stabil.

Dalam tipe stabil, orang moron mempunyai minat dan perhatian terhadap lingkungannya, dan rajin. Mentalnya seimbang dan ada kemajuan prestasi di Sekolah Dasar. Mereka pada umumnya bertingkah laku baik dan tidak menimbulkan banyak kesulitan. Mereka dapat dilatih untuk melakukan beberapa tugas tertentu (tukang cuci piring, pembantu rumah tangga, tukang kebun, dan sebagainya).

Dalam tipe tidak stabil, orang moron pada umumnya sangat ribut, kurang mampu mengontrol diri sendiri, selalu merasa gelisah dan selalu bergerak. Ia tidak henti-hentinya berbicara dan melakukan kebiasaan-kebiasaan tertentu, misalnya menggerak-gerakkan tangan, kepala, atau badannya tanpa ada koordinasi. Sangat emosional dan penuh ketakutan, khususnya pada malam hari sehingga sering menjerit-jerit, sering kemarahannya meledak-ledak, dan mudah menangis. Suka merasa iri dan sangat keras kepala, tetapi kadang-kadang ada juga yang sangat pendiam, suka menggerutu. Mereka sering dihindangi fantasi yang bukan-bukan dan aneh-aneh, selalu dibayangi oleh kesedihan-kesedihan, selalu mengeluh, dan selalu merasa tidak puas.

Kehidupan instingnya lebih kuat dari golongan *imbisil*, tetapi ia sangat membutuhkan hubungan pribadi dengan seseorang. Bila ia tidak mengerti suatu soal, ia menjadi apatis; karena ia kurang memiliki pemahaman, maka mudah dihindangi rasa frustrasi dan ketakutan, serta mudah putus asa.

Ia memiliki egosentrisme yang kuat untuk memenuhi pemuasan nafsu sendiri. Jika tingkah lakunya dihalang-halangi, maka ia akan mengalami frustrasi dan merasa dikejar-kejar oleh bayangan ketakutan atau anggapan semu yang sama seperti paranoia tingkat rendah.

Anak laki-laki yang bertipe moron bersifat tidak stabil, memiliki seksualitas yang kuat meskipun tidak memiliki kondisi yang wajar untuk mengadakan hubungan seks yang normal. Kalau ia dihalang-halangi dalam hubungan seks, maka ia menjadi tegang, dan reaksinya menjadi agresif serta muncul nafsunya untuk

merusak, kadang-kadang ia sampai membunuh orang lain. Atau, ia juga mengekspresikan seksualitasnya secara langsung. Ia tidak malu melakukan masturbasi dan memperlihatkan alat kelaminnya di muka umum. Bahkan, ada yang berani menyerang dan memperkosa gadis-gadis, terutama gadis-gadis yang masih kecil dan belum dewasa.

Anak gadis yang bertipe moron tidak stabil, tidak begitu membahayakan seperti halnya laki-laki. Gadis ini sering tidak bisa dikendalikan dan kepala batu. Manifestasi agresivitas dari frustrasinya lebih berupa tingkah laku histeris, berteriak-teriak, dan tertawa terkikik-kikik, serta memecah dan membanting-banting barang-barang yang terbuat dari gelas dan kaca, dan menampilkan tingkah laku yang tidak kooperatif yang meluap-luap, dan sulit mendapat kepuasan.

Sebagian dari anak-anak gadis yang mempunyai dorongan seks yang sangat kuat ini sering menjual diri dan menjalankan prostitusi atau pelacuran kelas rendah. Karena ia bodoh dan bermental lemah serta penurut, maka ia bisa diperalat dan diperas oleh kaum germo dan calo-calonnya. Untuk memuaskan nafsu-nafsu seksnya, ia menjalankan hubungan seks secara bebas. Ia dihindangi bayangan ilusi mendapatkan kasih sayang dan khayalan akan memperoleh hadiah dalam dunia erotik.

Imbisil

Kelompok yang tergolong dalam imbisil termasuk dalam rentang IQ 25–50 dan rentang usia mental 3–6 atau 7 tahun. Anak imbisil dapat belajar berbicara, dan dengan demikian ia dapat menyampaikan kebutuhan-kebutuhan dasarnya tetapi biasanya tidak dapat belajar membaca dan menulis. Ia mampu melindungi dirinya sendiri terhadap bahaya-bahaya yang biasa dan dengan banyak petunjuk dan kesabaran ia dapat belajar melakukan pekerjaan yang sederhana dan konkret, misalnya makan dan minum sendiri, berpakaian, mencuci dan mengelap piring.

Gerakan-gerakannya tidak stabil dan lamban, ekspresi mukanya kosong dan tampak seperti orang tolol. Kurang mempunyai daya tahan terhadap penyakit, dan 40% dari kelompok ini menderita penyakit epilepsi. Ukuran tinggi dan bobot badan kurang, dan perkembangan jasmani serta rohaninya sangat lambat. Pertumbuhan mental jarang sekali melewati usia kronologis 12 tahun. Ia tidak bisa diajar dalam sekolah konvensional. Ia dengan sendirinya sangat tergantung pada orang tua atau keluarga karena tidak mampu mencari mata pencaharian sendiri.

Idiot

Kelompok yang tergolong dalam idiot termasuk dalam rentang IQ di bawah 25 dan berusia mental 0 sampai 3 tahun. Pertumbuhan mentalnya biasanya tidak melampaui usia kronologis 8 atau 9 tahun. Oleh karena cacat jasmani dan rohaninya begitu

berat, maka ia pada umumnya tidak mampu menjaga dirinya sendiri terhadap bahaya-bahaya yang datang dari luar. Karena tingkat inteligensinya sangat kecil, maka ia harus dijaga meskipun sudah dewasa seolah-olah masih anak kecil. Ia sama sekali tidak dapat belajar membaca atau menulis, serta ia berbicara seperti bayi. Tetapi, ia dapat melakukan latihan dan pengondisian kebiasaan pada tingkat dasar tertentu. Inteligensi sosialnya secara khas sedikit lebih tinggi daripada inteligensi abstraknya. Ia membutuhkan pengawasan dalam segala bidang kehidupan tetapi mungkin dapat berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang direncanakan. Idiot itu dibagi atas dua macam, yakni idiot partial atau tidak total dan idiot komplet atau absolut.

Idiot Partial. Pada orang yang menderita idiot partial, perasaan primitif masih ada seperti rasa lapar dan dahaga. Beberapa dari kelompok ini bentuknya aneh, fantastis, kerdil dan sangat buruk, menakutkan; kadang-kadang rupanya menyerupai binatang dan sering sakit-sakitan. Adakalanya menderita kelumpuhan total (*paralyse*) atau kelumpuhan sebagian anggota badan (*paresis*).

Di antara kelompok ini ada yang rakus sekali dan tidak bisa membedakan rasa apa-apa, sehingga sampai-sampai ia makan rambut, barang-barang yang kotor, kain spre, kayu, kulit, rumput, tanah, batu, tahi (kotoran) sendiri, baju, minum kencingnya sendiri. Pokoknya bisa makan apa saja yang dapat dijangkaunya.

Sering kali diferensiasi antara kelamin laki-laki dan perempuan tidak jelas. Ia mengalami kerusakan mental yang ekstrem. Ia tidak mempunyai kemampuan untuk menangani stimulus, terkadang ia tidak bisa menerima rangsangan sinar, rabaan atau bau, dan tidak memiliki ingatan. Ia harus dimandikan, diberi pakaian, makan harus disuapi layaknya seorang bayi. Sukar sekali diajari untuk menjaga kebersihan diri dan kadang-kadang mengompol dan buang kotoran di celananya sendiri. Tidak ada kemampuan untuk berbicara. Kadang-kadang mengeluarkan suara seperti binatang (ringkikan, dengusan), teriakan-teriakan atau lengkingan-lengkingan.

Ada yang lembut dan bersikap tenang serta tidak mau menyerang, tetapi ada juga yang emosinya sangat kuat, bernaflu, suka menyerang, tidak bisa dipercaya, berkepal batu dan tidak bisa dikendalikan, destruktif, kejam terhadap binatang dan orang-orang sekitarnya. Biasanya untuk memuaskan instingnya, ia menggerak-gerakkan badan atau memukul-mukul dadanya secara terus-menerus untuk mendapatkan kepuasan. Gerakan ini akan berhenti sebentar jika ada orang lain atau jika ada gangguan. Sering ia mengalami gejala maniakal (bersikap kegila-gilaan), berlari-lari dan menjerit-jerit, serta membentur-benturkan kepala dan dirinya sendiri (terutama kalau berada dalam keadaan marah atau merasa tidak puas).

Gerakan-gerakannya bervariasi, ada yang apatis dan diam saja, tetapi ada juga yang sangat bernaflu dan sangat aktif serta suka berlari-lari (banyak gerak). Semua gerakan tersebut tidak terkontrol dan tidak terkoordinasi.



Anak yang menderita
hydrocephaly

[Diambil dari
www.cas.bellarmine.edu.]

Idiot partial ini disebabkan oleh penyakit-penyakit *hydrocephaly*⁷, *parencephaly*⁸, *microgyria*,⁹ atrofi lokal (kemunduran fungsi secara lokal), anomali dari ganglia, yakni kelainan dari pusat saraf; dan 50% disebabkan oleh penyakit epilepsi, tremor dan *athetosis*.¹⁰

Idiot yang Komplet (Absolut). Orang dari kelompok idiot ini tidak mempunyai kemampuan jiwa dan mengalami degenerasi secara total. Usia mentalnya seperti anak yang berusia 2,5 tahun. Hidupnya seperti kehidupan vegetatif, seperti tanaman. Tidak bisa berbicara dan tidak bisa membedakan instingnya. Ada gerakan-gerakan otot tetapi tidak terkoordinasi. Ia mempunyai mata dan telinga tetapi tidak melihat dan tidak mendengar. Tidak memiliki kesadaran, intelek, perasaan suka atau duka, dan tidak mempunyai minat terhadap lingkungannya.

Ia sama sekali tidak bisa dilatih untuk melakukan sesuatu pun, dan juga tidak bisa menolong dirinya sendiri. Kebanyakan dari mereka hanya terlentang saja di tempat tidur, tidur melingkar di pojok seperti hidup dalam kandungan ibunya. Banyak dari orang idiot ini mati ketika masih berusia muda.

Tipe Klinis Retardasi mental

Para ahli klinis menggunakan empat kategori retardasi mental berdasarkan pada nilai tes intelligensinya, yakni: ringan, sedang, berat, dan sangat berat (lihat Table 15).

TABEL 15: TINGKAT-TINGKAT RETARDASI MENTAL DALAM PANDANGAN KLINIS*

Tingkat Kehebatan	Perkiraan Rentang IQ	Persentase Retardasi Mental
Retardasi mental yang ringan	50–70	Kira-kira 85
Retardasi mental yang sedang	35–49	10
Retardasi mental yang berat	20–34	3–4
Retardasi mental yang sangat berat	Di bawah 20	1–2

* Sumber: Disadur dari DSM-III, 32–33.

7 Hydrocephaly (hydro = air; cephal = kepala) berarti kepala busung.

8 Parencephaly berarti jaringan lunak pada kepala.

9 Microgyria berarti lilitan yang abnormal dan kecil sekali pada otak.

10 Athetosis (*athetos* = tanpa posisi) berarti penyakit dengan ciri posisi yang terus-menerus berubah dari jari-jari tangan dan kaki, serta bagian-bagian tubuh yang lain sebagai akibat luka di otak.

Table 16 menggambarkan tingkat kehebatan dari gangguan tingkah laku adaptif untuk setiap kelompok retardasi.

TABEL 16: TINGKAT-TINGKAT RETARDASI MENTAL DAN TINGKAH LAKU ADAPTIF UNTUK RENTANG KEHIDUPAN DALAM PANDANGAN KLINIS*

Tingkat	Usia Prasekolah 0-5	Usia Sekolah 6-21	Dewasa 21+
Ringan	Anak-anak prasekolah ini dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan sosial dan komunikasi dengan retardasi ringan pada bidang-bidang sensorik-motor. Sampai usia selanjutnya anak-anak ini jarang dibedakan dari anak-anak normal.	Anak-anak muda yang berusia sekolah ini dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis sampai kira-kira Kelas VI SD pada usia mereka yang sudah belasan tahun. Secara khas mereka tidak dapat mempelajari bahan-bahan pelajaran Sekolah Menengah Umum dan membutuhkan pendidikan khusus, terutama pada tingkat usia sekolah menengah.	Orang-orang dewasa ini mampu melakukan keterampilan sosial dan vokasional bila diberi pendidikan dan latihan yang tepat. Mereka kadang-kadang membutuhkan pengawasan dan bimbingan bila mereka mengalami tekanan sosial dan ekonomis yang berat
Sedang	Anak-anak prasekolah ini dapat berbicara dan belajar berkomunikasi tetapi kurang memperlihatkan kesadaran sosial dan hanya memperlihatkan perkembangan motor yang cukup (sedang). Mereka dapat ditangani dengan pengawasan yang sederhana.	Anak-anak muda ini dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis fungsional sampai kira-kira Kelas IV SD pada usia mereka pada akhir belasan tahun, pendidikan khusus dibutuhkan.	Orang-orang dewasa ini mampu membiayai hidupnya sendiri dengan melakukan pekerjaan-pekerjaan yang tidak membutuhkan keterampilan atau pekerjaan-pekerjaan yang membutuhkan semi-terampil, tetapi mereka membutuhkan pengawasan dan bimbingan bila mereka mengalami kesulitan sosial dan ekonomis yang ringan.
Berat	Anak-anak prasekolah ini kurang memperlihatkan perkembangan motor, dan hanya berbicara sedikit. Pada umumnya, mereka tidak mampu memperoleh keuntungan dari latihan dalam membantu dirinya sendiri, dan mereka memperlihatkan sedikit keterampilan-keterampilan komunikasi atau tidak memperlihatkan keterampilan-keterampilan komunikasi.	Anak-anak muda usia sekolah ini dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, dan dapat dilatih dalam kebiasaan-kebiasaan kesehatan yang mendasar. Mereka tidak dapat mempelajari keterampilan-keterampilan akademis fungsional, tetapi mereka dapat memperoleh keuntungan dari latihan kebiasaan-kebiasaan yang sistematis.	Orang-orang dewasa muda ini dapat menyumbang sebagian untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dengan pengawasan yang penuh, dan mereka dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan untuk melindungi dirinya sendiri sampai pada suatu tingkat yang sedikit berguna dalam suatu lingkungan yang terkontrol.
Sangat berat	Retardasi yang hebat; kemampuannya hanya sedikit yang berfungsi dalam bidang-bidang sensorik motor. Anak-anak ini membutuhkan perawatan.	Suatu perkembangan motor ada pada anak-anak muda ini tetapi mereka tidak memperoleh keuntungan dari latihan dalam membantu dirinya sendiri. Mereka benar-benar membutuhkan perawatan.	Orang-orang dewasa ini hanya memperlihatkan suatu perkembangan motor dan cara berbicara. Mereka sama sekali tidak mampu memelihara dirinya sendiri dan benar-benar membutuhkan perawatan dan pengawasan.

*Sumber: Kendall & Hammen, 1998:502.

Penyesuaian Diri Orang yang Mengalami Retardasi Mental

Anak-anak dan orang-orang dewasa yang mengalami retardasi mental memiliki kebutuhan-kebutuhan dasar yang sama seperti orang-orang yang mentalnya lebih baik. Karena cacat, maka kebutuhan-kebutuhan mereka — terutama kebutuhan akan keamanan emosi — mungkin lebih mendesak. Jika kebutuhan-kebutuhan tersebut terhambat dan terjadi gangguan emosi sebagai akibat dari hambatan itu, maka orang yang mengalami retardasi mental itu benar-benar tidak beruntung. Ia tidak memiliki inteligensi yang mencukupi untuk mengembangkan berbagai mekanisme penyesuaian diri yang dapat membantunya memecahkan masalah-masalah emosional. Lebih daripada setiap kelompok intelektual lain, ia sangat mengandalkan kepribadian yang sehat untuk menghadapi krisis kehidupan sehari-hari.

Orang yang terbelakang tidak hanya cacat mental, tetapi juga kemungkinannya jauh lebih besar daripada anak-anak normal, ia juga mengalami cacat fisik. Karena orang yang mengalami retardasi mental kurang memiliki perlengkapan mental untuk menangani cacat fisiknya, maka ini merupakan masalah pribadi yang lebih besar baginya daripada orang yang lebih cerdas. Cacat fisik tertentu dapat menyulitkan hubungan sosial, dan dengan demikian menambah perasaan-perasaan bahwa ia berbeda dari orang-orang lain. Dari segi positif, jika cacat fisiknya merupakan hal yang diperhatikan masyarakat dan jika retardasi mentalnya itu tidak terlalu parah, mungkin ia merasa lebih dapat diterima dalam masyarakat karena cacat fisiknya itu. Karena masyarakat lebih dapat menerima penyakit fisik daripada penyakit mental, demikian juga masyarakat lebih dapat menerima cacat fisik daripada cacat mental.

Penyesuaian Diri di Sekolah

Anak yang inteligensinya di bawah rata-rata biasanya mengalami kesulitan di kelas. Jika misalnya, IQ-nya 67, mentalnya berkembang 8 bulan untuk setiap tahun kalender. Oleh karena itu, jika ia masuk sekolah pada usia 6 tahun, usia mentalnya baru 4. Ia mungkin diharapkan dapat belajar membaca, tetapi ia tidak bisa. Pada akhir tahun pelajaran ia mungkin diberitahukan gurunya bahwa ia tinggal kelas, atau mungkin bisa naik ke kelas II. Ia sekarang berusia 7 tahun, tetapi masih belum dapat membaca walaupun bahannya mudah. Ia terus belajar di Sekolah Dasar, dan tahun demi tahun ia berjuang dengan bahan pelajaran yang terlampaui sulit baginya. Pada usia 12 tahun, usia mentalnya 8. Ia sekarang dapat mengerjakan pekerjaan kelas III, tetapi mungkin sekali ia seharusnya sudah duduk di kelas V. Pada usia 15 atau 16 tahun, ia mungkin tamat dari Sekolah Dasar. Jika ia mencoba untuk belajar di Sekolah Menengah, ia mendapat kurikulum yang terlalu sulit karena sekarang usia mentalnya baru 10.

Ada dua pemecahan bagi masalah sekolah anak-anak yang sedikit mengalami retardasi mental, yakni yang ber-IQ 51–69. Anak tersebut dididik dalam program sekolah khusus atau dalam program sekolah biasa yang heterogen. Dalam program sekolah khusus, anak dididik mengenai keterampilan-keterampilan dasar seperti membaca tanda-tanda sederhana, menghitung, dan sebagainya. Dalam program sekolah khusus itu, agak mudah untuk menyesuaikan isi kurikulum dan metode-metode pengajaran dengan kebutuhan dan kemampuan anak-anak yang diajar. Bahan pengajaran harus tidak hanya cocok bagi individu, melainkan harus ada kegunaan sosialnya. Nilai-nilai fungsional dan bukan nilai-nilai akademik harus selalu dititikberatkan dalam pendidikan anak-anak yang cacat mental. Anak yang lebih maju dapat disiapkan untuk pekerjaan-pekerjaan yang sederhana dan kehidupan mandiri pada tingkat yang layak. Pengalaman kelompok di sekolah dapat memberikan kesempatan hubungan-hubungan emosional yang memuaskan bagi anak-anak yang cacat mental.

Tetapi kalau sukar atau tidak mungkin menempatkan anak-anak itu dalam program sekolah khusus demi tujuan-tujuan pengajaran, maka mereka ditempatkan di sekolah biasa yang heterogen, tetapi guru harus tetap mengadakan perbedaan dengan anak-anak lain untuk membantu anak-anak yang cacat mental itu dalam mengembangkan kemampuan-kemampuannya, meskipun terbatas. Kesulitan-kesulitan dalam menyesuaikan bahan pelajaran dan metode-metode mengajar dengan kebutuhan dan kemampuan dari kelompok yang sangat lamban ini jauh lebih besar dibandingkan dengan yang terdapat pada program sekolah khusus. Walaupun demikian, banyak hal dapat dilakukan. Guru tentu saja tidak hanya sadar akan perlunya mengadakan penyesuaian-penyesuaian diri tetapi ia juga harus mengetahui kebutuhan dan kemampuan dari kelompok yang cacat mental itu dan mengetahui bagaimana cara mengajar mereka.

Penyesuaian Diri di Dalam Keluarga

Hubungan anak yang cacat mental dengan orang tuanya sangat penting dibandingkan dengan hubungan anak yang inteligensinya normal dengan orang tuanya. Kepribadiannya, termasuk kestabilan atau ketidakstabilan emosinya, sampai pada batas tertentu mencerminkan kepribadian dan kestabilan atau ketidakstabilan emosional orang tuanya.

Sering kali reaksi-reaksi orang tua terhadap anak yang cacat mental dapat menghalangi usaha-usahanya dalam mencapai kemampuan untuk menyesuaikan diri yang normal. Mereka mungkin tidak mau mengakui kekurangan-kekurangan anak itu dan melemahkan dorongannya untuk mencapai sesuatu karena mereka tidak memperlihatkan kepuasan terhadap apa yang dapat dilakukannya. Mereka

menekan anak itu untuk mencapai ukuran-ukuran yang melampaui taraf kemampuannya dengan cara yang halus, penuh kasih sayang, atau terang-terangan menolak. Orang tua lain memanjakan anak yang cacat mental itu dan membuatnya supaya tetap tergantung, dengan demikian orang tua menghalangi kemampuan anaknya walaupun sangat terbatas. Dalam kasus-kasus seperti itu diperlukan sekali bantuan konseling yang dapat diperoleh melalui badan-badan sosial yang sangat memperhatikan kebutuhan anak yang cacat mental. Tenaga profesional dari badan-badan sosial ini dapat berbuat banyak untuk mengurangi pengaruh dari sikap-sikap orang tua yang keliru seperti yang telah diuraikan. Chamberlain dan Moss berkata: "Setelah menangani beratus-ratus anak di sekolah-sekolah kami, kami sampai pada kesimpulan bahwa anak-anak membawa masalah-masalah emosional dan sosial di rumah ke sekolah. Mereka mencerminkan jauh lebih banyak sikap emosional para orang tua mereka dibandingkan dengan anak-anak yang normal." (Chamberlain & Moss, 1953).

Orang tua dari anak yang cacat mental berada dalam situasi yang sulit. Karena sikap masyarakat, mereka mungkin merasa malu karena anak mereka cacat dan perasaan malu itu mungkin mengakibatkan anak itu ditolak secara terang-terangan atau tidak terang-terangan. Banyak keluarga yang secara drastis mengubah cara hidup mereka karena kehadiran anak yang cacat mental itu di dalam keluarga dan hampir sama sekali menarik diri dari kegiatan-kegiatan masyarakat. Dalam situasi yang demikian, anak tersebut mungkin menyadari bahwa dialah yang menjadi penyebabnya.

Untung, tidak semua orang tua membuat respons negatif terhadap kehadiran anak cacat mental itu di kalangan keluarga. Ada beberapa bukti bahwa orang tua yang kurang berpendidikan dari kelompok sosioekonomis bawah lebih berhasil dalam membantu anak-anak cacat mereka dibandingkan dengan orang tua yang berpendidikan baik dari kelompok sosio-ekonomis atas. Meskipun ini tidak seluruhnya benar, tetapi orang tua yang berpendidikan baik cenderung memandang anak yang cacat mental itu sebagai suatu ancaman. Oleh karena itu, mereka mungkin menolaknya atau tidak mau menerima kekurangan-kekurangan intelektualnya dan mencoba memaksanya untuk mencapai hasil pada taraf yang cukup jauh melampaui kemampuan-kemampuannya.

Orang tua dari anak cacat mental harus menerima cacatnya dan membantunya untuk menyesuaikan diri dengan cacatnya itu. Di samping itu, mereka harus menghindari tujuan-tujuan yang ditetapkan terlalu tinggi untuk dicapai, dan mereka harus menyadari juga bahwa ada banyak hal yang dilakukan untuk membantu memenuhi kebutuhannya akan prestasi di dalam bidang-bidang kegiatan yang terbatas. Meskipun ia tidak mungkin bekerja dengan baik dalam bidang akademik,

tetapi ada banyak jenis keterampilan yang dapat dikuasainya. Jika ia merasa aman dalam hubungannya dengan keluarganya, jika ia mengetahui bahwa orang tuanya benar-benar memperhatikannya dan mereka puas dengan prestasi sedikit yang dicapainya, maka dengan ini ia banyak dibantu dalam menyesuaikan diri dengan dunia luar. Menerima keterbatasan mental merupakan kunci utama bagi kesehatan mental dan perasaan adekuat dalam masyarakat bagi semua anak cacat mental, terutama bagi yang sedikit cacat.

Kestabilan Emosi. Orang-orang yang cacat mental akan lebih mudah terkena gangguan-gangguan tingkah laku daripada orang-orang yang mentalnya normal. Gangguan-gangguan ini mulai dari ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri yang ringan, seperti kurang mampu menguasai emosi yang diduga karena rendahnya usia mental mereka, sampai keadaan psikotik. Meskipun ada perbedaan pendapat mengenai reaksi-reaksi psikotik yang benar-benar terjadi pada orang ca-cat mental, tetapi pada umumnya diterima bahwa reaksi-reaksi itu tampaknya lebih sering daripada yang terjadi pada penduduk atau masyarakat yang inteligensinya normal. Dari penelitian-penelitian yang dilakukan ternyata bahwa reaksi-reaksi psikotik kira-kira tiga kali lebih besar daripada yang diduga di antara orang-orang cacat mental berdasarkan perbandingan jumlah mereka. Ini tidak mengherankan mengingat kesulitan-kesulitan mereka dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan. Seperti pada penduduk biasa, dalam kelompok cacat mental reaksi-reaksi neurotik lebih sering ditemukan daripada reaksi-reaksi psikotik.

Meskipun terapi pada anak-anak dan orang dewasa yang cacat mental mengandung banyak masalah, tetapi tidak berarti bahwa sama sekali tidak ada harapan. Suatu terapi lingkungan biasanya sangat penting. Terapi ini dilakukan dengan cara memanipulasikan lingkungan dengan tujuan membantu orang-orang yang cacat mental itu dalam mengatasi kesulitan-kesulitan emosionalnya. Terapi kerja juga terbukti sangat berguna. Orang-orang yang cacat mental kadang-kadang mengadakan hubungan sosialnya yang pertama dengan kalangan di luar keluarganya melalui suatu kelompok terapi kerja. Terapi kelompok yang lebih langsung menangani masalah-masalah emosional masih dalam taraf percobaan tetapi bisa merupakan suatu metode yang sangat bernilai dalam membantu orang-orang yang cacat mental yang memiliki masalah-masalah emosi. Dalam banyak kasus, terapi individual dilakukan dengan hasil yang baik. Psikoterapi tidak akan meningkatkan kapasitas mental bawaan orang yang cacat mental tetapi jika berhasil, maka ia dapat berfungsi dengan lebih adekuat dalam keterbatasan-keterbatasan intelektualnya karena gangguan-gangguan emosionalnya berkurang.

Penyebab

Retardasi mental disebabkan oleh banyak faktor, tetapi dari sekian banyak faktor mungkin akan dikelompokkan menjadi dua kategori, yakni faktor-faktor yang tidak berasal dari lingkungan (termasuk di dalamnya faktor-faktor herediter atau genetik, faktor prenatal, dan faktor pada waktu kelahiran dan sesudah kelahiran) yang disingkat saja sebagai faktor biologis dan faktor psikososial. Anak-anak yang mengalami retardasi mental mungkin adalah anak-anak yang mengalami gangguan psikososial yang tidak memperlihatkan ketidakmampuan-ketidakmampuan khusus tetapi mereka mungkin sama dengan orang tua mereka yang memiliki prestasi intelektual yang rendah, mereka mungkin hanya mengalami sedikit rangsangan intelektual dalam lingkungan mereka, tidak mendapat perawatan medis yang memadai, tidak mendapat gizi yang cukup, dan kondisi-kondisi hidup yang tidak sehat. Dengan demikian, faktor biologis dan faktor pengalaman lingkungan mungkin bersama-sama menyebabkan skor IQ yang rendah. Dalam uraian ini akan disinggung juga dua retardasi mental khusus yang tidak termasuk dalam kedua kategori di atas, yakni "pseudoretardasi" dan cendekiawan idiot (*idiot savant*), di mana penyebabnya belum diidentifikasi dengan jelas.

Sudah lama orang berpendapat bahwa kebanyakan retardasi mental biasanya dijelaskan dengan kombinasi faktor hereditas dan faktor lingkungan. Sebaliknya, skor-skor inteligensi yang lebih rendah — yakni skor-skor yang berada pada tingkat sedang, berat, dan sangat berat — dilihat sebagai akibat dari patologi, seperti penyakit, luka, abnormalitas kromosom, atau gangguan genetik khusus. Penelitian epidemiologis modern meragukan teori ini. Penelitian memperlihatkan bahwa sekurang-kurangnya setengah dan bahkan sering kali jauh lebih besar jumlahnya dalam populasi orang-orang yang menderita retardasi yang ringan, telah mengalami cacat kromosom, penyakit genetik khusus, penyakit atau luka khusus sebelum kelahiran atau sesudah kelahiran (Akeson, 1986). Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor tersebut memainkan peran pada semua tingkat retardasi. Tetapi juga benar bahwa jika dibandingkan dengan orang-orang dalam kelompok retardasi yang lain, orang-orang dalam kelompok retardasi yang ringan memiliki kemungkinan lebih besar memiliki para anggota keluarga yang juga mengalami retardasi ringan. Misalnya, skor-skor IQ dari saudara laki-laki dan saudara-saudara perempuan dari satu kelompok anak-anak yang menderita retardasi diukur (Nichols, 1984). Tidak seorang pun dari saudara-saudara kandung anak-anak yang menderita retardasi, tetapi 20% dari saudara-saudara kandung anak-anak yang menderita retardasi ringan juga menderita retardasi. Penemuan-penemuan ini menunjukkan bahwa meskipun ada sedikit tumpang tindih, tetapi kasus-kasus retardasi mental yang ringan dan berat mungkin memiliki penyebab-penyebab yang berbeda.

Faktor-Faktor Biologis

Bila penyebab-penyebab retardasi itu adalah faktor-faktor yang bukan berasal dari lingkungan, maka digunakan sejumlah istilah yang tumpang tindih. Kualitas-kualitas gen yang diduga berasal dari orang tua dan diteruskan kepada anak-anak disebut hereditas. Tetapi, beberapa gen yang ada pada saat kehamilan tidak seperti gen-gen yang dimiliki oleh salah satu orang tuanya, gen-gen itu disebut gen-gen abnormal. Di samping itu, gangguan-gangguan tertentu dapat diperoleh sebelum kelahiran, sebagai akibat dari zat-zat kimia yang memasuki janin melalui placenta dan juga disebabkan oleh penyakit atau luka pada waktu kelahiran atau sesudah kelahiran.

Abnormalitas-Abnormalitas Kromosom. Lebih dari separo anak-anak yang mengalami retardasi berat dan sangat berat mengalami gangguan-gangguan genetik yang tidak ditransmisikan secara langsung melalui gen-gen yang sangat dominan atau resesif. Dalam kasus-kasus ini, cacat-cacat yang terdapat pada kromosom-kromosom yang bukan jenis kelamin, atau *autosom* mengarah kepada kondisi-kondisi yang menyebabkan retardasi mental. Kira-kira sepertiganya mengalami mutasi-mutasi gen tunggal dan kebanyakan dari yang sepertiga itu mengalami mutasi-mutasi atau abnormalitas-abnormalitas kromosom.

1. *Down syndrome*. Abnormalitas kromosom yang sangat biasa dan dikaitkan dengan retardasi mental adalah *down syndrome* (mengikuti nama pasien yang digambarkan untuk pertama kali mengalami gejala ini). *Down syndrome* menyebabkan tingkat retardasi yang berat. Gangguan *down syndrome* ini disebut juga "Mongolisme." Disebut demikian karena mata sipit dari anak yang menderita gangguan ini memberi kesan seperti orang Mongol.

Ciri-ciri khas pada orang yang menderita gangguan ini dapat dijelaskan sebagai berikut: wajahnya lebar, hidung pesek atau tumpul dan lebar, letak matanya miring, lubang matanya sempit dan sipit. Sering kali matanya juling dan mengalami hipermetropia (bisa melihat pada jarak pendek). Kadang-kadang menderita astigmatisme, yakni melihat benda tetapi tanggapannya tidak sama dengan penglihatan (cacat penglihatan). Sering kali mengalami katarak, yaitu mata berair dan penglihatannya jadi kabur dan kosong. Matanya bertitik-titik dan mengalami kerusakan-kerusakan.

Mulutnya menganga terbuka, kulit halus berlemak dan otot-otot atau uratnya lemah; lidahnya tebal dan besar tetapi lunak, biasanya selalu menjulur keluar. Adakalanya lidahnya kecil sekali, runcing, kasar, juga terbelah-belah. Otaknya tidak tumbuh dengan sempurna karena ada kerusakan pada alat pernapasan; ada *oedema* (pembengkakan yang mengandung air) pada otak sehingga sistem

saraf mengalami kerusakan. Ada disfungsi pada kelenjar tiroid, kekurangan zat-zat lendir atau terlalu banyak zat lendir. Kepalanya kecil bulat (*brachycephaly*) dan ceper, tidak sempurna. Uzun-uzunnya tidak lekas tertutup, menjadi keras, bahkan sering tidak pernah bisa tertutup sama sekali. Bentuk giginya abnormal, tulang-tulang rusuk dan tulang-tulang punggung sering mengalami kelainan. Bibir tebal atau sumbing, kupingnya sangat besar atau sangat kecil seperti sebuah kutil. Kulitnya kering dan kasar, tetapi sering juga lembut dan lunak seperti kulit bayi. Pipinya berwarna kemerah-merahan.

Tangannya lunak, besar dan lebar seperti mengandung air. Telapak kaki ceper; perut buncit dan pusarnya menonjol keluar. Sendi-sendi dan otot-ototnya kaku. Alat kelaminnya sangat kecil dan tidak sempurna. Anak-anak gadis mengalami saat menstruasi yang sangat lambat. Ia sangat sensitif terhadap temperatur serta mudah sekali jatuh sakit. Napasnya dangkal dan pendek serta tidak teratur. Suaranya kasar atau suara tenggorokan yang bunyinya eksplosif (meledak-ledak).

Meskipun orang-orang yang menderita *down syndrome* menderita retardasi yang berat, tetapi mereka biasanya memiliki sifat yang baik, gembira, penuh kasih sayang, dapat menyesuaikan diri dengan baik dalam masyarakat, suka melucu (Brink & Grundling, 1976; Gibbs & Thorpe, 1983; Moore, 1973). Tetapi, kemungkinan besar kalau mereka bertambah tua, mereka akan menderita *Alzheimer's disease* dan gangguan-gangguan lain (Miniszek, 1983).

Dalam kebanyakan kasus, *down syndrome* terjadi karena individu memiliki kromosom tambahan pada sepasang kromosom 21, suatu masalah yang sering disebut *trisomy* (Pueschel & Thuline, 1983). Masalah ini terjadi karena pada proses mitosis di mana pasangan kromosom seharusnya membelah menjadi dua perangkat dengan satu kromosom dari setiap tipe dalam setiap perangkat, pasangan kromosom 21 yang berasal dari ibu (sel telur) atau dari ayah (sperma) tidak berpisah; dan dengan demikian, bila kromosom dari ibu dan dari ayah itu bergabung, maka janin memiliki tiga dan bukan dua kromosom 21.

Kita mengetahui bahwa bahwa kromosom 21 tambahan (ekstra) sebagai penyebab *down syndrome* tetapi kita tidak mengetahui apa yang menyebabkan terjadi demikian. Salah satu penemuan penting mengenai *down syndrome* adalah wanita yang berusia lebih tua memiliki kemungkinan yang besar untuk melahirkan bayi dengan gangguan tersebut. Pertanyaannya adalah apa yang menyebabkan usia memiliki hubungannya dengan sindrom itu. Ada kemungkinan bahwa karena telur-telur dari wanita yang lebih tua mengalami mati suri untuk jangka waktu yang lama, maka telur-telur itu telah diekspos kepada stres-stres lingkungan yang bisa mengganggu mitosis secara normal.

Kemungkinan lain adalah perubahan-perubahan yang terjadi pada usia setengah baya bisa mempengaruhi proses tersebut (Crowley, *et al.*, 1982; Mikkelsen & Stene, 1970; Smith & Wilson, 1973).

2. *Turner's syndrome*. *Turner's syndrome* atau sering disebut juga dengan *gonadal dysgenesis* hanya terdapat pada wanita dan hanya kadang-kadang menyebabkan terjadinya retardasi ringan. Penyebab gangguan ini adalah wanita kehilangan atau tidak memiliki satu dari dua kromosom wanita (hanya memiliki kromosom X dan bukan XX).

Apabila retardasi benar-benar terjadi, maka retardasi itu biasanya ada kaitannya dengan kekurangan dalam persepsi bentuk dan ruang (*space-form perception*), dan bukan dalam abilitas verbal (Bock & Kolakowski, 1973). Masalah yang menyangkut persepsi bentuk dan ruang mempengaruhi abilitas individu untuk melihat hubungan antara objek-objek, dan bagaimana objek-objek itu dapat dicocokkan antara yang satu dengan yang lainnya. Wanita yang mengalami gangguan ini memiliki alat kelamin luar yang normal, indung telur tidak berkembang dan hanya memproduksi estrogen yang sedikit, mandul, serta memiliki badan lebih pendek dari rata-rata. Gangguan ini bisa dirawat dengan memberikan hormon wanita tetapi perawatan tidak dapat memperbaiki cacat pada abilitas kognitif.

3. *Klinefelter's syndrome*. Kebalikan dari *Turner's syndrome* adalah *Klinefelter's syndrome* yang hanya terbatas pada pria dan disebabkan oleh kromosom-kromosom wanita tambahan. Susunan kromosomnya bukan XY (satu kromosom pria dan satu kromosom wanita) yang adalah normal untuk pria, melainkan XXY atau XXXY. Dalam beberapa kasus, pria mungkin memiliki lima kromosom wanita (XXXXXY). Pria yang mengalami gangguan ini tidak mengembangkan karakteristik-karakteristik jenis kelamin sekunder yang tepat, yang mengakibatkan buah dada besar, otot tidak berkembang dengan baik, dan mandul. Pria yang mengalami gangguan ini akan menderita retardasi ringan.

Gangguan-Gangguan Hereditas (Genetik). Beberapa gangguan disebabkan oleh gen-gen khusus yang telah diidentifikasi. Bila gangguan itu disebabkan oleh suatu gen yang dominan, maka hanya satu gen dari sepasang gen khusus itu yang mengalami kerusakan supaya bisa menimbulkan gangguan itu. Sebaliknya, dalam gangguan-gangguan yang resesif, dua gen dari pasangan gen itu harus mengalami kerusakan.

1. *Gangguan-gangguan yang disebabkan oleh gen-gen yang sangat dominan.* Jumlah gen yang dikenal dominan dan yang menyebabkan retardasi berat sedikit karena orang-orang yang menderita gangguan ini biasanya tidak me-

memiliki anak. Dalam beberapa gangguan ini simptom-simptomnya tidak segera kelihatan sesudah kelahiran. Sebagai contoh dari gangguan ini adalah *tuberous sclerosis*. Di samping retardasi berat dan serangan kejang-kejang, gangguan ini menimbulkan tumor-tumor kecil berserabut yang terdapat di samping hidung dan bagian dalam dari tubuh, dan abnormalitas-abnormalitas kulit. Serangan kejang-kejang mungkin belum terjadi sampai anak berusia tiga tahun, dan tumor-tumor itu mungkin tidak kelihatan sampai beberapa tahun kemudian. Dalam beberapa kasus yang ringan, tumor-tumor itu kelihatan tetapi retardasi mungkin ringan atau tidak ada.

2. *Gangguan-gangguan yang disebabkan oleh gen-gen resesif*. Salah satu di antara kedua orang tua mungkin membawa hanya satu gen resesif dalam sepasang gen khusus tanpa memperlihatkan simptom-simtom yang dibawa oleh gen itu. Apabila kedua orang tua membawa gen resesif yang sama, maka satu di antara empat anak mereka memiliki kemungkinan untuk mengalami gangguan itu, dan dua dari empat anak mereka memiliki kemungkinan untuk menjadi pembawa gangguan itu sama seperti orang tua mereka. Beberapa gangguan yang diwariskan ini merupakan gangguan-gangguan metabolisme.

- a. *Phenylketonuria (PKU)*. *Phenylketonuria* yang biasanya disingkat dengan PKU mengakibatkan suatu tingkat retardasi berat. Banyak orang yang mengalami gangguan ini begitu terbelakang sehingga tidak dapat berjalan atau berbicara. Mereka mungkin juga mudah marah, tidak dapat diprediksikan, hiperaktif, dan pada umumnya tidak responsif terhadap orang lain (Robinson & Robinson, 1976). Selanjutnya, mereka sering memperlihatkan tingkah laku motorik tanpa tujuan, seperti melambaikan tangan dan gerakan jari yang aneh, bergoyang-goyang atau membanting-banting. Kombinasi simptom-simtom motor dan emosional ini adalah sama dengan pola simptom-simtom yang kelihatan pada anak-anak autisme; dan dengan demikian, beberapa anak yang mengalami gangguan PKU salah didiagnosis sebagai anak-anak yang mengalamami autisme. Anak yang menderita PKU mungkin memiliki rambut pirang, bermata biru, dan berkulit kuning langsung. Penyebab dari PKU adalah enzim yang diperlukan untuk menghancurkan asam amino yang disebut *phenylalanine* rendah. Bila *phenylalanine* tidak dihancurkan, maka *phenylalanine* itu membentuk *phenylpyruvic acid*, yang kemudian merusak otak. Dengan kata lain, bila tingkat enzim rendah, maka tingkat asam bertambah dan merusak otak. Perusakan otak menyebabkan retardasi mental dan tingkah laku yang tidak tepat. Tingkat enzim rendah yang pada akhirnya menyebabkan kerusakan otak disebabkan oleh gen resesif yang dibawa oleh 1 orang di antara 50 orang (Rosenthal, 1970).

Apabila dua orang memiliki gen tersebut melahirkan seorang anak, maka kemungkinan 25% anak itu akan menderita PKU.

Meskipun seorang bayi yang menderita PKU lahir dengan tidak memiliki kemampuan untuk menghancurkan *phenylalanine*, tetapi pada waktu dilahirkan tingkat asam tidak memiliki waktu untuk bertambah dan merusak otak. Dengan demikian, bila gangguan ini didiagnosis sejak dini dan langkah-langkah segera diambil untuk menangani masalah ini, maka akibat dari gangguan ini dapat dikurangi atau bahkan dihilangkan. Deteksi PKU dilakukan dengan tes yang sederhana terhadap air kencing atau darah bila bayi tersebut sudah berusia beberapa hari. Bayi yang ditemukan mengidap PKU diberi makanan yang mengandung *phenylalanine* yang berkadar rendah, dengan demikian mencegah penambahan asam *phenylpyruvic* sehingga kerusakan otak bisa terhindar. Semakin cepat makanan yang mengandung *phenylalanine* yang berkadar rendah diberikan, maka retardasi akan menjadi kurang berat. Apabila makanan yang mengandung *phenylalanine* yang berkadar rendah itu diberikan sejak dini pada masa bayi dan tetap dipertahankan selama jangka waktu sekurang-kurangnya 6 tahun, maka retardasi akan menjadi rendah atau tidak begitu berat (Berry, *et al.*, 1967; Tredgold & Soddy, 1970).

Tetapi, ada kesulitan dengan makanan yang mengandung *phenylalanine* rendah. *Phenylalanine* ditemukan pada hampir semua makanan yang mengandung protein. Ini berarti sulit sekali anak itu memakan tanpa protein yang sangat penting untuk pertumbuhan. Untuk memecahkan masalah ini, anak harus memakan makanan sintetik yang mengandung protein tetapi bukan *phenylalanine*. Tetapi, selain makanan itu harganya mahal, juga rasa dari makanan itu tidak enak serta sulit bagi anak itu untuk memakannya. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa PKU dapat dan harus dirawat tetapi prosesnya sulit. Karena gangguan itu dapat diperbaiki bila makanan yang mengandung *phenylalanine* diberikan sejak dini, maka sangat tragis bila gangguan itu salah didiagnosis (biasanya didiagnosis sebagai autisme) dan perawatan ditunda. Apabila perawatan ditunda untuk beberapa tahun, maka akan terjadi kerusakan otak yang berat dan tidak dapat dipulihkan lagi.

Suatu fakta yang penting harus dikemukakan di sini, yakni wanita yang menderita PKU pada waktu masih kanak-kanak tetapi dirawat secara efektif mungkin melahirkan anak yang mengalami kerusakan otak. Hal tersebut terjadi karena sang ibu masih memiliki tingkah *phenylalanine* tinggi yang dapat merusak janin yang sedang berkembang dalam kandungan. Ini bukan

merupakan masalah sebelum kita mengetahui bagaimana merawat PKU karena wanita yang menderita PKU begitu menderita retardasi ketika masih kanak-kanak sehingga harus ditempatkan di lembaga dan tidak memiliki anak. Dengan melihat bahaya yang disebabkan oleh ibu yang menderita PKU terhadap anak karena ibu dapat meneruskan gen resesif dan juga lingkungan janin yang disediakan oleh ibu berbahaya untuk janin, maka ibu itu harus berpikir secara matang supaya tidak memiliki anak (Carter, 1975; Pueschel & Goldstein, 1983).

- b. *Tay-Sachs disease*. *Tay-Sachs disease* adalah gangguan metabolis lain yang diwariskan dan bisa menimbulkan kematian. Penyakit ini disebabkan oleh gen resesif dan pada umumnya menimpa orang-orang Yahudi yang nenek moyangnya berasal dari Eropa Timur. Penyakit ini menyebabkan degenerasi sistem saraf secara progresif, kematian biasanya terjadi sebelum anak berusia 4 tahun. Anak-anak yang ditimpa oleh gangguan ini akan menderita dan secara berangsur-angsur kehilangan kontrol terhadap otot, dan akan menjadi tuli, buta, serta mengalami retardasi dan kelumpuhan.
- c. *Cretinisme*. Karakteristik fisik *cretinisme* (*hipotiroidisme*) yang sangat terkenal adalah badan yang sangat pendek (kerdil), perut menonjol, jari-jarinya pendek dan gemuk, kulit kering, rambut jarang dan rapuh. *Cretinisme* sering terjadi tetapi tidak selalu dihubungkan dengan retardasi dari yang sedang sampai yang berat. Pada bayi, *cretinisme* dapat ditemukan dengan adanya denyut jantung yang rendah, kecepatan pernapasan kurang, dan suhu tubuh yang rendah.

Cretinisme biasanya disebabkan oleh suatu gen resesif yang mengganggu produksi tiroksin oleh kelenjar tiroid. Tiroksin berfungsi untuk mempertahankan kecepatan metabolisme yang tepat dan bila tiroksin terlalu sedikit (*hipotiroidisme*), maka metabolisme dan perkembangannya diperlambat. Metabolisme yang kurang ini menyebabkan denyut jantung berkurang, kecepatan pernapasan dan suhu badan berkurang. Meskipun tingkat tiroksin yang rendah biasanya disebabkan oleh masalah genetik, tetapi kadang-kadang juga dapat disebabkan oleh sinar radiasi (sinar-X) pada waktu kehamilan yang mengganggu perkembangan normal dari kelenjar tiroid. Kekurangan tiroksin juga dapat disebabkan oleh kekurangan yodium pada ibu yang hamil tetapi penyebab tersebut sudah dihilangkan di negara-negara di mana yodium ditambahkan pada garam meja.

Apabila ditemukan sejak dini dan dirawat dengan obat tiroid (tiroksin yang diperoleh dari binatang), maka gangguan tersebut dapat disembuhkan atau dikurangi. Perawatan hanya berfungsi untuk menghentikan perkem-

Belakangan ini para ilmuwan menemukan gen yang menyebabkan *Fragile X syndrome*. Dengan kemajuan ini, maka sekarang ada kemungkinan untuk mendiagnosis penyakit ini dan melakukan pemeriksaan genetik prenatal untuk penyakit ini. Juga ada kemungkinan untuk mengidentifikasi pasien-pasien yang mengalami sindrom yang retardasi mental atau gangguan-gangguan tingkah lakunya disebabkan oleh faktor-faktor, seperti autisme atau kekurangan oksigen pada saat kelahiran. Meskipun pada waktu belakangan ini belum ada perawatan khusus untuk sindrom itu, tetapi identifikasi gen akan memberi kemungkinan bagi para peneliti untuk meneliti bagaimana gen itu beroperasi untuk mempengaruhi inteligensi dan apa sebabnya kerusakan-kerusakan dalam gen itu menyebabkan terjadinya retardasi mental.

Gangguan-Gangguan yang Disebabkan oleh Lingkungan Prenatal.

Lingkungan di mana janin itu hidup sering menjadi penyebab fungsi intelektual berada di bawah rata-rata. Dalam kenyataannya, retardasi mental yang disebabkan oleh faktor-faktor prenatal merupakan cacat kelahiran yang paling umum. Faktor-faktor prenatal yang dihubungkan dengan retardasi mental adalah infeksi-infeksi yang dialami ibu, ketidakcocokan darah dan kondisi-kondisi ibu yang kronis, zat-zat kimia dalam lingkungan janin, radiasi, kekurangan gizi, usia dari orang tua, dan stres yang dialami ibu.

1. *Infeksi-infeksi yang dialami ibu.* Kantung placenta yang mengelilingi janin berfungsi sebagai rintangan untuk mencegah banyaknya infeksi yang dipindahkan dari ibu ke janin, tetapi ada kemungkinan sejumlah virus menembus rintangan ini. Ada tiga macam virus yang dikenal sebagai penyebab cacat-cacat kongenital, yakni *virus rubella* (campak Jerman), *cytomegalovirus*, dan *herpes virus homilis (herpes simplex)*. Pada satu kelompok anak-anak yang menderita *rubella* selama kehamilan, kira-kira sepertiga mengalami retardasi (Chess, 1978). Simtom-simtom dari ibu hamil yang menderita gangguan *rubella* hanya berupa suhu tubuh rendah dan peradangan kulit yang ringan. Tetapi, gangguan itu dapat menyebabkan peradangan otak pada janin yang kemudian dapat menyebabkan terjadinya degenerasi jaringan otak. Beberapa bagian otak akan rusak tergantung pada perkembangan degenerasi itu pada waktu terjadi peradangan; dan dengan demikian, akibat-akibat dari *rubella* mungkin berbeda dari anak yang satu dengan anak yang lainnya. Retardasi mungkin ringan atau sangat berat, dan mungkin terjadi cacat pada penglihatan, pendengaran dan fungsi jantung. Kemungkinan terjadinya retardasi adalah 50 bila infeksi terjadi pada bulan pertama kehamilan, tetapi sesudah itu akan menurun.

Retardasi dapat juga terjadi bila ibu menderita infeksi bakteri, seperti sifilis atau penyakit virus yang kronis, seperti herpes. Sifilis pada ibu selain bisa menyebabkan retardasi, keguguran dan bayi lahir, juga dapat mengakibatkan mati, retardasi mental, bayi terlahir buta dan tuli, serta cacat-cacat kelahiran lainnya. Infeksi herpes pada orang dewasa dan anak-anak yang lebih tua biasanya sangat ringan tetapi dalam janin atau bayi yang baru lahir, virus yang sama dapat menyebabkan infeksi yang lebih luas yang bisa mengakibatkan kematian. Meskipun virus herpes dapat menembus placenta dan menjangkiti janin itu, tetapi cara yang sangat umum bagaimana herpes itu ditularkan oleh ibu kepada anak adalah melalui kontak langsung pada waktu proses kelahiran. Sama seperti retardasi-retardasi lain, bila retardasi disebabkan oleh rubella, maka perawatannya tidak ada, tetapi retardasi ini dapat dicegah secara efektif dengan vaksinasi terhadap wanita-wanita yang bakal menjadi ibu. Sifilis dapat dirawat dengan penisilin dan lebih baik kalau diberikan kepada ibu, meskipun tetap bisa terjadi kerusakan bila perawatan itu tidak dimulai secepat mungkin setelah infeksi itu ditemukan. Pengobatan terhadap *herpes simplex* tidak diketahui, tetapi karena biasanya anak itu terinfeksi melalui kontak dengan virus itu pada waktu proses kelahiran, maka operasi *caesar* dapat menghindari kontak tersebut dan risiko anak itu terinfeksi dapat dikurangi.

2. *Ketidakcocokan darah dan kondisi ibu yang kronis.* Kadang-kadang zat-zat biokimia dalam janin menyebabkan ibu mengembangkan respons antibodi terhadap bayi itu. Antibodi-antibodi ini bisa jadi merusakkan jaringan-jaringan janin yang serupa dengan orang-orang yang kadang-kadang menolak pencangkokan organ. Beberapa kondisi kesehatan yang kronis pada ibu mungkin juga menyebabkan retardasi pada janin. Hipertensi (tekanan darah tinggi) dan diabetes adalah contoh gangguan kronis yang mungkin mengganggu makanan janin dan menyebabkan terjadinya kerusakan otak. Kedua kondisi ini dapat dirawat bila kedua kondisi tersebut didiagnosis sejak dini.

Obat-obat yang digunakan ibu dapat menembus placenta dan masuk ke dalam janin. Bahkan obat-obat penenang yang ringan, seperti *librium* ada hubungannya dengan peningkatan cacat-cacat yang berat pada janin. Di samping itu, zat-zat kimia dalam udara, makanan, dan air mungkin juga mempengaruhi anak sebelum lahir.

Dalam tahun-tahun belakangan ini, penggunaan alkohol pada waktu kehamilan diketahui sebagai penyebab terjadinya retardasi. Bahkan para wanita yang minum tidak secara berlebihan pada waktu hamil mungkin akan melahirkan anak yang cacat. Akibat dari ibu yang meminum alkohol selama kehamilan adalah bahwa anak akan mengalami gangguan yang dinamakan *fetal-alkohol*

syndrome (Streissguth, 1978). Salah satu simtomnya adalah retardasi mental dari yang ringan sampai yang berat. Simtom-simtom lain berupa kesulitan-kesulitan dalam perhatian dan hiperaktivitas, abnormalitas-abnormalitas fisik (misalnya *microcephaly*), abnormalitas-abnormalitas jantung, distorsi-distorsi pada wajah. Tidak semua simtom ini selalu ada dan bila simtom-simtom ini ada selalu dengan kombinasi-kombinasi yang berbeda.

Sesuai dengan bukti lain, penelitian belakangan juga menemukan bahwa rata-rata IQ dalam kelompok anak-anak remaja dan orang-orang dewasa yang menderita gangguan *fetal-alcohol syndrome* adalah 68 (Streissguth, *et al.*, 1991). Fungsi akademis mereka berada pada Kelas II sampai Kelas IV SD dan kecakapan mereka dalam ilmu hitung sangat kurang. Simtom-simtom lain adalah penilaian yang kurang, mudah mengalihkan perhatian, sulit memahami isyarat-isyarat sosial. Orang-orang yang diteliti itu kelihatannya kurang memiliki pandangan terhadap masa depan atau kemampuan untuk belajar dari pengalaman. Mereka tidak mempedulikan peringatan-peringatan dan harus diberikan instruksi-instruksi yang sederhana dan dilakukan secara berulang-ulang. Tidak semua anak yang dipengaruhi alkohol dalam kandungan mengembangkan *fetal-alcohol syndrome* secara lengkap. Bila ibu yang meminum alkohol itu termasuk dalam kategori peminum yang kurang berat, maka abnormalitas fisik dan mental dari anaknya tergolong lebih ringan. Untuk para wanita yang tergolong pecandu alkohol kronis dan memiliki satu anak yang menderita *fetal-alcohol syndrome*, peluang bahwa anak-anak lain juga akan menderita gangguan itu adalah 100 sampai 400 kali lebih tinggi dibandingkan dengan para penduduk pada umumnya (Streissguth, *et al.*, 1991).

Diagnosis Prenatal. Bantuan telah disediakan untuk para orang tua yang merasa bahwa anak mereka yang masih berada dalam kandungan berisiko menderita *trisomy* atau gangguan-gangguan yang disebabkan oleh gen-gen dominan atau resesif. Sudah selama bertahun-tahun *sonogram* atau *ultrasound scan* yang memperlihatkan janin pada layar televisi, dan *amniocentesis*, yakni suatu analisis mengenai cairan amniotik di dalam kantung pembungkus janin, telah membantu untuk mendeteksi adanya *down syndrome* dan cacat-cacat genetik lainnya termasuk beberapa gangguan yang diwariskan. *Amniocentesis* tidak dapat digunakan sampai kira-kira bulan keempat kehamilan dan sel-sel harus dipelihara selama dua minggu setelah tes itu dilakukan, dengan demikian kehamilan bisa berjalan terus sebelum hasilnya diketahui. Ini berarti bila tes menunjukkan cacat pada janin, maka orang tua mungkin menghadapi suatu keputusan yang sangat sulit untuk meneruskan kehamilan itu.

Amniocentesis dapat disarankan bila risiko untuk mendapat anak yang akan mengalami retardasi atau gangguan genetik lainnya adalah tinggi — misalnya, bila ibu berusia di atas 35 tahun atau bila anak yang lain dalam keluarga menderita gangguan-gangguan genetik lainnya. Hasilnya bersama dengan informasi yang diperoleh mengenai sejarah genetik orang tua digunakan untuk berbicara dengan orang tua mengenai kemungkinan akibat dari kehamilan itu. Dengan memberikan pengetahuan ini, calon orang tua itu dapat memutuskan apakah menghentikan kehamilan itu, atau mereka dapat menyiapkan diri untuk melahirkan seorang anak yang mengalami suatu masalah tertentu.

Suatu prosedur yang dikembangkan kemudian adalah *chorionic virus sampling*, yang merupakan alternatif untuk *amniocentesis* dan dapat dilakukan sesudah kehamilan berusia 9 minggu. Hasil-hasil tes sudah berhasil diperoleh hanya dalam beberapa hari. Baik *amniocentesis* maupun *chorionic villus sampling* dapat dilakukan dengan menggunakan jarum suntik yang dimasukkan ke dalam leher rahim. Bahaya dari *amniocentesis* adalah antara setengah atau satu persen dari tes ini menyebabkan keguguran sehingga penggunaannya bisa mendatangkan bahaya bagi janin. *Chirionic test* mungkin menyebabkan angka keguguran yang lebih besar — mendekati 2%. Tetapi, keguguran juga terjadi secara alami ketika kehamilan itu berkembang, dengan demikian sebagian dari risiko yang meningkat ini mungkin dijelaskan dengan keguguran yang terjadi meskipun prosedur korionik tidak pernah digunakan.

Tes baru lain adalah *alpha-fetoprotein test* yang memerlukan sampel darah pada akhir bulan keempat kehamilan. Tes ini dapat menunjukkan tidak hanya kemungkinan adanya gangguan-gangguan genetik, seperti *down syndrome*, tetapi juga cacat-cacat pada tabung neural, seperti *anencephaly*, di mana bayi lahir dengan otak yang tidak sempurna atau tanpa otak, serta spina bifida, di mana bagian dari tulang belakang tidak tertutup dan kolom saraf terbuka. Tes darah dengan menggunakan *alfafetoprotein test* tidak meyakinkan, dengan demikian bila hasil dari tes itu positif, wanita yang hamil itu perlu juga dites dengan sonogram dan mungkin juga dengan *amniocentesis*.

Masalah-Masalah pada Waktu Kelahiran dan Sesudah Kelahiran. Diketahui bahwa kondisi-kondisi tertentu yang terjadi pada waktu kelahiran dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya retardasi mental, meskipun kondisi-kondisi tidak sering terjadi bila dibandingkan dengan kondisi-kondisi prenatal. Dua kesulitan yang sangat umum terjadi adalah *asphyxia* (kekurangan oksigen), dan *kelahiran prematur*, yakni lahir tiga minggu atau lebih sebelum waktunya. Beberapa bayi tidak mendapat oksigen pada waktu atau sebelum proses kelahiran. Bila *asphyxia* tidak menyebabkan bayi itu mati, ada kemungkinan ia akan mengalami gangguan-

gangguan lain, yakni serangan kejang-kejang, retardasi atau masalah-masalah lainnya. Berat badan dari bayi yang lahir sebelum waktunya (prematur) biasanya rendah. Bila badan anak itu tiga pon atau kurang dari tiga pon, maka risiko retardasi dan masalah-masalah kesehatan akan menjadi jauh lebih besar. Karena anak-anak remaja sering melahirkan bayi-bayi yang kecil — terutama pada kasus ibu-ibu yang tidak kawin — sering tidak mendapat perawatan medis yang cukup, anak mereka akan menghadapi risiko yang tinggi terhadap retardasi dan masalah-masalah lain (Andreasen & Black, 1991). Dengan masalah ini saja, meningkatnya kehamilan di kalangan remaja harus dianggap sebagai suatu keprihatinan.

Kerusakan sistem saraf pusat sesudah kelahiran dapat juga menyebabkan retardasi. Di antara kasus-kasus kerusakan itu adalah infeksi-infeksi, pukulan-pukulan pada kepala, tumor, dan racun-racun. Beberapa zat beracun (misalnya, karbon monoksida, barbiturat, dan sianida) merusak sel-sel otak dengan menghilangkan oksigen dari sel-sel tersebut. Racun-racun lain (misalnya, timah, warangan, dan air raksa) merusak tempat-tempat tertentu pada otak.

Meningitis dan encephalitis yang berat yang kadang-kadang menyebabkan penyakit gondok, campak, cacar air dapat menyebabkan terjadinya peradangan otak dan jaringan sel-sel di sekitarnya. Sering kali gangguan-gangguan ini menyebabkan retardasi, serangan kejang-kejang atau bahkan kedua-duanya. Beberapa infeksi telinga dan darah dapat juga merusak jaringan-jaringan otak. Mungkin penyebab-penyebab luka pada kepala yang sangat sering terjadi adalah kecelakaan mobil dan perlakuan kejam (penganiayaan) terhadap anak-anak. Dalam sebuah lembaga untuk anak-anak yang menderita retardasi di Inggris, para peneliti menemukan bahwa 11% dari anak-anak itu cacat karena kerusakan otak yang disebabkan oleh penganiayaan (Bucha & Oliver, 1977).

Faktor-Faktor Psikososial

Bentuk-bentuk retardasi mental yang berat dan sangat berat hanya merupakan sebagian kecil saja dari kasus-kasus retardasi mental. Retardasi mental yang sedang, berat dan sangat berat ditemukan pada semua tingkatan masyarakat dan penyebabnya adalah masalah-masalah fisiologis. Sebaliknya, bentuk-bentuk retardasi yang ringan ini jauh lebih umum dan kemungkinan besar retardasi yang ringan ditemukan pada golongan sosial yang lebih rendah. Retardasi-retardasi yang ringan tidak dihubungkan dengan penyebab-penyebab khusus dan tidak dibagi menjadi tipe-tipe yang berbeda. Di sini akan disinggung faktor-faktor psikososial yang mungkin ikut menyebabkan tingkat-tingkat retardasi mental yang ringan. Dalam kebanyakan kasus, faktor-faktor psikososial yang dilihat sebagai penyebab retardasi ada hubungannya dengan perbedaan-perbedaan dalam kelas sosial.

Pengaruh dari status sosio-ekonomis dan latar belakang budaya terhadap abilitas intelektual diteliti pada anak-anak Cina, Yahudi, Puerto Riko, dan Negro yang berasal dari latar belakang kelas yang lebih rendah dan menengah (Stodolsky & Lesser, 1967) serta memperlihatkan dua penemuan. *Pertama*, anak-anak yang berasal dari kelas yang lebih rendah pada umumnya memperlihatkan performansi yang kurang baik dibandingkan dengan anak-anak dari kelas menengah. *Kedua*, anak-anak yang berasal dari latar belakang etnis yang berbeda memperlihatkan pola-pola abilitas yang berbeda pula. Penemuan-penemuan itu merupakan bukti yang kuat atas pengaruh-pengaruh dari kelas sosial dan budaya terhadap abilitas intelektual.

Pengaruh-pengaruh dari faktor-faktor psikososial diperlihatkan juga secara dramatis pada kasus seorang gadis cilik yang terkurung di dalam loteng rumah sampai ia berusia 6 tahun (Davis, 1947). Pada waktu ia ditemukan, IQ-nya hanya 25, tetapi dalam waktu 3 tahun ia berfungsi pada tingkat yang sesuai dengan usianya. Retardasi anak ini lebih ekstrem dibandingkan dengan apa yang biasanya dipikirkan sebagai akibat dari faktor-faktor psikososial, tetapi tentu saja faktor-faktor psikososial yang dihadapi anak ini lebih ekstrem dibandingkan dengan apa yang dialami oleh kebanyakan anak-anak.

Kedua penemuan di atas ditambah dengan kasus dari anak yang terkurung itu merupakan dukungan yang kuat bagi hubungan antara faktor-faktor psikososial dan abilitas-abilitas intelektual. Pertanyaannya ialah faktor-faktor psikososial khusus manakah yang mempengaruhi perkembangan intelektual? Meskipun telah dilakukan penelitian selama bertahun-tahun, jawaban terhadap pertanyaan tersebut masih tetap kontroversial, tetapi di sini akan dikemukakan beberapa faktor yang umumnya dianggap penting. Dalam kebanyakan kasus, faktor-faktor ini ada kaitannya dengan kelas sosial yang merupakan kemungkinan untuk menjelaskan apa yang menyebabkan orang-orang dari kelas yang lebih rendah menderita retardasi ringan.

1. *Lingkungan-lingkungan psikososial terbatas.* Lingkungan-lingkungan sosial yang kaya dianggap ikut menunjang perkembangan otak dan keterampilan-keterampilan kognitif yang lebih tinggi. Tetapi, anak-anak dari kelas yang lebih rendah hanya memiliki sedikit barang-barang mainan, di rumah mereka terdapat barang-barang dengan jumlah yang terbatas, dan tidak ada kemungkinan mereka dibawa ke tempat-tempat hiburan, seperti museum atau kebun binatang (Deutsch, 1967).
2. *Kebiasaan-kebiasaan berbahasa.* Tingkah laku verbal memainkan peran yang penting dalam menentukan inteligensi dan dalam fungsi sehari-hari; dan dengan demikian, kebiasaan-kebiasaan berbahasa merupakan faktor yang sangat

penting dalam retardasi mental. Orang-orang dari kelas yang lebih rendah sering menggunakan bahasa-bahasa yang tidak baku untuk berkomunikasi dengan orang-orang yang menggunakan bahasa baku. Selain menggunakan bahasa yang tidak baku, anak-anak dari kelas yang lebih rendah sering mempelajari pola-pola bahasa yang sangat terbatas sehingga membatasi proses berpikir mereka dan mengurangi kemampuan-kemampuan mereka dalam memecahkan masalah.

3. *Gaya mengasuh anak.* Berbagai macam penelitian memperlihatkan bahwa bila dibandingkan dengan para ibu dari kelas menengah, ibu-ibu dari kelas yang lebih rendah lebih otoriter dan hanya memberikan sedikit peluang kepada anak-anak mereka untuk mengeksplorasi diri. Mereka mungkin juga kurang menjelaskan segala sesuatu kepada anak-anak, lebih kritis, kurang berbicara dengan anak-anak mereka, dan menggunakan kalimat-kalimat yang lebih singkat dengan kata-kata yang abstrak. Interaksi-interaksi ini tidak membantu perkembangan pemikiran kritis atau tantangan-tantangan akademis.
4. *Motivasi.* Motivasi sangat penting untuk performansi intelektual yang efektif, tetapi anak-anak dari kelas yang lebih rendah tidak didorong untuk melakukan dengan baik di sekolah dan tidak melihat performansi sekolah sebagai sesuatu yang relevan atau penting. Dalam beberapa kasus, orang-orang dari kelas yang lebih rendah melihat diri mereka sebagai orang-orang yang terkurung dalam situasi dan mengembangkan perasaan-perasaan tak berdaya. Dengan kata lain, mereka tidak melihat diri mereka sebagai orang yang mengontrol dan tidak dikontrol oleh faktor-faktor eksternal, dan dengan demikian mereka hanya menyerah dan tidak berusaha (Battle & Rotter, 1963).
5. *Pendidikan di sekolah.* Sering ada perbedaan-perbedaan penting antara kemudahan-kemudahan yang disediakan untuk para siswa dari kelas-kelas atau kelompok-kelompok rasial yang berbeda. Yang juga penting adalah sifat dari pengajaran dan interaksi di ruang kelas. Ada bukti bahwa pada semua ruang kelas anak-anak kulit hitam, 50 sampai 80% waktu di ruang kelas digunakan untuk mendisiplinkan anak-anak, sedangkan anak-anak di semua ruang kelas anak-anak kulit putih hanya 30% (Deutsch, *et al.*, 1967). Harapan-harapan dari para guru mengenai kemampuan para siswa untuk melakukan sesuatu dengan baik dan perhatian yang diberikan guru-guru kepada mereka mungkin juga berperan. Dalam penelitian klasik di bidang ini, kepada para guru dikatakan bahwa beberapa siswa mungkin akan berkembang pada akhir tahun, sedangkan siswa-siswa yang lain tidak akan berkembang (Rosenthal & Jacobson, 1968). Pada akhir tahun kepada semua siswa diberikan tes IQ, dan ditemukan bahwa siswa-siswa yang diyakini oleh para guru akan

berkembang dalam kenyataannya mendapat skor-skor yang lebih tinggi meskipun para siswa itu dipilih secara acak untuk dimasukkan ke dalam kelompok yang berkembang dan kelompok yang tidak berkembang. Suatu penelitian yang berkaitan dengan itu juga menunjukkan bahwa anak-anak yang tidak diharapkan melakukan dengan baik pada umumnya kurang diperhatikan oleh guru, dan perhatian yang berkurang sudah pasti dapat menyebabkan performansi yang rendah (Rist, 1970). Pengaruh dari harapan-harapan yang merusak ini dapat membahayakan, tetapi mungkin beruntung karena tidak semua peneliti menemukan pengaruh-pengaruh itu (Elashoff & Snow, 1971).

6. *Perawatan fisik atau medis yang kurang baik.* Orang-orang dari kelas yang lebih rendah sering menerima perawatan prenatal dan postnatal yang kurang baik dibandingkan dengan orang-orang dari kelas menengah, dan perbedaan-perbedaan dalam perawatan itu dapat menyebabkan retardasi. Pada hakikatnya, infeksi, trauma, kelahiran prematur, dan gizi bukan faktor-faktor psikososial, tetapi hal-hal itu ada hubungannya dengan faktor-faktor psikososial (kelas ekonomis); karena itu, perlu juga disinggung dalam konteks ini.

Tipe Khusus

Dua tipe khusus retardasi mental dikategorikan sebagai pseudoretardasi dan cendekiawan idiot (*idiot savant*).

Pseudoretardasi. Penderita pseudoretardasi mental adalah individu yang karena bereaksi dengan menarik diri dalam menghadapi ketakutan atau kritik, kehilangan semua minatnya terhadap pekerjaan-pekerjaan dan dorongan untuk berprestasi. Orang yang demikian mungkin akan mengadakan respons terhadap semua tuntutan dengan berkata "aku tidak tahu" atau "itu terlalu susah." Karena akibat dari pola tingkah lakunya yang demikian memberikan kesan kebodohan, maka kondisi seperti itu disebut pseudoretardasi mental. Dalam kenyataannya, pseudoretardasi mental itu merupakan gangguan emosional dan tidak menyebabkan retardasi mental seperti yang dibicarakan dalam bab ini.

Orang yang terus-menerus gagal mencapai kebutuhannya, dan oleh karena kegagalan tersebut ia kehilangan sebagian besar harga diri dan ambisinya, mungkin melakukan tingkah laku yang bodoh sebagai mekanisme pertahanan diri. Dengan memakai cara ini ia menghindari tanggung jawab dan tidak lagi diharapkan melakukan tugas-tugas yang sulit. Karena telah mereduksikan tegangan dengan cara tersebut, ia selalu bertingkah laku seolah-olah ia menderita retardasi mental.

Sangat sulit membedakan orang yang benar-benar cacat karena kapasitas mental rendah dengan orang yang berkapasitas mental normal tetapi menggunakan banyak pola tingkah laku orang-orang retardasi mental sebagai mekanisme dasar

penyesuaian dirinya. Bahkan, lebih sukar lagi untuk mengetahui berapa banyak IQ dari orang cacat sebagai akibat dari kapasitas mental yang sebenarnya; dan berapa banyak IQ sebagai akibat dari gangguan emosional. Diagnosis mengenai hal ini sangat penting karena gangguan emosional dapat dirawat dengan berhasil baik tetapi retardasi mental sama sekali tidak dapat diperbaiki. Perlu dikemukakan di sini bahwa penyelidikan mengenai hal ini dalam masyarakat kita belum diadakan, sebab bisa terjadi banyak orang diklasifikasikan sebagai retardasi mental tetapi sebenarnya emosinya hanya kalut.

Cendekiawan Idiot (*Idiot Savant*). Cendekiawan idiot merupakan gejala kapasitas intelektual yang aneh dan sulit dimengerti. Meskipun kelihatannya individu itu seperti dungu dan ada tanda-tanda retardasi mental, tetapi ia memiliki bakat-bakat atau kemampuan-kemampuan yang luar biasa, bahkan sering sangat mencolok. Misalnya, kemampuan mengidentifikasi hari minggu dari suatu tanggal masa lampau atau masa yang akan datang dalam jangka waktu hanya beberapa detik saja dengan tepat. Sekarang dirasakan bahwa individu itu tidak mengalami retardasi mental tetapi rupanya tergolong pasien *schizofrenik* tipe biasa yang salah didiagnosis. Dalam banyak kasus, bakat khusus ini ketika diselidiki ternyata menarik perhatian karena perbedaannya sangat menonjol dengan tingkah laku orang-orang lain dalam kelompok sosialnya. Lagi pula, ada penyelidikan-penyelidikan mengenai para penderita retardasi mental (bukan yang bertipe idiot) yang menunjukkan reaksi-reaksi neurotik yang sangat kompleks, bakat seni yang istimewa, atau keterampilan-keterampilan mekanik. Prestasi dari cendekiawan idiot hanya berdasarkan ingatan, dan biasanya ia sama sekali tidak memperlihatkan kemampuan untuk menilai, menalar, dan proses-proses pikiran lain yang terkontrol.

Intervensi

Rita Wicks-Nelson dan Allen Israel (1991) mengemukakan tiga macam intervensi yang dapat dilakukan terhadap anak-anak yang mengalami retardasi mental, yakni penempatan di lembaga, perawatan, dan pendidikan.

Ditempatkan di Lembaga

Pertanyaan apakah anak-anak cacat mental sebaiknya ditempatkan di lembaga atau tidak, sulit dijawab. Pasti dibenarkan apabila mengatakan bahwa *tidak semua* anak cacat mental ditempatkan di lembaga. Sebagian besar dari mereka yang mentalnya sedikit cacat dapat menyesuaikan diri secara adekuat dalam lingkungan keluarga mereka jika mereka diterima oleh orang tua dan saudara-saudaranya. Biasanya anak yang mentalnya sangat cacat lebih baik ditempatkan di lembaga.

Empat kriteria hendaknya dipertimbangkan sebelum sampai kepada keputusan mengenai penempatan anak cacat mental di lembaga. Apakah lembaga merupakan satu-satunya tempat baginya untuk mendapat pendidikan khusus yang dibutuhkan-nya? Apakah lembaga sangat penting bagi perlindungannya sendiri atau bagi perlindungan orang-orang lain? Apakah penjagaan fisik di lembaga lebih besar daripada yang diberikan di rumah? Apakah anak cacat mental itu merupakan tekanan berat bagi situasi finansial dan emosional di rumah?

Jika lingkungan tempat tinggalnya tidak memiliki fasilitas-fasilitas untuk mendidiknya, maka lebih baik anak itu ditempatkan di lembaga di mana diberikan pelajaran khusus. Pendidikan seperti itu dapat memberikan kemungkinan bagi anak yang mentalnya sedikit cacat untuk menyesuaikan diri secara baik dengan masyarakat. Beberapa anak cacat mental entah karena inteligensinya sangat rendah atau karena gangguan tingkah lakunya sangat berat, bisa ditempatkan di lembaga supaya mereka sendiri dan orang lain terlindungi. Setiap orang yang menjadi ancaman bagi orang lain harus dipisahkan tanpa memandang kapasitas intelektual-nya. Kebanyakan orang dewasa atau anak kecil yang mentalnya sangat cacat membutuhkan penjagaan fisik lebih daripada yang dapat diberikan di rumah. Penempatan di lembaga penting sekali bagi kelompok seperti ini. Kriteria yang keempat sangat sulit untuk dinilai. Jika pengeluaran untuk menjaga anak cacat mental di rumah sangat merongrong sumber ekonomi keluarga sehingga semua orang menderita, maka lebih baik kalau anak tersebut ditempatkan di lembaga. Kadang-kadang anggota keluarga dari anak cacat mental itu sulit menerima kondisi cacatnya. Kehadirannya di tengah keluarga merupakan ancaman berat bagi keamanan emosi mereka. Menempatkan anak tersebut di lembaga merupakan kemungkinan yang sangat baik dalam situasi yang tidak menguntungkan seperti ini.

Keputusan untuk menyerahkan anak cacat mental kepada lembaga adalah keputusan yang kompleks, yang sering kali menimbulkan perasaan cemas, ragu-ragu, dan rasa bersalah pada orang tua. Meskipun keputusan ini secara legal adalah tanggung jawab orang tua, tetapi sebaiknya mereka mencari bantuan dan nasihat dari para ahli dalam bidang ini.

Banyak hal yang dapat dilakukan di dalam lembaga untuk orang-orang yang cacat mental. Di lembaga itu dilakukan usaha-usaha untuk menggunakan kemampuan motor dan intelektual apa saja yang mungkin dimiliki penderita sebagai modal untuk mendidiknya agar mencapai taraf kemampuan untuk menyesuaikan diri semaksimal mungkin. Akan tetapi, kebanyakan lembaga tersebut biasanya mengalami kesulitan karena kurangnya dana, suatu situasi yang menyebabkan para stafnya hanya berfungsi memberikan penjagaan saja dan tarafnya sangat rendah. Untuk mencapai sasaran yang diinginkan, maka lembaga itu harus memiliki dana

yang cukup dan staf yang terlatih dalam program rehabilitasi. Program ini dirancang untuk mengembalikan orang-orang yang cacat ini ke dalam masyarakat mereka dengan pendidikan dan kestabilan emosi yang cukup sehingga mereka bisa mandiri dan menjadi anggota masyarakat yang bertanggung jawab.

Perawatan

Perawatan terhadap orang-orang yang menderita retardasi mental secara khusus menggunakan intervensi-intervensi yang bertujuan untuk mengobati masalah-masalah yang menyangkut emosi dan tingkah laku. Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa sejumlah orang yang mengalami retardasi mental juga menderita gangguan-gangguan psikologis (Matson & Barrett, 1982; Jacobson, 1982a, 1982b). Di antara masalah-masalah yang mereka hadapi adalah gangguan-gangguan kognitif (halusinasi-halusinasi), gangguan-gangguan emosional (depresi), dan gangguan-gangguan tingkah laku (agresi dan melukai diri sendiri). Dari bermacam-macam tingkat fungsi intelektual, rata-rata setengah dari jumlah pasien mengalami masalah-masalah tingkah laku.

Perawatan terhadap masalah-masalah emosi dan tingkah laku untuk orang-orang yang mengalami retardasi mental adalah sama dengan perawatan yang digunakan untuk orang-orang lain yang tidak mengalami retardasi mental tetapi hanya perawatannya disesuaikan dengan tingkat kemampuan konseptual dari pasien. Perawatan ini akan mengikuti orientasi tingkah laku (Baer, Wolf & Risley, 1968; Birnbauer, 1976). Misalnya, beberapa program latihan dipusatkan pada usaha untuk mengajarkan keterampilan-keterampilan khusus kepada para penderita supaya mereka dapat berfungsi lebih adaptif. Program-program itu juga menekankan penggunaan bermacam-macam hadiah. Pemerkuat-pemerkuat sosial (seperti senyuman, pujian dengan kata-kata, tepukan pada punggung) sangat berhasil dengan orang-orang yang mengalami retardasi mental. Metode-metode tingkah laku berhasil digunakan untuk mengurangi tingkah disruptif (Zimmerman, Zimmerman & Russell, 1969), mengontrol tingkah laku agresif (Mace, Kratochwill & Fiello, 1983), memperbaiki perilaku buang air besar dan kecil (Giles & Wolf, 1966), dan mengontrol kebiasaan melakukan masturbasi di depan umum (Barmann & Murray, 1981).

Selain itu, para anggota keluarga juga harus dilibatkan dalam perawatan anak-anak yang mengalami retardasi mental (Baker, Landen & Kashima, 1991; Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983; Crnic & Reid, 1989). Dengan menekankan orientasi tingkah laku, maka perawatan tidak hanya berfokus pada masalah-masalah khusus dari anak-anak yang membutuhkan perubahan tetapi juga pada tujuan-tujuan dan perasaan-perasaan keluarga; dan keluarga harus belajar serta menggunakan

prosedur-prosedur modifikasi tingkah laku untuk membesarkan anak-anak mereka dalam kebutuhan-kebutuhan khusus. Bila prosedur-prosedur tingkah laku diajarkan kepada keluarga, maka peluang untuk menggunakan prosedur-prosedur ini semakin meningkat dan hasil-hasilnya juga akan meningkat. Tentu saja perawatan tersebut tidak bertujuan untuk menyembuhkan gangguan itu tetapi hanya bertujuan supaya kehidupan anak-anak itu akan menjadi lebih baik.

Terapi Obat. Penggunaan terapi obat untuk orang-orang yang menderita retardasi mental tidak menyembuhkan retardasi atau memperbaiki abilitas-abilitas intelektual. Sama seperti dengan gangguan-gangguan lain, obat digunakan dengan tujuan untuk mereduksikan kondisi-kondisi psikopatologik. Contoh-contoh dari kondisi-kondisi yang mungkin bertambah baik karena menggunakan obat adalah tingkah laku disruptif, simptom-simtom psikotik, dan masalah-masalah yang menyangkut perhatian. Beberapa survei terhadap orang-orang yang ditempatkan di lembaga karena retardasi mental menunjukkan bahwa 40 sampai 50% menerima obat-obat psikotropik (Aman & Singh, 1983). Kebanyakan orang-orang yang mendapat pengobatan itu adalah orang-orang yang lebih tua yang mengalami masalah-masalah tingkah laku yang lebih berat.

Obat-obat antikonvulsan yang digunakan secara rutin untuk menekan serangan kejang-kejang banyak digunakan untuk orang-orang yang mengalami retardasi mental — meskipun bukti adanya gangguan serangan kejang-kejang tidak selalu ada. Para peneliti telah mengemukakan bahwa praktek ini dilakukan karena adanya keyakinan walaupun tidak didukung oleh fakta bahwa obat-obat antikonvulsan mengurangi masalah-masalah tingkah laku (Crnic & Reid, 1989). Di samping itu, obat-obat stimulan juga digunakan untuk anak-anak yang mengalami retardasi mental yang menunjukkan adanya masalah-masalah menyangkut perhatian. Meskipun data mendukung efektivitas dari obat-obatan ini untuk anak-anak yang mengalami *attention-deficit hyperactivity disorder* (gangguan hiperaktivitas), tetapi efektivitas dari obat-obatan ini untuk anak-anak muda yang mengalami retardasi mental masih membutuhkan bukti yang jelas. Data permulaan memperlihatkan adanya hubungan antara efektivitas dan kehebatan dari gangguan: obat-obat stimulan tidak bermanfaat bagi anak-anak yang mengalami retardasi mental yang berat (Gadow, 1992) tetapi obat-obat stimulan ini adalah tepat dan efektif untuk beberapa anak hiperaktif yang mengalami retardasi mental yang ringan sampai yang sedang (Henden, *et al.*, 1990). Walaupun obat-obatan digunakan secara luas untuk orang-orang yang mengalami retardasi mental, tetapi penelitian-penelitian tentang hasilnya jarang dilakukan. Kelemahan utama dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan adalah tidak digunakannya kelompok-kelompok kontrol yang tepat dan pengukuran tentang belajar (Crnic & Reid, 1989). Tidak mungkin

menetapkan pengaruh-pengaruh dari obat sampai masalah-masalah metodologis ini diperbaiki.

Pendidikan

Intervensi pendidikan untuk orang-orang yang mengalami retardasi mental diprogramkan untuk memenuhi kebutuhan anak-anak ini. Meskipun strategi-strategi pengajarannya sama dengan yang digunakan pada kelas-kelas reguler, tetapi tetap diadakan penyesuaian-penyesuaian sejalan dengan langkah dan tingkat masing-masing anak yang belajar. Tetapi, lingkungan pendidikan khusus seperti ini telah dikritik karena mengisolasi anak-anak yang mengalami retardasi mental dan membatasi hubungan mereka dengan anak-anak yang normal. Gerakan untuk memisahkan anak-anak yang mengalami retardasi mental dari anak-anak normal dengan menyediakan kelas-kelas khusus disebut *mainstreaming*. Penelitian menunjukkan bahwa kelas khusus untuk anak-anak yang mengalami retardasi mental tidak begitu banyak manfaatnya (Haywood, Meyers & Switzky, 1982). Dilaporkan juga bahwa masyarakat tidak begitu antusias menerima *mainstreaming* ini (Eiserman, Shisler & Healey, 1995), dan rekomendasi-rekomendasi untuk memudahkan *mainstreaming* telah diberikan (Mortimer, 1995). Tetapi tinjauan penelitian mengemukakan bahwa *mainstreaming* tidak meningkatkan perkembangan sosial dalam kebutuhan-kebutuhan khusus dari anak-anak dan bukti kurang meyakinkan bahwa performansi akademik mereka lebih baik sebagai hasil dari *mainstreaming* (MacMillan, Keogh & Jones, 1986).

CACAT FISIK

Fisik seseorang merupakan faktor yang penting dalam pembentukan gambaran tubuh dan dalam perkembangan *selfconcept*. Jika fisik jelas berbeda atau menyimpang dari yang normal, dengan cacat pada indra atau organ motorik, maka penyimpangan seperti itu akan sangat mempengaruhi bentuk dari gambaran diri seseorang. Cara individu mengintegrasikan *selfconcept* yang muncul dengan variabel lain yang berarti dalam hidupnya akan menentukan penyesuaian diri yang harmonis atau tidak harmonis. Harus diperhatikan bahwa cacat fisik yang parah tidak selalu mengakibatkan kerusakan kepribadian.

Timpang

Dampak psikologis dari cacat tulang tidak jelas dan langsung, tetapi sampai pada batas tertentu, cacat itu ditentukan oleh hubungan-hubungan antarpribadi yang dialami oleh orang-orang yang cacat. Dengan kata lain, sikap-sikap keluarganya dan orang-orang lain yang penting dalam lingkungannya itu sangat mempengaruhi reaksi-reaksi tingkah laku individu terhadap cacat fisiknya. Sikap-sikap orang yang penting dalam lingkungannya itu kemudian akan menjadi sebagian besar cerminan sikap kelompok-kelompok budaya di mana mereka hidup.

Sikap-sikap dari masyarakat umum terhadap orang-orang yang cacat fisik telah diselidiki. Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa sikap-sikap yang diverbalisasikan (diungkapkan dengan kata-kata) terhadap orang-orang yang cacat akan sedikit menyenangkan tetapi bagi sebagian kecil mungkin bernilai negatif. Sikap-sikap lebih dalam yang tidak diungkapkan lebih sering menimbulkan rasa permusuhan.

Kadang-kadang cacat fisik yang mencolok bisa mengundang ejekan. Situasi seperti ini dapat menjadikan anak-anak bersikap kasar dan kejam dalam memperlakukan salah seorang anggota kelompoknya yang berlainan. Ada banyak contoh dalam bacaan mengenai penderitaan yang dialami anak-anak karena siksaan yang dilakukan oleh kawan-kawan sebaya mereka sendiri terhadap suatu cacat fisik yang mencolok. Salah satu contoh yang sangat baik terdapat dalam buku *Of Human Bondage* yang dikarang oleh Somerset Maugham. Anak laki-laki yang bernama Philip memiliki kaki yang berbentuk seperti pentungan.

Philip melihat seorang anak laki-laki lari melewatinya, dan ia berusaha menangkapnya tetapi karena kakinya pincang, ia tidak bisa menangkapnya, dan dengan menggunakan kesempatan seperti itu, anak-anak yang lain melakukan sesuatu secara berlebih-lebihan. Kemudian salah seorang di antara mereka mendapat ide yang cemerlang untuk menirukan cara lari Philip yang kikuk. Anak-anak lain melihatnya dan mulai tertawa; kemudian mereka semua meniru anak yang pertama tadi; dan mereka lari mengelilingi Philip sambil berpura-pura pincang dengan cara yang aneh sekali, dan berteriak dengan suara yang tinggi melengking hingga mereka sesak napas tetapi merasa senang. Salah seorang di antara mereka mengait kaki Philip dan ia jatuh dengan suara berat, seperti biasanya kalau ia jatuh, dan lututnya terluka. Mereka semua tertawa makin keras ketika ia bangun. Seorang anak mendorongnya dari belakang, dan ia akan jatuh lagi jika tidak ditangkap oleh anak yang lain. Permainan terlupakan ketika menghibur cacat Philip. Salah seorang di antara mereka menemukan cara berpincang yang aneh sambil berputar-putar sehingga membuat yang lain tercengang karena sangat menggelikan, dan beberapa anak berbaring di atas tanah dan berguling-guling sambil tertawa; Philip sangat takut ...

Pada malam hari ketika mereka pergi ke tempat tidur dan membuka pakaian, anak yang bernama Singer keluar dari kamarnya dan melongok ke kamar Philip. "Hai, coba lihat kakimu", katanya. "Tidak", jawab Philip. Cepat-cepat ia melompat ke tempat tidur. "Jangan berkata tidak kepadaku", kata Singer. "Ayo, Mason."

Anak di kamar sebelahnya itu sedang memandang ke sekeliling sudut, dan ketika mendengar kata-kata itu, ia menyelinap ke dalam. Mereka menuju ke tempat tidur Philip serta berusaha menyeret sprei dan selimutnya sehingga lepas dari dirinya, tetapi ia memegangnya erat-erat. "Mengapa kalian tidak dapat membiarkan aku sendirian?", teriaknya. Singer mengambil sikat dan dengan bagian belakang sikat itu, ia memukul tangan Philip yang berpegang kuat-kuat pada selimut. Philip menjerit. "Mengapa kamu tidak memperlihatkan kakimu dengan tenang kepada kami?" "Aku tidak mau."

Dengan perasaan putus asa, Philip mengepalkan tangannya dan memukul anak yang menyiksanya, tetapi ia tidak beruntung, dan anak itu memegang lengannya. Ia mulai memutarnya. "Aduh, jangan, jangan", kata Philip. "Kamu akan mematahkan lenganku." "Kalau begitu diam dan ulurkan kakimu."

Philip tersedu-sedu dan napasnya sesak. Anak itu memutar lagi lengannya. Sakitnya tak tertahankan. "Baiklah. Akan kulakukan", kata Philip. Diulurkannya kakinya. Singer masih memegang pergelangan tangan Philip. Dengan perasaan ingin tahu, ia memandang cacat tersebut. "Ngeri, ya?", kata Mason (Maugham, 1915)

Keluarga

Suasana emosional dalam keluarga, seperti telah dibicarakan berkali-kali dalam buku ini, sangat penting bagi perkembangan kepribadian anak. Karena anak yang pincang sangat tergantung pada kasih sayang dan perlindungan orang tua, maka hubungannya dengan orang tua dan saudara-saudaranya lebih penting daripada anak yang normal. Reaksi ibu terhadap cacat anak seperti itu, sikap, dan usaha-usahnya untuk menolong dan membantunya sangat mempengaruhi kualitas watak dan kepribadian anak itu. Sering terjadi orang tua enggan mengakui bahwa anak itu mempunyai cacat. Keengganan menerima situasi seperti itu sering disertai perasaan menyalahkan diri sendiri atau menyalahkan anak itu. Pada akhirnya, sikap-sikap tersebut mungkin menyebabkan sikap penolakan, karena anak itu menjadi ancaman bagi kebutuhan orang tua akan perbaikan diri.

Terlalu melindungi adalah sikap orang tua yang mungkin sekali lebih umum terjadi dibandingkan dengan penolakan. Karena menyadari keterbatasan-keterbatasan anak dan kebutuhannya yang lebih besar akan kasih sayang dan perasaan aman, maka orang tua sangat prihatin dan memperlihatkan kecemasan yang berlebihan karena mereka ingin mengadakan kompensasi terhadap cacatnya. Dengan sikap orang tua yang terlalu melindungi itu, orang tua sebenarnya melukai anak itu dengan menggagalkan kebutuhannya akan otonomi. Orang tua menghambat usaha-usaha anak itu untuk mengembangkan sumber-sumber emosi dan fisiknya.

Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan mental yang dibicarakan sebelumnya berlaku juga pada hubungan antara anak yang pincang dengan orang tuanya sama

seperti halnya pada hubungan antara anak yang normal dengan orang tuanya. Baik penolakan maupun perlindungan yang berlebihan sama sekali tidak diinginkan. Penting sekali bahwa orang tua menerima anak itu sebagaimana adanya dan membantunya belajar bagaimana caranya ia hidup dengan cacat fisiknya itu. Banyak hal dapat dilakukan meskipun keadaannya sangat terbatas. Tentu saja harus diperhatikan supaya jangan melakukan tekanan untuk mengadakan kompensasi secara berlebihan terhadap cacat fisiknya itu. Tidak berarti bahwa karena dalam bidang-bidang tertentu ia terpaksa bercita-cita rendah, maka dalam bidang-bidang lain ia harus bercita-cita tinggi. Seperti anak yang normal, ia harus didorong untuk meraih keberhasilan dalam kegiatan-kegiatan di mana ia merasa paling mampu.

Sikap Terhadap Diri Sendiri

Sikap anak-anak cacat terhadap cacat mereka dan terhadap diri mereka sendiri tidak hanya berbeda-beda tetapi juga tidak erat hubungannya dengan tingkat cacatnya. Dengan kata lain, tidak ada keseragaman persepsi yang dimiliki orang-orang cacat terhadap cacat-cacat mereka dalam suatu kebudayaan tertentu. Seperti dikemukakan sebelumnya, sikap-sikap mereka dipengaruhi oleh situasi sosial yang lebih luas. Setiap anak yang cacat fisik adalah anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan emosional khusus, kemampuan bawaan, dan latar belakang pengalamannya sendiri. Jika ia telah mengalami cinta kasih orang tua yang normal, jika ia beserta cacat fisiknya, diterima oleh orang-orang yang berarti dalam lingkungannya, maka ini merupakan kesempatan baik sekali di mana ia bisa belajar menerima cacatnya dan mengatur cara yang memuaskan untuk menyesuaikan diri dengan cacatnya itu. Sebaliknya, apabila ia tidak pernah memiliki lingkungan yang baik, yakni jika ia ditolak atau dilindungi secara berlebihan, maka persepsinya terhadap dirinya sendiri mungkin sekali diwarnai oleh kebencian atau perasaan kasihan terhadap diri sendiri karena cacat kepribadiannya itu. Apakah cacat fisik merupakan faktor yang penting dalam perkembangan gangguan tingkah laku atau tidak, hampir seluruhnya tergantung pada sikap seseorang terhadapnya.

Tuna Rungu

Meskipun ada sedikit perbedaan pendapat mengenai istilah tersebut dalam membedakan kelompok-kelompok tuna rungu, tetapi istilah tuli biasanya terbatas pada orang-orang yang indra pendengarannya tidak berfungsi. Istilah *susah pendengaran* terbatas pada mereka yang indra pendengarannya cacat tetapi sebagiannya masih bisa berfungsi.

Sikap Terhadap Orang Tuna Rungu

Orang-orang yang tuli atau susah pendengarannya lebih besar kemungkinannya untuk tidak disukai dibandingkan dengan orang yang pincang atau tuna netra. Mungkin ini disebabkan karena orang-orang tuna rungu kelihatannya sama seperti yang lain. Oleh karena itu, tingkah laku mereka dalam suatu situasi sosial lebih menjengkelkan karena sukar sekali baik kelompok maupun orang yang cacat itu sendiri menerima situasi tersebut. Orang-orang dengan pendengaran normal sering menganggap lebih rendah orang yang tuna rungu karena mereka itu (yang tuli dan yang susah pendengaran) banyak bertanya tetapi sulit menangkap apa yang telah dikatakan.

Sama seperti semua anak, pengaruh orang tua merupakan faktor yang penting dalam menentukan sikap-sikap anak tuna rungu terhadap cacat-cacatnya dan terhadap dirinya sendiri. Seperti pada anak-anak yang pincang, orang tua dari anak-anak tuna rungu sering sekali mengambil sikap menolak atau terlalu melindungi. Jelas sangat diinginkan bahwa orang tua menolong anak tuna rungu dengan berbagai cara supaya anak menerima cacatnya itu dan menyesuaikan diri dengannya.

Tuna rungu itu sendiri bukanlah cacat emosi. Faktor yang penting dalam perkembangan kepribadian adalah apa yang dipikirkan oleh orang yang cacat itu sendiri mengenai situasinya, dan apa yang dipikirkan serta dirasakannya mengenai cacat tersebut sebagian besar merupakan cerminan dari apa yang dipikirkan orang-orang lain. Karena sikap orang-orang yang normal pendengarannya terhadap orang yang tuna rungu agak negatif, maka tidak mengherankan jika emosi orang yang tuna rungu agak tidak stabil dibandingkan dengan orang yang bukan tuna rungu. Barker telah meringkas hasil dari penelitian-penelitiannya mengenai kepribadian dan kadar penyesuaian diri orang-orang yang tuna rungu (Barker, 1953). Dalam ringkasan tersebut ia menyatakan bahwa anak-anak tuna rungu "sangat tidak mampu untuk menyesuaikan diri, lebih tidak stabil emosinya, dan lebih neurotik dibandingkan dengan anak-anak yang pendengarannya normal."

Diagnosis dan pemahaman terhadap banyak tipe dan tingkat tuna rungu sangat sukar, anak (atau orang dewasa) yang tampaknya tuna rungu tetapi sama sekali tidak ada dasar fisiknya dapat menjadi teka-teki bagi para ahli klinik dan para guru. Beberapa kasus berada dalam kategori neurosis atau berpura-pura sakit. Akan tetapi, kedua sindrom ini berkaitan dengan keuntungan primer dan sekunder.

Eisen mengatakan bahwa anak "yang mengalami kesulitan-kesulitan pendengaran pada awal kehidupan, selama tahap-tahap yang sangat penting di mana orang belajar mendengar pembicaraan orang lain, memperhatikan, memberikan respons dengan berbicara, dan mengembangkan hubungan dengan orang lain,

mungkin tidak pernah akan melakukan hal-hal ini secara normal atau adekuat. Di sekolah ia mungkin mengalami kesulitan dalam membaca. Kemampuan berbicara mungkin tidak menjadi dasar yang mudah bagi hubungan-hubungan antarpribadi seperti halnya bagi kebanyakan orang. Jika demikian halnya, kita akan menduga bahwa segi-segi tingkah laku yang lebih kompleks dan terintegrasi yang tergantung pada hubungan-hubungan normal tingkah laku sosial, respons emosional — akan berkembang dengan cara yang tidak lazim.” (Eisen, ”Some Effects of Early Sensory Deprivation on Later Behavior: The Quondam Hard of Hearing Child”, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, LXV, No. 5, 338–342).

Eisen menjelaskan bahwa beberapa faktor harus berinteraksi sebelum tipe tuna rungu ini menjadi perhatian para psikolog.

A. Faktor-Faktor Pendorong

1. Biologis

Infeksi atau penyakit lain yang menyebabkan hilangnya pendengaran selama tahap-tahap yang sangat penting sebelum perkembangan bahasa dan awal perkembangan bahasa. Ini menjadi jelas pada tahap kemudian.

2. Psikologis

- a. Latar belakang keluarga yang menyebabkan perkembangan kepribadian yang salah — sekurang-kurangnya toleransi yang rendah terhadap stres atau persaingan.
- b. Reaksi keluarga terhadap kesulitan pendengaran sehingga memperkuat berkurangnya toleransi terhadap stres.

B. Faktor-Faktor Pemercepat

Banyak terjadi bahwa stres dan tegangan dalam penyesuaian diri dengan teman-teman sebaya di sekolah dan faktor-faktor sosial yang lain, dijumpai anak ketika ia meninggalkan lingkungan keluarga yang lebih terlindung.

Ini dan laporan-laporan lain seperti ini mungkin terbukti sangat berguna bagi banyak kasus. Tetapi, pokok persoalan ini membutuhkan penelitian yang jauh lebih banyak.

Tuna Netra

Jumlah tuna netra di Indonesia belum ditentukan dengan tepat. Salah satu sebabnya ialah kesulitan mengenai definisi tentang tuna netra. Jika ketajaman penglihatan sentral 20–200 dipakai sebagai kriterium maka mungkin banyak sekali orang Indonesia termasuk dalam kategori tuna netra. Orang yang memiliki kemampuan

melihat semacam ini hanya dapat membaca huruf yang besar-besar (lebih dari 14 titik). Jika kriteria yang dipakai "hanya kabur penglihatan saja" maka jumlah tuna netra mungkin hanya sedikit.

Sikap masyarakat luas terhadap tuna-netra jauh lebih baik dibandingkan dengan sikap terhadap tuna rungu. Kebutaan adalah cacat yang dapat dilihat dengan jelas oleh semua orang. Negara mungkin memberikan kemudahan-kemudahan tertentu kepada mereka. Misalnya, diberi potongan khusus terhadap pajak pendapatan dan kekayaan mereka. Orang tuna netra pada umumnya menimbulkan simpati pada orang-orang lain tetapi mungkin simpati tersebut disesalkan oleh orang tuna netra itu sendiri.

Sikap umum kaum tuna netra terhadap diri mereka sendiri sangat berbeda-beda dan sebagian besar merupakan cerminan sikap orang-orang yang penting di lingkungan mereka. Karena sering sekali di dalam keluarga ada penolakan terang-terangan atau tersembunyi, maka orang-orang tuna netra juga agak kurang mampu menyesuaikan diri daripada orang-orang yang dapat melihat. Lagi pula, karena terdapat begitu banyak saluran baik persepsi maupun ungkapan tingkah laku biasa tertutup bagi mereka, maka orang-orang tuna netra cenderung mengarahkan impuls-impuls agresif ke dalam diri mereka sendiri. Tetapi meskipun orang-orang tuna netra agak kurang mampu menyesuaikan diri daripada orang-orang yang dapat melihat, tetapi fakta menunjukkan bahwa penglihatan yang rusak berat tidak ada hubungannya dengan gangguan-gangguan tingkah laku yang parah pada sebagian besar orang tuna netra.

Kasus-Kasus Marjinal

Apakah lebih baik buta sama sekali daripada hanya sedikit buta? Apakah lebih baik tuli sama sekali daripada hanya susah pendengaran? Apakah lebih timpang sama sekali daripada hanya sedikit timpang? Meskipun penjelasan mengenai persoalan-persoalan ini hanya sedikit sekali, namun pada umumnya cacat yang sudah jelas lebih mudah diterima dan menyesuaikan diri dengannya dibandingkan dengan situasi marjinal. Orang-orang yang hanya dapat melihat sedikit atau mendengar sedikit disangka oleh orang-orang lain melihat lebih dan mendengar lebih daripada kemampuannya untuk melihat dan mendengar. Hal ini menempatkan dia dalam situasi di mana dia harus berusaha memainkan dua peran: sebagai orang cacat dan sebagai orang normal. Ini sangat mengganggu dan tidak sehat.

Masalah marjinalitas ada dalam banyak bidang. Orang idiot atau imbisil mungkin merasakan hidup ini lebih baik dibandingkan dengan orang yang berintelighensi pada garis batas. Seorang gadis remaja mungkin merasa jauh lebih bingung

karena tahi lalat yang tidak sedap dipandang daripada lumpuh karena polio. Seorang pemuda mungkin lebih khawatir akan koordinasi otot yang kurang baik daripada cacat fisik yang dapat diterima. Bagi seorang profesional mungkin merasa lebih sulit menyesuaikan diri dengan kontrol otot mata yang kurang baik beserta kepekaan luar biasa terhadap cahaya daripada buta sama sekali.

Apabila cacat tersebut sangat jelas, maka ada kecenderungan bagi individu dan kawan-kawannya untuk menerimanya dan menyadari bahwa tujuan-tujuan dan bentuk-bentuk tertentu dari tingkah laku tidak dapat dicapai. Apabila rintangan-nya kabur dan tidak pasti maka ada kecenderungan bagi individu dan kawan-kawannya untuk tidak mempedulikannya atau berusaha berbuat demikian, dengan akibat bahwa ia dapat mencapai tujuan-tujuan dan pola-pola tingkah laku orang normal, tetapi frustrasi-frustrasi yang ditimbulkannya sukar ditahan dan mungkin menyebabkan kekalutan-kekalutan tingkah laku yang berat.

KEPUSTAKAAN

- Abrams, J.C., & Kaslow, F. "Family Systems and The Learning Disabled Child: Intervention and Treatment". *Journal of Learning Disabilities*. 1977. 10, 27-31.
- _____, & Kaslow, F. "Family Systems and The Learning Disabled Child: Intervention and Treatment". *Journal of Learning Disabilities*. 1977. 84, 838-851.
- Achir, Y.C. *Bakat dan Prestasi*. Disertasi Doktor Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia. 1990.
- Aman, M.G., & Singh, N.N. Pharmacological Intervention. Dalam L. Matson & F. Andrasik (Eds.), *Treatment Issues and Innovations in Mental Retardation*. New York: Plenum Press. 1983.
- Arvey, R.D., et al. "Mainstream Science on Intelligence". *The Wall Street Journal* (1994, December 13). A18.
- Azwar, S. *Psikologi Inteligensi* (Cetakan ke-2). Pustaka Pelajar (Anggota IKAPI). November 1999.
- Baer, D., Wolf, M., & Risley, T. "Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1968. 1, 91-97.
- Baker, B.L., Landen, S.J., & Kashima, K.J. "Effects of Parent Training on Families of Children with Mental Retardation: Increased Burden or Generalized Benefit?" *American Journal on Mental Retardation*. 1991. 96, 127-136.

- Barker, R.G. *Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Physique and Disability*. New York: Social Science Research Council. 1959.
- Bar-On, R. *Bar-On Emotional Quotient Inventory*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc., 1997.
- Berg, S.M. "Etiological Aspects of Mental Subnormality: Pathological Factors". Dalam A.M. Clarke & A.D.B. Clarke (Eds.), *Mental Deficiency: The Changing Outlook*. New York: Free Press. 1974.
- Birnbaumer, J.S. "Mental Retardation". Dalam H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1976.
- Bravo-Valdiviesco, L. "A Four Year Follow-Up Study of Low Socioeconomic Status Latin American Children with Reading Difficulties". *International Journal of Disability, Development and Education*. 1995. 42, 189-202.
- Brier, N. "The Relationship between Learning Disabilities and Delinquency: A Review and Reappraisal". *Journal of Learning Disabilities*. 1989. 22, 546-553.
- Bowling, A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd ed.,). Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Burt, D.B., Loveland, K., Chen, Y., Chuang, A., et al. "Aging in Adults with Down Syndrome: Report from a Longitudinal Study". *American Journal on Mental Retardation*. 1995. 100, 262-270.
- Carmichael, Leonard (Ed.). *Manual of Child Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1954.
- Chamberlain, N.H., dan Moss, D.H. *The Three "R's" for the Retarded*. New York: National Association for Retarded Children. 1953.
- Chambering, H.R. "Mental Retardation". Dalam T.W. Farmer (Ed.). *Pediatric Neurology*. New York: Harper & Row. 1975.
- Chin, P.L., Drew, C.P., & Logan, D.R. *Mental Retardation: A Life Cycle Approach*. St Louis: C.V. Mosby. 1975.
- Clarren, S., & Smith, D.W. The Fetal Alcohol Syndrome. *The New England Journal of Medicine*. 1978. 298, 1063-1068.
- Cleland, C.C. *Mental Retardation, A Developmental Approach*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1976.

- . *Retardation: A Developmental Approach*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1978.
- Coyle, J.T., Oster-Granite, D., & Gearhart, L. "The Neurobiological Consequences of Down Syndrome". *Brain Research Bulletin*. 1986. 16, 773–787.
- Crmic, K.A. "Mental Retardation". Dalam E. J. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press. 1988.
- _____, Friedrich, W.N., & Greenberg, M.T. "Adaptation of Families with Mentally Retarded Children: A Model of Stress, Coping, and Family Ecology". *American Journal of Mental Deficiency*. 1983. 88, 125–138.
- Cruikshank, W.M., (Ed.). *Psychology of Exceptional Children and Youth* (4th ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1980.
- Cuellar, I., & Paniagua, F.A. (Editors). *Handbook of Mental Health*. California: Academic Press: A Harcourt Science and Technology Company, 2000.
- Dahlan, W.W. *Hubungan Kecerdasan Emosional dan Prestasi Belajar*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Pro-gram Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27–28 Juni 2001.
- Daley, D.C., & Salloum, I.M. *Clinician's Guide to Mental Illness*. Singapore: McGraw-Hill Companies, 2001.
- De La Cancela., Lau Chin, J., & Jenkins, Y.M. *Community Health Psychology*. Published in 1988 by Routledge, 29 West 35th Street: New York, NY 10001.
- Departemen Pendidikan Nasional. *Pedoman Penyelenggaraan Program Percepatan Belajar (SD, SLTP, dan SMU)*. Jakarta: Direktorat PLB Ditjen Dikdasmen. 2001.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. *World Mental Health Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York : Oxford Univerversity Press, 1995.
- Dykens, E., Hodapp, R.M., Ort, S., & Leckman, J.F. "Trajectory of Adaptive Behavior in Males with Fragile X Syndrome". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1993. 23, 135–146.
- Dykens, E., Ort, S., Cohen, I., Spiridigliozzi, G., Lachiewicz, A., Reiss, A., Freund, L., Hagerman, R., & O'Connor, R. "Trajectories and Profiles of Adaptive Behavior in Males with Fragile X Syndrome: Multicenter Studies". *Journal of Autism and Develop-mental Disorders*. 1996. 26, 287–301.

- Einfeld, S.L., Aman, M. "Issues in the Toxonomy of Psychopathology in Mental Retardation". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995. 25, 143-167.
- Eiserman, W.D., Shisler, L., & Healey, S. "A Community Assessment of Preschool Providers' Attitudes toward Inclusion". *Journal of Early Intervention*. 1995. 19, 149-167.
- Evans, J.A., & Hammerton, J.L. "Chromosomal Anomalies". Dalam A. M. Clarke, A.D. Clark & J.M. Berg (Eds.), *Mental Deficiency: The Changing Outlook*. New York: Free Press. 1985.
- Fakhruddin, M. *Mengenal Lebih Dekat Tentang Program Akselerasi Tingkat SLTP-SMU*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27-28 Juni 2001.
- Feist, J., & Feist, G.J. *Theories of Personality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1998.
- Feldhusen, J., Van Tassel-Baska, J., & Seeley, K. *Excellence in Educating The Gifted*. Denver: Love Publishing Company. 1989.
- Freeman, Joan & Munandar, Utami, S.C. *Cerdas dan Cemerlang. Kiat Menemukan dan Mengembangkan Bakat Anak Usia 0-5 Tahun* (Cetakan I). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 1996.
- Gadow, K.D. "Pediatric Psychopharmacology: A Review of Recent Research". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992. 33, 153-195.
- Gardner, H. *Frames of Mind*. New York: Basic Books. 1983.
- _____. "Prodigies Progress". *Psychology Today*. 1983. May, 75-79.
- Goleman, D. *Emotional Intelligence*. USA: Scientific American Inc., 1995.
- Guilford, J.P. "Traits of Creativity". Dalam *Creativity and Its Cultivation*, H.H. Anderson (Ed.). New York: Harper & Row Publishers. 1959.
- _____. *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill. 1967.
- _____. "Cognitive Psychology's Ambiguities: Some Suggested Remedies". *Psychological Review*. 1982. 89, 48-59.
- Hallahan, D.P., Kneedler, R.D., & Lloyd, J.W. "Cognitive Behavior Modification Techniques for Learning Disabled Children". Dalam J.D. McKinney & L. Feagans (Eds.), *Current Topics in Learning Disabilities*, (Vol. 1). New York: Ablex. 1983.

- Hawadi, L.F. *Identifikasi Anak Berbakat Intelektual Menurut Konsep Renzulli Berdasarkan Nominasi oleh Guru, Teman Sebaya, dan Diri Sendiri* (Disertasi). Jakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia. 1993.
- Hawadi, R.A. *Program Percepatan Belajar bagi Anak Berbakat Intelektual Ditinjau dari Sisi Psikologis*. Makalah yang disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Pro-gram Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27–28 Juni 2001.
- Haywood, H.C., Meyers, C.E., & Switzky, H.N. "Mental Retardation". Dalam M.R. Rosenzweig & L.W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc., 1982.
- Heller, K.A. *Evaluation of Programs for the Gifted*. Paper, 4th Educ. Conference, Nijmegen, Oct. 8–10. 1994.
- Henden, B., Breaux, A., Gosling, A., Ploof, D., & Feldman, D. "Efficacy of Methylphenidate among Mentally Retarded Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". *Pediatrics*. 1990. 86, 922–930.
- Holbrook, W. "A Study of the Relationship between Emotional Intelligence and Basic Writers' Skills". *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol. 58 (7-A). 1998. 263.
- Hook, E.B., Cross, P.K., & Regal, R.R. "Factual, Statistical and Logical Issues in the Search for a Paternal Age Effect for Down Syndrome". *Human Genetics*. 1990. 85, 387–388.
- Horwitz, A.V., & Scheid T.L. (Editors). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press, 1999.
- Jacobson, J.W. "Problem Behavior and Psychiatric Impairment within a Developmentally Disabled Population: I. Behavior Frequency". *Applied Research in Mental Retardation*. 1982a. 3, 121–139.
- . "Problem Behavior and Psychiatric Impairment within a Developmentally Disabled Population: I. Behavior Severity". *Applied Research in Mental Retardation*. 1982b. 3, 369–381.
- Jenkins, J.H., & Barrett, R.J. (Editors). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity* (The Edge of Experience). New York: Cambridge University Press, 2004.
- Johnson, C.R., Lubetsky, M.J., & Sacco, K.A. "Psychiatric and Behavioral Disorders in Hospitalized Preshoolers with Developmental Disabilities". *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1995. 25, 169–182.

- Jones, K.L. *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation* (4th ed). Philadelphia: Saunders. 1988.
- _____, Smith, D.W. "Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in Early Infancy". *Lancet*. 1973. 2, 999-1001.
- Kathena, Joe. *Gifted: Challenge and Response for Education*. Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc., 1992.
- Katz-Garris, L. "The Right to Education". Dalam J. Wortis (Ed.), *Mental Retardation and Developmental Disabilities* (Vol. 10). New York: Brunner/Mazel. 1978.
- Keogh, B.K., & Margolis, J. "Learn to Labor and to Wait: Attentional Problems of Children with Learning Disorders". *Journal of Learning Disabilities*. 1976. 9, 276-286.
- Kirk, Samuel A., Gallagher, James J. *Educating Exceptional Children* (6th ed.). Boston: Houghton Mifflin Company. 1987.
- Kistner, J.A., & Torgesen, J.K. "Motivational and Cognitive Aspects of Learning Disabilities". Dalam B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 1). New York: Plenum. 1987.
- Kitano, M.K., & Kirby, D.E. *Gifted Education, a Comprehensive View*. USA: Little Brown & Co., 1986.
- Lahey, B.B., Green, K., & Forehand, R. "On the Independence of Ratings of Hyperactivity, Conduct Problems, and Attentional Deficits in Children: A Multiple-Regression Analysis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980. 48, 566-574.
- Lanawati, S. *Hubungan antara Emotional Intelligence (EI) dan Inteligensi (Q) dengan Prestasi Belajar Siswa SMU Methodist di Jakarta*. Tesis S2 Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia. 1999.
- LePage-Lees, P. "Exploring Patterns of Achievement and Intellectual Development among Academically Successful Women from Disadvantaged Backgrounds". *Journal of College Students Development*, Vol. 38 (5). 1997. 468-478.
- MacMillan, D.L. *Mental Retardation in School and Society*. Boston: Little Brown. 1977.
- _____, Keogh, B., & Jones, R.L. "Special Education Research on Mildly Handicapped Learners". Dalam M.C. Wittrock (Ed.), *Handbook of Research on Teaching*. New York: Macmillan. 1986.

- Matindas, R. *Manajemen SDM lewat Konsep A-K-U*. Jakarta: P.T. Pustaka Utama Grafiti, 1997.
- Matson, J., & Barrett, R. (Eds.), *Psychopathology in the Mentally Retarded*. New York: Grune & Stratton. 1982.
- Mattlin, M.W. *Psychology* (3rd ed). USA: Harcourt Brace College Publishers. 1999.
- McLaren, J., & Bryson, S.E. "Review of Recent Epidemiological Studies of Mental Retardation: Prevalence, Associated Disorders, and Etiology". *American Journal of Mental Retardation*. 1987. 92, 243–254.
- Miranda. *Prestasi Akademik dan Keberbakatan Akademik*. Makalah disampaikan pada Simposium Pela-yan-an Pendidikan Akselerasi bagi Siswa Berbakat Akademik, 29 Maret 2000 di Jakarta. Kerja sama Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia dengan Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar dan Menengah Departemen Pendidikan Nasional.
- Mordock, J.B. *The Other Children: An Introduction to Exceptionality*. New York: Harper & Row. 1975.
- Morris, R.D. "Classification of Learning Disabilities: Old Problems and New Approaches". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. 56, 789–794.
- Mosher, L.R., & Burti, L. *Mental Health: Principles and Practice*. New York: W. W. Norton Company, 1989.
- Munandar, Utami, S.C. *Anak-Anak Berbakat, Pembinaan dan Pendidikannya* (Cetakan I). Diterbitkan untuk Yayasan Pengembangan Kreativitas. Jakarta: Raja Grafindo Persada. 1982.
- _____. *Pemanduan Anak Berbakat: Suatu Studi Penjajakan*. Jakarta: Rajawali. 1982.
- _____. *Memandu dan Memupuk Bakat: Suatu Tantangan bagi Pendidikan di Indonesia*. Pidato Pengukuhan dalam jabatan Guru Besar Tetap pada Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia. Jakarta: University of Indonesia Press, 26 Februari, 1983.
- _____. *Mengembangkan Bakat dan Kreativitas Anak Sekolah* (Cetakan I). Jakarta: P.T. Gramedia. 1985.
- _____. *Education for the Gifted and Talented in Indonesia*. Dalam Utami Munandar & Conny Semiawan (Eds.). "Optimizing Excellence in Human Resource Development". Jakarta: University of Indonesia Press. 1996.

- _____. *Kreativitas & Keberbakatan. Strategi Mewujudkan Potensi Kreatif dan Bakat*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. 1999.
 - _____, & Semiawan, Conny, A.S. *Approaches to Enhance Children's Creativity in Indonesia*. PDII-LIPI dan Yayasan Pengembangan Kreativitas, disponsori UNICEF. 1988.
 - _____, & Semiawan, Conny, A.S. (Eds.). *Optimizing Excellence in Human Resource Development. Proceedings of the 4th Asia-Pacific Conference on Giftedness*. Jakarta: University of Indonesia Press. 1996.
 - _____. *Pendidikan Anak Berbakat di Indonesia: Tinjauan Historis*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27–28 Juni 2001.
- Myers, D.G. *Psychology*. New York: Worth Publishers. 1998.
- Nasichin. *Kebijakan Pemerintah dalam Pembinaan Sekolah Penyelenggara Program Percepatan Belajar*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27–28 Juni 2001.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Ceci, S.J., Halpern, D.F., Loehlin, J.C., Perloff, R., Sternberg, R.J., & Urbina, S. "Intelligence: Knowns and Unknowns". *American Psychologist*. 1996. 51, 77–101.
- Plomin, R. "Environmental and Genes: Determinants of Behavior". *American Psychologist*. 1989. 42, 105–111.
- _____, & DeFries, J.C. "Genetics and Intelligence: Recent Data". *Intelligence*. 1980. 4, 15–24.
- Rathus, S.A., & Nevid, J.S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991.
- Romanczyk, R., & Kistner, J. "Psychosis and Mental Retardation: Issues of Coexistence". Dalam J. Matson & R. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the Mentally Retarded*. New York: Grune & Stratton. 1982.
- Rosen, M., Clark, G.R., & Kivitz, M.S. (Eds.), *The History of Mental Retardation*. Volumes 1 & 2 Baltimore: University Park Press. 1976.
- Rubenstein, J.L.R., Lotspeich, L., & Ciaranello, R.D. "The Neurobiology of Developmental Disorders". Dalam B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 13). New York: Plenum Press. 1990.

- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior* (7th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1993.
- Scarr, S., & Weinberg, R.A. "The IQ Performance of Black Children Adopted by White Families". *American Psychologist*. 1976. 31, 726-739.
- Schmitz, C.C., & Galbraith, J. *Managing the Social and Emotional Needs of the Gifted*. Minneapolis: Free Spirit Publishing Co., 1985.
- Scott, S., "Mental Retardation". Dalam M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell. 1994.
- Semiawan, Conny, A.S., & Munandar, Utami, S.C. *Memupuk Bakat dan Kreativitas Siswa Sekolah Menengah* (Cetakan I). Jakarta: P.T. Gramedia. 1987.
- _____. *Kurikulum Berdiferensiasi*. Jakarta: Grassindo. 1992.
- _____. *Peranan Orang Tua Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Sosial Emosional Anak Berbakat*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27-28 Juni 2001.
- _____, & Agus Tangyong. *Pengenalan dan Pengembangan Bakat Sejak Dini*. Bandung: P.T. Remaja Rosdakarya. 1990.
- Shepperdson, B. "The Control of Sexuality in Young People with Down Syndrome". *Child: Care, Health, and Development*. 1995. 21, 333-349.
- Sidi, I.Dj. *Anak Berbakat Intelektual dalam Perspektif Masa Depan*. Makalah disampaikan pada Seminar dan Temu Konsultasi Pro-program Percepatan Belajar di Pusat Studi Jepang, Fakultas Sastra, Universitas Indonesia, Depok, tanggal 27-28 Juni 2001.
- Southern, W.Th., & Jones, E.D. *The Academic Acceleration of Gifted Children*. New York: Teachers College Press. 1991.
- Sternberg, R.J. *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Human Intelligence*. New York: Cambridge University Press. 1985.
- _____. "Rocky's Back Again: A Review of the WISC-111". Dalam B.A. Bracken & R.S. McCallum (Eds.). *Journal of Psychoeducational Assessment Monograph Series, Advances in Psychoeducational Assessment: Wechsler Intelligence Scale for Children — Third Edition* (161-164). German Town, TN: Psychoeducational Corporation. 1993.
- Tarnowski, K.J., & Nay, S.M. "Locus of Control in Children with Learning Disabilities and Hyperactivity: A Subgroup Analysis". *Journal of Learning Disabilities*. 1989. 22, 381-383.

- Taylor, H.G. "Learning-Disabilities". Dalam E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press. 1989.
- Telford, C.W., & Sawrey, J.M. *The Exceptional Individual* (4th ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1981.
- Terman, L.M., & Oden, M.H. *The Gifted Group at Mid-Life*. Genetic Studies of Genius, V. Stanford, Calif.: Stanford University Press. 1959.
- The World Health Report, World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, 1995.
- Thompson, R.J., & Kronenberger, W. "Behavior Problems in Children with Learning Problems". Dalam H.L. Swanson & B. Keogh (Eds.), *Learning Disabilities: Theoretical and Research Issues*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1990.
- Thurstone, L.L. "Primary Mental Abilities". *Psychometric Monographs*, 1. Chicago: University of Chicago Press. 1932.
- Tirtonegoro, S. *Anak Supernormal dan Program Pendidikannya*. P.T. Bina Aksara, Jakarta. 1984.
- Torgesen, J.K. "Learning Disabilities Theory: Its Current State and Future Prospects". *Journal of Learning Disabilities*. 1986. 19, 399-407.
- _____. "What Shall We Do with Psychological Processes?" *Journal of Learning Disabilities*. 1979. 19, 399-407.
- Toro, P.A., Weissberg, R.P., Guare, J., & Liebenstein, N.L. "A Comparison of Children with and without Learning Disabilities on Social Cognitive-Problem Solving Skill, Social Behavior and Family Background". *Journal of Learning Disabilities*. 1990. 23, 115-120.
- Torrance, E.P. "Psychology of Gifted Children and Youth". Dalam W.M. Cruickshank (Ed.), *Psychology of Exceptional Children and Youth* (4th ed.), Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1980.
- Vandenberg, S.G., & Crowe, L. "Genetic Factors in Childhood Psychopathology". Dalam B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 12). New York: Plenum Press. 1989.
- Ward, P. *Differential Education for the Gifted: Evaluation Education Gifted Student*. Vernon, LA, USA. 1980.
- Wen-Shing Tseng., & Streltzer, J. "Culture and Psycgology and Psychotherapy: A. Guide to Clinical Practice" (Edited by Wen-Shing Tseng & Jon Streltzer). *American Psychiatric Press, Inc*. Washington, D.C., 2001.

- Wicks-Nelson, R., & Israel, A.C. *Behavior Disorders of Childhood* (2nd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1991.
- Wong, B.Y.L. "Issues in Cognitive-Behavioral Intervention in Academic Skill Areas". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1985. 13, 425-442.
- _____, Harris, K. & Graham, S. "Academic Applications of Cognitive-Behavioral Programs with Learning Disabled Students". Dalam P.C. Kendall (Eds.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford Press. 1991.
- Wong, B.Y.L., & Jones, W. "Increasing Metacomprehension in Learning Disabled and Normally Achieving Students Through Self-Questioning Training". *Learning Disabilities Quarterly*. 1982. 5, 228-240.
- Wright, Beatrice A. *Physical Disability — A Psychological Approach*. New York: Harper & Row Publishers. 1960.
- Yepsen, L.N. *Facts and Fancies About Mental Deficiency*. Trenton, New Jersey: Department of Institutions and Agencies, State of New Jersey. 1954.
- Zimmerman, E.H., Zimmerman, J., & Russell, C.D. "Differential Effects of Token Reinforcement in Instruction Following Behavior in Retarded Students Instructed in a Group". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1969. 2, 101-112.

NEUROSIS (PSIKONEUROSIS)

Seorang pria mengeluh karena merasa sakit di sekitar jantungnya. Ia kemudian pergi ke dokter dan dokter mengatakan bahwa ia tidak menemukan penyebab organik dari penyakitnya itu. Seorang prajurit yang akan pergi ke medan perang tiba-tiba tidak dapat mengangkat lengan kanannya. Secara fisik ia sama sekali tidak cedera, tetapi tangannya benar-benar lumpuh. Seseorang yang kelihatannya normal tiba-tiba pingsan pada waktu melihat darah. Seorang yang lain lagi kebingungan karena merasa takut pada waktu berada di dalam lift atau di dalam ruangan yang sangat kecil. Seorang wanita mengeposkan surat lewat kotak surat, tetapi kemudian kembali lagi sampai empat atau lima kali untuk mendapat kepastian apakah suratnya sudah masuk ke dalam kotak surat atau belum. Seorang wanita yang lain selalu memungut kancing baju kapan saja dan di mana saja ia melihat benda itu. Ada lagi orang yang selalu mencuci tangan sampai berpuluh-puluh kali setiap hari.

Semua tingkah laku yang dikemukakan di atas disebut penyesuaian diri neurotik. Dalam psikiatri sebenarnya pengertian neurosis (psikoneurosis) itu bermacam-macam. Pada akhir abad ke-18, istilah neurosis (psikoneurosis) dipakai untuk menerangkan semua penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi saraf, tetapi jaringan susunan saraf sendiri tidak mengalami kerusakan. Pengertian lain melihat neurosis itu sebagai gangguan fungsi saraf dan gangguan pada bagian badan lainnya yang disebabkan oleh gangguan jiwa. Pengertian ini bertolak dari pandangan bahwa ada hubungan yang erat antara jiwa dan badan serta dengan sendirinya ada saling pengaruh antara keduanya. Sedangkan neurosis dalam psikoanalisis menurut tokoh terkenal, Sigmund Freud, adalah kesehatan jiwa dan badan yang terganggu karena adanya konflik dan kesulitan dalam jiwa individu. Dasar dari adanya neurosis menurut psikoanalisis ialah adanya konflik dan kesulitan batin. Hal ini dapat dijelaskan demikian: Seseorang yang sadar tidak menyukai keinginan-keinginan tertentu yang dianggap bertentangan dengan nilai moral manusia. Oleh karena itu, keinginan-keinginan tersebut didesak dari alam sadar ke dalam alam tak sadar. Secara sadar, ia tidak mau memuaskan keinginan-

keinginannya, tetapi dalam alam tak sadarnya selalu ada dorongan untuk memuaskan keinginan-keinginan yang terlarang itu. Supaya dua keinginan dari sumber yang bertentangan itu bisa didamaikan, maka harus ada kompromi antara dua keinginan yang bertentangan itu dan terdapat unsur-unsur untuk memenuhi pengakuan dosa dari penderita, yaitu sebagai perbuatan untuk menghukum dirinya sendiri.

Dalam uraian selanjutnya, pengertian neurosis tidak akan dibatasi menurut pengertian-pengertian tersebut di atas. Penderita neurotik jadi sakit karena merasa tertekan dari luar dan dari dalam serta memperlihatkan simtom-simtom yang melumpuhkan meskipun tidak begitu berat dibandingkan dengan gangguan mental yang lain. Di sini, neurosis dapat didefinisikan sebagai gangguan tingkah laku yang disebabkan oleh tegangan emosi sebagai akibat dari frustrasi, konflik, represi, atau perasaan tidak aman.

Meskipun bentuk dari neurosis itu beraneka ragam dan setiap penderita neurotik sangat unik dalam memperlihatkan simtom-simtom tertentu, tetapi beberapa ciri umum dapat ditemukan dalam semua bentuk neurosis. Ciri-ciri umum itu ialah: (1) adanya kecemasan; (2) tidak dapat berfungsi sesuai dengan kapasitas; (3) pola tingkah laku yang kaku atau diulang-ulang, (4) egosentrik, (5) hipersensitif (sangat peka), (6) tidak matang, (7) keluhan-keluhan somatik, (8) tidak bahagia, dan (9) banyak tingkah laku yang bermotivasi tidak sadar. Ciri-ciri ini akan dijelaskan sedikit satu per satu.

Kecemasan

Penderita neurotik selalu dibayang-bayangi oleh perasaan ngeri dan takut. Ia selalu gelisah walaupun berada dalam keadaan-keadaan yang biasa. Kecemasan neurosis harus dibedakan dari ketakutan. Ketakutan adalah respons emosional yang seimbang dengan bahaya yang dihadapi dalam kenyataan, sedangkan kecemasan neurosis merupakan reaksi yang tidak seimbang dengan besarnya bahaya yang ada. Kecemasan neurosis itu sering kali kabur dan sifatnya umum. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa kecemasan neurosis itu mengambang.

Kecemasan neurosis adalah perasaan tidak aman yang berkembang dalam individu yang disebabkan oleh situasi-situasi lingkungan yang rupanya tidak berbahaya atau hanya sedikit menekan. Orang yang neurotik mengalami situasi yang dianggapnya lebih berbahaya daripada kenyataan yang sebenarnya terjadi karena situasi ini mengancam pertahanan neurotik yang telah dibentuk atau digunakannya. Kecemasan-kecemasan neurotik juga mungkin muncul, misalnya oleh impuls-impuls yang dialaminya yang bersifat seksual atau agresif. Kehilangan pekerjaan sebagai ancaman terhadap harga diri seseorang mungkin juga menimbulkan perasaan tidak aman, dan dengan demikian akan menjadi sumber kecemasan.

Tidak Dapat Berfungsi Sesuai dengan Kapasitas

Biasanya penderita neurotik tidak dapat mewujudkan potensinya dan gagal mencapai keberhasilan. Ia bekerja, tetapi selalu mengalami simptom-simtom somatik yang melemahkan, selalu merasa cemas dan takut-takut, waktu dihabiskan hanya dengan memikirkan dirinya sendiri, dan tidak mampu menjalin hubungan yang sehat. Kadang-kadang reaksi neurotik akan memacu dorongan yang kuat untuk mengerjakan sesuatu dengan baik pada suatu bidang kehidupan yang sempit sebagai kompensasi terhadap perasaan tidak adekuat atau kegagalan. Tetapi, ia mungkin berhasil karena ia memusatkan perhatiannya pada bidang kehidupan yang dipilihnya itu dan mengabaikan bidang-bidang lain dalam kehidupannya. Hasil akhirnya ialah tidak bisa mencapai hasil yang benar-benar lengkap meskipun ia bekerja sangat baik sekali pada bidang yang dipilihnya itu.

Pola Tingkah laku yang Kaku atau Diulang-Ulang

Ciri tingkah laku neurosis kadang-kadang disebut kebodohan neurotik (*neurotic stupidity*). Penderita tersebut rupanya tidak mampu mempelajari cara-cara baru untuk menyesuaikan diri dengan masalah-masalah kehidupan. Ia menganut pola-pola kaku yang digunakannya secara tidak tepat untuk berbagai situasi (selalu membuat respons yang sama dan tidak tepat). Pola tingkah laku kompulsif merupakan salah satu contoh kekalutan tersebut. Contoh lain adalah ia mencari hubungan dengan orang-orang lain dengan tidak membedakan supaya ia menggantungkan diri pada mereka atau ia mencari kontak pribadi dengan semua orang yang berkuasa, mengadakan respons kepada orang-orang lain dengan rasa cemas walaupun orang-orang lain itu sesungguhnya tidak mengancam. Penjelasan dari tingkah laku yang tetap dan diulang-ulang ini ialah bahwa individu tidak mengadakan respons terhadap faktor kenyataan yang selalu berubah, melainkan terhadap kebutuhan-kebutuhan yang kompleks dan tidak disadari dalam dirinya sendiri dan yang dibawanya ke dalam semua situasi hidup.

Sikap Egosentrik

Orang yang neurotik selalu mengutamakan dirinya sendiri. Kesadaran akan dirinya sendiri lebih kuat dibandingkan dengan orang yang normal dan akibatnya ia selalu membanding-bandingkan dirinya sendiri dan situasinya dengan orang lain dan situasi mereka. Ia sering menuntut kepada orang lain hanya karena ia ingin mementingkan dirinya sendiri. Simtom-simtom dikembangkan demi keuntungan sekunder

yang diperoleh dengan memaksa tuntutan-tuntutan yang tidak wajar terhadap orang lain sebab kalau tidak berbuat demikian kiranya tuntutan-tuntutannya tidak akan dipenuhi. Contoh yang memberikan keuntungan sekunder kepada pasien neurotik adalah seorang istri yang mengalami fobia berada sendirian, terus-menerus menuntut kehadiran suaminya, atau ia mengembangkan gangguan-gangguan somatik tepat pada waktunya untuk mencegah tindakan yang tidak diinginkan dari sang suami.

Hipersensitif

Karena tingginya tingkat ketegangan yang dialami, maka penderita neurotik secara khas mengadakan reaksi yang berlebihan terhadap situasi kehidupan. Sifat ini diperlihatkan dengan sikap mudah tersinggung, tidak mampu menahan kritik, bereaksi secara berlebihan terhadap pujian atau sanjungan, sering mengeluh tentang perasaan fisik yang tidak enak walaupun hanya kecil, dan bereaksi dengan hebat terhadap situasi-situasi stres yang normal.

Tidak Matang

Para penderita neurotik pada umumnya adalah orang-orang yang telah gagal mengembangkan pola-pola emosi dan motivasi yang dewasa. Hubungan emosional mereka sering bercirikan ketergantungan dan kebutuhan-kebutuhan yang berlebihan akan kasih sayang dan pengakuan dari orang lain. Kebutuhan yang bersifat kekanak-kanakan dikekang dan frustrasi diberi reaksi dengan cemberut, mencibir, dan marah.

Keluhan-Keluhan dan Simtom-Simtom Somatik

Perasaan tidak enak atau lemah sebagai simtom-simtom fisik merupakan hal-hal yang paling sering menyebabkan penderita neurotik menganggap dirinya sebagai orang yang sakit. Penyakit fisik yang dasarnya psikogenik itu mungkin berwujud rasa sakit di bagian-bagian tertentu dari tubuh, disfungsi sistem organ tubuh, hipersensitif, bahkan mungkin kelumpuhan. Kadang-kadang simtom-simtom dan keluhan-keluhan itu sangat spesifik, tetapi sering tidak jelas dan banyak serta bermacam-macam. Meskipun simtom-simtom itu berkembang berdasarkan emosi, tetapi simtom-simtom itu tidak real. Disfungsi organ tubuh bisa menimbulkan perubahan-perubahan fisik yang harus dirawat secara medis (misalnya *peptic ulcer*, yakni luka-luka pada lapisan perut atau lambung). Bagi banyak penderita psikoneurotik

(neurotik), perawatan medis ternyata merupakan satu-satunya jalan yang digunakan, dan gangguan-gangguan emosi yang mendasar tidak diketahui. Simtom-simtom khusus yang akan dipilih oleh penderita neurotik, meskipun tanpa disadari, mungkin dipengaruhi oleh penyakit atau luka yang terjadi sebelumnya, simtom-simtom yang diperlihatkan oleh anggota-anggota lain dalam keluarga, bagian-bagian tubuh yang mudah diserang, dan simtom-simtom yang bermakna simbolis bagi penderita.

Tidak Bahagia

Karena menderita banyak gangguan, maka mudah dipahami mengapa penderita neurotik menjadi orang yang tidak bahagia. Merasa kesepian, merasa sakit, atau "kehilangan hal-hal yang enak dan menyenangkan dalam hidup" adalah ciri-ciri khas dari penderita neurotik. Suasana hati yang secara umum terdapat pada penderita neurotik adalah perasaan depresi, putus asa, dan pesimistik terhadap masa depan. Kesengsaraannya bermata dua: selain merasa dirinya terbebani, ia juga merasa terjerat pada jaring yang dibuatnya sendiri. Jarang sekali ia merasa bahagia.

Motivasi Tak Sadar

Pada individu yang normal, motivasi tak sadar merupakan dasar bagi banyak tingkah laku, sedangkan pada penderita neurotik, motivasi tak sadar menguasai reaksi-reaksi yang penting terhadap situasi-situasi kehidupan. Penderita neurotik lebih banyak membutuhkan mekanisme-mekanisme pertahanan yang dikembangkan secara tak sadar. Kesadarannya tentang kenyataan sangat banyak diwarnai oleh ketakutan dan permusuhan tak sadar yang merupakan dasar dari pola tingkah laku neurotik.

Sebelum diberikan uraian mengenai beberapa bentuk reaksi neurotik, di sini akan diutarakan perbedaan-perbedaan antara neurosis dan psikosis. *Pertama*, dalam neurosis tidak ada patologi organik yang relevan. Penyebab tingkah laku neurotik adalah psikologis meskipun pada akhirnya dapat menimbulkan patologi organik atau ada kaitan dengannya. *Kedua*, tidak ada disorganisasi kepribadian yang berat seperti terdapat pada reaksi-reaksi prikotis. Orang yang neurotik secara relatif masih terintegrasi dengan baik. Biasanya ia tidak perlu dirawat di rumah sakit jiwa. *Ketiga*, tidak ada distorsi terhadap kenyataan. Persepsi orang yang neurotik mengenai lingkungan masih tetap berada dalam batas-batas normal. Misalnya, ia tidak berhalusinasi atau berdelusi. *Keempat*, tidak ada gangguan-gangguan perasaan yang dalam dan bertahan lama. Mungkin kadang-kadang orang mengalami depresi, tetapi depresi tersebut tidak disertai dengan ciri-ciri pergolakan batin yang hebat atau stupor. *Kelima*, potensi-potensi intelektualnya tetap tidak terpengaruh, meski-

pun dalam kondisi neurotik, terutama dalam kasus kecemasan yang berlebihan yang mungkin sementara waktu dapat menghalangi potensi-potensi intelektualnya. Supaya bisa mengetahui secara lebih jelas perbedaan-perbedaan antara penderita neurotik dan psikotik, maka akan disajikan tabel berikut (lihat Tabel 17).

TABEL 17: PERBANDINGAN TUJUH CIRI KHAS PADA PENDERITA PSIKONEUROTIK DAN PASIEN PSIKOTIK *

Ciri Khas	Pasien Psikoneurotik	Pasien Psikotik
PENYEBAB	Faktor-faktor psikogenik sangat penting; faktor-faktor (herediter) tidak tentu.	Faktor-faktor konstitusional dan/atau herediter sangat penting dalam kebanyakan kasus; faktor-faktor neurologis dan toksik sering merupakan faktor-faktor penentu; faktor-faktor psikogenik merupakan faktor-faktor penunjang.
TINGKAH LAKU UMUM	Bicara dan pikiran adalah logis dan saling berkaitan (koheren); kehilangan kontak dengan kenyataan terbatas; delusi dan halusinasi tidak ada.	Proses-proses bicara dan pikiran tidak saling berkaitan (tidak koheren); tingkah laku aneh dan tidak rasional; ada delusi dan halusinasi.
PENYESUAIAN DIRI SOSIAL	Tingkah laku pada umumnya sesuai dengan norma-norma yang diterima masyarakat.	Kebiasaan-kebiasaan sosial hilang; tingkah laku tidak sesuai dengan norma-norma yang diterima masyarakat.
PENGURUSAN DIRI	Dapat mengurus diri meskipun tidak selalu berdikari; ada kemungkinan bunuh diri.	Biasanya perlu dirawat di suatu lembaga supaya jangan sampai melukai diri sendiri dan orang lain.
INSIGHT (PEMAHAMAN)	Sering sekali baik.	Paling-paling sebagian; bahkan sering sama sekali tidak ada.
PERAWATAN	Perawatan dilakukan dengan psikoterapi.	Titik berat pada pengendalian tingkah laku, terutama dengan obat fisik dan kimiawi; apabila kontak sudah mantap, maka sebaiknya digunakan psikoterapi.
PROGNOSIS	Keadaan memburuk tidak ada; perbaikan dapat diharapkan.	Keadaan memburuk mungkin ada dalam kasus-kasus kronis; jumlah penderita yang dirawat di rumah sakit sekarang berkurang.

* Menurut James D. Page, *Abnormal Psychology* (New York: McGraw-Hill, 1947:101).

Klasifikasi reaksi-reaksi neurotik dilakukan agak semena-mena karena simtom-simtomnya tumpang tindih sehingga sulit sekali memberi nama dengan suatu istilah yang khusus terhadap pola penyesuaian diri yang neurotik. Klasifikasi yang diberikan tidak bersifat kaku, karena itu setiap penulis bisa memberikan klasifikasi yang berbeda berdasarkan pertimbangan-pertimbangannya sendiri. Di sini akan diklasifikasikan reaksi-reaksi neurotik sebagai berikut: (1) gangguan-gangguan kecemasan; (2) gangguan-gangguan somatoform; (3) gangguan-gangguan disosiatif; (4) gangguan unipolar (depresi); (5) bunuh diri; (6) gangguan-gangguan psikofisiologis.

GANGGUAN-GANGGUAN KECEMASAN

Suatu kelompok gangguan dikenal dengan sebutan gangguan-gangguan kecemasan. Seperti tersirat dalam sebutan tersebut, dalam gangguan-gangguan ini, kecemasan merupakan *simtom* utama atau *penyebab* dari simtom-simtom yang lain. Perlu diketahui bahwa kecemasan merupakan simtom dalam bermacam-macam gangguan yang lain. Misalnya, orang-orang yang mengalami depresi biasanya merasa cemas dan kita sering melihat kecemasan merupakan simtom dalam skizofrenia. Perbedaan antara gangguan-gangguan kecemasan dan gangguan-gangguan lain ialah dalam gangguan-gangguan kecemasan, kecemasan itu merupakan simtom utama atau penyebab utama dari simtom-simtom yang lain, sedangkan dalam simtom-simtom lain, kecemasan merupakan *akibat* dari masalah-masalah yang lain. Misalnya, seorang wanita yang menderita depresi mungkin merasa cemas karena dia berpendapat bahwa dia gagal dan tidak ada gunanya untuk hidup. Demikian juga seseorang yang menderita skizofrenia mungkin cemas karena dia mengalami delusi bahwa otaknya dirusak oleh gelombang gamma dari planet Egregious. Penting untuk memperhatikan perbedaan antara kecemasan primer dan kecemasan sekunder bila berbicara mengenai pola-pola simtom dan mengadakan diagnosis.

Simtom

Di sini akan dibicarakan simtom-simtom suasana hati, simtom-simtom kognitif, simtom-simtom somatik, dan simtom-simtom motor.

Simtom Suasana Hati

Simtom-simtom suasana hati dalam gangguan-gangguan kecemasan adalah kecemasan, tegangan, panik, dan kekhawatiran. Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Simtom-simtom suasana hati yang lain adalah depresi dan sifat mudah marah. Depresi dapat terjadi karena individu mungkin tidak melihat suatu pemecahan terhadap masalahnya serta cepat menyerah dan mengaku bersalah. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah. Depresi dan sifat mudah marah dilihat sebagai simtom-simtom sekunder karena keduanya disebabkan oleh kecemasan yang merupakan simtom primer.

Simtom Kognitif

Simtom-simtom kognitif dalam gangguan-gangguan kecemasan menunjukkan kekhawatiran dan keprihatinan mengenai bencana yang diantisipasi oleh individu. Misalnya, seorang individu yang merasa takut berada di tengah khalayak ramai (agorafobia) menghabiskan banyak waktu untuk khawatir mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan (mengerikan) yang mungkin terjadi, dan kemudian dia merencanakan bagaimana dia harus menghindari hal-hal tersebut. Selanjutnya, karena perhatian dipusatkan pada masalah-masalah yang mungkin terjadi, maka individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, dan dengan demikian dia menjadi ceroboh dan kebingungan. Sebagai akibat dari pemusatan perhatian yang tidak tepat ini, individu tersebut sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya dia akan menjadi lebih cemas.

Simtom Somatik

Simtom-simtom somatik dari kecemasan dapat dibagi menjadi dua kelompok. *Pertama* adalah simtom-simtom langsung yang terdiri dari keringat, mulut kering, bernapas pendek, denyut nadi cepat, tekanan darah meningkat, kepala terasa berdenyut-denyut, dan otot terasa tegang. Simtom-simtom ini menunjukkan tingkat rangsangan dari sistem saraf otonomi tinggi, dan respons-respons yang sama juga terjadi pada ketakutan. Simtom-simtom tambahan dapat terjadi karena orang tersebut mulai bernapas terlalu cepat — suatu proses yang dikenal dengan sebutan hiperventilasi (*hyperventilation*). Hiperventilasi dapat menyebabkan kepala pusing, jantung berdenyut dengan cepat, dada terasa sakit, dan kehabisan napas.

Kedua, apabila kecemasan itu berkepanjangan, simtom-simtom tambahan, seperti tekanan darah meningkat secara kronis, sakit kepala, otot melemah, dan gangguan usus (kesulitan dalam pencernaan, rasa nyeri pada perut) mungkin akan terjadi. Simtom-simtom ini menunjukkan gangguan fisiologis yang disebabkan oleh rangsangan yang berkepanjangan. Dalam beberapa kasus, rangsangan yang berkepanjangan itu dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang berat (misalnya asiditas lambung yang berkepanjangan dapat menimbulkan *ulcer*). Tidak semua orang yang mengalami kecemasan akan mengalami simtom-simtom fisik yang sama. Hal itu terjadi karena perbedaan-perbedaan individual dalam pemolaan reaktivitas otonomi (Lacey, 1950, 1967). Misalnya, bila seseorang merasa cemas, maka ia akan mengalami otot yang tegang terutama pada kerongkongan (suatu respons bila berkepanjangan akan mengakibatkan suara berubah atau bahkan hilang) atau kemungkinan lebih besar juga seseorang merespons dengan tekanan darah yang meningkat (yang bila berkepanjangan dapat menimbulkan hipertensi).

Simtom Motor

Orang-orang yang cemas sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motor menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari-jari kaki mengetuk-ngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom-simtom motor ini merupakan gambaran rangsangan kognitif dan somatik yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam. Karena kegiatan-kegiatan ini adalah acak dan tidak dipusatkan pada salah satu tujuan, maka kegiatan-kegiatan tersebut sering tidak efektif dan mengganggu individu untuk berfungsi secara efektif.

Gangguan-Gangguan Fobia dan *Anxiety States*

Gangguan-gangguan kecemasan dibagi ke dalam dua kelompok, yakni gangguan-gangguan fobia dan *anxiety states*. Gangguan-gangguan kecemasan dalam dua kategori ini berdasarkan apakah kecemasan itu terlokalisasi atau tersebar. Dalam gangguan-gangguan fobia, kecemasan itu terlokalisasi dan dihubungkan dengan salah satu objek atau situasi. Misalnya, seorang individu mungkin sangat cemas bila berhadapan dengan laba-laba atau bila berada dalam suatu bangunan yang tinggi. Sebaliknya, dalam *anxiety states*, kecemasan itu tersebar (*diffused*) dan tidak dihubungkan dengan salah satu hal dan digambarkan sebagai sesuatu yang selalu ada di mana-mana atau mengambang (*free floating*). Individu yang menderita *anxiety states* sama seperti individu yang seluruh hidupnya terbungkus dalam awan yang bermuatan listrik atau yang setiap saat terancam bahaya serta malapetaka dan tidak dapat membebaskan diri.

Gangguan-Gangguan Fobia

Fobia adalah reaksi ketakutan yang hebat (abnormal) terhadap situasi atau benda yang khusus. Meskipun orang yang bersangkutan menyadari bahwa bahaya yang aktual sesungguhnya tidak ada, tetapi ia tetap merasa takut. Biasanya ia mengalami ketakutan hanya apabila berada dalam situasi yang khusus atau apabila melihat benda yang khusus itu. Tetapi, kadang-kadang fobia itu berkaitan dengan obsesi. Dalam kejadian-kejadian seperti itu, orang bereaksi terhadap pikiran-pikiran obsesif seperti halnya terhadap situasi yang aktual. Dengan kata lain, orang yang mengalami gangguan fobia mengetahui bahwa dasar dari ketakutannya itu dalam kenyataannya tidak ada. Tetapi meskipun demikian, ia tidak dapat berhenti dari ketakutan. Misalnya, individu yang mengalami fobia lift mengetahui bahwa setiap hari beratus-ratus lift beroperasi tanpa seorang pun mengalami kecelakaan, dan mengetahui bahwa kemungkinan untuk mengalami kecelakaan di dalam lift adalah sangat

rendah (mungkin lebih rendah dibandingkan dengan naik tangga). Meskipun orang tersebut mengetahui hal itu, tetapi ia masih tetap merasa takut untuk menggunakan lift. Pengetahuan tentang kenyataan dari situasi seperti itu adalah penting karena pengetahuan tersebut membedakan orang yang mengalami fobia dengan orang yang mengalami delusi, yakni kepercayaan yang tidak benar terhadap dunia, yang tidak diakui oleh individu sebagai sesuatu yang salah. Delusi biasanya menggambarkan suatu masalah yang jauh lebih berat. Dalam gangguan fobia, kita melihat suatu pemisahan yang tidak tepat antara aspek kognitif dan aspek emosional dari fungsi psikologis.

Dalam setiap contoh, akhiran "fobia" didahului oleh suatu nama benda atau situasi (dalam bahasa Yunani) yang ditakuti, misalnya agorafobia (*agoraphobia*): ketakutan terhadap tempat-tempat umum; ergasiophobia (*ergasiophobia*): takut menulis; taphefobia (*taphephobia*): takut dikubur hidup-hidup. Akhiran "phobia" berasal dari nama dewa Yunani, yakni *Phobos*, yang menakuti musuh-musuhnya.

Tidak ada orang yang sama sekali bebas dari rasa takut. Mungkin kebanyakan orang mempunyai ketakutan-ketakutan khusus. Ketakutan-ketakutan khusus itu menjadi hal yang mengkhawatirkan hanya apabila begitu kuat sehingga mengganggu kegiatan-kegiatan normal dari individu dan mempengaruhi kesehatan mentalnya.

Gangguan fobia itu dibagi atas tiga kelompok, yakni agorafobia, fobia sosial, dan fobia sederhana atau spesifik. Pembagian ini didasarkan pada tipe objek atau situasi yang menjadi sumber ketakutan.

Agorafobia. Istilah *agora* dalam agorafobia adalah tempat pertemuan, tempat untuk berkumpul, tempat pasar. Agorafobia pada mulanya berarti ketakutan patologik terhadap tempat-tempat yang terbuka atau tempat-tempat umum. Dewasa ini agorafobia berarti ketakutan berada sendirian atau berada di tempat-tempat umum di mana sulit sekali melarikan diri atau di mana bantuan tidak mudah tersedia kalau seseorang mengalami kepanikan. Orang yang mengalami agorafobia mungkin mengalami ketakutan yang hebat pada tempat-tempat pusat perbelanjaan, pada perkumpulan orang banyak yang menonton konser atau pertandingan olah-raga, atau pada terowongan, jembatan atau kendaraan-kendaraan angkutan umum. Agorafobia terjadi tumpang tindih dan saling berkaitan dengan fobia-fobia lain, seperti fobia terhadap bus, kapal terbang, dan kereta api.

Kehidupan orang-orang yang menderita agorafobia didominasi oleh usaha-usaha mereka untuk menghindari kontak dengan orang banyak; dan dengan demikian, mereka tetap tinggal di rumah dan jarang bepergian atau kalau terpaksa harus bepergian selalu didampingi oleh orang lain. Berada di tengah-tengah orang banyak membuat mereka takut karena mungkin ada sesuatu yang akan menimpa

mereka. Dengan demikian, ciri utama agorafobia adalah terjadinya kecemasan yang hebat dan penghindaran terhadap situasi-situasi atau objek-objek yang ditakuti.

Fobia Sosial. Fobia sosial — dalam bentuknya yang lebih ringan kadang-kadang disebut kecemasan sosial — adalah ketakutan yang terus-menerus dan irasional terhadap kehadiran orang lain. Individu berusaha menghindari suatu situasi khusus di mana ia mungkin dikritik dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau bertingkah laku dengan cara yang memalukan. Dengan demikian, orang-orang yang menderita fobia sosial menghindari orang-orang karena takut dikritik. Berbicara atau menampilkan diri di depan umum, makan di depan umum, menggunakan kamar kecil untuk umum atau melakukan kegiatan-kegiatan lain di depan umum dapat menimbulkan kecemasan yang hebat. Fobia ini muncul pada masa remaja ketika kesadaran sosial dan pergaulan dengan orang lain merupakan hal yang penting dalam kehidupan seorang remaja.

Fobia Sederhana atau Spesifik. Fobia sederhana atau spesifik adalah ketakutan patologik yang ekssesif dan tidak realistik terhadap objek tertentu atau situasi tertentu, misalnya jarum, lift, anjing, ular, angin ribut, darah, dokter gigi, dan tempat-tempat tertutup. Meskipun individu yang menderita fobia ini dapat menyesuaikan diri dengan baik bila tidak dihadapkan secara langsung dengan stimulus fobia, tetapi ia mengalami juga kecemasan antisipatori bila ia menyadari suatu situasi di hadapannya yang memaksanya berhadapan dengan objek ketakutan. Bila individu yang menderita fobia ini benar-benar berhadapan dengan stimulus fobia, maka ia memberikan respons secara tegang dan cemas. Misalnya, orang dengan fobia akan jarum yang berhadapan langsung dengan jarum akan berkeringat, kesulitan bernapas, dan jantungnya berdebar dengan cepat.

Macam-macam fobia sederhana atau spesifik antara lain, yaitu:

1. Serbofobia : takut pada ayam
2. Akluofobia, skotofobia, noktifobia : takut di dalam kegelapan, takut pada aniktofobia kegelapan, takut pada malam hari
3. Akrofobia, hipsofobia : takut pada tempat yang tinggi, ketinggian
4. Akoustifobia, ponofobia : takut pada suara (sendiri)
5. Aerofobia : takut pada udara, aliran udara
6. Agiofobia : takut pada jalan-jalan, menyeberang jalan
7. Aikmofobia, belonefobia : takut pada benda-benda runcing, jarum
8. Ailurofobia, galeofobia, gatofobia : takut pada kucing

9. Alkofobia, nosofobia, odinofobia, : takut pada penyakit parasitofobia
10. Aliatofobia : takut pada *missile*
11. Androfobia : takut pada laki-laki
12. Anemofobia : takut pada angin
13. Antlofobia : takut pada aliran sungai, banjir
14. Antofobia : takut pada bunga
15. Antrofobia : takut pada manusia (masyarakat manusia)
16. Amatofobia : takut pada debu
17. Amaksofobia : takut berkendara (duduk dalam kendaraan)
18. Amikofobia : takut tergores, terparut, deraan, atau siksaan
19. Apeirofobia : takut pada hal-hal yang tidak terhingga atau terbatas
20. Apifobia, melisofobia, entomofobia: takut pada lebah, takut sengatan serangga
21. Araknefobia : takut pada laba-laba
22. Astenofobia : takut pada kelemahan
23. Astrofobia : takut pada langit, angkasa, bintang-bintang, badai
24. Ataksiofobia : takut pada kekacauan, kekalutan
25. Atefobia : takut pada reruntuhan
26. Aurorafobia : takut pada cahaya utara
27. Automisofobia : takut pada hal-hal yang kotor, orang kotor
28. Autofobia, monofobia : takut pada diri sendiri, takut seorang diri, takut tinggal seorang diri
29. Basilifobia, mikrofobia, mikrobiofobia : takut pada baksil-baksil, takut pada benda-benda kecil
30. Balistofobia : takut pada proyektil-proyektil
31. Barofobia : takut ditarik ke bawah
32. Basofobia, stasibasifobia, stasifobia, basifobia : takut berdiri tegak, takut berjalan
33. Batofobia : takut pada kedalaman, atau objek yang tinggi
34. Bibliofobia : takut pada buku-buku

35. Botofobia : takut pada ruang-ruang atau kamar di bawah tanah
36. Bromhidrosifobia, osmofobia : takut bau tubuh, takut bau orang
37. Brontofobia : takut pada guruh, guntur, halilintar
38. Kardiofobia : takut pada sakit atau penyakit jantung
39. Katagelofobia : takut diolok-olok
40. Kankerfobia, kankerofobia : takut pada kanker
41. Keimafobia, psikrofobia : takut dingin atau kedinginan
42. Kerefobia : takut pada kemewahan
43. Kerofobia : takut pada segala sesuatu yang riang gembira
44. Kionofobia : takut pada salju
45. Kremotofobia : takut pada uang
46. Kromofobia, kromatofobia : takut pada warna-warna tertentu
47. Kronofobia : takut pada waktu
48. Kibofobia, sitofobia : takut makan, takut makan segala makanan
49. Klaustrofobia : takut pada tempat tertutup, takut berada di dalam ruang, takut berada dalam kamar
50. Kleitrofobia : takut terkunci, takut tertutup, takut berada di dalam
51. Klimakofobia : takut pada tangga di dalam rumah, takut pada tangga untuk naik
52. Koitofobia : takut bersanggama
53. Koprofobia : takut pada tahi atau kotoran
54. Kremofobia : takut ngarai yang terjal, tempat yang tinggi
55. Kristalofobia : takut pada benda-benda yang terbuat dari gelas
56. Kinofobia : takut pada anjing
57. Sipridofobia, sifilofobia, venereofobia : takut penyakit sifilis, penyakit kotor
58. Demonofobia : takut pada setan atau hantu
59. Dermatopatofobia : takut sakit kulit
60. Dekstrofobia : takut pada tubuh sebelah kanan atau benda yang ada di sebelah kanan badan

61. Diabetofobia : takut pada penyakit diabetes (kencing manis)
62. Dipsofobia : takut minum minuman alkoholik, liquer
63. Dorafobia : takut menjamah bulu, takut kulit binatang
64. Dromofobia : takut mengembara
65. Dismorfofobia, teratofobia : takut pada (orang) tubuh cacat, bentuk yang rusak
66. Elektrofobia : takut pada aliran listrik
67. Emetofobia : takut kalau muntah-muntah
68. Erkutofobia : takut mendapat malu
69. Eremofobia : takut kesunyian, terpencil, sendirian
70. Ereutofobia, eritrofobia : takut pada (benda) warna merah
71. Ergastiofobia, ergofobia : takut bekerja
72. Erotofobia : takut cinta seksual
73. Febrifobia, pirekseofobia : takut panas, takut sakit panas
74. Gamofobia : takut kawin, takut pada perkawinan
75. Genofobia : takut sakit demam atau panas
76. Gepirofobia : takut jembatan, menyeberang jembatan, takut perempatan atau simpang jalan
77. Grapofobia : takut pada tulisan
78. Ginaefobia : takut pada wanita
79. Hadeofobia : takut pada neraka
80. Hamartofobia, pekatifobia : takut pada dosa-dosa dan kesalahan, takut berbuat dosa
81. Hapefobia, haptefobia, apefobia : takut kontak fisik, takut dijamah
82. Harpaksofobia, kleptofobia : takut pada pencuri, perampok
83. Hedonofobia : takut segala bentuk kesenangan
84. Heliofobia : takut melihat sinar matahari
85. Helmintofobia, vermifobia : takut pada segala jenis cacing
86. Hematofobia, hemofobia : takut melihat darah
87. Hierofobia : takut pada barang-barang yang suci
88. Hodofobia : takut untuk bepergian
89. Homiklofobia : takut pada kabut
90. Hormefobia : takut pada sesuatu yang mengejutkan
91. Hidrargirofobia, parmakofobia : takut pada segala macam obat-obatan
92. Hidrofobia, lisofobia : takut pada air
93. Higrofobia : takut pada cairan, kelembaban

94. Hiliofobia : takut sinar matahari
95. Hilofobia : takut pada bulan
96. Hipengiofobia, hipengrefobia : takut pada tanggung jawab
97. Hipnofobia : takut tidur, takut tertidur
98. Iktiofobia : takut pada ikan
99. Ideofobia : takut pada ide-ide
100. Iofobia : takut pada racun-racun
101. Kainofobia, kainofobia, neofobia : takut pada segala sesuatu yang baru, benda-benda baru
102. Kakorhapiofobia : takut kalau-kalau gagal
103. Katisofobia : takut untuk duduk
104. Kinesofobia : takut pada gerakan-gerakan
105. Kopofobia : takut jemu, bosan, lelah, capai
106. Levofobia : takut pada tubuh sebelah kiri atau benda yang berada di sebelah kiri badan
107. Linonofobia : takut benang, tali, senar
108. Lisofobia : takut rabies, takut menjadi gila
109. Maieusiofobia, tokofobia : takut melihat kelahiran bayi
110. Merintofobia : takut pada ikatan, takut kalau diikat
111. Metalofobia : takut pada benda-benda logam
112. Molismofobia, misofobia : takut infeksi
113. Mitofobia : takut berkata bohong, takut pada kebohongan atau tipuan
114. Nekrofobia : takut pada orang mati, mayat
115. Nosofobia, patofobia : takut sakit, takut pada penyakit
116. Oklofobia : takut pada sekumpulan atau banyak orang
117. Odontofobia : takut pada gigi binatang
118. Oikofobia, ekofobia, domatofobia : takut pada rumah, takut tinggal di dalam rumah
119. Ombrofobia : takut pada hujan
120. Onemofobia, pronemofobia : takut berpikir
121. Onomatofobia : takut mendengar suatu nama
122. Optalmofobia : takut memandang, takut dipandang
123. Opidiofobia : takut ular, binatang melata atau reptil
124. Pantofobia : takut pada segala sesuatu
125. Pedikulofobia, ptiriofobia : takut pada kutu-kutuan, takut serangan kutu-kutu

126. Pedofobia	: takut pada bayi, anak-anak
127. Parmakofobia	: takut pada obat-obatan
128. Pengofobia	: takut pada siang hari
129. Pobofobia	: takut pada diri sendiri
130. Potoaugiofobia	: takut pada cahaya yang menyilaukan
131. Potofobia	: takut pada cahaya sinar
132. Ptisiofobia, tuberculofobia	: takut penyakit tuberculosis atau TBC
133. Pnigofobia	: takut tercekik, tidak bisa bernapas
134. Polifobia	: takut pada banyak orang atau benda
135. Pirofobia	: takut pada api
136. Radofobia	: takut dipukul
137. Skabiofobia	: takut pada <i>scabies</i>
138. Skopofobia	: takut untuk melihat, takut terlihat
139. Selafofia	: takut pada cahaya kilat
140. Siderodromofobia	: takut pada kereta api, takut naik kereta api
141. Tapofobia	: takut dikubur hidup-hidup
142. Tashofobia	: takut dimakan hidup-hidup
143. Teratofobia	: takut melahirkan anak cacat atau monster
144. Talasofobia	: takut pada lautan, samudera
145. Tanatofobia	: takut mati
146. Teofobia	: takut pada Tuhan
147. Termofobia	: takut suhu panas
148. Topofobia	: takut pada tempat tertentu
149. Toksikofobia	: takut kalau-kalau kena racun
150. Tremofobia	: takut bergemetaran
151. Trikofobia, trikopatofobia	: takut pada rambut
152. Triskaidekafobia	: takut pada bilangan 13
153. Vaksinofofia	: takut disuntik, takut diberi vaksin
154. Xenofobia	: takut pada orang asing
155. Zermifobia	: takut pada cacing atau terkena cacing
156. Zoofobia	: takut pada binatang

Anxiety States

Anxiety states berbeda dari gangguan-gangguan fobia karena respons emosional dalam *anxiety states* menyebar dan tidak ada kaitannya dengan salah satu situasi atau stimulus tertentu. Dalam gangguan-gangguan ini, kecemasan dikatakan "fre-

floating” (mengambang). *Anxiety states* dibedakan menjadi empat macam, yakni gangguan panik, gangguan kecemasan menyeluruh, gangguan stres posttraumatik, dan gangguan obsesif-kompulsif. Gangguan-gangguan ini berbeda berdasarkan intensitas, durasi, respons-respons defensif, atau penyebabnya.

Gangguan Panik. Gangguan panik adalah kecemasan yang sangat kuat dan berlangsung dalam jangka waktu yang singkat. Kecemasan ini timbul dan segera hilang dan biasanya berlangsung hanya dalam beberapa menit, dan terjadinya tidak dapat diprediksikan. Di samping perasaan-perasaan psikologis yang kuat akan kekhawatiran, ketakutan, dan teror (*terror*) individu mengalami juga simptom-simtom fisik, seperti misalnya pernapasan yang pendek, jantung berdenyut dengan cepat, sakit pada dada, penuh dengan sensasi-sensasi, merasa pusing, perasaan-perasaan khayalan, tangan dan kaki terasa perih, sebentar-bentar mengalami rasa panas dan dingin, berkeringat, pingsan, dan gemetar.

Serangan-serangan panik adalah pengalaman-pengalaman yang sangat menakutkan. Orang yang mengalami serangan panik takut akan kehilangan kontrol dan sering berpikir bahwa dirinya akan “menjadi gila”. Karena takut akan kehilangan kontrol dan akan menjadi gila, maka orang yang mudah sekali mengalami serangan panik kadang-kadang mulai menghindari tempat-tempat umum dan tinggal di dalam rumah di mana ia bisa merasa aman. Apabila penghindaran itu menjadi ekstrem, individu tersebut mungkin didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan panik serta agorafobia dan tidak hanya menderita gangguan panik saja.

Di antara serangan-serangan panik itu, individu sering merasa cemas akan serangan yang mungkin muncul, dan dengan demikian tingkat kecemasan secara menyeluruh mungkin akan meningkat. Karena itu, kadang-kadang orang yang menderita gangguan panik salah didiagnosis sebagai orang yang menderita gangguan kecemasan yang menyeluruh. Pernah juga serangan-serangan panik salah didiagnosis sebagai gangguan kardiak atau pernapasan dan dirawat, tetapi itu tidak ada pengaruhnya bagi penderita.

Gangguan Kecemasan Menyeluruh (*Generalized anxiety disorder*). Gangguan kecemasan menyeluruh adalah kecemasan umum, yang berlangsung dalam jangka waktu sekurang-kurangnya selama satu bulan dan tidak ada hubungannya dengan suatu objek atau situasi tertentu. Kecemasan itu tetap ada dan tidak hilang-hilang serta individu tidak dapat membebaskan diri dari kecemasan itu. Sifat dari kecemasan yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama ini menimbulkan beberapa masalah tambahan yang tidak terdapat pada gangguan kecemasan-kecemasan lain. Karena sifat dari kecemasan itu adalah menyeluruh dan tidak ada hubungannya dengan suatu objek yang khusus, maka individu tidak mengetahui dari mana datangnya ancaman dan bencana; dan dengan demikian, individu yang

bersangkutan selalu waspada dan terus-menerus mengamati lingkungan di sekitarnya yang mungkin akan mendatangkan ancaman. Hal ini dapat menimbulkan akibat-akibat yang melemahkan, seperti perhatian terganggu dan perasaan lelah.

Gangguan Stres Posttraumatik. Simtom utama dari gangguan ini adalah mengalami lagi suatu peristiwa traumatis. Peristiwa traumatis yang mempercepat gangguan ini adalah sesuatu yang luar biasa, misalnya bencana alam (banjir, gempa bumi), atau bencana-bencana aksidental (kecelakaan, kebakaran), atau bencana yang terjadi dengan sengaja (perang, penyiksaan, kamp maut, perkosaan).

Mengalami lagi mungkin berwujud ingatan-ingatan yang menyakitkan atau mimpi-mimpi buruk yang terulang lagi mengenai peristiwa tersebut, atau dalam beberapa kasus berupa kilas balik di mana untuk suatu jangka waktu (biasanya beberapa menit, atau beberapa jam, atau kadang-kadang juga lebih lama), individu menghidupkan kembali peristiwa tersebut pada saat itu.

Di samping mengalami kembali, kadang-kadang terjadi juga kelumpuhan kemampuan untuk merespons, atau keterlibatan dengan dunia luar berkurang. Kelumpuhan psikis kelihatan dengan berkurangnya minat terhadap kegiatan-kegiatan yang biasa, perasaan-perasaan terpisah dari orang-orang lain, dan respons-respons emosional menjadi tumpul apabila individu tidak mengalami lagi pengalaman traumatis tersebut.

Akhirnya, ada sejumlah simtom lain yang kadang-kadang ada hubungannya dengan gangguan stres posttraumatik yang menggambarkan rangsangan umum yang terus-menerus berlangsung pada individu. Simtom-simtom ini adalah terlalu waspada, gangguan-gangguan tidur, merasa bersalah karena hidup terus sedangkan orang lain tidak, sulit untuk berkonsentrasi, menghindari kegiatan-kegiatan yang bisa membangkitkan ingatan-ingatan terhadap peristiwa traumatis dan sangat terangsang apabila dihadapkan dengan peristiwa-peristiwa yang melambangkan atau menyerupai peristiwa traumatis.

Gangguan Obsesif-Kompulsif. Istilah *psikastenia* adalah istilah yang digunakan oleh Janet pada abad XIX untuk menyebut gangguan yang belakangan ini dinamakan sebagai gangguan obsesif-kompulsif. Psikastenia adalah kondisi psikoneurotik (neurotik) yang memperlihatkan aneka ragam simtom mental dan emosional yang tidak dapat dikontrol oleh penderita. Simtom psikoneurotik ini disertai dengan kompulsi, obsesi, tegangan-tegangan akibat fobia. Ada kecenderungan yang sangat kuat untuk berpikir, merasa, dan berbuat sesuatu, tetapi pada saat yang sama dirasakan sebagai hal-hal yang sia-sia, tidak berguna, irasional. Ada kelemahan mental sehingga bisa mereduksikan seluruh energi psikis.

Obsesi didefinisikan sebagai suatu ide (rangkaian ide-ide) atau impuls yang muncul secara berulang-ulang sehingga mengganggu pikiran yang normal karena

individu tidak dapat melepaskan diri dari hal-hal itu. Sungguh pun orang yang bersangkutan berusaha untuk menghilangkan pikiran atau impuls itu, tetapi pikiran atau impuls tersebut tetap tidak mau hilang. Karena obsesi itu tidak bisa dikendalikan oleh individu, maka obsesi itu disebut egodistonik (*egodystonic*). Obsesi-obsesi klinis yang sering terjadi adalah pikiran-pikiran yang muncul berulang-ulang untuk melakukan kekerasan (membunuh atau melukai seseorang), kontaminasi (terinfeksi oleh kuman atau basil), keraguan (terus-menerus berpikir apakah telah melakukan sesuatu, seperti misalnya menyakiti orang lain). Obsesi-obsesi dapat mengganggu pikiran-pikiran normal, dan dengan demikian, dapat melumpuhkan kemampuan individu untuk berfungsi secara efektif. Misalnya, sulit belajar apabila Anda terus-menerus berpikir tentang membunuh seseorang atau cemas bahwa Anda mungkin melupakan sesuatu yang penting. Obsesi-obsesi dapat juga membatasi tingkah laku. Misalnya, suatu obsesi terhadap kemungkinan akan infeksi dapat menyebabkan individu menghindari situasi-situasi di mana terdapat kemungkinan adanya kotoran dan kuman.

Kompulsi adalah impuls yang tidak tertahankan atau tidak bisa dicegah untuk melakukan suatu perbuatan dengan cara yang sama. Tingkah laku tersebut kelihatannya dirancang untuk mencapai suatu tujuan. Beberapa kompulsi yang sering ditemukan adalah menghitung-hitung, mencuci-cuci tangan, membersih-bersihkan tenggorokan, bergumam-gumam; dan sering kali berbentuk tingkah laku ritualistik yang kompleks, terutama yang berkenaan dengan memakai pakaian dan membuka pakaian, mengecek, atau menyentuh.

Impuls kompulsi ini tidak bisa dikontrol serta bertentangan dengan kemauan sadar individu pada waktu melakukannya. Orang yang kompulsif terpaksa melakukan suatu perbuatan hanya untuk mengurangi suatu tegangan. Dengan melaksanakan perbuatan tersebut, individu yang bersangkutan akan merasa nyaman untuk sementara waktu; sebaliknya kalau ia gagal melakukannya, maka ia akan merasa sangat cemas dan gugup. Kompulsi lebih lama bertahan serta tidak masuk akal dan sama seperti obsesi, kompulsi mungkin berkembang sampai mengganggu kemampuan penderita untuk melakukan kegiatan-kegiatan rutinnnya yang normal. Kompulsi dapat juga menimbulkan akibat-akibat lain yang berat. Misalnya, seorang individu dengan kompulsi mencuci tangan mungkin itu dilakukannya sampai kulit tangannya mengelupas.

Beberapa contoh kompulsi yaitu: (1) Arithomania- impuls yang tidak dapat dicegah untuk menghitung segala sesuatu; (2) Dipsomania- impuls yang tidak dapat dicegah untuk terus-menerus minum minuman keras; (3) Pyromania-impuls yang tidak dapat dicegah untuk membakar; (4) Perbuatan ritualistik-impuls yang tidak dapat dicegah untuk melakukan suatu perbuatan yang melambangkan suatu ide.

Misalnya, terus-menerus mencuci (tangan, kaki, tubuh), sikap memperhatikan kerapian yang berlebih-lebihan; (5) Kleptomania-impuls yang tidak dapat dicegah untuk mencuri atau mengambil sesuatu; (6) Wanderlust-impuls yang tidak dapat dicegah untuk selalu bepergian, berpindah tempat, atau mengembara kemana-mana; (7) Megalomania-impuls yang tidak dapat dicegah untuk menjadi termasyhur dan berkuasa; (8) Mania homosidal-impuls yang tidak dapat dicegah untuk membunuh; dan (9) Mania suisidal-impuls yang tidak dapat dicegah untuk bunuh diri.

Penyebab

Di atas sudah diterangkan simtom-simtom dan hal-hal yang ada hubungannya dengan gangguan-gangguan kecemasan. Dengan bahan-bahan tersebut sebagai latar belakang, sekarang akan dibicarakan beberapa pendekatan yang dikemukakan untuk menjelaskan gangguan-gangguan tersebut. Berikut ini akan dikemukakan beberapa pendekatan, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan kognitif, pendekatan fisiologis, dan pendekatan eksistensial-humanistik.

Pendekatan Psikodinamik

Dari segi pandangan psikodinamik, kecemasan dilihat sebagai akibat konflik intrapsikis. Para ahli teori psikodinamik yang berbeda memusatkan perhatian pada konflik-konflik yang berbeda-beda, tetapi pandangan Freud memiliki pengaruh yang sangat kuat.

Pandangan Psikoanalitik Freud. Freud menyebut tiga macam kecemasan dengan sumber penyebabnya yang berbeda-beda. *Pertama*, dia mengemukakan bahwa kecemasan dapat disebabkan oleh ancaman-ancaman dari dunia eksternal, seperti penyakit, masalah keuangan, dan kegagalan, serta dia menyebut kecemasan ini sebagai kecemasan objektif. Meskipun kecemasan objektif ini dapat mengakibatkan perasaan tidak senang yang hebat, tetapi Freud tidak mengemukakan bahwa kecemasan ini merupakan penyebab yang penting dari tingkah laku abnormal.

Kedua, Freud juga mengemukakan bahwa kecemasan dapat disebabkan oleh konflik internal terhadap ungkapan impuls-impuls "id" (Freud, 1926/1959). Menurut Freud, konflik dan kecemasan terjadi apabila "id" mencari pemuasan terhadap kebutuhan-kebutuhannya, tetapi dihalangi oleh "ego" dan "superego". Misalnya, seorang pemuda ingin bersetubuh dengan wanita yang menjadi pacarnya, tetapi perbuatan yang demikian tidak dapat diterima oleh "superego", dan konflik tersebut mengakibatkan kecemasan. Kecemasan yang disebabkan oleh ketakutan akan dihukum oleh superego disebut kecemasan moral.

Ketiga, Freud mengemukakan bahwa kecemasan dapat juga disebabkan karena "superego" tidak efektif dalam mengekang "ego" dan akan terjadi tingkah laku yang tidak dapat diterima. Misalnya, dorongan-dorongan seksual atau permusuhan mungkin tidak dikontrol secara adekuat; dan dengan demikian, orang tersebut mungkin bertingkah laku secara tidak terkontrol dan tidak tepat. Kecemasan tersebut dinamakan kecemasan neurotik. Bagi Freud, kecemasan moral dan kecemasan neurotik merupakan penyebab utama tingkah laku abnormal. Dan pembicaraan selanjutnya akan difokuskan pada kedua macam kecemasan ini.

Penting diketahui juga bahwa konflik-konflik yang menimbulkan kecemasan terjadi pada tingkat tak sadar dan akibatnya kita tidak menyadari apa yang menyebabkan kita merasa cemas. Dengan demikian, kecemasan adalah suatu petunjuk adanya suatu konflik yang mendasar. Sifat tak sadar dari konflik itu digunakan untuk menjelaskan apa sebabnya kecemasan sering kelihatan irasional dan tidak berhubungan dengan situasi objektif.

Dua faktor yang menentukan apakah kita akan mengalami kecemasan atau tidak, yakni tingkat konflik dalam kepribadian dan efektivitas dari mekanisme-mekanisme pertahanan individu. Sebagian tingkat konflik ditentukan oleh norma-norma yang ditetapkan "superego". Apabila superego terlalu mengekang tingkah laku yang dapat diterima, maka konflik akan menjadi hebat dan individu akan mengalami kecemasan. Apabila superego terlalu lunak, maka konflik akan berkurang dan kecemasan juga akan berkurang. Perlu dikemukakan juga bahwa frekuensi dari beberapa gangguan kecemasan menurun dan penurunan tersebut disebabkan oleh sikap-sikap yang lebih liberal, khususnya dewasa ini terhadap perilaku seksual. Gagasannya ialah karena sikap-sikap lebih liberal ("superego" yang lebih lunak), maka konflik berkurang yang pada gilirannya akan menimbulkan gangguan-gangguan kecemasan yang berkurang pula.

Faktor yang juga mempengaruhi tingkat-tingkat kecemasan adalah efektivitas dari mekanisme-mekanisme pertahanan individu. Mekanisme-mekanisme pertahanan membantu individu menghindari konflik; dan dengan demikian, dapat menghindari kecemasan. Misalnya, represi, penolakan, atau supresi untuk menangani keinginan-keinginan yang dianggap oleh "superego" tidak dapat diterima. Demikian juga pemindahan dapat digunakan untuk mengamankan objek-objek atau kegiatan-kegiatan terhadap dorongan-dorongan yang tidak dapat diterima. Orang yang dilarang oleh superegonya untuk melakukan kegiatan seksual, mungkin mengurangi konflik dengan menyalurkan energi seksualnya dalam tulisan-tulisan dan lukisan-lukisan, suatu proses yang dikenal dengan sebutan sublimasi. Dalam menjelaskan obsesi dan kompulsi, psikoanalisis mengemukakan bahwa gangguan-gangguan itu disebabkan oleh kekuatan-kekuatan instingtif, yakni dorongan seksual atau

agresif yang tidak bisa dikontrol karena latihan kebersihan (*toilet training*) yang terlalu keras. Dengan demikian, orang tersebut tetap melekat pada tahap anal. Simtom-simtom yang diamati adalah hasil dari perjuangan antara "id" dan mekanisme pertahanan; dan dalam perjuangan tersebut kadang-kadang "id" menjadi dominan, tetapi kadang-kadang yang dominan adalah mekanisme pertahanan. Misalnya, bila pikiran-pikiran obsesif untuk membunuh selalu mengganggu individu, maka kekuatan-kekuatan "id" begitu dominan. Akan tetapi, lebih sering simtom-simtom yang diamati menggambarkan operasi yang berhasil dari salah satu mekanisme pertahanan. Misalnya, individu yang melekat pada tahap anal mungkin dengan reaksi formasi (*reaction formation*) menolak dorongannya terhadap hal yang kotor dan secara kompulsif menjadi rapi, bersih, dan teratur (tertib).

Alfred Adler yang memisahkan diri dari Freud karena ia tidak menerima teori libido Freud dan menempatkan gangguan-gangguan obsesif-kompulsif dalam kerangka teorinya dengan mengemukakan bahwa patologi terjadi apabila anak-anak dicegah untuk mengembangkan perasaan menguasai oleh orang tuanya yang terlalu menguasainya. Karena dibebani oleh kompleks inferioritas, orang-orang mungkin secara tidak sadar menggunakan cara-cara bertingkah laku kompulsif dengan tujuan menguasai suatu bidang kekuasaan dengan sekuat tenaga dan merasa diri cakup dalam bidang itu. Alfred mengemukakan bahwa tindakan yang kompulsif menyebabkan seseorang menguasai sesuatu meskipun hanya menempatkan alat-alat tulis di atas meja saja.



ALFRED ADLER

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 39].

Pengalaman-pengalaman individu ketika berjalan melalui tahap-tahap perkembangan psikoseksual memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan konflik-konflik manakah yang akan terjadi dan bagaimana beratnya konflik-konflik itu. Misalnya, Freud berpendapat bahwa bila seorang ibu bersikap sangat keras terhadap anaknya dan melarang anaknya supaya jangan mengotori dirinya sendiri pada tahap anal, maka dalam kehidupan kemudian anak itu akan mengalami konflik terhadap kebersihan dan kontrol. Kegagalan untuk mengidentifikasi diri dengan salah satu orang tua dalam tahap *phalik* akan menghasilkan "superego" yang sangat lemah; dan dengan demikian, orang tersebut kurang mengalami konflik dan kecemasan. Karena para pengikut Freud berpendapat bahwa konflik-konflik memiliki akar pada pengalaman-pengalaman awal masa kanak-kanak, maka pengalaman-pengalaman ini harus diperiksa dengan teliti dalam usaha untuk mencari penyebab dari kecemasan.

Fobia versus Anxiety States. Gangguan-gangguan fobia telah dijelaskan dalam beberapa cara menurut macam-macam teori psikopatologi (Merckelbach, de Jong, Muris & van den Hout, 1996). Freud adalah orang pertama yang berusaha menjelaskan secara sistematis perkembangan tingkah laku fobia. Menurut Freud, fobia adalah suatu pertahanan terhadap kecemasan yang terjadi karena impuls-impuls "id" ditekan. Kecemasan itu dipindahkan dari impuls "id" yang ditakuti ke suatu objek atau situasi yang memiliki hubungan simbolis dengan kecemasan itu. Objek atau situasi itu — misalnya, lift atau tempat-tempat yang tertutup — kemudian menjadi stimulus fobia. Dengan menghindari stimulus itu, individu juga menghindari penangan konflik-konflik yang ditekan. Fobia itu merupakan cara "ego" mencegah atau menghindari konfrontasi langsung dengan masalah real, suatu konflik masa kanak-kanak yang ditekan. Atau misalnya, apabila seorang individu mengalami konflik dalam mengungkapkan seksualitasnya dan ular berfungsi sebagai simbol *phalik* (penis), maka kecemasan individu mungkin berupa fobia terhadap ular. Melihat seekor ular akan membangkitkan lagi atau meningkatkan konflik dan kecemasan akan bertambah. Fakta bahwa individu yang mengalami fobia terhadap ular akan merasa takut pada seekor ular meskipun dia mengetahui dengan sadar bahwa ular itu tidak berbahaya, merupakan bukti bahwa ketakutan itu timbul dari konflik tak sadar. Apabila kecemasan tidak ada hubungannya dengan objek atau simbol tertentu, maka kecemasan itu pada umumnya menyebar atau mengambang (*free floating*). Akibatnya adalah timbul suatu *anxiety state* yang umum.

Akan tetapi seorang psikoanalisis, yakni Arieti (1979) memiliki pandangan berbeda dengan Freud mengenai fobia. Menurut Arieti, represi adalah suatu masalah interpersonal khusus dari masa kanak-kanak dan bukan masalah impuls "id". Arieti berteori bahwa anak-anak pada mulanya bersih di mana mereka percaya bahwa orang-orang yang dekat dengan mereka melindungi mereka dari bahaya. Akan tetapi kemudian, anak-anak itu mulai merasa takut bahwa orang-orang dewasa — biasanya orang tua mereka — tidak dapat dipercaya. Ketidakpercayaan atau ketakutan umum terhadap orang-orang lain adalah sesuatu yang dirasakan anak-anak bahwa mereka tidak bisa hidup bersama dengan orang lain (orang-orang dewasa). Supaya dapat mempercayai lagi orang lain, anak-anak secara tak sadar mengubah ketakutan terhadap orang lain menjadi ketakutan terhadap objek-objek atau situasi-situasi impersonal.

Analogi Panci. Hubungan antara konflik dan kecemasan dapat dijelaskan dengan analogi panci (*boiler analogy*). Dalam analogi ini, (a) kepribadian adalah panci; (b) konflik adalah panas di bawah panci yang menyebabkan tekanan di dalam panci meningkat; dan (c) kecemasan adalah tekanan di dalam panci. Apabila tingkat panas rendah, maka tekanan di dalam panci juga akan rendah dan tidak

mungkin akan timbul masalah-masalah. Sebaliknya, apabila panas sangat tinggi, maka tekanan di dalam panci akan menjadi sangat tinggi dan sejumlah hal akan terjadi. Salah satu kemungkinan adalah katup dibuka dan tekanan dilepaskan ke dalam sistem yang lain. Pada manusia mungkin dialirkan melalui proses pemindahan (*displacement*). [Misalnya, tegangan karena konflik seksual dapat dilepaskan ke dalam kegiatan kreatif]. Apabila tekanan tidak dilepaskan ke dalam sistem lain, maka bagian-bagian pinggir dari panci itu akan mengalami tekanan yang hebat. Pada manusia, tegangan itu adalah *anxiety state*. Apabila salah satu bagian dari panci itu lemah, maka akan terjadi distorsi (mungkin juga pecah) pada bagian yang lemah. Pada manusia, distorsi yang dilokalisasi itu adalah fobia. Apakah akan terjadi masalah atau tidak, tergantung pada tingkat dari panas (konflik) dan kekuatan dari panci (kepribadian). Sama seperti beberapa panci dapat menahan tekanan yang lebih besar karena panci-panci itu memiliki dinding-dinding yang lebih kuat, maka demikian juga beberapa individu dapat menahan konflik yang lebih hebat karena memiliki kepribadian yang berkembang dengan lebih baik dan pertahanan-pertahanan yang lebih baik.

Pendekatan Belajar

Pendekatan belajar terhadap gangguan-gangguan kecemasan didasarkan pada pengondisian klasik dan pengondisian operan. Pengondisian klasik digunakan untuk menjelaskan perkembangan kecemasan dan pengondisian operan digunakan untuk menjelaskan bermacam-macam tingkah laku yang berhubungan dengan kecemasan.

Perkembangan Kecemasan: Peran dari Pengondisian Klasik. Menurut para ahli teori belajar, kecemasan itu dilihat sebagai respons ketakutan yang terkondisikan secara klasik. Dengan kata lain, mereka mengemukakan bahwa respons ketakutan berpasangan dengan suatu stimulus yang sebelumnya netral dan sebagai akibat dari pasangan (pengondisian) itu, stimulus yang sebelumnya netral sekarang menimbulkan ketakutan. Misalnya, seorang individu yang merasa takut pada waktu berada di dalam lift, sekarang akan menjadi takut ketika berada di dalam atau mendekati lift. Tidak hanya stimulus netral yang asli menimbulkan ketakutan, tetapi juga karena proses generalisasi, stimulus-stimulus lain yang sama dengan stimulus asli juga bisa menimbulkan ketakutan. Orang yang mengalami fobia lift mungkin takut terhadap tempat-tempat lain yang ukurannya kecil atau tertutup.

Respons-respons yang terkondisi secara klasik tidak bisa dikendalikan. Oleh karena itu, orang tidak dapat menghentikan suatu respons ketakutan bila berhadapan dengan stimulus yang terkondisi, meskipun respons ketakutan itu secara objektif tidak dapat dibenarkan. Orang tersebut benar-benar menyadari bahwa ketakutan terhadap lift sama sekali tidak dapat dibenarkan, tetapi karena respons-respons

yang terkondisikan secara klasik tidak dapat dikontrol, maka orang tersebut yang kepadanya lift dan respons ketakutan telah diberi secara berpasangan, akan tetap menjadi takut.

Seorang pemuda yang pergi keluar rumah bersama dengan seorang wanita yang selalu bersikap kritis dan menolaknya mungkin akan menjadi cemas kalau berada dekat dengan wanita itu. Selanjutnya, respons kecemasan mungkin berlaku juga terhadap wanita-wanita yang lain — atau sekurang-kurangnya terhadap wanita-wanita yang berpenampilan dan bergaya sama dengan wanita yang pada mulanya menimbulkan ancaman baginya.

Contoh yang dikemukakan di atas hanya terbatas pada gangguan fobia di mana individu merasa cemas terhadap suatu stimulus tertentu (lift, binatang atau wanita). Akan tetapi, timbul pertanyaan: Apakah pengondisian klasik itu dapat juga digunakan untuk menjelaskan *anxiety states* yang umum (menyeluruh) di mana kecemasan itu kelihatannya mengambang (*free floating*) dan tidak ada kaitannya dengan stimulus tertentu. Para ahli teori belajar mengemukakan bahwa gangguan-gangguan kecemasan yang menyeluruh (umum) itu pada umumnya didasarkan pada fobia-fobia. Dengan kata lain, mereka menolak gagasan bahwa kecemasan itu mengambang; dan sebaliknya, mengemukakan bahwa gangguan kecemasan menyeluruh (umum) sesungguhnya adalah fobia di mana stimulus fobia pada umumnya ada. Seorang pemuda yang menjadi cemas terhadap wanita akan menjadi cemas secara kronis dan mungkin kelihatan menderita gangguan kecemasan umum bila ia berada bersama dengan wanita. Selanjutnya, dengan proses pengondisian yang bertaraf lebih tinggi, kecemasan yang diasosiasikan dengan suatu stimulus fobia dapat diteruskan kepada stimulus-stimulus lain bila stimulus fobia itu berpasangan dengan stimulus-stimulus lain. Dengan demikian, kecemasan dapat diasosiasikan dengan bermacam-macam stimulus yang mengakibatkan kecemasan pervasif dan kronis yang kelihatannya mengambang.

Tetapi, masalah tetap ada dalam model di atas, karena ketakutan-ketakutan dan fobia-fobia tertentu yang diperoleh lewat pengondisian tidak dapat dipegang sebagai bukti bahwa semua ketakutan atau fobia diperoleh dengan cara tersebut. Bukti hanya memperlihatkan kemungkinan bahwa beberapa ketakutan memang dapat diperoleh dengan cara demikian. Seseorang merasa sangat takut untuk mengendarai mobil setelah mengalami suatu kecelakaan yang hebat atau takut menuruni tangga karena pernah jatuh dari tangga. Tetapi, ada beberapa ketakutan atau fobia yang berkembang tanpa sebelumnya mengalami pengalaman yang menakutkan. Misalnya, takut terhadap ular, pesawat terbang, kuman, jarum, dan sebagainya. Dengan demikian, model pengondisian seperti dikemukakan di atas tidak dapat menjelaskan perolehan semua fobia.

Untuk menjawab persoalan di atas, para ahli teori belajar mengemukakan bahwa respons-respons fobia dapat juga dipelajari dengan meniru reaksi-reaksi orang lain. Sejumlah tingkah laku, termasuk respons-respons emosional, mungkin dipelajari dengan mengamati suatu model. Mempelajari reaksi-reaksi fobia dengan mengamati orang-orang lain biasanya disebut *vicarious conditioning* (pengondisian yang terjadi dengan mengamati apa yang dilakukan oleh orang lain). Suatu contoh yang jelas tentang belajar dengan mengamati apa yang dilakukan oleh yang lain adalah penelitian yang dilakukan oleh Mineka dan kawan-kawannya (Cook, *et al.*, 1985; Mineka, *et al.*, 1984). Kera-kera *rhesus* yang masih muda dipelihara bersama orang tua mereka yang sangat takut terhadap ular. Dalam percobaan-percobaan tentang belajar observasi, anak-anak kera itu melihat orang tua mereka berinteraksi dengan penuh ketakutan terhadap ular-ular yang real ada dan ular-ular mainan serta tidak berinteraksi dengan penuh ketakutan dengan objek-objek yang netral. Setelah dilakukan beberapa kali percobaan, ketakutan kera-kera muda itu sama dengan ketakutan yang dialami oleh orang tua mereka. Dan setelah tiga bulan kemudian, ketakutan itu masih tetap dialami oleh kera-kera muda itu.

Memang harus diakui bahwa beberapa fobia menjadi berkembang karena mengamati apa yang dilakukan oleh orang lain. Akan tetapi dengan pengondisian klasik, percobaan-percobaan belajar dengan mengamati apa yang dilakukan oleh orang lain tidak bisa menjadi model yang lengkap untuk semua fobia. *Pertama*, para penderita fobia jarang sekali melaporkan bahwa mereka merasa takut setelah mereka mengamati kesulitan orang lain. *Kedua*, banyak orang mengamati pengalaman-pengalaman buruk orang-orang lain, tetapi mereka sendiri tidak mengembangkan fobia.

Reaksi-reaksi fobia mungkin juga dipelajari berdasarkan akibat-akibat positif yang ditimbulkannya. Respons-respons penghindaran mungkin langsung dihadiah; dan dengan demikian, dipelajari. Misalnya, seorang putri yang ingin bersama dengan orang tuanya mungkin menemukan alasan-alasan sehingga ia tidak pergi ke sekolah. Apabila orang tua menerima alasan-alasannya itu, maka anak itu langsung dihadiah dengan membiarkan anak itu tinggal bersama dengan mereka di rumah. Dalam contoh ini, ketakutan tidak disebut sebagai mediator. Anak tidak pergi ke sekolah hanya karena hal itu menghasilkan hadiah-hadiah yang menyenangkan.

Meskipun beberapa fobia mungkin berkembang karena hadiah yang diberikan oleh lingkungan, tetapi fakta menunjukkan bahwa kehidupan dari beberapa penderita fobia benar-benar terbatas karena kebutuhan mereka yang selalu mendesak untuk menghindari situasi-situasi yang tidak menyakitkan. Dengan demikian, teori yang dikemukakan di atas tidak bisa diterapkan untuk semua fobia.

Selain semua teori yang dikemukakan di atas berbicara tentang perkembangan fobia, juga ada kemungkinan lain bahwa fobia itu berkembang sebagai sarana untuk melindungi individu dari keinginan yang tidak dapat diterima dan tidak disadari. Misalnya, seorang wanita takut pergi keluar rumah sendirian untuk melindungi dirinya terhadap kesempatan untuk mengadakan hubungan seksual di luar perkawinan yang mungkin secara tak sadar diinginkannya. Akhirnya fobia-fobia, terutama yang obsesif, mungkin juga berkembang karena perasaan bersalah atas tingkah laku tertentu yang oleh orang yang bersangkutan dianggap tercela. Misalnya, perasaan takut akan penyakit sifilis adalah reaksi yang umum terhadap perasaan bersalah yang disebabkan karena melakukan tingkah laku seksual yang tidak dapat diterima.

Perkembangan Simtom-Simtom yang Berhubungan dengan Kecemasan:

Peran dari Pengondisian Operan. Banyak gangguan kecemasan juga melibatkan bermacam-macam simtom lain, seperti tingkah laku-tingkah laku menghindar. Para ahli teori belajar menjelaskan simtom-simtom lain ini dengan proses pengondisian operan. Pengondisian operan berjalan seperti berikut: Kecemasan adalah situasi yang tidak menyenangkan; karena itu, individu berusaha sedapat mungkin untuk menghindari atau mengurangnya. Apabila individu melakukan sesuatu yang efektif untuk mengurangi kecemasan (misalnya, menghindari atau melarikan diri dari situasi yang menimbulkan ketakutan), maka dia akan merasa lebih baik. Merasa lebih baik adalah hadiah karena menggunakan respons tersebut. Karena respons yang dihadahi mungkin digunakan lagi, maka pada saat individu merasa cemas, dia akan menggunakan respons itu lagi. Orang yang mengalami fobia lift mengurangi kecemasan bukan dengan menggunakan lift. Bagi para ahli teori belajar, respons-respons tidak tepat yang diasosiasikan dengan gangguan kecemasan hanya merupakan respons-respons yang terkondisikan secara operan yang digunakan oleh orang-orang yang cemas untuk mengurangi kecemasannya.

Dengan penjelasan tersebut di atas, kita dapat mengemukakan bahwa obsesi dan kompulsi adalah tingkah laku yang dipelajari dan diperkuat oleh akibat-akibatnya. Salah satu akibatnya adalah ketakutan yang berkurang. Misalnya, mencuci tangan secara kompulsif dilihat sebagai respons melarikan diri secara operan yang mengurangi ketakutan obsesional terhadap kontaminasi kotoran atau kuman. Demikian juga halnya pengecekan kompulsif mengurangi kecemasan terhadap bahaya yang timbul dan yang akan dihadapi penderita apabila pengecekan tidak dilakukan. Kecemasan dan respons psikofisiologis dapat berkurang dengan tingkah laku tersebut (Carr, 1971). Akan tetapi, penelitian juga memperlihatkan bahwa tidak semua tingkah laku kompulsif mengurangi kecemasan dengan kadar yang sama. Rachman dan Hodgson (1980) melaporkan bahwa penderita-perperti

dengan kompulsi mencuci tangan lebih sering dapat mengurangi kecemasan mereka dibandingkan dengan penderita-penderita yang mengalami kompulsi pengecekan. Bagaimana menjelaskan pikiran-pikiran obsesif? Rachman dan de Silva (1978) telah memperlihatkan bahwa kebanyakan orang biasanya mengalami pikiran-pikiran yang tidak dikehendaki yang isinya sama dengan obsesi. Akan tetapi pada orang-orang normal, pikiran-pikiran ini dibiarkan saja atau dihilangkan; sedangkan pada orang-orang yang menderita obsesi, pikiran-pikiran tersebut mungkin sangat penting dan benar-benar sangat memperhatikannya. Orang-orang yang menderita obsesi mungkin mulai berusaha untuk menekan secara aktif pikiran-pikiran yang mengganggu ini yang akibat-akibatnya tidak menguntungkan mereka.

Wegner dan kawan-kawannya (1987) meneliti apa yang terjadi bila orang-orang disuruh menekan suatu pikiran. Dua kelompok mahasiswa disuruh memikirkan beruang putih atau tidak memikirkannya. Salah satu kelompok mengungkapkan dan kemudian menekannya, sedangkan kelompok lain berbuat sebaliknya. Pikiran-pikiran mereka diukur dengan menyuruh subjek-subjek tersebut mengungkapkan dengan kata-kata apa yang ada di dalam pikiran mereka dengan suara keras dan juga membunyikan bel pada saat mereka berpikir tentang seekor beruang putih. Ada dua penemuan yang sangat penting. *Pertama*, usaha-usaha untuk menekan pikiran-pikiran tersebut tidak sepenuhnya berhasil. *Kedua*, para mahasiswa yang pada mulanya menekan pikiran-pikiran tentang seekor beruang putih memiliki pikiran-pikiran berikutnya yang lebih banyak tentang beruang putih itu khususnya setelah kondisi pikiran-pikiran yang ditekan itu berakhir. Dengan demikian, usaha untuk menekan suatu pikiran mungkin malah menghasilkan akibat terus-menerus memikirkannya.

Pendekatan Kognitif

Dalil dari dasar pendekatan kognitif untuk kecemasan abnormal adalah bahwa kita memiliki kemapanan kognitif (*cognitive sets*) yang menyebabkan kita menafsirkan situasi-situasi yang mengancam; dan dengan demikian, kita memberikan respons dengan kecemasan bila situasi itu tidak tepat.

Kemapanan Kognitif Memperbesar Ancaman. Para ahli teori kognitif mengemukakan bahwa bila berhadapan dengan suatu situasi yang baru, orang-orang yang cenderung mengalami kecemasan dengan sendirinya akan memikirkan hal-hal seperti, "Aku akan bertindak bodoh"; "Aku tidak akan memiliki waktu yang cukup untuk melakukan suatu pekerjaan yang baik"; dan "Aku akan sakit" (Beck & Emery, 1985). Pikiran-pikiran tersebut menyebabkan orang-orang memperbesar ancaman dalam situasi yang dihadapi dengan akibatnya mereka merasa cemas. Para ahli teori kognitif berpendapat bahwa kemapanan kognitif

yang memperbesar ancaman disebabkan oleh pengalaman masa lalu di mana ancaman-ancaman itu benar-benar ada dan sekarang kemapanan itu diterapkan secara tidak tepat. Misalnya, pada waktu masih kanak-kanak dan duduk di Sekolah Dasar, seseorang mungkin tidak mempersiapkan diri dengan baik sehingga sering gagal dalam melakukan tugas. Hal itu akan menyebabkan harapan-harapan (kemapanan mental) tentang kegagalan. Kemudian bila orang itu berada dalam situasi-situasi yang ada hubungannya dengan prestasi lain, harapan-harapan negatif akan dihidupkan lagi, dan orang itu akan mengharapkan kegagalan dan hal-hal tersebut akan menyebabkannya merasa cemas.

Dalam latar belakang teori kognitif ini kita dapat memahami gangguan obsesif-kompulsif. Menurut teori kognitif, orang-orang yang obsesif-kompulsif bila berada dalam suatu situasi yang mungkin mendatangkan hasil yang tidak dikehendaki dan menyakitkan akan melebih-lebihkan kemungkinan bahwa hasil yang menyakitkan akan terjadi. Kemapanan kognitif (*cognitive set*) memaksa atau mengharuskan individu menghindari sumber-sumber dari bahaya; dan dengan demikian, meningkatkan kemungkinan tingkah laku obsesif-kompulsif. Dengan kata lain, orang yang obsesif-kompulsif belajar melakukan pola-pola proses kognitif tertentu yang tidak efektif dan berulang-ulang; meski demikian, memuaskan kebutuhan internal supaya tetap waspada dan bersikap penuh perhatian.

Karena kemapanan yang memperbesar ancaman telah menjadi kebiasaan, maka dalam suatu situasi baru, kemapanan itu digunakan secara otomatis sebelum kita berpeluang untuk menilai secara realistis situasi tersebut. Dengan demikian, segera setelah pola tersebut dimulai, kita menjadi bingung dan kalah sebelum mulai. Dari segi pandangan teori kognitif, orang-orang yang cemas menderita "kemapanan berpikir negatif." Dari segi pandangan pengamat, respons kecemasan kelihatannya tidak tepat dan hal itu disebabkan karena pengamat tidak memahami cara individu yang cemas itu menafsirkan situasi tersebut. Untuk memahami apa yang menyebabkan seorang individu merasa cemas, kita harus memahami pandangan individu tersebut terhadap situasi itu.

Dalam mempertimbangkan penjelasan kognitif ini, kita harus mengetahui bahwa kecemasan itu disebabkan oleh masalah yang menyangkut isi kognitif (stimulus-stimulus dalam situasi itu disalahtafsirkan) dan bukan oleh masalah yang menyangkut proses kognitif (pola-pola berpikir tidak terganggu atau kalut). Ini suatu perbedaan yang penting karena dengan gangguan-gangguan yang kurang berat, seperti kecemasan, masalah-masalah kognitif terbatas pada masalah-masalah yang menyangkut isi; dan ini berbeda dengan gangguan-gangguan yang lebih berat, seperti skizofrenia, masalah-masalah yang dialami adalah menyangkut isi dan proses kognitif. Dengan kata lain, dalam gangguan-gangguan yang kurang berat, seperti

kecemasan, kita menemukan masalah-masalah yang menyangkut apa yang dipikirkan individu, sedangkan dalam gangguan-gangguan yang lebih berat, seperti skizofrenia, kita menemukan masalah-masalah yang menyangkut apa dan bagaimana individu berpikir.

Sebegitu jauh telah dibicarakan mengenai peran yang dimainkan oleh kemapanan kognitif dalam menyebabkan penafsiran-penafsiran yang salah, tetapi perlu dikemukakan juga bahwa kemapanan kognitif bisa berfungsi untuk menutupi informasi yang tidak relevan dan memusatkan perhatian pada informasi yang relevan. Misalnya, apabila Anda merasa lapar (memiliki kemapanan kognitif tentang makanan) pada waktu mengemudikan mobil di jalan, Anda akan memperhatikan semua restoran dan bukannya pompa bensin. Sebaliknya, kalau Anda sudah makan tetapi mobil Anda kehabisan bensin, maka Anda akan memperhatikan semua pompa bensin. Demikian juga halnya dengan orang-orang yang merasa cemas, mereka akan memperhatikan semua ancaman yang akan terjadi dan mengabaikan semua hal yang akan mengubah penafsiran mereka tentang situasi.

Pengaruh-pengaruh dari kemapanan kognitif dapat dilihat pada tingkah laku para mahasiswa yang mengikuti kuliah psikologi abnormal. Dalam kuliah tersebut, mahasiswa mengembangkan kemapanan kognitif untuk memperhatikan tingkah laku abnormal; dan dengan demikian, dia akan memperhatikan hal-hal yang menyangkut tingkah lakunya (dan juga tingkah laku kawan-kawannya) yang sebelumnya tidak pernah diperhatikan dan dia menafsirkan tingkah laku itu secara berbeda.

Pendekatan Fisiologis

Gangguan-gangguan kecemasan telah dianggap sebagai gangguan-gangguan psikologis yang disebabkan oleh konflik-konflik, pengondisian yang tidak tepat, atau kognisi-kognisi yang salah. Akan tetapi, pandangan tersebut sangat bertentangan dengan fakta bahwa obat yang digunakan secara efektif untuk merawat kecemasan adalah diazepam (valium). Apakah diazepam dan obat-obat penenang lainnya menunjukkan bahwa kecemasan sesungguhnya memiliki dasar fisiologis, atau apakah obat-obat itu hanya berfungsi sebagai penolong perawatan psikologis?

Inhibisi Neural yang Tidak Mencukupi. Dalil dari dasar pendekatan fisiologis untuk kecemasan umum adalah kegiatan neurologis yang berlebihan pada daerah otak yang menyebabkan rangsangan emosional itu dialami sebagai kecemasan. Kegiatan neurologis yang berlebihan itu dianggap sebagai akibat dari neuron-neuron inhibitori (penghambat) yang biasanya mengurangi kegiatan neurologis, tidak berfungsi secara adekuat.

Neuron-neuron inhibitori berfungsi untuk mengurangi pembakaran neuron-neuron lain. Terutama pada sinapsis neuron A dan neuron B, mungkin ada neuron inhibitori C dan apabila neuron inhibitori itu terbakar, maka ia melepaskan bahan kimia yang menghambat transmisi sinaptik antara neuron A dan neuron B. Apabila neuron-neuron inhibitori tidak berfungsi secara adekuat, maka kegiatan neurologis antara A dan B akan berjalan tanpa kendali dan mengakibatkan kegiatan (rangsangan) meningkat yang dialami sebagai kecemasan. Berkurangnya fungsi neuron-neuron inhibitori disebabkan oleh merendahnya tingkat neuro-transmitter yang dikenal sebagai GABA (*gamma-amino-butyric acid*); dan dengan demikian, kita menyebut ini sebagai penjelasan GABA untuk kecemasan umum. Oleh karena itu, dikemukakan: (a) Tingkat GABA yang rendah mengakibatkan tingkat kegiatan neuron-neuron inhibitori rendah; (b) Tingkat kegiatan neuron-neuron inhibitori yang rendah mengakibatkan meningkatnya kegiatan-kegiatan neuron-neuron lain pada daerah-daerah otak yang menyebabkan rangsangan; dan (c) Tingkat kegiatan (rangsangan) yang tinggi dialami sebagai kecemasan. Sifat yang mengambang dari kecemasan yang kelihatan dalam *anxiety states* adalah sama seperti yang diharapkan dari tingkat GABA yang rendah.

Bukti untuk penjelasan GABA terhadap kecemasan didasarkan pada pemahaman mengenai pengaruh-pengaruh neurologis dari sekelompok obat yang disebut benzodiazepin yang dianggap efektif untuk mengurangi kecemasan. Karena pengaruh dari obat-obat itu dapat mengurangi kecemasan, maka obat-obat tersebut biasanya disebut obat-obat penenang. Obat benzo-dia-ze-pin yang sangat umum adalah diazepam. Ada sejumlah bukti bahwa benzodiazepin meningkatkan GABA dan mengurangi kecemasan (Bertilsson, 1978; Mao, *et al.*, 1977; Costa & Greengard, 1975; Enna & De France, 1980; Haefely, 1977). Karena benzodiazepin meningkatkan GABA dan mengurangi kecemasan, maka diasumsikan bahwa tingkat GABA yang rendah mengakibatkan kecemasan.

Tingkat Sodium Laktase yang Tinggi dan Serangan-Serangan Panik.

Berkurangnya neuron-neuron inhibitori dipakai sebagai penyebab kecemasan yang meningkat secara kronis seperti yang kelihatan dalam beberapa *anxiety states*. Tetapi, meningkatnya kecemasan yang berlangsung dalam waktu yang singkat dan pengaruhnya yang dirasakan individu sangat kuat seperti yang kelihatan pada serangan-serangan panik mungkin dapat dijelaskan dengan suatu proses fisiologis yang berbeda dengan apa yang dikemukakan di atas.

Pada tahun 1967 ditemukan bahwa penyuntikan sodium laktase menyebabkan serangan-serangan panik pada banyak individu (Pitts & Mc Clure, 1967). Dalam penelitian mengenai pengaruh-pengaruh sodium laktase, orang-orang yang menderita dan tidak menderita serangan-serangan panik dibawa ke laboratorium

untuk disuntik sodium laktase lewat pembuluh darah dalam jangka waktu kira-kira 20 menit. Dalam jangka waktu kira-kira 10 menit, kebanyakan individu yang memiliki sejarah serangan-serangan panik mulai mengalami serangan panik yang berat. Mereka mulai tegang dan sangat takut serta memperlihatkan denyut jantung dan tekanan darah yang meningkat. Ketika suntikan itu dihentikan, serangan-serangan panik itu berkurang dan individu-individu tersebut kembali pada keadaan normal. Perlu diperhatikan bahwa pengaruh-pengaruh ini tidak ditemukan pada individu-individu yang tidak memiliki sejarah serangan-serangan panik.

Bermacam-macam penelitian membuktikan bahwa serangan-serangan panik yang disebabkan oleh suntikan secara fisiologis dan psikologis adalah sama dengan serangan-serangan panik yang terjadi secara spontan (Appleby, *et al.*, 1981; Fink, *et al.*, 1970; Gorman, *et al.*, 1988; Guttmacher, *et al.*, 1983; Kelly, *et al.*, 1971). Juga ditetapkan bahwa serangan-serangan panik yang disebabkan oleh sodium laktase adalah khas bagi individu-individu yang mengalami serangan-serangan panik secara spontan dan serangan-serangan tersebut tidak mungkin terjadi pada individu-individu yang mengalami gangguan kecemasan lain, seperti gangguan-gangguan obsesif-kompulsif dan fobia sosial (Gorman, *et al.*, 1985; Liebowitz, Fyer, *et al.*, 1985).

Dengan uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa sodium laktase berperan dalam serangan-serangan panik. Tetapi, perlu dikemukakan di sini adanya empat kekurangan yang terdapat dalam prosedur ini. *Pertama*, meskipun kita dapat menimbulkan serangan-serangan panik dengan sodium laktase, tetapi kita harus mengakui bahwa kita tidak memahami proses yang menyebabkan terjadinya pengaruh itu (Gorman, 1984). Dikemukakan bahwa suntikan sodium laktase menimbulkan stres, dan stres menimbulkan serangan-serangan itu. Akan tetapi, penjelasan ini telah dibuang karena hasil dari sejumlah percobaan menunjukkan bahwa stres tidak menimbulkan serangan-serangan panik pada penderita-penderita yang memiliki sejarah serangan-serangan panik (Kelly, *et al.*, 1971; Grunhaus, *et al.*, 1983).

Kedua, meskipun peningkatan sodium laktase dengan suntikan menyebabkan serangan-serangan panik, tetapi kita tidak memahami bagaimana dan apa yang menyebabkan peningkatan sodium laktase terjadi di luar laboratorium. Singkatnya, kita tidak mengetahui apakah serangan-serangan panik tersebut disebabkan oleh peningkatan sodium laktase.

Ketiga, tingkat sodium laktase yang tinggi tidak menjelaskan secara lengkap serangan-serangan panik karena suntikan sodium laktase hanya menimbulkan serangan-serangan panik pada individu-individu yang memiliki sejarah serangan-serangan panik yang terjadi secara spontan. Hal ini mengemukakan bahwa individu-

individu tersebut memiliki karakteristik yang unik yang mempredisposisikan mereka terhadap serangan-serangan panik tersebut, tetapi sampai saat ini faktor tersebut tidak pernah diidentifikasi.

Keempat, suntikan sodium laktase tidak menimbulkan serangan-serangan panik pada semua individu yang memiliki sejarah serangan-serangan itu (Gorman, *et al.*, 1985; Liebowitz, Gorman, *et al.*, 1985). Dalam salah satu penelitian, suntikan sodium laktase itu tidak menimbulkan serangan-serangan panik pada 28% penderita. Alasan untuk inkonsistensi ini belum dipahami.

Sebagai kesimpulan dapat dikatakan bahwa suntikan sodium laktase menimbulkan serangan-serangan panik pada kebanyakan individu yang memiliki sejarah serangan-serangan panik. Meskipun pemahaman kita tentang akibat ini jauh dari sempurna, tetapi penemuan-penemuan ini merupakan permulaan yang berharga untuk menjelaskan serangan-serangan panik yang kuat serta terjadi secara mendadak dan sampai saat ini belum dapat dijelaskan.

Pergeseran katup jantung dan kecemasan. Pada awal tahun 1871 dilaporkan bahwa orang-orang yang menderita kecemasan (atau apa yang pada saat itu dinamakan "kepeningan") cenderung mengalami desiran jantung yang tidak normal, yakni bunyi aneh yang terjadi apabila jantung berdenyut (Da Costa, 1871). Hubungan antara kecemasan dan desiran jantung khusus itu dilaporkan oleh sejumlah peneliti dalam beberapa puluh tahun kemudian (Gorman, 1984). Sekarang kita mengetahui bahwa desiran jantung yang ditemukan pada para penderita yang merasa cemas disebabkan oleh katup jantung (katup yang biasanya menghentikan darah dari bilik jantung kiri mengalir kembali ke jantung kiri) tergeser sehingga terjadi aliran darah yang kembali berbalik. Dengan kata lain, dengan bergesernya katup jantung itu, maka bila bilik jantung kiri berkontraksi, ada darah yang mengalir kembali ke bilik jantung dan bukan ke urat nadi serta ke bagian-bagian tubuh lainnya. Suara darah yang mengalir kembali ke bilik jantung itu adalah desiran jantung.

Pergeseran katup jantung didiagnosis pada 40 dari 50% orang-orang yang merasa cemas, tetapi hanya pada 5 dari 20% penduduk yang normal. Meskipun hubungan antara pergeseran katup jantung dan kecemasan sangat kuat, tetapi pada saat ini kita tidak memahami hubungan itu. Ada kemungkinan bahwa simtom-simtom yang ada hubungannya dengan masalah-masalah katup jantung (jantung yang berdenyut dengan cepat, sakit pada dada, dan napas pendek) menyebabkan kecemasan atau juga ada kemungkinan denyut jantung yang cepat itu yang ada hubungannya dengan kecemasan mungkin menyebabkan gangguan-gangguan pada katup jantung. Apakah katup jantung itu penting atau tidak untuk memahami kecemasan akan ditentukan oleh penelitian pada masa yang akan datang.

Interaksi Faktor-Faktor Fisiologis dan Pengondisian dalam Fobia.

Kelihatan bahwa tingkat GABA yang tinggi dapat menjelaskan kecemasan kronis yang mengambang seperti yang terlihat dalam *anxiety states* dan tingkat sodium laktase yang tinggi dapat menjelaskan kecemasan akut yang mengambang seperti yang terlihat dalam serangan-serangan panik. Sekarang kita bertanya: Apakah faktor-faktor fisiologis dapat juga digunakan untuk menjelaskan kecemasan terhadap stimulus khusus seperti yang terlihat dalam gangguan-gangguan fobia? Jawabannya bisa "tidak", tetapi juga bisa "ya". Dikatakan "tidak" karena tingkat GABA atau sodium laktase itu sendiri tidak dapat digunakan untuk menjelaskan ketakutan-ketakutan atau kecemasan-kecemasan khusus karena tidak ada alasan untuk mengemukakan bahwa faktor-faktor biokimiawi ini akan berubah secara mendadak bila berhadapan dengan seekor ular atau sebuah tempat yang ukurannya kecil. Tetapi, ada kemungkinan bahwa orang-orang dengan tingkat GABA yang rendah lebih peka terhadap pengondisian klasik dan pengondisian tersebut dapat menimbulkan asosiasi ketakutan terhadap stimulus-stimulus khusus.

Tingkat GABA yang rendah dapat ikut menyebabkan pengondisian klasik dalam dua cara. *Pertama*, orang-orang dengan tingkat GABA yang rendah dengan akibatnya tingkat rangsangan neurologis yang lebih tinggi mungkin lebih mudah dikondisikan karena tingkat rangsangan yang lebih tinggi itu. *Kedua*, ada kemungkinan bahwa orang-orang dengan tingkat rangsangan yang pada umumnya tinggi memiliki kemungkinan lebih besar untuk memberikan respons dengan ketakutan bila berhadapan dengan stimulus-stimulus yang secara potensial menimbulkan ketakutan. Dengan demikian, orang yang terlalu terangsang mungkin lebih mudah takut. Apabila mereka lebih mudah mengalami ketakutan, maka lebih mudah juga ketakutan akan berpasangan dengan suatu stimulus; dan dengan demikian, lebih mudah juga pengondisian klasik akan terjadi.

Serangan-serangan panik yang disebabkan oleh faktor-faktor fisiologis dapat juga dilibatkan dalam pengondisian klasik terhadap fobia. Apabila suatu serangan panik terjadi dalam kombinasi dengan suatu stimulus khusus, seperti berada di luar rumah atau berada di tengah orang banyak, maka ketakutan yang disebabkan oleh serangan panik itu mungkin diasosiasikan dengan stimulus tersebut dan kemudian stimulus itu sendiri akan menimbulkan ketakutan. Berhubungan dengan kemungkinan tersebut, ada suatu diagnosis khusus terhadap gangguan panik dengan agorafobia yang digunakan untuk orang-orang yang takut pergi ke tempat-tempat umum karena mereka mengalami serangan-serangan panik di sana.

Dasar Genetik. Dari apa yang diuraikan di atas, jelas bahwa faktor-faktor fisiologis, seperti GABA dan sodium laktase dapat menyebabkan gangguan-gangguan kecemasan itu sendiri atau dapat bekerja sama dalam kombinasi dengan

pengondisian untuk menimbulkan gangguan tersebut. Tetapi, apa yang dikemukakan itu tidak menjawab secara lengkap pertanyaan tentang apa yang menyebabkan kecemasan, karena sekarang kita bertanya apa yang menyebabkan faktor-faktor fisiologis tidak seimbang pada beberapa individu sedangkan pada individu-individu lain seimbang. Salah satu penjelasannya adalah bahwa perbedaan dalam faktor-faktor fisiologis disebabkan oleh perbedaan-perbedaan genetik. Dengan demikian, secara khusus akan dibicarakan kemungkinan tersebut.

1. *Penelitian tentang Keluarga.* Apabila sanak-saudara biologis dari orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kecemasan memiliki prevalensi yang lebih tinggi dalam gangguan-gangguan kecemasan dibandingkan dengan orang-orang dalam masyarakat pada umumnya, maka ada kemungkinan bahwa konkordansi gangguan-gangguan itu disebabkan karena memiliki gen-gen yang sama. Prevalensi gangguan-gangguan kecemasan di kalangan sanak saudara biologis dari orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kecemasan diteliti dalam bermacam-macam penelitian dengan hasilnya adalah bahwa prevalensinya ternyata jauh lebih tinggi dibandingkan dengan yang terdapat dalam penduduk pada umumnya (rata-rata 20% versus 4%; Carey, 1982). Dari hasil penelitian itu dapat disimpulkan bahwa mungkin ada suatu dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan.

Penemuan *kedua* adalah sanak saudara tingkat pertama (orang tua, adik atau kakak laki-laki atau perempuan, atau anak-anak) dari orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kecemasan memiliki prevalensi gangguan-gangguan kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan sanak saudara tingkat kedua (kakek dan nenek, bibi, paman, kakak atau adik dari satu ayah atau dari satu ibu; 23% versus 7%). Hal tersebut penting karena para penderita dari sanak saudara tingkat pertama memiliki lebih banyak gen yang sama dibandingkan dengan penderita dari sanak saudara tingkat kedua. Dengan demikian, apabila ada suatu dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan, maka dapat diharapkan angka konkordansi lebih tinggi pada sanak saudara tingkat pertama dibandingkan dengan angka konkordansi dari sanak saudara tingkat kedua. *Ketiga*, ditemukan bahwa di kalangan sanak saudara dari orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan kecemasan angka prevalensi untuk wanita adalah dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi untuk pria (23% versus 11%). Angka konkordansi lebih tinggi untuk wanita mungkin dapat ditafsirkan dengan mengemukakan bahwa dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan ada kaitannya dengan jenis kelamin.

Meskipun penelitian-penelitian mengenai keluarga mendukung dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan, tetapi kesimpulan-kesimpulan yang

pasti tidak dapat ditarik dari penelitian-penelitian tersebut karena penelitian-penelitian itu tidak menetapkan peran dari faktor-faktor interpersonal dalam perkembangan gangguan-gangguan kecemasan. Ada kemungkinan bahwa prevalensi gangguan-gangguan kecemasan lebih tinggi pada para penderita dari sanak saudara tingkat pertama dibandingkan dengan para penderita dari sanak saudara tingkat kedua mungkin tidak disebabkan oleh karena memiliki gen yang sama, tetapi disebabkan oleh karena memiliki pengalaman-pengalaman dan lingkungan-lingkungan yang sama.

2. *Penelitian Saudara Kembar*. Sumbangan genetik yang potensial untuk perkembangan gangguan-gangguan kecemasan juga diteliti dengan membandingkan angka konkordansi gangguan-gangguan kecemasan pada saudara kembar identik (MZ) dan pada saudara kembar bersaudara (DZ). Apabila ada suatu dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan, maka diharapkan angka konkordansi pada saudara kembar identik (MZ) yang memiliki gen yang sama adalah lebih tinggi dibandingkan dengan pada saudara kembar bersaudara (DZ) yang memiliki sejumlah gen yang berbeda. Angka konkordansi pada saudara kembar untuk gangguan-gangguan kecemasan diteliti dalam tiga penelitian dan masing-masing penelitian memperlihatkan bahwa angka konkordansi adalah lebih tinggi pada saudara kembar identik (MZ) dibandingkan dengan yang terdapat pada saudara kembar bersaudara (DZ) (Slater & Shields, 1969; Torgersen, 1979, 1983). Untuk masing-masing penelitian itu, angka konkordansi untuk saudara kembar identik (MZ) adalah 41%, 30%, dan 34%; sedangkan untuk saudara kembar bersaudara (DZ) hanya 4%, 9%, dan 17%. Dalam salah satu penelitian di mana angka konkordansi dibandingkan untuk tipe gangguan-gangguan kecemasan yang berbeda-beda, ditemukan bahwa angka konkordansi adalah lebih tinggi untuk gangguan panik dan agorafobia dengan serangan-serangan panik dibandingkan untuk gangguan kecemasan umum (Torgersen, 1983).

Selanjutnya, angka konkordansi untuk gangguan-gangguan kecemasan obsesif-kompulsif juga diteliti pada saudara kembar identik (MZ) dan saudara kembar bersaudara (DZ) (Turner, *et al.*, 1985, 434). Pada pasangan kembar identik (MZ) angka konkordansi rata-rata 68%; sedangkan pada pasangan kembar bersaudara (DZ) hanya 15%. Hasil-hasil itu menunjukkan dengan jelas adanya suatu dasar genetik untuk gangguan tersebut.

Penelitian-penelitian keluarga dan saudara kembar memberikan bukti yang konsisten dan menunjukkan bahwa ada suatu dasar genetik untuk gangguan-gangguan kecemasan. Akan tetapi, dalam mempertimbangkan penemuan-penemuan

ini harus disadari bahwa angka konkordansi tidak 100%; dan dengan demikian, faktor-faktor selain gen harus ikut juga menyebabkan gangguan-gangguan tersebut.

Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Para ahli teori humanistik berpendapat bahwa kecemasan akan berkembang bila tidak ada kesesuaian antara tingkat fungsi kepribadian sekarang dengan tingkat fungsi kepribadian lebih tinggi yang dicita-citakan (aktualisasi-diri). Dengan kata lain, kecemasan itu disebabkan oleh perbedaan antara diri yang sekarang dan diri yang ideal (*current self versus ideal self*). Salah seorang mahasiswa yang merasa sangat cemas mengeluh, "Aku tidak pernah mencapai potensi pribadiku. Aku tampaknya tidak mampu menjadi baik sebagaimana mestinya. Aku selalu merasa cemas tentang apa yang menyebabkan aku tidak berhasil mengerjakan sesuatu dengan baik. Hal itu benar-benar membuat aku merasa cemas." Penjelasan ini didukung oleh hasil-hasil dari sejumlah penelitian di mana orang-orang diminta untuk mengikuti tes kepribadian sebanyak dua kali. Tes yang pertama menunjukkan mereka sesungguhnya seperti apa; dan tes yang kedua menunjukkan mereka ingin menjadi bagaimana atau seharusnya menjadi bagaimana. Perbedaan-perbedaan antara skor "adalah" dan "seharusnya" lebih besar untuk orang-orang yang merasa cemas daripada orang-orang yang tidak merasa cemas (Rogers, 1961).

Karena benar-benar merasa cemas tentang ketidakcocokan antara diri yang sekarang dan diri yang ideal, maka individu tidak dapat menggunakan energi untuk mengurangi ketidakcocokan itu dan mencapai aktualisasi-diri. Karena tertancap pada titik perkembangan yang tidak memuaskan, maka orang tersebut tetap merasa cemas. Masalah tersebut adalah sirkuler: Ketidakcocokan diri yang sekarang versus diri yang ideal menyebabkan kecemasan, kecemasan mendahului usaha untuk mengurangi ketidakcocokan, dan ketidakcocokan secara terus-menerus menyebabkan kecemasan. Karena selalu berputar keliling, maka kecemasan meningkat. Dari segi pandangan ini, kecemasan disebabkan oleh kegagalan dalam mencapai tujuan aktualisasi-diri.

Para ahli teori eksistensial mengambil pendirian yang sedikit berbeda dan menitikberatkan peran dari tanggung jawab dan kebebasan memilih dalam menyebabkan kecemasan. Untuk menjadi orang yang sejati dan tidak jatuh ke dalam keadaan ketiadaan yang pasif dibutuhkan adanya sikap bertanggung jawab untuk dirinya sendiri, membuat pilihan-pilihan yang penting tentang arah-arrah yang harus diambil dalam kehidupannya sendiri. Ahli filsafat eksistensial, Jean Paul Sartre, berkata, "Aku adalah pilihan-pilihanku," dan bila kita adalah hasil dari pilihan-pilihan kita, maka harus membuat pilihan-pilihan dapat menimbulkan kecemasan. Menentukan masa depan Anda (misalnya, bidang studi apakah yang harus Anda

Neurosis (Psychoneurosis)

ambil apabila Anda akan menikah) merupakan pilihan-pilihan utama dan dapat menimbulkan kecemasan. Akan tetapi, pilihan-pilihan yang sekalipun tampak kecil tetap dapat mengubah perjalanan hidup Anda. Dalam sanjak Robert Frost, "The Road Not Taken," dia berpikir tentang bagaimana kalau dia secara kebetulan sampai pada jalan yang bercabang, dia memakai cabang yang satu dan bukan cabang yang lain, "Dan hal itu telah mempengaruhi seluruh keadaan." Apabila Anda terus-menerus berbicara mengenai semua pilihan dan implikasi-implikasinya, maka Anda dapat berada dalam keadaan cemas. Secara singkat dapat dikatakan, untuk para humanis, kecemasan disebabkan oleh kegagalan dalam mencapai aktualisasi-diri; sedangkan untuk para eksistensialis, kecemasan disebabkan oleh masalah-masalah dan tanggung jawab untuk mencapai tujuan.

Tidak diragukan bahwa kelemahan-kelemahan dan pilihan-pilihan pribadi merupakan sumber kecemasan. Akan tetapi, timbul pertanyaan: Apakah faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan tingkat-tingkat kecemasan yang hebat, tidak dapat dikontrol, dan melemahkan seperti yang kelihatan pada gangguan-gangguan kecemasan?

Perawatan

Dalam bagian ini akan dikemukakan teknik-teknik yang digunakan untuk merawat gangguan-gangguan kecemasan. Cara bagaimana gangguan-gangguan ini dirawat biasanya tergantung pada penyebab dari gangguan itu. Apabila gangguan ini disebabkan oleh konflik, maka perawatan dipusatkan pada pemecahan konflik, tetapi bila gangguan itu disebabkan oleh ketidakseimbangan fisiologis, maka perawatan dirancang untuk memperbaiki ketidakseimbangan itu. Karena ada pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, pendekatan kognitif, dan pendekatan fisiologis untuk masing-masing gangguan, maka akan dikemukakan perawatan dari masing-masing pendekatan ini.

Pendekatan Psikodinamik

Para ahli teori psikodinamik berpendapat bahwa kecemasan disebabkan oleh konflik-konflik yang belum terpecahkan; dan dengan demikian, para terapis psikodinamik merawat kecemasan dengan membantu pasien mereka mengidentifikasi dan memecahkan konflik-konflik. Dengan kata lain, tujuan perawatan pendekatan psikodinamik adalah membantu pasien mengembangkan pemahaman-pemahaman mengenai penyebab dari kecemasan; dan diasumsikan bahwa pemahaman-pemahaman itu akan menghasilkan perubahan tingkah laku.

Para terapis yang berorientasi psikodinamik sangat berbeda-beda menurut tipe-tipe konflik yang menjadi pusat perhatian mereka (misalnya konflik seksual, intrapersonal, interpersonal, dan sosial) dan teknik-teknik terapeutik yang digunakan mereka. Akibatnya ialah sulit sekali menggeneralisasikan psikoterapi psikodinamik. Akan tetapi pada umumnya, perawatan psikodinamik dapat dibagi ke dalam dua kelompok, yakni teknik-teknik terapi yang dikembangkan oleh Freud; dan teknik-teknik yang kemudian dikembangkan dan pada umumnya disebut psikoterapi. Tetapi, perlu diperhatikan bahwa istilah psikoterapi sering digunakan untuk menyebut semua perawatan psikologis (misalnya psikoanalisis, pendekatan-pendekatan psikodinamik lain, dan juga pendekatan belajar serta pendekatan kognitif terhadap perawatan). Akan tetapi, istilah psikoterapi yang digunakan di sini adalah perawatan psikodinamik selain psikoanalisis, dan nanti juga akan disebut secara khusus pendekatan-pendekatan lain (misalnya pendekatan belajar, pendekatan kognitif, dan sebagainya).

Psikoanalisis. Pengalaman-pengalaman Freud dalam merawat para pasien menjadikannya menarik kesimpulan bahwa kecemasan disebabkan oleh konflik-konflik yang mendasar; dan satu-satunya cara untuk menghilangkan kecemasan itu adalah memecahkan konflik-konflik tersebut. Dengan demikian, tugas utama psikoanalisis adalah menemukan konflik-konflik apakah yang menyebabkan kecemasan pasien. Akan tetapi, usaha untuk mencari konflik-konflik itu dihambat oleh dua faktor. *Pertama*, konflik-konflik itu biasanya berakar pada awal masa kanak-kanak, dengan demikian ditutupi oleh banyak lapisan pengalaman; dan *kedua*, konflik-konflik itu adalah tak sadar. Dikatakan tak sadar karena dalam usaha untuk mengurangi kecemasan, konflik-konflik itu telah direpresikan; dan dengan demikian, hilang dari kesadaran.

Proses psikoanalisis berlangsung lama dan biasanya membutuhkan 3 atau 4 sesi analitik setiap minggu untuk suatu jangka waktu 2 atau 3 tahun atau bahkan juga bisa lebih lama lagi. Selama sesi-sesi analitik, pasien berbaring di atas tempat tidur. Terapis yang disebut psikoanalisis, biasa disebut analis, duduk di belakang pasien supaya tidak mengganggu pasien. Secara tradisional, analis memainkan peran yang pasif dan tidak melakukan sesuatu selain hanya menunjukkan kesamaan dan perbedaan dalam perasaan-perasaan atau pengalaman-pengalaman yang mungkin perlu diperhatikan lebih lanjut oleh pasien. Kadang-kadang analis memberikan penafsiran untuk membantu pasien mencapai pemahaman tentang suatu konflik. Untuk mengungkapkan konflik-konflik di alam bawah sadar itu, psikoanalisis semata-mata bersandar pada asosiasi bebas, penafsiran mimpi, resistensi dan transferensi (Psikoanalisis dan teknik-tekniknya akan diuraikan lebih lanjut dalam Bab 17 yang berbicara tentang "proses terapi").

Psikoterapi. Minat kepada psikoanalisis berkurang secara drastis dalam beberapa puluh tahun terakhir. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal: (a) Teori-teori Freud yang menjadi dasar psikoanalisis sekarang kurang populer dibandingkan pada masa lampau; (b) Muncul banyak pertanyaan yang dikemukakan sehubungan dengan efektivitas dari prosesnya; dan (c) Meskipun orang menerima teori Freud dan berpendapat bahwa psikoanalisis adalah efektif, tetapi untuk kebanyakan orang dewasa ini, psikoanalisis bukan merupakan suatu teknik yang praktis selain karena waktu yang dibutuhkan untuk menggunakan teknik tersebut dalam suatu terapi terlalu lama, biayanya pun juga mahal.

Dewasa ini dikembangkan beberapa bentuk psikoterapi yang berbeda dengan psikoanalisis, tetapi sama antara yang satu dengan yang lainnya dalam hal: (a) Pasien duduk serta berbicara dengan terapis dan bukan berbaring di atas dipan dan berasosiasi bebas; (b) Waktu yang dibutuhkan tidak berlangsung selama bertahun-tahun dan biasanya hanya terbatas pada satu sesi per minggu; (c) Terapis biasanya lebih aktif dibandingkan dengan analis, dan ada kemungkinan besar bahwa sifat dari perawatan dipengaruhi oleh gaya interpersonal terapis; serta (d) Pasien mungkin ditemui secara individual (terapi individual) atau dalam suatu kelompok kecil yang terdiri dari 4 atau 5 pasien (terapi kelompok).

Meskipun ada banyak perbedaan antara psikoanalisis dan psikoterapi, tetapi ada beberapa kesamaan karena elemen-elemen psikoanalisis disadur untuk digunakan dalam psikoterapi. Misalnya, psikoterapis mungkin menunjukkan dan menafsirkan asosiasi-asosiasi yang relevan (misalnya, "Menarik bahwa ketika saja Anda merasa cemas, Anda mulai berbicara tentang ayah Anda. Mungkin ada suatu hubungan di sana?"). Transferensi juga berperan dalam banyak bentuk psikoterapi sehingga ada kemungkinan pasien mengidentifikasi dan mengerjakan masalah-masalah yang dihadapinya melalui hubungan dengan terapis.

Dalam berbicara mengenai psikoterapi, perhatian akan dipusatkan pada dua dimensi utama yang menyebabkan munculnya perbedaan bermacam-macam psikoterapi. Meskipun akan dibicarakan pandangan yang ekstrem dari kedua dimensi itu, tetapi ada kemungkinan juga kebanyakan psikoterapis mengambil pendirian di antara kedua pandangan yang ekstrem itu dan menggunakan ide-ide dari kedua kutub pandangan yang ekstrem itu.

1. *Masalah-masalah internal versus eksternal.* Para psikoterapis tradisional berpendapat bahwa kecemasan disebabkan oleh masalah yang ada dalam diri pasien (misalnya, konflik yang belum dipecahkan) dan mereka memusatkan perhatian pada usaha untuk membantu pasien mengidentifikasi dan memperbaiki masalah itu. Pendekatan ini sama dengan yang digunakan dalam

psikoanalisis, tetapi berbeda dari psikoanalisis karena masalah tersebut tidak perlu dianggap sebagai sesuatu yang berakar pada awal masa kanak-kanak, dan psikoterapis mengambil langkah yang lebih langsung dan lebih aktif untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah itu.

Para psikoterapis lain berpendapat bahwa kecemasan itu terjadi karena kebaikan dan kemampuan yang melekat pada diri pasien untuk tumbuh secara emosional telah dilumpuhkan oleh paksaan-paksaan atau kendala-kendala psikososial (misalnya, tidak ada suasana yang membantu perkembangan). Pendirian ini pertama-tama dikembangkan oleh para psikoterapis humanistik, dan suatu bentuk yang terkenal dari tipe psikoterapi ini adalah psikoterapi atau *client-centered* (Rogers, 1951). Tujuan dari psikoterapis yang berorientasi *person-centered* adalah menciptakan suatu lingkungan interpersonal yang bisa membantu pasien untuk tumbuh dan berkembang. Untuk menciptakan suatu lingkungan interpersonal, terapis memperlengkapi pasien dengan penghargaan positif tanpa syarat dan pemahaman empati yang tulus. Dengan kata lain, terapis menerima pasien tanpa bersikap kritis, sebagai seorang individu yang pada dasarnya baik dan berusaha merasakan dan memahami apa yang dialami pasien. Selanjutnya, terapis mengemukakan reaksi-reaksi, perasaan-perasaan, dan pengalaman-pengalaman pribadinya sehingga dia menjadi seorang individu yang "sejati" bagi pasien. Hal tersebut sangat berbeda dengan peran yang dimainkan oleh para terapis tradisional yang berfungsi sebagai individu-individu yang anonim bagi pasien. Suasana menerima, memahami, serta mengemukakan reaksi-reaksi, perasaan-perasaan, dan pengalaman-pengalaman pribadi terapis sendiri memungkinkan kekuatan dan sifat-sifat yang ada di dalam diri pasien muncul ke permukaan sehingga akan terjadi pertumbuhan pribadi pasien dan kecemasan akan hilang.

2. *Masa lampau versus masa sekarang.* Kebanyakan psikoterapis berpendapat bahwa kecemasan-kecemasan sekarang berasal dari pengalaman-pengalaman masa lampau pasien. Ini sama dengan pandangan para psikoanalisis, tetapi tidak ekstrem karena tidak perlu diasumsikan bahwa masalah-masalah itu tidak perlu berakar pada masa bayi atau awal masa kanak-kanak. Karena pandangan bahwa kecemasan-kecemasan sekarang berasal dari masalah-masalah pada masa lampau, maka sebagian besar waktu dalam psikoterapi digunakan untuk membicarakan pengalaman-pengalaman masa lampau.

Para psikoterapis lain mengabaikan masa lampau dan memusatkan perhatian pada masa sekarang ("kini" dan "di sini"). Para psikoterapis ini tidak menyangkal bahwa masalah-masalah para pasien mereka mungkin merupakan produk masa lampau, tetapi mereka mengemukakan bahwa para pasien tidak boleh

menjadi budak dari masa lampau maupun untuk masa depan. Seperti salah seorang penganjur pendekatan ini mengemukakan, "Masa lampau tidak ada lagi dan masa depan belum ada, yang ada hanyalah masa sekarang." (Perls, 1970:4). Para psikoterapis ini berusaha menghilangkan kecemasan kalau pasien mengenal, mengakui, dan menerima keinginan, kebutuhan, ambisi, dan ketakutan. Gagasannya adalah bahwa pasien akan menjadi kurang cemas apabila dia dapat mengintegrasikan bermacam-macam aspek kepribadiannya ke dalam suatu keseluruhan yang bermakna. Tujuannya adalah untuk mempersatukan tindakan pasien sekarang.

Perawatan obsesi dan kompulsi dalam pandangan psikoanalitik sama dengan perawatan terhadap fobia dan kecemasan, yakni menghilangkan represi dan membiarkan pasien berkonfrontasi dengan apa yang ditakuti. Kegagalan dari prosedur-prosedur psikoanalitik mendorong beberapa analis untuk menganjurkan suatu pendekatan yang lebih berorientasi pada tindakan terhadap gangguan-gangguan ini. Salzman (1980), misalnya, memperingatkan bahwa asosiasi bebas hanya memperkuat obsesionalisme pasien; karena itu, dia mengemukakan bahwa analis harus lebih direktif dalam memimpin pembicaraan-pembicaraan. Ia mengemukakan hipotesis bahwa keraguan yang tampak dalam diri orang-orang yang obsesif-kompulsif disebabkan oleh kebutuhan akan jaminan kebenaran sebelum diambil suatu tindakan (Salzman, 1985). Ia menganjurkan juga supaya analis mendorong penderita untuk meninggalkan pertahanan ego yang bertindak secara kompulsif. Akan tetapi, fokus terakhir dari perawatan ini adalah pemahaman akan faktor-faktor yang tak sadar.

Pendekatan Belajar

Dalam pembicaraan sebelumnya dikemukakan bahwa kecemasan adalah suatu respons ketakutan yang terkondisi secara klasik dan gangguan-gangguan kecemasan terjadi bila respons ketakutan itu diasosiasikan dengan suatu stimulus yang seharusnya tidak menimbulkan ketakutan. Misalnya, agorafobia terjadi apabila ketakutan berpasangan dengan stimulus berada jauh dari rumah, maka menimbulkan ketakutan. Karena kecemasan dilihat sebagai akibat dari pengondisian yang tidak tepat dari suatu respons ketakutan, maka pendekatan belajar terhadap terapi adalah memperbaiki pengondisian yang tidak tepat itu. Dan hal ini dapat dilakukan dengan menghapus respons ketakutan, menghambat respons ketakutan, atau belajar untuk relaks. Dalam uraian berikut akan dikemukakan tiga strategi ini.

Pendekatan belajar didasarkan pada gagasan bahwa tegangan fisiologis adalah penyebab dari kecemasan kognitif. Dengan kata lain, para ahli teori belajar mengasumsikan bahwa kita merasa cemas karena jantung kita berdenyut dengan cepat,

bukan jantung kita berdenyut dengan cepat karena kita merasa cemas. Hubungan itu mungkin berlangsung dalam dua cara. Apabila Anda tiba-tiba berhadapan dengan seekor ular berbisa, Anda mungkin mulai merasa cemas tentang apa yang akan terjadi dengan diri Anda dan denyut jantung Anda akan bertambah (meningkat). Dalam kasus tersebut, pikiran Anda akan mempengaruhi respons-respons fisiologis Anda. Sebaliknya, apabila Anda diberikan obat yang meningkatkan denyut jantung Anda, Anda mungkin merasa cemas. Dengan demikian, respons-respons fisiologis akan mempengaruhi pikiran-pikiran Anda. Para terapis yang menggunakan pendekatan belajar terhadap terapi tidak menyangkal pengaruh dari pikiran-pikiran mengenai kecemasan, tetapi mereka hanya berfokus pada rangsangan fisiologis karena mereka berpendapat bahwa rangsangan fisiologis itu adalah penyebab kecemasan yang lebih penting dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan pikiran. Dengan penjelasan ini, sekarang akan dikemukakan tiga strategi untuk mereduksi kecemasan yang bertolak dari pendekatan belajar.

Penghapusan Kecemasan. Salah satu cara untuk menghilangkan respons kecemasan yang terkondisi secara klasik adalah melalui proses penghapusan (*extinction*). Penghapusan terjadi bila stimulus yang ditakuti (stimulus yang terkondisi) berulang-ulang diberikan dan tidak ada alasan untuk ditakuti (stimulus yang tidak terkondisi). Misalnya, bila seorang individu yang menderita ketakutan yang terkondisi secara klasik terhadap anjing berulang-ulang diusahakan untuk mendekati anjing-anjing yang jinak dan tidak menggigit, maka ketakutan yang diasosiasikan dengan anjing pada akhirnya akan terhapus. Bila menggunakan penghapusan sebagai strategi terapi, individu yang menderita fobia diekspos berulang-ulang pada stimulus yang ditakuti. Karena pengeksposan kepada stimulus yang mula-mula ditakuti menyebabkan individu dilanda kecemasan, maka teknik terapi ini sering disebut *flooding* (Emmelkamp, 1986). Teknik ini disebut juga terapi implosi (*implosion therapy*) (Stampfl & Lewis, 1967, 1968). (Implosi [*mmplosion*] adalah memasukkan tekanan secara tiba-tiba; dan dalam hal ini implosi adalah kecemasan yang meningkat secara mendadak bila individu diekspos kepada stimulus yang ditakuti).

Individu mungkin diekspos kepada stimulus yang ditakuti secara real (misalnya, individu yang merasakan ketakutan akan tempat-tempat yang tinggi mungkin ditempatkan pada puncak dari suatu gedung yang tinggi) atau mungkin dia disuruh untuk membayangkan stimulus yang ditakuti (misalnya, disuruh untuk membayangkan berada pada puncak dari suatu gedung yang tinggi). Pengeksposan aktual terhadap stimulus yang ditakuti disebut *in vivo exposure*; sedangkan membayangkan stimulus yang ditakuti disebut *in vitro exposure*. *In vivo exposure* berarti individu mengalami situasi yang ditakuti secara aktual dan bukan membayangkan-

nya dengan pengarahan terapis. *In vivo exposure* mungkin dilakukan secara bertahap mulai dari stimulus dengan tingkat intensitasnya rendah atau dengan mengekspos pasien secara mendadak kepada stimulus yang tingkat intensitasnya tinggi dan lama (*flooding*).

Perawatan terhadap seorang pasien yang takut akan kontaminasi karena menyentuh cairan-cairan tubuh orang lain mungkin dihadapkan secara bertahap terhadap cairan-cairan itu. Dalam pertemuan awal terapi, pasien mungkin disuruh menyentuh tombol pintu kamar mandi yang dipakai untuk umum. Dalam pertemuan-pertemuan selanjutnya, pasien disuruh menyentuh keringat orang lain dan menyentuh tempat duduk di kamar mandi. Meskipun hal ini tidak menyenangkan, tetapi teknik ini sangat efektif dalam merawat orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan obsesif-kompulsif. Dengan pendekatan ini, pasien ditempatkan pada suatu situasi real yang ditakuti dan tingkah laku obsesif-kompulsif dihalangi (Turner & Beidel, 1988).

Banyak percobaan membuktikan efektivitas dari pengeksposan untuk mereduksikan atau menghapus ketakutan-ketakutan (Emmelkamp, 1982, 1986). Hasil-hasil dari salah satu percobaan menunjukkan bahwa pengeksposan adalah efektif sama seperti obat (imipramin) untuk mereduksikan agorafobia (Mavissakalian & Michelson, 1983). Pada percobaan tersebut para pasien ditugaskan entah untuk: (a) kondisi pengeksposan di mana mereka menerima *in vivo exposure* terhadap tempat-tempat yang terbuka, seperti pusat-pusat perbelanjaan yang luas; (b) kondisi obat di mana mereka menerima obat yang efektif untuk mereduksikan agorafobia; (c) kondisi pengeksposan ditambah dengan obat di mana mereka menerima baik pengeksposan maupun obat; atau (d) kondisi kontrol di mana para pasien itu membicarakan masalah-masalah mereka. Kecemasan diukur sesudah 1, 2, atau 3 bulan terapi. Ketiga tipe perawatan itu efektif untuk mereduksikan kecemasan dan lebih efektif daripada kondisi kontrol.

Pengeksposan juga dinyatakan lebih efektif daripada beberapa terapi psikologis lain. Misalnya, dalam salah satu percobaan, para pasien yang menderita ketakutan terhadap tempat-tempat yang tinggi, lift, atau kegelapan ditugaskan untuk mengikuti kondisi-kondisi terapi di mana mereka menerima entah pengeksposan yang dipimpin (misalnya, menaiki gedung-gedung yang tinggi) atau perubahan kognitif (*cognitive restructuring*) (Biran & Wilson, 1981). Perubahan kognitif adalah suatu tipe terapi di mana para pasien membicarakan ketakutan mereka; dan dengan demikian, mereka mengubah sikap dan keyakinan mereka tentang situasi-situasi yang ditakuti.

Efektivitas dari dua tipe terapi untuk mereduksikan tingkah laku ketakutan itu diukur dengan menentukan berapa banyak tingkah laku yang berhubungan dengan ketakutan bisa diperlihatkan. Tingkah laku-tingkah laku yang berhubungan

dengan ketakutan itu meliputi menengok ke bawah dari lantai keenam gedung, tinggal sendirian di atas atap, dan berjalan di dekat pinggir atap. Tingkah laku-tingkah laku ini diukur sebelum terapi, sesudah terapi, dan satu bulan kemudian. Tambahan pula, sesudah satu bulan diadakan tes susulan, para pasien yang semula menerima terapi perubahan kognitif diberikan terapi pengeksposan terpimpin, dan tingkah laku ketakutan mereka diukur lagi. Hasil-hasil dari percobaan ini memperlihatkan bahwa para pasien dalam dua kondisi perawatan itu memperlihatkan lebih banyak tingkah laku ketakutan yang berkurang. Akan tetapi, para pasien yang menerima perawatan pengeksposan memperlihatkan lebih banyak tingkah laku ketakutan yang berkurang dibandingkan dengan para pasien yang menerima perawatan perubahan kognitif. Selanjutnya, ketika para pasien dalam kelompok perubahan kognitif diberikan pengeksposan yang terpimpin, mereka langsung bertambah baik sampai pada tingkat para pasien yang semula telah menerima pengeksposan terpimpin.

Sekarang kelihatan ada bukti yang menunjukkan bahwa pengeksposan dapat menjadi strategi yang efektif untuk mereduksikan kecemasan, tetapi dikemukakan pertanyaan mengenai apa yang menyebabkan pengeksposan itu bermanfaat. Mula-mula diasumsikan bahwa pengeksposan menyebabkan penghapusan respons ketakutan yang terkondisi, tetapi sekarang kelihatan bahwa reduksi ketakutan mungkin disebabkan oleh faktor-faktor kognitif. Dengan kata lain, ada kemungkinan bahwa karena tidak terjadi sesuatu yang mengerikan ketika individu-individu itu berulang-ulang diekspos kepada suatu stimulus yang dianggap berbahaya, maka kemudian mereka mulai menyadari bahwa stimulus yang ditakuti itu sesungguhnya tidak berbahaya atau mereka dapat menanggulangi situasi tersebut. Perubahan-perubahan dalam pikiran itu menyebabkan ketakutan berkurang. Misalnya, seorang individu yang takut akan tempat yang tinggi, dibawa ke puncak dari sebuah gedung yang tinggi. Mungkin pada awalnya ia dilanda kecemasan, tetapi segera menyadari bahwa tidak terjadi sesuatu yang mengerikan; dan dengan demikian, mengubah keyakinan-keyakinannya tentang situasi itu yang pada gilirannya kecemasan menjadi berkurang.

Menghambat Kecemasan. Pendekatan kedua terhadap terapi yang bertolak dari pendekatan belajar adalah gagasan yang mengemukakan bahwa respons kecemasan dapat dihambat oleh suatu respons yang bertentangan, terutama respons relaksasi. Dengan kata lain, apabila suatu respons relaksasi diberi berpasangan dengan stimulus yang ditakuti, maka respons relaksasi itu akan menghalangi respons kecemasan. Pendekatan ini dikenal dengan sebutan desensitisasi sistematis (*systematic desensitization*) (Wolpe, 1958), tetapi kadang-kadang disebut *counter-conditioning* atau *deconditioning*. Prosedurnya terdiri dari tiga langkah. *Pertama*,

individu diajarkan bagaimana relaks. Ini dilakukan dengan serentetan latihan di mana individu itu merasa tegang dan kemudian mengendurkan sejumlah otot; dan dengan berbuat demikian, individu itu belajar untuk benar-benar menjadi relaks. Prosedur belajar untuk mengendurkan sejumlah otot ini dikenal dengan sebutan relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation*). Dalam suatu sesi latihan khusus, individu bersandar pada sebuah kursi yang menyenangkan dan diberi latihan relaksasi oleh seorang pelatih yang berbicara pelan-pelan dengan suara yang bergaung dan menenangkan. Pelatih memberikan instruksi-instruksi sebagai berikut:

Duduklah setenang mungkin. Tutup mata, bernapaslah secara mendalam, tahan dan keluarkanlah napas. Sekarang bernapaslah secara mendalam lagi dan keluarkan napas, dan ulangi lagi. Pada waktu Anda bernapas secara mendalam, buatlah diri Anda relaks — makin lama makin relaks. Setiap kali bernapas, buatlah diri Anda makin lama makin relaks. Sekarang aku akan membuat Anda menyadari beberapa sensasi dalam tubuh Anda dan kemudian memperlihatkan kepada Anda bagaimana Anda mereduksikan sensasi-sensasi ini. *Pertama*, arahkan perhatian Anda kepada lengan Anda, dan khususnya tangan Anda. Kepalkan tangan tersebut dengan kuat dan kemudian perhatikan tegangan yang terdapat pada tangan dan pada lengan Anda bagian bawah. Perhatikan tegangan ini yang merambat dari jari-jari ke tangan Anda dan ke pergelangan tangan Anda. Selama Anda memusatkan perhatian pada tegangan ini, aku menginginkan Anda bersamaku menghitung sendiri secara perlahan-lahan. Ketika Anda mencapai hitungan angka yang ketiga, kendurkan secara berangsur-angsur dan biarkan tangan Anda mengendur. Siap. Sekarang hitung bersamaku: satu, dua, tiga. Relaksilah secara berangsur-angsur. Perhatikan perbedaan antara tegangan dan relaksasi. Sekarang pusatkan perhatian Anda pada sensasi dari relaksasi yang mengganti tegangan. Coba teruskan proses ini. Pusatkan perhatian pada relaksasi yang merambat melalui jari-jari, tangan, pergelangan tangan, dan lengan Anda bagian bawah. Sekarang lakukan sekali lagi, kepalkan tangan Anda dengan kuat, sadariilah tegangan pada tangan dan lengan Anda bagian bawah. Kepalkan dengan kuat. Hitung lagi bersamaku perlahan-lahan dan bila Anda mencapai hitungan angka yang ketiga, reduksikan secara berangsur-angsur tegangan pada tangan dan lengan Anda. Satu, dua, tiga. Sekarang relaksilah. Biarkan jari-jari Anda membentang, mengendur, dan sekali lagi sadariilah perbedaan antara tegangan dan relaksasi.

Prosedur ini diulangi berkali-kali dan kemudian pelatih berpindah ke otot-otot lain (lengan bagian atas, bahu, punggung, kaki, tengkuk, dan dahi) sampai individu tersebut mempelajari bagaimana mengendurkan semua kelompok otot yang utama.

Kedua, susunlah suatu daftar stimulus-stimulus yang ditakuti, di mana stimulus-stimulus diatur menurut urutan dari yang kurang ditakuti sampai pada yang paling ditakuti. Seorang individu yang menderita fobia terhadap anjing mungkin membuat daftar situasi-situasi berikut: (a) Memperhatikan anak anjing yang berada dalam kandang dengan jarak 3 meter; (b) Duduk dekat dengan seekor anjing kecil; dan (c) Menimang seekor anjing herder yang besar. Daftar yang diacu menurut

urutan ketakutan mengandung banyak stimulus sehingga tingkat ketakutan dari salah satu stimulus ke stimulus lainnya sangat kecil.

Ketiga, individu disuruh relaks dan kemudian disuruh membayangkan stimulus yang paling sedikit ditakuti. Proses tersebut dimulai dengan stimulus yang paling ditakuti karena kemungkinan besar ada individu yang dapat merasa relaks dan menghambat ketakutan terhadap stimulus itu. Apabila individu itu mampu untuk tetap relaks sementara berpikir tentang stimulus ini, maka individu disuruh untuk mulai berpikir tentang stimulus berikutnya yang lebih ditakuti. Prosedur ini diulang sampai individu itu merasa relaks sementara berpikir tentang stimulus yang paling ditakuti. Bila individu itu menjadi cemas pada waktu prosedur itu dilakukan, maka dia disuruh untuk kembali lagi membayangkan stimulus sebelumnya di mana relaksasi terjadi. Prosedur ini berkali-kali diulang sampai respons relaksasi tetap efektif untuk menghambat respons ketakutan.

Dalam beberapa kasus, prosedur tersebut mungkin dilakukan secara *in vivo* dan bukan menggunakan imajinasi (*in vitro*). Misalnya, seorang individu yang takut akan anjing mungkin bergerak makin lama makin dekat dengan seekor anjing sementara menggunakan respons relaksasi untuk menghambat ketakutan, atau seorang individu yang takut terhadap tempat-tempat yang tinggi mungkin menghambat ketakutan dengan respons relaksasi sementara naik ke atas salah satu lantai dari gedung yang tinggi.

Penelitian awal menunjukkan bahwa desensitisasi efektif untuk mereduksikan ketakutan, dan akibatnya strategi tersebut digunakan secara luas (Kazdin & Wilcoxon, 1976). Akan tetapi, hasil-hasil dari penelitian yang lebih baru menunjukkan bahwa pengaruh-pengaruhnya mungkin tidak sekuat seperti yang pernah diperkirakan (Emmelkamp, 1986; Ollendick, 1986). Selanjutnya, kelihatan juga bahwa pengaruh-pengaruhnya mungkin tidak disebabkan oleh karena diekspos kepada stimulus-stimulus yang ditakuti yang terjadi bila individu melaksanakan terapi berdasarkan hierarki ketakutan (Emmelkamp, 1982).

Belajar untuk Relaks. Pendekatan belajar ketiga terhadap perawatan kecemasan adalah mengajar individu-individu untuk relaks; dan kemudian mengajar mereka untuk menerapkan keterampilan-keterampilan mereka yang baru dipelajari bila mereka mulai merasa cemas. Pendekatan ini berbeda dari prosedur-prosedur penghapusan dan hambatan, yakni pasien diajarkan suatu keterampilan baru (relaksasi), dan kemudian menggunakan secara aktif keterampilan itu bila diperlukan. Dalam pendekatan-pendekatan lain, peran pasien adalah lebih pasif.

Ada bukti bahwa latihan relaksasi adalah efektif karena memberi kemungkinan kepada individu-individu untuk mereduksikan rangsangan fisiologis (Borkovec & Sides, 1979). Misalnya, subjek-subjek yang mengikuti latihan relaksasi otot

yang progresif memperlihatkan tegangan otot, tekanan darah, dan denyut jantung yang lebih rendah selama sesi-sesi latihan dibandingkan dengan subjek-subjek yang tidak mengikuti latihan itu. Hal yang lebih penting adalah bahwa banyak percobaan menunjukkan individu-individu yang setelah belajar bagaimana caranya untuk relaks, memperlihatkan kecemasan pada waktu wawancara, pada waktu siap untuk mengucapkan pidato, dan pada siap untuk operasi gigi (Chang-Liang & Denney, 1976; Goldfried & Trier, 1974; Miller, *et al.*, 1978; Zeisset, 1968).

Dalam kebanyakan kasus, relaksasi yang digunakan tidak membutuhkan pengeksposan kepada stimulus-stimulus yang ditakuti selama latihan; dan dengan demikian, pengaruh-pengaruhnya tidak dapat dihubungkan dengan pengeksposan itu sendiri. Tetapi, ada kemungkinan bahwa latihan relaksasi menyebabkan individu merasa bahwa kemampuannya untuk menanggulangi bertambah; dan dengan demikian, pengaruh-pengaruh dari latihan relaksasi disebabkan oleh kognisi-kognisi yang berubah dan bukan karena menggunakan relaksasi itu sendiri.

Para pasien biasanya diajarkan untuk relaks dengan menggunakan prosedur-prosedur relaksasi otot yang progresif, tetapi sekarang diusahakan untuk mendengar pasien bagaimana caranya untuk relaks, dengan menggunakan latihan *biofeedback* (*biofeedback training*). Latihan *biofeedback* adalah memberi kepada individu umpan balik dengan segera mengenai sejauh mana dia mampu mengubah respons-respons yang ada hubungannya dengan kecemasan, seperti tegangan otot, suhu kulit, tekanan darah, dan denyut jantung. Misalnya, elektroda-elektroda yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung ditempelkan pada individu, dan denyut jantung individu ditunjukkan pada suatu meteran (ukuran). Individu memperhatikan meteran tersebut dan berusaha untuk mereduksikan denyut jantung itu. Umpan balik yang terjadi seketika itu juga mengenai sejauh mana denyut jantung itu naik atau turun diduga memberi kemungkinan kepada individu untuk belajar dengan cepat apa yang efektif untuk mereduksikan denyut jantung; dan dengan demikian,

mencapai suatu keadaan rangsangan fisiologis yang berkurang.

Umpan balik biasanya digunakan untuk mengubah suatu respons fisiologis tertentu, seperti tekanan darah atau denyut jantung, tetapi dikemukakan bahwa reduksi tersebut dapat menyebabkan suatu reduksi umum kecemasan subjektif. Ada tiga hal yang harus dikemukakan mengenai *biofeedback*. *Pertama*, bertentangan dengan apa yang diasumsikan



Latihan *biofeedback*

[Diambil dari www.santerebah.com]

kebanyakan bukti menunjukkan bahwa *biofeedback* "tidak" lebih efektif dibandingkan dengan hanya beristirahat atau tenang untuk mereduksikan beberapa respons fisiologis, seperti tekanan darah dan denyut jantung (Holmes, 1985a; Roberts, 1985). Dengan kata lain, latihan *biofeedback* ada hubungannya dengan tingkat-tingkat rangsangan yang berkurang, tetapi duduk dengan tenang memiliki pengaruh yang sama dan ada kemungkinan bahwa pengaruh-pengaruh dari latihan *biofeedback* disebabkan oleh karena duduk dengan tenang dan bukan karena *biofeedback* itu sendiri. *Kedua*, tidak ada bukti bahwa latihan *biofeedback* memiliki pengaruh-pengaruh dalam jangka panjang. Dengan kata lain, latihan *biofeedback* (atau duduk dengan tenang) mungkin mereduksikan rangsangan selama sesi latihan itu, tetapi tidak mereduksikan rangsangan dalam situasi-situasi berikutnya yang menimbulkan stres (Bennett, *et al.*, 1978). *Ketiga*, penelitian terkontrol yang dilakukan mengenai efektivitas dari latihan *biofeedback* sama sekali tidak efektif dibandingkan dengan teknik-teknik lain yang lebih sederhana dan kurang mahal, seperti relaksasi otot yang progresif atau pengeksposan (Benner & Meadows, 1984; Kappes, 1983; Lamontagne, *et al.*, 1983; Rice & Blanchard, 1982; Schilling & Poppen, 1983). Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa latihan *biofeedback* tidak kelihatan sebagai suatu sarana yang sangat efektif untuk mereduksikan kecemasan umum.

Pendekatan Kognitif

Para ahli teori kognitif mengasumsikan bahwa kecemasan disebabkan oleh kemapanan kognitif yang memperbesar ancaman (*threatmagnifying cognitive sets*). Dengan kata lain, para ahli teori kognitif berpendapat bahwa keyakinan-keyakinan yang tidak tepat dapat menyebabkan kecemasan. Misalnya, fobia terhadap binatang-binatang mungkin disebabkan oleh keyakinan-keyakinan yang tidak tepat bahwa binatang-binatang itu berbahaya (semua ular itu berbisa) atau keyakinan-keyakinan yang tidak tepat mengenai kemampuan individu untuk menangani binatang yang menakutkan ("Aku tidak dapat mengontrol seekor anjing yang besar; dan dengan demikian, aku akan dilukai"). Berbeda dengan pendekatan belajar, para ahli teori kognitif berpendapat bahwa kecemasan kognitif disebabkan oleh faktor-faktor kognitif (keyakinan-keyakinan) dan bukan oleh tegangan fisiologis. Dalam pandangan para ahli teori kognitif, tegangan fisiologis merupakan akibat samping dan bukan merupakan penyebab kecemasan. Dengan demikian, tujuan para terapis kognitif adalah mengubah keyakinan-keyakinan dan mengalihkan perhatian individu dari pikiran-pikiran maladaptif. Berikut ini akan dibicarakan beberapa teknik yang lebih populer yang digunakan untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut.

Mengubah Keyakinan-Keyakinan. Mengubah keyakinan-keyakinan sering disebut perubahan kognitif (*cognitive restructuring*). Dua macam keyakinan yang

menimbulkan kecemasan, yakni keyakinan tentang *situasi* dan keyakinan tentang kemampuan untuk menanggulangi situasi. Keyakinan tentang situasi, misalnya, "Berbahaya kalau naik ke atas gedung yang tinggi," dapat diubah dengan "Sama sekali tidak berbahaya kalau naik ke atas gedung yang tinggi." Sama halnya juga dengan keyakinan untuk menanggulangi, "Aku akan merasa panik dan kehilangan kontrol apabila aku naik ke atas gedung yang tinggi," dapat diubah dengan "Aku dapat belajar untuk relaks pada waktu naik ke atas gedung yang tinggi, dan bila tidak bisa, aku dapat berpindah dengan tenang ke suatu lantai yang lebih rendah sampai aku mendapat kembali kontrol diriku." Ada tiga teknik kognitif yang digunakan untuk mengubah keyakinan-keyakinan yang menyebabkan kecemasan, yakni terapi kognitif, terapi rasional-emotif, dan terapi instruksi diri.

1. *Terapi kognitif (Cognitive therapy)*. Terapi ini memberikan kepada pasien pernyataan-pernyataan yang lebih akurat dengan harapan untuk memperbaiki pelbagai kesalahan dan kesalahpahaman (Beck & Emery, 1985). Pernyataan-pernyataan awal diberikan sebagai hipotesis, dan para penderita diminta untuk menguji hipotesis-hipotesis tersebut, dan melihat bagi diri mereka sendiri apakah hipotesis-hipotesis itu benar. Misalnya, terapis mungkin hanya mengemukakan bahwa gedung yang tinggi tidak berbahaya dan menganjurkan kepada penderita untuk naik ke atas gedung yang tinggi supaya melihat apakah terjadi sesuatu yang berbahaya. Setelah menemukan bahwa tidak terjadi sesuatu yang berbahaya, maka penderita mengubah keyakinan-keyakinannya dan kecemasan menjadi berkurang.
2. *Terapi rasional-emotif (Rational-emotive therapy)*. Beberapa terapis berpendapat bahwa lebih efektif kalau para penderita memikirkan keyakinan-keyakinan yang baru. Para terapis ini memaksa para penderita untuk mengembangkan keyakinan-keyakinan yang lebih akurat dengan secara aktif meneliti kembali dan menantang keyakinan-keyakinannya sendiri. Misalnya, bila bekerja dengan seorang individu yang mengalami fobia terhadap tempat-tempat yang tinggi, terapis mungkin bertanya, "Berapa banyak gedung tinggi yang akan runtuh?" "Apakah Anda pernah mendengar seseorang mengalami kecelakaan karena jatuh dari sebuah gedung yang tinggi?" "Apakah benar tidak lebih aman kalau naik ke atas sebuah gedung yang tinggi dibandingkan kalau berada di tanah menyeberangi suatu jalan yang ramai?" Dengan melakukan ini, terapis memaksa penderita untuk memeriksa kembali keyakinan-keyakinannya, mengetahui kesalahan-kesalahannya berdasarkan logika, dan mengembangkan keyakinan-keyakinan yang lebih akurat.
3. *Terapi instruksi-diri (self-instruction therapy)*. Teknik ini bertolak dari keyakinan bahwa pikiran-pikiran tidak benar yang menimbulkan kecemasan

adalah respons-respons "otomatis" atau tanpa berpikir yang digunakan individu dan teknik tersebut dilakukan dengan cara menyuruh penderita menggantikan pernyataan-pernyataan yang tidak tepat dengan pernyataan-pernyataan yang lebih tepat dan yang tidak menimbulkan kecemasan. Ini mungkin dilakukan secara terang-terangan dan kemudian secara sembunyi-sembunyi dengan mengatakan hal-hal, seperti "Ular ini tidak berbahaya" atau "Sesuatu yang buruk tidak akan menimpaku bila aku pergi ke luar rumah." Praktek dengan selalu menggunakan pernyataan baru adalah perlu karena sulit sekali memecahkan pola kebiasaan atau pikiran otomatis yang lama (Meichenbaum, 1975). Beberapa terapis menambah prosedur ini dengan menyuruh penderita mereka melakukan praktek dengan menggunakan strategi-strategi kognitif baru dalam situasi stres yang relatif rendah. Praktek tersebut menyiapkan penderita untuk menghadapi situasi-situasi yang menimbulkan stres lebih hebat; dan memberi keyakinan bahwa mereka akan mampu menangani situasi-situasi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Prosedur ini dinamakan *stress inoculation training* (Meichenbaum, 1975).

Terapi kognitif telah terbukti efektif untuk mereduksikan ketakutan-ketakutan, tetapi mungkin tidak lebih efektif dibandingkan dengan beberapa bentuk terapi lain. Misalnya dalam salah satu percobaan, individu-individu yang mengalami fobia mengemudi yang berat diajak berpartisipasi entah dalam kondisi terapi kognitif ditambah dengan melakukan praktek mengemudi 11 jam atau hanya dalam kondisi praktek mengemudi saja di mana mereka juga melakukan praktek 11 jam (Williams & Rappoport, 1983). Terapi kognitif terdiri dari: (a) Latihan menyebut kembali perasaan-perasaan (misalnya, "Perasaan-perasaan cemas ini tidak akan menyakitiku, tetapi hanya tidak menyenangkan"); (b) Mengembangkan harapan-harapan positif (misalnya, "Aku akan mampu menangani dengan tidak tergantung bagaimana perasaanku"); (c) Memusatkan perhatian pada pikiran-pikiran yang relevan dengan tugas (misalnya, "Aku memusatkan perhatian pada mengemudi"); dan (d) Mengalihkan perhatian pada diri (misalnya, "Merencanakan kegiatan-kegiatan rekreasi"). Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa para penderita yang diberi terapi kognitif menggunakan lebih banyak pikiran untuk menanggulangi kecemasan mengemudi yang sifatnya sementara dibandingkan dengan para penderita yang hanya melakukan praktek mengemudi, tetapi tidak ada perbedaan antara kondisi terapi kognitif dan kondisi praktek mengemudi dalam hal berkurangnya ketakutan yang dilaporkan diri sendiri, meningkatnya percaya diri, atau meningkatnya kemampuan mengemudi sendirian di dalam kota. Disimpulkan bahwa ketakutan berakar dalam pikiran, tetapi cara terbaik untuk mengubah pikiran adalah dengan

perawatan-perawatan yang didasarkan pada performansi yang langsung membuktikan bahwa para penderita dapat berfungsi secara efektif (Williams & Rappoport, 1983:312). Dengan kata lain, pengalaman-pengalaman yang berhasil dalam mengemudi (*exposure*) menyebabkan sikap-sikap para penderita dalam mengemudi berubah, dan sikap-sikap yang berubah itu mereduksikan ketakutan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kognisi-kognisi (keyakinan-keyakinan) yang berubah merupakan cara yang efektif untuk mereduksikan kecemasan; dan baik strategi kognitif maupun strategi tingkah laku adalah efektif untuk mengubah kognisi-kognisi dan mereduksikan kecemasan.

Mengalihkan Perhatian (*Distraction*). Strategi terakhir untuk mereduksikan kecemasan adalah mengalihkan perhatian (*distraction*). Dengan mengalihkan perhatian, individu tidak mereduksikan kecemasan, melainkan menghindari pikiran-pikiran yang menimbulkan kecemasan. Akan tetapi, pengalihan perhatian yang sangat populer untuk menangani stres adalah meditasi (D.H. Shapiro, 1980; West, 1987). Faktor yang sangat penting dalam kebanyakan bentuk meditasi adalah menggunakan mantra, yakni kata-kata yang tidak mengandung arti (misalnya *abna*) yang terus-menerus diulangi individu sementara ia bermeditasi. Mantra itu digunakan untuk "membersihkan pikiran" dan dicapai dengan mencegah individu berpikir tentang sesuatu yang mungkin merangsang. Dengan kata lain, tindakan bermeditasi menyebabkan perhatian beralih karena individu tidak dapat memikirkan pikiran-pikiran yang menimbulkan kecemasan (sementara berkonsentrasi pada suatu mantra). Di samping itu, juga dikemukakan bahwa ketika bermeditasi individu entah bagaimana caranya menyegarkan dirinya sendiri dan mengisi lagi energinya sehingga sesudah itu individu dapat menanggulangi kecemasan dengan lebih baik, tetapi bagaimana persisnya hal itu dicapai, tidak pernah dijelaskan secara ilmiah.

Meditasi dipraktekkan berabad-abad lamanya di Timur Jauh dan suatu bentuk meditasi yang disebut meditasi transendental telah dipopulerkan di dunia Barat pada tahun 1960-an dan 1970-an (Mahesh Yogi, 1963). Teknik meditasi lain yang diterima secara luas dibandingkan dengan mantra tradisional dikenal dengan nama *relaxation response* (Benson, 1975).

Ada banyak kesalahpahaman mengenai pengaruh-pengaruh dari meditasi. Banyak perhatian diberikan kepada meditasi karena diasumsikan bahwa meditasi dapat mereduksikan rangsangan fisiologis dan ada banyak laporan yang bersifat anekdot tentang kemampuan guru-guru yoga untuk mereduksikan atau menghentikan denyut jantung, mereduksikan pernapasan, dan mengubah proses kimia darah mereka. Reduksi rangsangan fisiologis adalah cocok dengan perawatan kecemasan karena rangsangan fisiologis yang tinggi merupakan penyebab atau akibat kecemasan. Tidak diragukan bahwa duduk dengan tenang dan bermeditasi akan

mereduksikan rangsangan fisiologis, tetapi hal yang penting yang sering dilupakan adalah meditasi tidak mengakibatkan rangsangan fisiologis berkurang lebih besar dibandingkan kalau hanya duduk dengan tenang tanpa bermeditasi (Holmes, 1984b, 1987). Lebih dari 20 percobaan rangsangan dari subjek-subjek yang bermeditasi dan subjek-subjek yang beristirahat dengan tenang dibandingkan, hasilnya tetap menunjukkan bahwa subjek-subjek yang bermeditasi dan subjek-subjek yang beristirahat dengan tenang memperlihatkan reduksi rangsangan yang sama. Sampai sekarang ini tidak dapat disimpulkan bahwa meditasi lebih efektif daripada istirahat dengan tenang dalam mereduksikan penyebab-penyebab atau akibat-akibat fisiologis kecemasan.

Meskipun meditasi tidak mereduksikan rangsangan fisiologis lebih daripada istirahat dengan tenang, tetapi ada kemungkinan bahwa meditasi mereduksikan perasaan-perasaan kecemasan subjektif (misalnya, ketakutan atau kecemasan). Kemungkinan itu diuji dalam sejumlah percobaan yang menarik di mana subjek-subjek ditugaskan secara acak pada kondisi-kondisi di mana mereka berpartisipasi entah dalam: (a) meditasi yang sebenarnya, (b) meditasi palsu (*bogus meditation*, yakni duduk dengan mata tertutup tetapi tidak menggunakan mantra), atau (c) antimeditasi (melakukan secara aktif dan sengaja kegiatan kognitif yang dirancang sebagai antitesis terhadap meditasi; Smith, 1976). Subjek-subjek dalam ketiga kondisi tersebut berpendapat bahwa meditasi yang mereka lakukan akan membantu mereka. Hasilnya menunjukkan bahwa subjek-subjek dalam ketiga kondisi meditasi melaporkan kecemasan berkurang dan tidak ada perbedaan dalam hal sejauh manakah bermacam-macam prosedur meditasi itu mereduksikan kecemasan. Karena prosedur meditasi palsu (*bogus meditation*) dan prosedur antimeditasi adalah efektif seperti meditasi yang sesungguhnya, maka harus disimpulkan bahwa reduksi kecemasan disebabkan oleh *harapan-harapan* tentang akibat dan bukan terhadap meditasi itu sendiri.

Pendekatan Tingkah Laku-Kognitif

Teknik yang digunakan oleh pendekatan tingkah laku-kognitif adalah menghentikan pikiran. Teknik ini digunakan kalau pasien memberikan sinyal kepada terapis yang menunjukkan bahwa suatu pikiran obsesif pelan-pelan timbul pada kesadarannya di mana pada saat itu terapis berteriak, "Berhenti!" Tidak mengherankan kalau pasien dikagetkan dan segera menyadari bahwa interupsi ini mengusir pikiran-pikirannya yang tidak dikehendaki. Pasien kemudian dilatih untuk mengucapkan kata *berhenti* dengan suara halus bila pikiran-pikiran atau gambaran-gambaran yang mengganggu itu menyerang kesadarannya.

Pendekatan Fisiologis

Dalil dasar dari pendekatan fisiologis terhadap kecemasan ialah adanya kegiatan neurologis yang berlebihan (eksesif) pada daerah otak yang berfungsi untuk rangsangan emosional, dan hiperaktivitas ini dialami sebagai kecemasan. Dengan demikian, pendekatan fisiologis untuk merawat kecemasan adalah menggunakan obat-obat yang mereduksikan kegiatan neurologis yang berlebihan itu. Dalam bagian ini, akan diteliti empat pertanyaan pokok: (a) Tipe-tipe obat manakah digunakan untuk merawat kecemasan?; (b) Apakah obat-obat itu efektif untuk merawat kecemasan?; (c) Apakah akibat-akibat samping dari obat-obat itu?; dan (d) Apakah obat-obat antidepresan efektif untuk merawat beberapa gangguan kecemasan?

Tipe-Tipe Obat yang Digunakan untuk Merawat Kecemasan. Lebih dari setengah abad yang lalu, tiga kelompok utama obat telah digunakan untuk merawat gangguan-gangguan kecemasan, yakni barbiturat, propanediol, dan benzodiazepin (Lader & Herrington, 1981). Obat-obat yang sangat sering digunakan dalam masing-masing kelompok itu disebutkan pada Tabel 18 bersama dengan merek dagang dan nama generiknya.

TABEL 18: OBAT-OBAT YANG DIGUNAKAN DALAM MERAWAT KECEMASAN

Nama Obat	Nama Merek Dagang	Nama Generik
Barbiturat	Amital Nembutal Seconal	Amobarbital Pentobarbital Secobarbital
Propanediol	Equanil, Miltown	Meprobam
Benzodiazepin	Valium Librium Serax Ativan Xanax	Diazepam Klordiazepoksid Oksazepam Lorazepam Alprazolam

1. *Barbiturat.* Obat ini diperkenalkan pada tahun 1930-an dan digunakan sampai awal tahun 1950-an untuk merawat kecemasan. Obat ini tergolong obat penenang umum yang manjur dan berfungsi mereduksikan seluruh kegiatan dalam sistem saraf sentral. Dalam dosis yang tinggi, obat ini bereaksi dengan cepat sehingga individu menjadi lamban, mengantuk, dan tidur. Akan tetapi dalam merawat kecemasan, obat ini mengandung tiga kekurangan, yaitu bahwa: (a) Obat ini menyebabkan kecanduan baik secara fisik maupun secara psikologis sehingga tidak dapat digunakan dalam jangka waktu yang lama; (b) Dalam tingkat yang tinggi (kadar yang tinggi) obat ini sangat mematikan (mengakibat-

kan kelumpuhan pada pusat pernapasan dalam otak sehingga penderita bisa berhenti bernapas); (c) Pengaruhnya umum dan tidak hanya terbatas pada kecemasan. Merawat kecemasan dengan barbiturat sama saja membunuh seekor kupu-kupu dengan menggunakan bom. Dengan alasan-alasan tersebut di atas, dewasa ini barbiturat jarang digunakan untuk merawat kecemasan.

2. *Propanediol*. Propanediol diperkenalkan pada awal tahun 1950-an dan memainkan peranan yang penting dalam merawat para penderita mental. Obat ini pada awalnya digunakan untuk para penderita yang sangat kalut; dan karena pengaruh-pengaruhnya yang mampu menenangkan sangat kuat, maka obat ini sangat efektif untuk menenangkan dan mengontrol para penderita sakit jiwa di ruangan-ruangan rumah sakit jiwa. Akan tetapi, pengaruh-pengaruh yang menenangkan dari obat ini hanya berfungsi untuk mengontrol dan tidak untuk menyembuhkan atau bahkan merawat para penderita yang mengalami masalah-masalah psikologis.

Propanediol yang sangat umum adalah meprobramat, yang dipasarkan dengan merek dagangnya "Equanil" dan "Miltown". Obat-obat ini merupakan perbaikan terhadap barbiturat karena tidak bersifat adiktif, tidak mengandung akibat samping yang berbahaya dan pengaruhnya lebih terfokus pada sasaran tertentu. Fungsi utama obat-obat ini adalah mengendurkan otot, dan sejauh otot dikendurkan, maka kecemasan juga berkurang. Sekarang muncul pertanyaan mengenai efektivitas dari obat-obat ini dalam merawat kecemasan. Suatu tinjauan penelitian menunjukkan bahwa dalam 5 dari 26 percobaan ditemukan bahwa meprobramat lebih efektif daripada placebo dalam merawat para penderita yang mengalami gangguan psikoneurosis [terutama para penderita yang merasa cemas] (Greenblatt, 1971). Kelihatan bahwa obat-obat propanediol baru berfungsi untuk mereduksikan kecemasan, tetapi kalau digunakan dalam tingkat dosis yang tinggi menyebabkan perasaan mengantuk yang luar biasa dan fungsi mental menjadi rusak (Rickels & Snow, 1964). Karena akibat dari obat-obat propanediol terfokus pada pengenduran otot dan bukan pada simtom kecemasan; dan karena efektivitasnya untuk merawat kecemasan adalah terbatas, maka sekarang obat-obatan ini jarang digunakan untuk merawat kecemasan.

3. *Benzodiazepin*. Obat ini adalah obat yang terbaru dan sekarang digunakan secara luas untuk merawat kecemasan. Meskipun akibat-akibat farmakologis dari obat-obat benzodiazepin adalah kompleks, tetapi akibat dari obat-obat ini adalah sebagai obat antikecemasan karena pertama-tama obat benzodiazepin merangsang produksi GABA neurotransmitter (Haefely, 1977; Mao, *et al.*, 1977). Meningkatkan kadar GABA adalah cocok untuk merawat kecemasan

karena GABA merupakan neurotransmitter yang mempermudah penyerangan terhadap neuron-neuron inhibitori; dan penyerangan terhadap neuron-neuron inhibitori mereduksikan kegiatan neurologis pada bagian-bagian dari otak yang berfungsi untuk kecemasan. Dengan kata lain, obat-obat benzodiazepin menghasilkan GABA lebih banyak, yang menyebabkan kegiatan inhibitori lebih banyak dan akibatnya rangsangan dan kecemasan menjadi berkurang. Salah satu aspek yang penting dari obat-obat benzodiazepin adalah akibat-akibat yang khas dari obat-obat ini terhadap bagian-bagian dari otak yang berfungsi untuk kecemasan (sistem penggerak jaringan, sistem limbik) dan akibat-akibatnya tidak meluas seperti yang kelihatan pada barbiturat dan propanediol. Akan tetapi, obat-obat benzodiazepin dengan dosis yang tinggi dapat menimbulkan akibat-akibat yang luas dan menyebabkan perasaan mengantuk dan sedasi umum.

Obat-obat benzodiazepin yang digunakan secara luas adalah diazepam (valium) dan klordiazepoksid (librium). Diazepam adalah obat yang bereaksi secara cepat dan mencapai puncak konsentrasinya dalam waktu 1 jam. Diazepam diangkut dengan cepat dari otak, tetapi metabolit-metabolitnya (zat-zat baru yang dihasilkan oleh metabolisme atau pecahan-pecahan dari dari diazepam) tetap dan karena metabolit-metabolit itu efektif untuk mereduksikan kecemasan, maka akibat-akibat klinisnya adalah lama. Diazepam adalah obat yang sangat aman (Greenblatt, *et al.*, 1977). Diazepam yang berkadar tinggi tidak mematikan karena ada batas tertinggi bagi kemampuannya untuk mereduksikan kegiatan neurologis; dan batas tersebut berada di bawah titik di mana kegiatan pernapasan dan fungsi-fungsi yang sangat penting lainnya dihambat. (Tetapi, obat benzodiazepin dengan kadar tinggi jika digunakan bersama dengan zat-zat atau obat-obat yang lain, seperti alkohol, dapat mematikan.)

Efektivitas dari benzodiazepin untuk mereduksikan kecemasan diperoleh dari penelitian terhadap burung-burung merpati dan manusia. Dalam penelitian terhadap burung-burung merpati, burung-burung itu pada awalnya diajarkan untuk mematak piringan supaya memperoleh makanan, dan kemudian mereka diberi kejutan-kejutan listrik apabila mereka mematak piringan tersebut, dan mereka menghindari untuk memberikan respons. Dengan kata lain, kecemasan diasosiasikan dengan piringan, dan burung-burung itu tidak mau memataknya. Tetapi pada hari-hari berikutnya, burung-burung itu diberi atau tidak diberi benzodiazepin, dan ditemukan bahwa bila burung-burung itu diberi obat, maka patukan terhadap piringan itu hampir normal kembali (sebelum kejutan), tetapi apabila mereka tidak diberi obat, maka mereka tidak mematak piringan itu (Sanger & Blackman, 1981). Dalam istilah yang digunakan manusia, fobia

dimasukkan dalam burung-burung itu (takut mematuk piringan) yang kemudian dirawat secara efektif dengan benzodiazepin.

Penelitian yang dilakukan terhadap manusia juga memberikan bukti yang kuat dan konsisten bahwa benzodiazepin adalah efektif untuk mereduksikan kecemasan (Greenblatt & Shader, 1974, 1978; Kellner, *et al.*, 1978). Misalnya, benzodiazepin ditemukan lebih efektif dibandingkan dengan placebo dalam 22 dari 25 percobaan yang dilakukan dalam jangka waktu 5 tahun. Selanjutnya, dalam percobaan di mana sekelompok pasien menerima entah ben-zo-diazepin atau placebo, dan kemudian perawatan dibalik, hasilnya adalah kecemasan menjadi berkurang apabila para pasien diberi benzodiazepin dan bertambah bila diberi placebo.

Bila memeriksa akibat-akibat dari benzodiazepin, penting untuk diketahui bahwa obat ini efektif dalam perawatan, tetapi tidak menyembuhkan kecemasan. Apabila obat ini tidak diberikan, maka kecemasan akan kambuh lagi. Akan tetapi, ini tidak berarti bahwa orang yang menderita kecemasan harus menggunakan benzodiazepin sepanjang hidupnya. Banyak orang dapat menghentikan penggunaan obat ini dalam waktu yang singkat karena konflik yang ditimbulkan oleh kecemasan hilang, mereka belajar menanggulangi secara efektif tingkat-tingkat kecemasan yang tinggi atau dengan sistem GABA dapat kembali menyesuaikan dirinya sendiri.

Meskipun bukti menunjukkan bahwa benzodiazepin efektif untuk mereduksikan kecemasan tetapi timbul pertanyaan: Apakah obat ini mengandung akibat-akibat samping yang negatif; dan apakah akibat-akibat samping yang negatif itu lebih banyak daripada akibat-akibat yang positif? Jawaban untuk pertanyaan pertama adalah *ya*. Benzodiazepin memiliki akibat-akibat samping yang negatif. Tipe akibat-akibat samping yang disebabkan oleh dua benzodiazepin yang utama dan persentase para individu yang melaporkan bahwa mereka mengalaminya dilaporkan pada Tabel 19.

Setelah menetapkan bahwa benzodiazepin menimbulkan akibat-akibat samping yang negatif dalam diri beberapa orang, maka selanjutnya harus dipertimbangkan juga pertanyaan: Apakah akibat-akibat samping itu cukup berat dibandingkan dengan akibat-akibat positif dari obat tersebut? Jawabannya adalah tidak. Tetapi, dalam hal ini empat hal harus kita ketahui.

TABEL 19: PERSENTASE PARA PENDERITA YANG MENGALAMI AKIBAT-AKIBAT SAMPING BILA DIRAWAT DENGAN *ALPRAZOLAM* (*XANAX*) DAN *DIAZEPAM**

Akibat Samping	Alprazolam (N = 1717)	Diazepam (N = 629)
Perasaan mengantuk	36,0	49,4
Pusing	18,6	24,0
Mulut menjadi kering	14,9	13,0
Depresi	11,9	17,0
Muak dan muntah	9,3	10,0
Sembelit	9,3	11,3
Insomnia	9,0	6,7
Kebingungan	9,3	14,1
Diare	8,5	10,5
Denyut jantung terlalu cepat, berdebar-debar	8,1	7,2
Hidung tersumbat	8,1	7,2
Penglihatan menjadi kabur	7,0	9,1

* Sumber: Evans (1981)

1. Meskipun kecemasan mengganggu kehidupan normal, tetapi akibat-akibat samping itu tidak cukup berat untuk mengganggu kehidupan normal. Misalnya, 13% dari orang-orang yang menggunakan diazepam mengalami mulut kering, tetapi betapa pun buruknya obat tersebut, individu hanya akan mengalami gangguan ringan, dan pada umumnya tidak mengganggu kehidupan normal sehari-hari.
2. Meskipun beberapa penderita melaporkan akibat-akibat samping berupa perasaan mengantuk atau kebingungan, tetapi ada bukti bahwa bila individu menggunakan dosis yang tepat, benzodiazepin sesungguhnya meningkatkan fungsi mental (Bond, *et al.*, 1974). Peningkatan itu terjadi karena bila tidak menggunakan obat itu tingkat kecemasan individu begitu tinggi sehingga dapat mengganggu performansinya, padahal obat itu mereduksikan kecemasan yang berlebihan dan akibatnya performansi individu bertambah baik. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa mungkin ada akibat-akibat negatif tetapi untuk kebanyakan individu, akibat dari obat itu kelihatannya positif.
3. Dalam perjalanan waktu banyak akibat samping akan hilang seluruhnya atau menjadi tidak penting. Hal ini mungkin terjadi karena tubuh menyesuaikan diri dengan akibat-akibat dari obat itu (Garratini, *et al.*, 1973; McKim, 1986).

Ada kemungkinan bahwa akibat-akibat samping yang dikemukakan pada Tabel 19 di atas dinyatakan pada tahap awal dosis yang tinggi.

4. Meskipun beberapa pasien mengalami beberapa akibat samping, tetapi sebagian besar penderita tidak mengalami akibat samping seperti yang dikemukakan pada Tabel 19. Bila dirangkaikan dengan fakta bahwa untuk kebanyakan orang akibat-akibat samping itu tidak berat dan akan hilang pada waktunya, maka gambaran tentang akibat samping dari obat ini kurang berat dibandingkan dengan apa yang kelihatan pada permulaan.

Salah satu masalah lain apabila obat ini terus-menerus digunakan adalah terjadinya ketergantungan (ketergantungan pada obat akan berkembang apabila terjadi simtom-simtom lepas obat yang disebabkan karena karena penggunaan obat itu dihentikan). Dalam salah satu percobaan, orang-orang yang berada pada dosis harian benzodiazepin dengan kadar tinggi untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 3 bulan diganti polanya entah dengan placebo atau dosis obat tersebut dikurangi secara perlahan-lahan dalam jangka waktu 8 minggu (Busto, *et al.*, 1986). Para penderita yang dialihkan kepada placebo memperlihatkan simtom-simtom semakin hebat dan diklasifikasikan dalam dua kelompok. Mereka memperlihatkan kecemasan, tegangan, insomnia, kesulitan dalam berkonsentrasi, ketakutan yang meningkat, yang kesemuanya dilihat sebagai simtom-simtom yang sudah ditetapkan oleh obat ini. Akan tetapi, mereka juga memperlihatkan simtom-simtom, seperti otot gemetar yang tidak bisa dikendalikan dan kebingungan yang dilihat oleh para peneliti sebagai akibat dari lepas obat. Orang yang secara perlahan-lahan mengurangi dosis obat itu dalam jangka waktu 8 minggu juga memperlihatkan simtom-simtom ini, tetapi simtom-simtom ini muncul kemudian dan kurang berat. Dari hasil-hasil percobaan ini dapat disimpulkan bahwa penggunaan dosis benzodiazepin yang tinggi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan suatu ketergantungan fisik, tetapi masalah ini dapat dikurangi dengan proses lepas obat yang dilakukan dengan hati-hati.

Selain ketiga kelompok obat yang telah dijelaskan di atas pada waktu belakangan sering digunakan juga obat-obat lain, khususnya untuk gangguan obsesif-kompulsif, yakni obat klomipramin — suatu obat trisiklik antidepresan yang menghambat pengurangan serotonin dan sertralin (Greist, *et al.*, 1995a), tetapi jika dibandingkan dengan klomipramin, maka klomipramin jauh lebih efektif (Greist, *et al.*, 1995a). Salah satu metode yang sering digunakan juga adalah psikobedah (*psychosurgery*), suatu metode yang belakangan disebut leukotomi yang dimodifikasi (*modified leucotomy*) yang dilakukan dengan cara memotong 2–3 sentimeter bahan pada otak yang berwarna putih dalam *cingulum*, suatu daerah

dekat *corpus callosum*. Akibat samping dari cara ini jarang dan kelihatannya efektif untuk para penderita yang tidak bisa ditangani dengan perawatan-perawatan lain (Tippin & Henn, 1972). Jika obat-obat saja digunakan dalam perawatan gangguan obsesif-kompulsif, maka angka rata-rata berkurangnya simtom sebesar 28 sampai 34%, dengan demikian dianjurkan supaya menggunakan suatu strategi yang sangat efektif, yakni kombinasi terapi pengobatan dan psikoterapi (Turner & Beidel, 1988).

Di samping itu, ada juga beberapa obat yang tergolong dalam obat-obat anti-depresan digunakan untuk merawat dua gangguan kecemasan khusus, yakni serangan-serangan panik dan agorafobia. Perhatikan bahwa ada hubungan yang erat antara serangan-serangan panik dan agorafobia; dan ada kemungkinan bahwa serangan-serangan panik merupakan dasar untuk sekurang-kurangnya beberapa kasus agorafobia (*lihat uraian sebelumnya*). Obat-obat antidepresan untuk merawat kedua gangguan kecemasan itu dikenal dengan sebutan obat-obat trisiklik (*tricyclics*) dan obat-obat penghambat MAO (*MAO inhibitors*). Sifat dari obat-obat ini akan dibicarakan secara terperinci kemudian ketika kita berbicara mengenai depresi.

Terapi tingkah laku menghasilkan perubahan-perubahan yang luar biasa pada tingkah laku yang diulang-ulang, seperti pengecekan yang dilakukan berulang-ulang tetapi tidak menghasilkan perubahan-perubahan langsung pada pikiran-pikiran obsesif. Dalam praktek klinis yang aktual, pencegahan respons mungkin diwujudkan dengan membiarkan para pengecek kompulsif untuk melakukan pengecekan hanya sekali saja untuk memastikan bahwa pintu sudah terkunci, atau satu pengecekan untuk memastikan bahwa kompor sudah dimatikan (Marks, 1981).

GANGGUAN-GANGGUAN SOMATOFORM

Gangguan-gangguan somatoform (terutama gangguan-gangguan konversi atau disebut juga reaksi-reaksi konversi) adalah gangguan-gangguan neurotik yang khas bercirikan emosionalitas yang ekstrem, dan berubah menjadi simtom-simtom fisik. Simtom-simtom fisik itu mungkin berupa kelumpuhan anggota-anggota tubuh, rasa sakit dan nyeri yang luar biasa, buta tuli, tidak bisa bicara, muntah terus-menerus, kepala atau tangan gemetar. Penderita yang mengalami gangguan somatoform itu mungkin mengalami anestesia di mana ia tidak peka terhadap rasa sakit dan tidak merasakan tusukan jarum atau luka bakar.

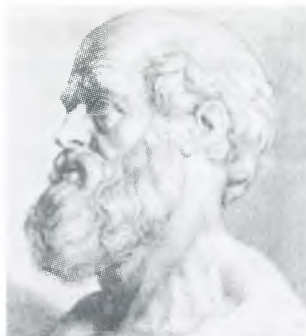
Gangguan-gangguan ini memiliki sejarah yang panjang dan gangguan-gangguan ini biasanya dihubungkan dengan wanita. Pada awal tahun 1500 S.M. dalam buku karangan Hippokrates yang berjudul *De Virginibus* dikatakan bahwa gangguan-gangguan somatoform itu adalah penyakit fisik yang terbatas pada wanita. Karena itu, gangguan-gangguan tersebut dinamakan histeria. Dan kata

histeria itu berasal dari kata *hystero* yang berarti rahim (Kendall & Hammen, 1998:195). Hippokrates dan orang-orang Yunani pada umumnya beranggapan bahwa penyakit itu disebabkan oleh karena rahim itu tidak dipuaskan secara seksual, karenanya ia berkelana ke bagian-bagian tubuh lainnya (*wandering uterus*) untuk mencari kepuasan. Dan dalam perjalanannya itu, ia meletakkan dirinya sedemikian rupa sehingga menyebabkan gangguan. Misalnya, bila seorang wanita mengalami kelumpuhan lengan, maka diandaikan bahwa rahim itu tertahan di pundak atau sikunya. Meskipun Hippokrates tidak berbicara secara khusus tentang penyebab seksual pada gangguan-gangguan somatoform, tetapi ia menganjurkan perkawinan sebagai perawatan terhadap gangguan-gangguan itu. Galenus tidak menerima pandangan bahwa gangguan-gangguan somatoform disebabkan oleh gangguan pada rahim, tetapi mengemukakan bahwa gangguan-gangguan tersebut ada hubungannya dengan organ tersebut. Ia menganjurkan rangsangan pada clitor dan leher rahim sebagai perawatannya. Baik Hippokrates maupun Galenus mempunyai pandangan yang kabur tentang seks dan gangguan-gangguan somatoform, tetapi keduanya menerima bahwa seks berhubungan erat dengan gangguan-gangguan tersebut.

Selama Abad Pertengahan, orang-orang yang menderita gangguan somatoform diperlakukan sebagai penganut bidaah karena tingkah laku mereka dianggap sebagai akibat langsung dari dosa-dosa mereka. Individu-individu yang menderita

gangguan somatoform diduga kerasukan setan (roh-roh jahat); dan *exorcisme* sering kali dipakai sebagai usaha untuk mengusir roh-roh jahat itu dari dalam tubuh mereka.

Pada akhir abad ke-19 diadakan pendekatan-pendekatan baru terhadap gangguan-gangguan somatoform — pertama oleh Charcot (seorang dokter Prancis) dan kemudian oleh Janet dan Freud. Charcot berpendapat bahwa dengan menggunakan sugesti ia dapat menimbulkan dan menghilangkan semua simtom pada pasien-pasien wanita yang menderita apa yang dinamakan *histeria*. Dalam pandangan Charcot, *histeria* itu



Hippokrates, seorang dokter Yunani kuno, berpendapat bahwa tingkah laku abnormal disebabkan oleh gangguan pada otak.

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 8].



Exorcisme digunakan sebagai perawatan orang yang mengalami gangguan mental pada Abad Pertengahan.

[Diambil dari Rathus, S. A., & Nevid, J. S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991, hlm. 7].

adalah suatu alat atau suatu kebiasaan yang dipelajari untuk menghindari atau mengontrol satu situasi tertentu. Ia berpendapat bahwa salah satu ciri utama histeria ialah anestesia kulit. Ia melihat bahwa anestesia kulit itu mempunyai tiga ciri, yakni jarang sekali diperhatikan atau diketahui oleh penderita, tidak pernah menyebabkan penderitaan pada pasien, mengikuti konsep anatomi penderita. Kemudian, Babinski mengemukakan bahwa anestesia kulit itu disebabkan oleh sugesti dan kemauan sendiri dari penderita untuk mengekspresikan simtom-simtom yang bertujuan (atau seperti dikatakan Charcot simtom-simtom untuk mengontrol atau menghindari satu situasi tertentu). Jadi, anestesia kulit itu bukan simtom yang spontan. Charcot menganjurkan istirahat dan isolasi sebagai metode perawatan.



Charcot mendemonstrasikan hipnosis.

[Diambil dari Kolb, L. C. *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1977, hlm. 10].

Janet, seorang mahasiswa Charcot, menolak sebagian besar kesimpulan yang dikemukakan Charcot. Ia berpendapat bahwa histeria itu disebabkan oleh kondisi pembawaan yang lemah (keadaan lelah), lalu terjadilah gangguan pada integritas pribadi. Akibat yang lebih jauh, penderita mengalami depresi yang bisa menyebabkan menyusutnya bidang kesadaran yang membatasi kemampuan penderita untuk melakukan tugas-tugas mental yang kompleks. Ketidakmampuan untuk melaksanakan tugas-tugas mental

yang kompleks ini mengakibatkan disosiasi. Dengan kata lain, Janet berkeyakinan bahwa histeria adalah kegagalan dalam mempertahankan integritas kepribadian. Hal yang sangat penting dalam teori Janet tentang histeria adalah simtom-simtom fisik yang berasal dari gangguan mental. Dasar gangguannya adalah proses-proses mental dan bukan keluhan-keluhan fisik.

Freud juga bekerja dengan pasien-pasien yang mengalami gangguan-gangguan tersebut dan memberikan perhatian yang besar kepada mereka. Sama seperti orang-orang Yunani yang mendahuluinya, Freud menyimpulkan bahwa dasar dari masalah tersebut adalah seksual, terutama terjadi karena konflik-konflik seksual. Ia menggunakan hipnotik sebagai metode perawatan terhadap histeria, tetapi kemudian ia berpaling pada asosiasi bebas. Hal yang menarik yaitu Freud tidak percaya bahwa gangguan itu terbatas pada wanita, dan pada awal karyanya ia menyajikan suatu makalah yang berjudul "Histeria Pria" pada suatu pertemuan para dokter. Pandangannya adalah bahwa para pria juga menderita histeria, (gangguan-gangguan konversi) ditolak, bahkan ditertawakan.

Selama jangka waktu yang agak panjang sesudah Charcot, Janet dan karya awal Freud, kemajuan yang dicapai untuk memahami histeria relatif sangat sedikit. Akan tetapi, beberapa puluh tahun kemudian ada kemajuan yang pesat. Karen Horney menekankan faktor kebudayaan dalam perkembangan histeria dan neurosis-neurosis yang lain. Ia menekankan bahwa kecemasan dan permusuhan yang timbul dari konflik-konflik kebudayaan merupakan penyebab yang penting dari tingkah laku neurotik. Kecemasan yang dibicarakan Horney tidak lain daripada perasaan tidak berdaya yang dialami individu dalam menghadapi dunia yang bersikap bermusuhan.



KAREN HORNEY

[Diambil dari Rathus, S. A., & Nevid, J. S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991, hlm. 42].

Pada tahun 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edisi III, yang direvisi (DSM-III R), sebutan diagnosis histeria dihilangkan. Ini dilakukan untuk menghilangkan semua konotasi yang dihubungkan dengan histeria, seperti ide bahwa histeria disebabkan oleh konflik seksual. Pada tahun 1987, semua ulasan yang mengemukakan bahwa gangguan-gangguan *somatoform* yang pada umumnya terdapat pada para wanita dihilangkan (Holmes, 1991:101).

Ciri utama dari kebanyakan gangguan somatoform (*somatoform disorders*) ialah adanya simptom-simtom, seperti rasa sakit, lumpuh, buta, tuli tetapi penyebab fisiknya tidak ada; dan diduga gangguan-gangguan ini disebabkan oleh faktor-faktor psikologis. Anggapan tentang penyebab psikologis sering dlebih-lebihkan di mana individu mengalami suatu konflik atau stres sesaat sebelum timbulnya simptom-simtom.

Gangguan-gangguan somatoform harus dibedakan dari gangguan-gangguan psikosomatik, seperti *peptic ulcer*, sakit kepala karena tegangan, masalah-masalah kardiovaskular. Pada kedua macam gangguan ini, penyebabnya adalah psikologis dan simptomnya adalah fisik. Perbedaannya adalah pada gangguan-gangguan somatoform tidak ada kerusakan fisik (misalnya, individu mengalami sakit perut tetapi perutnya tetap dalam kondisi baik); sedangkan pada gangguan-gangguan psikosomatik, ada kerusakan fisik (misalnya, *peptic ulcer* adalah luka-luka dalam lapisan perut). Istilah somatoform digunakan karena tidak ada kerusakan fisik, simptom-simptomnya hanya mengambil wujud gangguan somatik.

Ada 5 macam gangguan somatoform, yakni somatisasi, hipokondriasis, konversi, perasaan sakit *idiopatik*, dan gangguan *dismorfik*. Simtom-simtom utama gangguan-gangguan somatoform diringkaskan dalam Tabel 20.

TABEL20: POLA-POLA SIMTOM UTAMA PADA GANGGUAN-GANGGUAN SOMA-TOFORM*

Gangguan	Simtom
Somatisasi	Orang mengeluh dan mencari pengobatan atau perawatan untuk bermacam-macam simtom (lemah-, pingsan, masalah-masalah sekitar urinasi, perasaan muak, dan sebagainya), tetapi tidak ditemukan penyebab organik.
Konversi	Orang mengalami satu atau lebih simtom utama (misalnya buta, kelumpuhan, dan sebagainya), tetapi penyebab organiknya tidak ditemukan. Dalam beberapa kasus, orang tersebut tidak memperhatikan (mempedulikan) simtom tersebut.
Perasaan Sakit <i>Idiopatik</i>	Orang mengalami perasaan sakit yang berat atau berkepanjangan padahal penyebab organiknya tidak ada, atau kalaupun memang penyebab organiknya ada, tetapi dirasakan lebih berat daripada keadaan yang sebenarnya.
Gangguan <i>Dismorfik</i>	Orang terlalu membesar-besarkan cacat yang ada pada penampilannya.

* Disadur dari David Holmes, *Abnormal Psychology*, New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1991:97.

Somatisasi

Pada tahun 1859, Pierre Briquet, seorang dokter Prancis menggambarkan suatu sindrom yang pada waktu itu diberi nama sesuai dengan namanya sendiri, karena itu disebut *Briquet syndrome*, dan sekarang dalam DSM-III-R disebut gangguan somatisasi (*somatization disorder*). Diagnosis gangguan somatisasi digunakan untuk individu-individu yang banyak mengalami keluhan-keluhan somatik, berulang-ulang dan berlangsung lama, yang jelas bukan karena suatu penyebab fisik yang aktual. Individu-individu dengan gangguan ini menolak pandangan bahwa penyebab dari keluhan-keluhan mereka adalah faktor psikologis dan mereka tetap mencari pengobatan medis. Keluhan-keluhan pada umumnya berkisar sekitar sakit kepala, kelelahan, alergi, sakit perut, sakit punggung, sakit dada, simtom-simtom genitouriner, dan jantung berdebar-debar. Simtom-simtom konversi mungkin juga ada. Orang yang menderita gangguan ini akan pergi ke dokter, dan kadang-kadang ke sejumlah dokter sekaligus untuk meminta konsultasi dan pengobatan. Orang-orang yang menderita gangguan tersebut mengeluh secara dramatis dan berlebih-lebihan, bahkan mengeluh bahwa mereka menderita sakit sepanjang hidupnya.

Gangguan somatisasi ini mulai sebelum usia 30 tahun dan sering terjadi pada usia belasan tahun pada anak-anak perempuan di mana keluhan-keluhan dan ke-

prihatinannya berhubungan erat dengan siklus menstruasi; dan keluhan-keluhan serta keprihatinan tersebut sering merupakan simptom-simtom somatisasi yang paling awal (Kendall & Hammen, 1998). Gangguan ini lebih banyak terdapat pada wanita daripada laki-laki (Kroll, Chamberlain, dan Halpern, 1979). Selain keluhan-keluhan mengenai kesehatan, pasien yang mengalami gangguan somatisasi juga melaporkan adanya kesulitan pribadi berupa kecemasan dan depresi (Brown, Golding, dan Smith, 1990). Keluhan-keluhan tersebut bukan merupakan bagian dari gangguan itu sendiri, tetapi sebagai akibat dari kepercayaan individu bahwa masalah penyakit atau kesehatannya benar-benar berat. Kesulitan-kesulitan di bidang pekerjaan dan perkawinan juga umum terdapat pada kalangan para penderita ini.

Hipokondriasis

Hipokondriasis mirip dengan somatisasi dalam pengertian bahwa individu yang menderita kedua gangguan tersebut selalu memperhatikan simptom-simtom fisik. Perbedaannya ialah individu yang menderita somatisasi mengeluh bermacam-macam penyakit; sedangkan individu yang menderita gangguan hipokondriasis selalu mengeluh terhadap satu atau dua simptom saja (penyakit atau simptom terbatas).

Hipokondriasis ialah kondisi kecemasan yang kronis di mana penderita selalu merasa ketakutan yang patologik terhadap kesehatannya sendiri. Penderita merasa yakin sekali bahwa dirinya mengidap penyakit yang parah (serius). Neurosis ini lebih banyak terdapat pada kaum wanita daripada pada laki-laki. Keluhan-keluhan yang diungkapkannya tidak seimbang dengan keadaan fisik yang sebenarnya. Setiap simptom penyakit yang kecil sekalipun dirasakan sebagai malapetaka yang bisa menyebabkan kematiannya. Misalnya, sakit kepala selalu dihubungkan dengan tumor otak atau bintik-bintik pada kulit selalu dihubungkan dengan penyakit kusta atau bisul yang dapat melumpuhkan kesehatannya. Jadi, penderitaannya selalu dibesar-besarkan. Dengan melebih-lebihkan simptom-simtom fisik itu, individu tersebut ingin mendapat simpati dan perhatian dari orang lain dan juga ingin memperoleh rasa aman tertentu.

Orang yang mengalami gangguan hipokondriasis sering mengalami konflik-konflik intra-psikis yang berlangsung lama, kronis, parah, dan tidak terselesaikan. Orang yang tidak matang dan selalu memperhatikan diri sendiri serta mengisolasi-kan dirinya dari orang lain cenderung mengembangkan reaksi-reaksi hipokondriasis. Riwayat hidupnya selalu mengungkapkan kekhawatiran yang berlebihan mengenai keadaan kesehatan dan kondisi tubuhnya. Para orang tua yang terlalu melindungi dan selalu khawatir terhadap kesehatan anak-anak mereka justru akan menimbulkan kekhawatiran tersendiri pada anak tentang kondisi badan dan

kesehatannya. Gangguan hipokondriasis adalah penyakit yang khas pada usia setengah tua yang dipercepat oleh perasaan-perasaan tidak adekuat dan tidak mampu melaksanakan sesuatu pada orang-orang yang mudah terkena gangguan tipe ini. Sama seperti pada reaksi astenik dengan usaha-usaha untuk mendapat perhatian, individu tersebut akan mendapat keuntungan sekunder.

Konversi

Dalam kasus-kasus gangguan konversi, individu menderita satu atau lebih simtom fisik yang berat dan yang sangat melumpuhkan, tetapi dasar organik dari gangguan ini tidak ditemukan. Simtom-simtom konversi biasanya terjadi pada sistem otot kerangka atau pada sistem-sistem pancaindra. Sering kali simtom-simtom konversi yang disebutkan adalah kelumpuhan, serangan-serangan mendadak (*seizures*), kebutaan, ketulian, masalah-masalah penglihatan, anestesia (hilangnya perasaan atau sensasi), parestesia (sensasi-sensasi yang menggelikan). Dalam beberapa kasus, simtom-simtom tersebut berkaitan erat dengan kegiatan-kegiatan atau pekerjaan individu. Misalnya, pilot-pilot yang terbang pada malam hari mengembangkan konversi kebutaan malam hari, sedangkan pilot-pilot yang terbang siang hari mengalami gangguan konversi kebutaan siang hari; dan para pemain biola mengembangkan kelumpuhan atau kram pada tangan. Karena hubungan seperti ini, maka gangguan-gangguan konversi ini disebut *craft palsies*.

Suatu ciri menarik yang berhubungan dengan beberapa kasus dari gangguan-gangguan konversi adalah tidak mepedulikan simtom-simtom, yakni dalam berhadapan dengan sesuatu yang kelihatannya merupakan masalah pengobatan yang sangat berat, individu hanya memperlihatkan sedikit atau bahkan sama sekali tidak memperlihatkan perhatian. Tidak adanya respons emosional terhadap gangguan konversi ini secara tradisional disebut *la belle indifference* (masa bodoh yang indah) dan sangat bertentangan dengan simtom-simtom yang diperlihatkan oleh individu-individu yang mengalami gangguan-gangguan somatoform yang lain.

Adanya *la belle indifference* dapat juga menjadi petunjuk adanya gangguan konversi. Petunjuk yang lain terhadap faktor psikologis dari gangguan tersebut ialah tidak adanya akibat-akibat negatif yang benar-benar merupakan hasil dari gangguan fisik. Misalnya, individu-individu dengan gangguan konversi yang menderita serangan-serangan seperti epilepsi mungkin tidak melukai diri mereka selama terjadi suatu serangan, dan individu-individu yang secara psikogenik buta mungkin tidak menubruk benda-benda di hadapannya. Petunjuk terakhir yang dapat digunakan untuk membedakan konversi dari gangguan-gangguan fisik ialah konsistensi dari pola simtom. Dalam kasus individu dengan gangguan konversi, simtom-simtom

bisa berubah karena stres juga berubah (kaki yang lumpuh sebelum perlombaan atletik, dan tangan yang lumpuh sebelum ujian), sedangkan dalam simptom-simptom yang disebabkan oleh gangguan fisik aktual, konsistensi tersebut akan menjadi lebih besar. Sayangnya dalam beberapa kasus, tidak satu pun dari simptom-simptom ini ada; dan dengan demikian, diagnosis diferensial sulit untuk dilakukan.

Dalam sejarah orang-orang yang mengalami gangguan konversi ditemukan frustrasi yang cukup berat terhadap kebutuhan-kebutuhan, terutama kebutuhan akan status. Pribadi yang mengalami gangguan konversi pada umumnya membutuhkan status dan keinginannya dalam hal ini begitu kuat meskipun jarang sekali terpenuhi. Akibatnya, ia terus-menerus mengalami frustrasi. Tegangan yang timbul sebagai akibat dari frustrasi dan konflik itu memaksa individu tersebut melarikan diri.

Pelbagai langkah dalam mengembangkan gangguan konversi sesuai dengan urutan belajar seperti yang telah diuraikan pada bab sebelumnya. Individu berada dalam situasi sulit yang mungkin tak tertahankan dan ia ingin lari meninggalkannya. Ia berada dalam tahap coba-coba dan siap mencoba setiap cara. Sakit itu sendiri merupakan suatu kemungkinan yang dipilihnya. Dalam hal ini ia mungkin ingat akan pengalaman-pengalaman sebelumnya yang menyenangkan dan yang berkaitan dengan sakit. Mungkin ia selagi masih kanak-kanak, ia berhasil mendapatkan perhatian dan pemahaman yang didambakan dari keluarganya hanya apabila ia sakit. Ia mungkin langsung melangkah ke dalam reaksi histeris sebagai akibat dari sugesti itu, atau mungkin ia menunggu sampai mengalami suatu kecelakaan kecil atau sakit. Dalam keadaan tidak menentu ini ia benar-benar ingin terluka dalam suatu kecelakaan supaya dimaafkan karena menarik diri dari kenyataan. Banyak kecelakaan yang terjadi hanya merupakan cara untuk memenuhi keinginan-keinginannya itu.

Setelah untuk sementara waktu terlepas dari situasi sulit melalui sakit atau terluka, ia tidak ingin lagi sembuh; karena kalau sembuh, maka ia terpaksa kembali pada keadaan semula dengan segala tegangan yang terkandung di dalamnya. Karena banyak yang diperoleh dengan keadaan tetap sakit, maka ia pun memilih untuk tetap sakit. Sementara itu ia memperbesar simptom-simptomnya. Ia sebenarnya merasa sakit, tetapi rasa tidak enak fisik itu jauh lebih mudah ditahan daripada tegangan emosional yang dialaminya ketika ia berusaha memikul tanggung jawab sebagai orang yang sehat. Ia tidak berpura-pura sakit. Perbedaan antara konversi dan berpura-pura sakit adalah: pada konversi, motivasi sepenuhnya (atau hampir sepenuhnya) tidak disadari; sedangkan pada berpura-pura sakit, motivasi itu disadari sepenuhnya; pada konversi, individu berhasil menipu dirinya; sedangkan pada berpura-pura sakit tidak ada penipuan diri, melainkan individu berusaha untuk menipu orang lain.

Jika orang itu mendapat hadiah melalui pelarian diri kepada konversi, maka sulit sekali menganjurkannya untuk menggunakan mekanisme-mekanisme penyesuaian diri yang adekuat. Ia ingin melarikan diri dari tegangan kehidupan yang aktif dan konversi memberikan kepadanya perhatian dan simpati itu. Maka, ia berpegang teguh pada sarana (konversi) ini untuk mendapatkan apa yang sangat diinginkannya.

Perasaan Sakit *Idiopatik*

Gangguan perasaan sakit *idiopatik* adalah keluhan terhadap rasa sakit, sedangkan penyebab organiknya tidak ada; dan dengan demikian, perasaan sakit itu dilihat memiliki dasar psikologis. Kata *idiopatik* berarti muncul secara spontan atau dari penyebab yang tidak diketahui. Orang berpendapat bahwa beberapa penyakit punggung dilihat sebagai gangguan-gangguan perasaan sakit *idiopatik*.

Tidak seperti individu-individu yang mengalami gangguan-gangguan konversi, individu yang mengalami gangguan-gangguan perasaan sakit *idiopatik* sangat memperhatikan gangguan-gangguan tersebut dan mereka sering pergi ke dokter untuk mendapatkan perawatan atau pengobatan. Luasnya penyakit yang disebabkan oleh gangguan ini mulai dari gangguan yang ringan atau sederhana di bidang fungsi sosial atau pekerjaan sampai sama sekali tidak mampu dan harus dirawat di rumah sakit. Perbedaan antara gangguan perasaan sakit *idiopatik* dan gangguan somatisasi ialah gangguan perasaan sakit *idiopatik* hanya terbatas pada perasaan sakit. Gangguan perasaan rasa sakit dapat dilihat juga sebagai sub tipe dari gangguan somatisasi.

Gangguan Dismorfik

Yang dimaksudkan dengan gangguan *dismorfik* adalah terlalu memperhatikan cacat yang dibayangkan seseorang pada penampilan fisiknya. Apabila ada suatu cacat, perhatian individu terlalu berlebihan terhadap cacat itu (tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya). Gangguan *dismorfik* merupakan sesuatu yang sangat baru yang ditambahkan pada kelompok gangguan somatoform pada DSM-III-R yang dipublikasikan pada tahun 1987. Dan dalam hal ini sedikit sekali diketahui sifat, prevalensi, dan implikasi-implikasi dari gangguan *dismorfik*. (Tidak termasuk dalam gangguan ini, individu-individu yang terlalu memperhatikan berat badan mereka.) Ada suatu pertanyaan yang muncul, yakni apakah gangguan ini cukup penting untuk dianggap sebagai gangguan somatoform.

Gambaran Pribadi Orang yang Mengalami Gangguan-Gangguan Somatoform
Kepribadian penderita yang mengalami gangguan-gangguan somatoform dapat diutarakan sebagai berikut.

1. Umumnya para penderita sangat egoistik atau suka mementingkan dirinya sendiri (*selfish*) meskipun tidak berarti introvert. Ia lebih tertarik untuk membuat orang-orang lain menyukai dirinya daripada menyukai mereka. Ia cenderung menghubungkan segala sesuatu kepada dirinya sendiri dan menginterpretasikan segala pengalaman dalam masyarakat menurut ukuran dirinya sendiri.
2. Sangat mudah terpengaruh (*suggestible*), ia sangat sensitif terhadap pendapat orang lain. Ia selalu ingin melakukan semua pendapat orang lain dengan tujuan untuk memperoleh perhatian, persetujuan, dan pujian.
3. Ia memiliki kebutuhan akan status sosial. Tidak mengherankan kalau penderita dengan gangguan-gangguan somatoform sangat peka terhadap kritik. Kritik yang menyangkut hal-hal yang kecil sekalipun akan membuatnya merasa sakit, kesal sehingga memperkuat simptom-simtom fisik. Ia sangat ambisius untuk mencapai cita-cita tinggi yang ditetapkannya. Biasanya ia tidak tertarik pada prestasi itu sendiri, melainkan tertarik pada status yang menyertai keberhasilannya. Ia ingin dipuji dan disanjung, tetapi mengharapkan bahwa itu dapat dibeli dengan murah.
4. Emosi-emosinya sangat kuat dan juga memiliki rasa suka dan tidak suka yang kuat, dan penilaiannya sangat dipengaruhi oleh rasa suka dan tidak suka tersebut.
5. Ada kecenderungan yang sangat kuat untuk melarikan diri dari situasi-situasi yang dianggapnya tidak menyenangkan. Juga ada banyak keinginan untuk mendapatkan maaf atas pelbagai kegagalan dan kelemahannya.
6. Simtom-simtom fisiknya dibuat-buat atau dengan sengaja dilebih-lebihkan supaya bisa memperpanjang waktu untuk melarikan diri dengan cara menjadi sakit, dengan tujuan untuk menghindari tugas-tugas tertentu atau menghindari situasi yang tidak disenanginya. Akhirnya, simtom-simtom yang dibuat-buat atau dengan sengaja dilebih-lebihkan itu menjadi fiksasi terus-menerus dan berlangsung lama walaupun ia merasa badannya sudah sembuh.
7. Karena pada dasarnya individu yang menderita gangguan-gangguan somatoform adalah ekstrovert, maka ia suka kepada orang lain dan ingin mengungkapkan dirinya dengan bebas, tetapi karena tegang ia tidak dapat berbuat demikian. Di situ terletak salah satu frustrasinya.

Simtom

Dari uraian tentang gangguan-gangguan somatoform, simtom-simtomnya yang umum diketahui sebagai berikut: (1) Rasa pada kulit seluruhnya atau sebagiannya



Tidak adanya perasaan pada anestesia tangan (*glove anesthesia*) tidak mengikuti alur-alur yang dilalui oleh saraf pada tangan.

[Diambil dari Holmes, D. S. *Abnormal Psychology*. New York: Harper Collins Publishers, 1991, hlm. 99]

hilang (anestesia atau hipastesia). Anestesia ini sering muncul pada tangan, pergelangan, lengan bawah dan kaki; (2) Rasa sakit pada kulit sangat berlebih-lebihan (orang berteriak-teriak kesakitan, walaupun badannya hanya disinggung saja); (3) Perasaan yang sangat aneh, merasa kesemutan yang kronis atau akut (parastesia); (4) Orang menjadi tuli atau buta walaupun organ pendengarannya serta saraf pendengarannya masih baik atau tidak cacat dan organ penglihatannya masih sempurna; (5) Orang merasa lumpuh dan kaku pada sebelah tangan atau kakinya; (6) Kadang-kadang orang gemetar (*tremor*) di seluruh badannya, dan lebih sering terjadi pada jari-jari tangan, bibir, dan rahang bawah; (7) Sangat mudah terpengaruh (*suggestible*), egosentrik, dan emosinya tidak stabil; kadang-kadang merasa depresi atau justru merasa bahagia dan "besar" (euforis); (8) Sering kali merasa pusing dan dapat juga mengalami stupor seperti terbius, tidak merasa apa-apa; kadang-kadang seperti berada

dalam keadaan *trance*, tidak sadar; (9) Sering kali mengalami kekejangan seperti simtom penyakit epilepsi. Meskipun ia memutar-mutarkan badannya tetapi tidak menggigit lidahnya seperti yang terjadi pada penyakit epilepsi, dan hampir selalu berhati-hati agar tidak terluka. Serangan itu biasanya terjadi kalau ada orang lain yang hadir, dan agaknya ia akan mendapat kepuasan dari perhatian yang diterimanya; (10) Sering kali ada simtom-simtom somnambulisme, *fugue*, atau pribadi ganda, sangat pelupa atau pikun; (11) *Tics* (gerak-gerak penarikan saraf berupa kepala yang selalu digelenggelengkan, bibir ditarik-tarik, atau mata berkedip-kedip; (12) Penderita hanya mampu berbicara seperti orang yang berbisik-bisik (aponia) atau sama sekali tidak dapat berbicara walaupun organ-organ bicara masih utuh (mutisme); (13) Apabila individu berada dalam keadaan terguncang, mungkin pernapasannya menjadi sangat cepat dan kadang-kadang otot kerongkongan menyempit sehingga menyebabkan penyakit asma (walaupun asma tidak selalu disebabkan oleh tegangan emosi); (14) Individu yang selalu merasa kesal dan cemas mungkin akan mengalami sakit perut sehingga mengakibatkan *peptic ulcer* atau radang usus. Radang usus bisa berbentuk spastis (tegang) atau atonis (kendur). Pada radang atonis, usus besar menjadi kendur sepenuhnya dan

mempersukar pengendalian gerakan-gerakan isi perut, kadang-kadang juga disertai tidak adanya pengendalian otot-otot lingkaran; dan (15) Individu mungkin mengalami rasa mual, walaupun rasa mual tidak selalu dikaitkan atau disebabkan oleh tegangan emosi yang terdapat pada individu yang menderita gangguan somatoform.

Khusus mengenai gangguan hipokondriasis, simtomnya ialah penderita mengungkapkan kecurigaannya bahwa ia menderita segala macam penyakit, dan memberikan penjelasan yang aneh tentang proses-proses jasmaniahnya, serta mengeluh tentang rasa sakit dan nyeri secara spesifik dan tidak spesifik. Harus hati-hati membedakan reaksi ini dengan reaksi-reaksi *astenik* dan depresi karena simtomnya sangat mirip. Di lain pihak, kalau sifat dari keluhan-keluhan reaksi hipokondriasis sangat ganjil, maka perlu mendapat perhatian karena kemungkinan besar ada reaksi schizofrenik.

Penyebab

Tidak satu pun di antara para ahli teori yang sependapat mengenai penyebab dari gangguan-gangguan ini. Karena pendapat para ahli berbeda-beda, maka di sini akan dikemukakan tiga pendekatan, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, dan pendekatan fisiologis.

Pendekatan Psikodinamik. Pandangan psikodinamik tentang gangguan-gangguan somatoform mengemukakan bahwa energi emosional yang terpendam dapat mengacaukan fungsi normal dan mungkin berubah menjadi simtom-simtom fisik. Penjelasan ini pada awalnya dirumuskan oleh Joseph Breuer dan Sigmund Freud dalam pembicaraan mereka tentang kasus Anna O., yang menderita bermacam-macam simtom somatoform. Pada waktu menangani Anna, Breuer menemukan



Joseph Breuer, dokter dan fisiolog Austria, yang kerja samanya dengan Freud adalah penting dalam perkembangan awal psikoanalisis. Ia merawat Anna O. dengan metode yang diciptakannya sendiri, yakni metode katarsis.

[Diambil dari www.aeiou.at].

bahwa bila Anna mengingat situasi di mana simtom itu mulai muncul dan dapat mengungkapkan emosi yang berhubungan dengan situasi itu, maka simtom itu akan hilang dengan sendirinya. Misalnya, salah satu simtom Anna adalah kelumpuhan pada lengan kanannya. Simtom itu jelas berasal dari pengalaman ketika ia masih kanak-kanak, duduk di samping tempat tidur ayahnya yang sedang sakit. Ketika ia duduk di sana ia tertidur sejenak dan ia bermimpi bahwa ayahnya diserang oleh seekor ular besar yang berwarna hitam dan ia tidak berhasil mengusir ular itu dengan lengan kanannya. Ketika ia bangun, ia mengalami lengan kanannya tidak dapat digerakkan. Kombinasi dari mimpi dan ketidakmampu-

an yang terjadi secara tiba-tiba untuk menggerakkan lengan kanannya menyebabkan Anna sangat takut, tetapi ia tidak dapat mengungkapkan perasaan-perasaannya karena takut membangunkan dan membuat ayahnya yang sedang sakit merasa khawatir. Akan tetapi, ketika berada dalam suasana terapi, Anna mengingat kembali kejadian itu dan emosinya yang asli tiba-tiba keluar seperti air yang membobol bendungan, dan akhirnya kelumpuhan pada tangannya menjadi hilang.



Bertha Pappenheim (1859-1936), lebih terkenal dengan nama "Anna O".

[Diambil dari Rathus, S. A., & Nevid, J. S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991, hlm. 15].

Reaksi Anna O. menyebabkan Breuer dan Freud berpendapat bahwa emosi yang ditekan — yang mereka sebut dengan afek yang terkekang (*strangulated affect*) — menyebabkan lengan kanannya menjadi lumpuh. Serangan emosi yang berlangsung lama dan kemudian merangsang organ-organ tubuh digunakan untuk menjelaskan bermacam-macam simptom. Pandangan Freud bahwa energi emosional yang dikekang berubah menjadi simptom-simtom fisik merupakan dasar untuk istilah gangguan konversi. Freud dan Breuer juga mengemukakan bahwa pengungkapan emosi-emosi yang dikekang dapat menghilangkan simptom-simtom karena pengungkapan tersebut mereduksikan serangan itu. Dewasa ini kita menyebut pengungkapan terapeutik itu dengan katarsis.

Dari apa yang diuraikan di atas dapat dikemukakan penjelasan psikodinamik terhadap gangguan-gangguan somatoform ialah gangguan-gangguan tersebut disebabkan oleh konflik tak sadar (dan Freud kemudian menambahkan bahwa isi dari konflik-konflik tak sadar itu adalah masalah-masalah seksual). Simtom-simtom merupakan manifestasi simbolis dari konflik-konflik tersebut; dan dalam beberapa kasus, simtom-simtom itu berfungsi sebagai pertahanan terhadap kecemasan karena simtom-simtom mencegah individu melibatkan diri dalam kegiatan-kegiatan yang menimbulkan kecemasan.

Pendekatan Belajar. Teori belajar mengemukakan bahwa simtom-simtom merupakan respons-respons operan (peran-peran) yang dikembangkan dan dipertahankan karena simtom-simtom itu memungkinkan individu untuk memperoleh hadiah atau mereduksikan stres. Khususnya individu mempelajari peran dari seorang yang sakit dan peran itu memberi kemungkinan kepadanya untuk menghindari stres, membenarkan kegagalan atau menarik perhatian dan simpati.

Pendirian dasar teori belajar adalah simtom-simtom somatoform merupakan respons-respons operan yang dipelajari dan tetap dipertahankan karena respons-respons berupa simtom-simtom tersebut akan menghasilkan hadiah-hadiah. Hadiah-hadiah itu akan diperoleh melalui tiga cara. *Pertama*, simtom-simtom itu mungkin

menyenggupi individu untuk menghindari situasi yang tidak menyenangkan atau mengancam. Misalnya, gangguan konversi berupa lengan lumpuh mungkin berkat kelumpuhan itu seorang mahasiswa bergembira karena tidak mengikuti ujian yang belum dipersiapkannya. Atau juga seorang atlet yang selalu berlatih "menarik otot" sebelum perlombaan atletik di mana perlombaan tersebut sangat berat dan mungkin akan mengancam rekornya yang tak terkalahkan. Latihan "menarik otot" menguntungkan karena latihan tersebut dapat melindungi rekornya yang tak terkalahkan. Fakta bahwa simtom tersebut menyelamatkan individu dari suatu situasi yang mengancam mungkin dapat menjelaskan beberapa kasus di mana individu tidak mempedulikan implikasi-implikasi yang berat dari simtom tersebut (*la belle indifference*). Kedua, simtom-simtom somatoform dapat menjadi alasan atau pembenaran terhadap kegagalan; dan dengan demikian, membebaskan individu dari tanggung jawab pribadi terhadap kegagalan tersebut. Misalnya, seorang mahasiswa yang mengenakan tutup mata karena sakit mata mungkin sama sekali tidak bisa disalahkan karena nilai-nilai ujiannya jelek. Ketiga, simtom-simtom somatoform dapat menarik simpati dan perhatian terhadap individu, di mana simpati dan perhatian itu dapat sangat menguntungkan.

Meskipun simtom-simtom somatoform dipertahankan karena menghasilkan hadiah-hadiah, tetapi pertanyaannya ialah bagaimana pada awal mulanya simtom-simtom itu berkembang? Salah satu kemungkinan ialah individu-individu belajar memainkan peran sebagai seorang individu yang sakit dengan mengamati atau mengalami sendiri rasa sakit itu. Kita semua memainkan banyak peran, dan kita harus mempelajari pelbagai tingkah laku untuk setiap peran. Lama kelamaan peran itu sendiri dapat menjadi sifat dasar yang kedua, di mana perbedaan antara peran dan diri akhirnya menjadi kabur. Kita tidak lagi memainkan peran — kita telah menginternalisasikan peran itu, dan peran itu sendiri adalah diri kita sendiri.

Dalam hal gangguan-gangguan somatoform, individu mungkin telah mempelajari peran dari seorang individu yang sakit ketika ia benar-benar sakit atau dengan mengamati orang lain yang sakit. Kemudian, ketika berhadapan dengan orang yang stres atau ada keinginan untuk membutuhkan perhatian dan simpati individu tersebut mungkin berpindah ke peran "sakit" bila diperlukan oleh situasi tersebut. Perubahan ke peran sakit tidak dilakukan dengan sadar seperti Anda berubah ke dalam peran sebagai seorang mahasiswa ketika Anda mengambil sebuah buku dan mulai belajar. Individu dengan gangguan-gangguan somatoform tidak meniru perannya lagi seperti halnya dengan Anda sekarang yang menirukan peran mahasiswa, tetapi Anda sudah menginternalisasikannya; dan dengan demikian, individu dengan gangguan somatoform menginternalisasikan peran dari individu yang sakit dan tidak berpura-pura lagi menirukan peran tersebut.

Penjelasan tentang peran terhadap gangguan-gangguan somatoform didukung oleh fakta bahwa individu-individu dengan gangguan-gangguan ini memiliki model-model peran untuk tingkah laku sakit. Salah satu penelitian melaporkan bahwa 70% dari para orang tua dari individu-individu dengan gangguan-gangguan konversi benar-benar mengalami gangguan-gangguan yang sama dengan gangguan-gangguan konversi yang dialami anak-anak mereka. Dalam penelitian yang lain, 20% sanak saudara dari individu-individu dengan gangguan-gangguan somatisasi juga ditemukan mengalami gangguan-gangguan somatisasi (Arkonak & Guze, 1963). Akhirnya, informasi dari para orang tua mengemukakan bahwa tiga variabel yang erat hubungannya dengan sindrom hipokondriakal yaitu: (1) kegagalan hidup tinggi, (2) penyakit keluarga tinggi, dan (3) ambang rasa sakit rendah (Bianchi, 1973). Tampak bahwa apabila berhadapan dengan stres, individu-individu dengan sejarah penyakit keluarga (model-model) mungkin mengeluh rasa sakit. Ambang rasa sakit rendah mungkin merupakan dasar minimal bagi keluhan-keluhan karena individu-individu dengan ambang rasa sakit rendah mungkin benar-benar mengalami ketidaksenangan fisik lebih besar dibandingkan dengan individu-individu yang lain.

Pendekatan Fisiologis. Umumnya diasumsikan bahwa orang-orang yang menderita somatisasi, hipokondriasis, atau perasaan sakit idiopatik mengeluh tentang simptom-simptom yang sesungguhnya tidak ada dan keluhan-keluhan mereka adalah hasil dari gangguan-gangguan itu. Akan tetapi, ada kemungkinan bahwa orang-orang ini sebenarnya lebih peka terhadap sensasi-sensasi tubuh atau lebih mudah terangsang secara fisiologis yang akan menimbulkan sensasi-sensasi tubuh yang lebih banyak. Misalnya, orang-orang yang lebih peka terhadap rasa sakit mungkin lebih mengetahui bermacam-macam penyakit; dan dengan demikian, besar kemungkinan mereka menarik kesimpulan bahwa mereka menderita penyakit dibandingkan dengan orang-orang yang tidak menyadari bermacam-macam penyakit. Selanjutnya, apabila beberapa orang memiliki sensasi lebih banyak daripada orang-orang lain, maka menurut definisi tingkat-tingkat sensasi mereka adalah "abnormal", dan dengan demikian benar kalau menginterpretasikan sensasi-sensasi mereka merupakan petunjuk adanya suatu penyakit fisik yang potensial.

Penjelasan bahwa simptom-simptom somatoform disebabkan oleh sensasi-sensasi somatik yang berkadar lebih tinggi diperkuat oleh suatu bukti empiris. Misalnya, ditemukan bahwa individu-individu dengan hipokondriasis dapat menaksir dengan lebih baik denyut jantung mereka; dan dengan demikian, kelihatannya mereka lebih peka terhadap proses-proses internal dibandingkan dengan orang-orang lain (Tyrer, *et al.*, 1980). Dalam penelitian yang lain juga ditemukan bahwa individu-individu dengan hipokondriasis mengalami rangsangan somatik berkadar tinggi

yang abnormal (misalnya denyut jantung lebih tinggi dan disertai dengan tegangan otot) (Hanback & Revelle, 1978). Rangsangan yang meningkat itu dapat menimbulkan sensasi-sensasi somatik yang lebih banyak dan dapat menjadi dasar untuk simtom-simtom. Akhirnya, ditemukan bahwa individu-individu dengan hipokondriasis memiliki ambang rasa sakit yang lebih rendah dan mengalami sensasi-sensasi lebih banyak dan mungkin kemudian diinterpretasikan sebagai simtom-simtom. Meskipun terdapat bukti yang menghubungkan kepekaan atau rangsangan somatik dan gangguan-gangguan somatoform, tetapi di sini kita tidak mengetahui apakah meningkatnya kepekaan atau rangsangan itu mengakibatkan gangguan-gangguan tersebut atau sebaliknya.

Perlu diketahui juga bahwa kecemasan mengakibatkan rangsangan somatik meningkat. Adanya kecemasan dapat menyebabkan suatu kondisi somatik di mana seorang individu dapat membentuk sejumlah keluhan somatik. Dengan kata lain, (1) Individu menjadi cemas, (2) Kecemasan menyebabkan meningkatnya kepekaan atau rangsangan somatik, dan (3) Sensasi-sensasi dari kepekaan atau rangsangan somatik itu diinterpretasikan sebagai simtom-simtom dari suatu gangguan. Misalnya, seorang individu yang cemas karena mengalami denyut jantung yang meningkat, ia mungkin menyimpulkan bahwa jantung yang berdenyut cepat itu menggambarkan suatu penyakit jantung yang mendasar. Urutan ini mungkin juga terjadi apabila individu-individu memiliki sejarah penyakit pribadi atau keluarga (misalnya, serangan jantung) yang merupakan suatu model peran dan membenaran tambahan bagi perkembangan penjelasan penyakit "terhadap sensasi-sensasi."

Perawatan

Harus diakui bahwa merawat orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan somatoform sangat sulit karena mereka beranggapan bahwa masalah-masalah yang mereka alami adalah masalah-masalah fisik dan bukan masalah-masalah psikologis. Dengan demikian, mereka tidak terbuka terhadap penjelasan-penjelasan psikologis. Mereka lebih suka pergi ke dokter dan para penderita tersebut menguji kesabaran dokter-dokter yang sering berusaha memberikan resep bermacam-macam obat atau bahkan memberikan resep obat yang berubah dari obat yang satu ke obat yang lain dengan harapan dapat menyembuhkan keluhan-keluhan somatik mereka.

Akan tetapi, untuk beberapa pasien yang agak terbuka terhadap teknik perawatan lain, tentu saja psikoanalisis sangat erat hubungannya dengan gangguan-gangguan tersebut. Perawatan dengan berbicara (*talking cure*) yang dikembangkan oleh psikoanalisis tentu sangat bermanfaat. Teknik ini bertolak dari asumsi bahwa represi yang kuat memaksa energi psikis berubah menjadi gangguan-gangguan somatik (misalnya anestesia atau kelumpuhan). Katarsis penderita ketika dihadap-

kan dengan sumber-sumber dari represi itu dianggap dapat membantu, dan dewasa ini asosiasi bebas dan teknik-teknik lain untuk membongkar represi tersebut merupakan pendekatan-pendekatan yang umum. Akan tetapi, harus diakui bahwa psikoanalisis dan psikoterapi yang berorientasi psikoanalisis tidak begitu efektif terhadap gangguan-gangguan tersebut kecuali hanya meringankan atau mengurangi keluhan-keluhan penderita terhadap masalah-masalah yang melumpuhkannya (Ochitil, 1982).

Para ahli klinis tingkah laku berpendapat bahwa kadar kecemasan yang tinggi erat hubungannya dengan gangguan somatisasi. Dengan demikian, teknik yang disebut desensitisasi sistematis (*systematic desensitization*) atau beberapa terapi kognitif lain dapat digunakan untuk ketakutan-ketakutan individu. Dengan teknik-teknik ini ketakutan-ketakutan tersebut dapat dikurangi; dan dengan demikian, keluhan-keluhan somatik juga berkurang.

Akan tetapi, dapat juga digunakan teknik perawatan yang lain bagi individu yang sudah biasa dengan kelemahannya, yaitu dengan menghindari tantangan-tantangan hidup sehari-hari dan tidak menghadapi tantangan-tantangan tersebut sebagai seorang dewasa. Dan di sinilah peluang bagi orang-orang yang hidup bersama dengan individu tersebut untuk menyesuaikan diri dengan kelemahannya; dan dengan demikian, memperkuat individu untuk menghindari tanggung jawab sebagai orang dewasa yang normal. Terapi keluarga (*family therapy*) dapat digunakan untuk membantu individu dan para anggota keluarga mengubah jaringan hubungan-hubungan sehingga individu tersebut bergerak ke arah otonomi yang lebih besar. Latihan asertif (*assertive training*) dan latihan keterampilan-keterampilan sosial (*social-skills training*) — melatih individu dengan cara-cara yang efektif untuk mendekati dan berbicara kepada orang-orang, membuka mata, memberi pujian, menerima kritik, dan mengajukan permohonan — dapat berguna dalam membantu individu untuk mempelajari cara-cara berhubungan dengan orang lain dan menemui kebutuhan-kebutuhannya serta melepaskan dalil "aku adalah seorang individu yang malang, lemah, dan sakit."

GANGGUAN-GANGGUAN DISOSIATIF

Gangguan-gangguan disosiatif adalah gangguan-gangguan atau perubahan-perubahan dalam fungsi integratif yang normal dari identitas, ingatan, atau kesadaran. Dengan kata lain, dalam gangguan-gangguan disosiatif, ada suatu pemisahan yang berat atas fungsi-fungsi kepribadian sampai individu tidak menyadari atau kehilangan kontak dengan aspek-aspek yang penting dari kepribadiannya.

Misalnya, individu-individu dengan gangguan-gangguan disosiatif mengalami simtom-simtom seperti amnesia, kepribadian ganda (*multiple personality*) atau bahkan kehilangan identitas kepribadiannya. Istilah gangguan disosiatif digunakan karena diandaikan individu-individu dengan simtom-simtom seperti amnesia atau kepribadian ganda melarikan diri atau memisahkan diri dari bagian-bagian kepribadiannya dan menimbulkan stres.

Ada lima macam gangguan disosiatif: amnesia psikogenik, *fugue* psikogenik, kepribadian ganda, depersonalisasi, dan kesurupan atau *trance* (Holmes, 1991). Masing-masing tipe melibatkan disosiasi, tetapi cara disosiasi itu diperoleh berbeda antara gangguan yang satu dengan gangguan yang lain. Misalnya, individu mungkin melupakan suatu hal yang menimbulkan stres (amnesia), meninggalkan situasi yang menyebabkan stres, dan mengembangkan suatu identitas baru (*fugue*), atau mengembangkan kepribadian-kepribadian alternatif (kepribadian ganda). Pola-pola simtom dominan dalam gangguan-gangguan disosiatif dapat dilihat pada Tabel 21.

TABEL 21: POLA-POLA DOMINAN DALAM GANGGUAN DISOSIATIF*

Gangguan Disosiatif	Pola Simtom
Amnesia	Ketidakmampuan yang terjadi secara tiba-tiba untuk mengingat informasi pribadi yang penting. Ketidakmampuan untuk mengingat itu tidak dapat dijelaskan dengan kelupaan yang sifatnya biasa.
<i>Fugue</i>	Tiba-tiba meninggalkan rumah atau tempat kerja dan tidak mampu mengingat masa lampaunya. Selama terjadinya <i>fugue</i> , suatu identitas baru dikembangkan.
Kepribadian ganda	Di dalam individu terdapat dua atau lebih kepribadian yang berbeda. Berbagai macam kepribadian mengendalikan secara sempurna tingkah laku individu pada waktu yang berbeda.
Depersonalisasi	Mengalami diri sendiri sebagai yang terpisah dan mengamati diri dari posisi pengamat dari luar atau mengalami perasaan mekanik atau seolah-olah berada dalam suatu mimpi.
Kesurupan atau <i>trance</i>	Suatu keadaan kesadaran yang berubah (<i>trance</i>) di mana kesadaran berkurang atau secara selektif terfokus pada stimulus-stimulus tertentu, atau kepercayaan bahwa diri kita diambil alih oleh suatu roh atau oleh seseorang (kesurupan).

* Disadur dari David Holmes, *Abnormal Psychology*, New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1991:103.

Amnesia Psikogenik¹¹

Amnesia psikogenik bercirikan ketidakmampuan yang terjadi secara tiba-tiba untuk mengingat kembali informasi pribadi atau peristiwa-peristiwa yang penting. Biasanya amnesia terjadi segera sesudah terjadinya suatu stres yang berat, dan apa yang dilupakan adalah peristiwa yang menyebabkan stres atau informasi yang berhubungan dengan itu. Misalnya, para tentara kadang-kadang mengalami gangguan amnesia psikogenik selama masa-masa pertempuran. Setelah berada dalam keadaan yang aman, tentara-tentara tersebut tidak bisa mengingat segala sesuatu yang terjadi selama pertempuran. Atau juga, orang yang mengalami kecelakaan kendaraan tetapi tidak mengalami cedera fisik bisa jadi akan menderita amnesia psikogenik. Amnesia psikogenik juga dapat dipicu oleh impuls-impuls atau perbuatan-perbuatan yang tidak dapat diterima, seperti permainan cinta di luar ikatan perkawinan.

Jelas kelupaan itu dapat disebabkan oleh bermacam-macam penyebab, tetapi hal yang penting ialah tidak boleh menyamakan amnesia psikogenik dengan kehilangan ingatan yang disebabkan oleh kelupaan biasa, atau oleh gangguan mental organik, atau karena keracunan, gangguan amnesia karena minum minuman beralkohol, atau amnesia yang kadang-kadang terjadi sesudah mengalami gegar otak (Hirst, 1982).

Dalam amnesia psikogenik tidak ada kehilangan ingatan yang permanen. Apa yang dilupakan tidak hilang untuk selama-lamanya, melainkan hanya terpendam dalam-dalam di dalam alam ketidaksadaran, dan ini akan ditimbulkan kembali jika amnesia dapat diatasi atau jika si penderita diperintahkan untuk menimbulkan kembali apa saja yang dilupakan lewat teknik hipnotik. Ini disebabkan karena amnesia psikogenik tidak disebabkan oleh kerusakan saraf-saraf pusat, melainkan oleh keinginan untuk melupakan pengalaman-pengalaman masa lalu yang traumatis.

Beberapa tipe amnesia dapat disebut sebagai berikut. (1) *Amnesia retrograde* (*retrograde* = mundur): hilangnya ingatan mengenai apa yang terjadi dan segala hal yang mendahului suatu kecelakaan. Semua kesan masa lalu sebelum kecelakaan menjadi hilang dan biasanya amnesia ini berlangsung singkat; (2) *Amnesia anterograde*: hilangnya ingatan mengenai peristiwa-peristiwa segera sesudah terjadinya kecelakaan, yaitu sesudah terjadi *shock*, atau saat-saat yang membingungkan; (3) *Amnesia auditorer*: ketidakmampuan untuk mengenali kembali kata-kata

11 Amnesia berarti hilangnya daya ingat. Penggunaan kata tersebut oleh para psikolog klinis atau psikiater biasanya menunjukkan gejala kehilangan daya ingat secara psikologis yang berkaitan dengan bidang pengalaman yang luas sekali.

yang diucapkan orang lain (*word deafness*); (4) *Amnesia retroanterograde*: memutarbalikkan ingatan, di mana peristiwa-peristiwa yang baru terjadi dikaitkan dengan masa lampau atau sebaliknya; (5) *Amnesia tactile*: ketidakmampuan untuk mengenali kembali objek-objek melalui rabaan. Amnesia semacam ini disebut juga *asternognosis* atau *astereocognosy*; dan (6) *Amnesia visual*: buta kata, yakni tidak mampu mengingat kembali kata-kata yang ditulis atau yang diucapkan, atau objek-objek yang pernah dilihat sebelumnya.

Fugue Psikogenik

Seorang individu yang mengalami *fugue* psikogenik secara tiba-tiba dan tak terduga, pergi ke suatu tempat yang baru dan menggunakan suatu identitas yang baru. Pelarian diri seperti ini secara khas terjadi sesudah individu mengalami stres psikologis yang berat, misalnya pertengkaran dalam perkawinan, konflik militer, atau bencana alam. Keadaan *fugue* mungkin berlangsung beberapa jam, beberapa hari, beberapa minggu, beberapa bulan, atau bahkan beberapa tahun. *Fugue* pada dasarnya adalah juga amnesia. Dengan dinamika yang sama dengan amnesia, *fugue* memperoleh perlengkapan lain untuk menghindari situasi yang tidak menyenangkan itu, yaitu mengembara. Inilah yang membedakan antara amnesia dan *fugue*. Pada *fugue*, penderita melupakan bukan hanya sebagian, melainkan seluruh situasi; dan keberhasilan dari keinginannya itu terjamin apabila ia melarikan diri dan meninggalkan rumahnya, kampung halamannya, kota atau tanah airnya. Di sini terjadi disosiasi dengan lingkungannya. Ia cenderung lari dari lingkungannya baik secara fisik maupun secara psikologis (dalam angan-angan dan khayalannya). Ada usaha untuk merealisasikan harapan-harapan tertentu yang ditekan atau ada usaha untuk menghindari beberapa peristiwa; atau ada usaha untuk melupakan kenangan-kenangan yang tidak menyenangkan. Harapan-harapan dan kenangan-kenangan tersebut ditekan kuat-kuat ke dalam alam tak sadar karena dianggap mengganggu egonya.

Dalam pengembaraannya di tempat lain, penderita *fugue* sama sekali tidak sadar akan dirinya, meskipun ia melakukan segala sesuatu yang tidak berbeda dengan orang normal. Ia tidak ingat lagi siapa dirinya, dari mana ia berasal, dan di mana ia berada sekarang. Mungkin ia mengadakan pernikahan lagi di tempat tersebut tanpa menyadari bahwa ia sebenarnya sudah berkeluarga. Atau, ada juga kemungkinan bahwa ia mempunyai pekerjaan baru di tempat pengembaraannya tanpa menyadari bahwa ia sebenarnya sudah mempunyai pekerjaan dan memegang posisi yang penting. Orang-orang yang berada di tempat pengembaraannya yang baru tidak akan melihatnya sebagai orang yang tidak normal sebab tingkah laku

dan pekerjaan yang dilakukannya serta pergaulannya kelihatannya tidak berbeda dengan orang lain.

Mungkin pada waktu penderitaan *fugue* dengan sekonyong-konyong menjadi hilang, dan ia mulai sadar serta menanyakan di mana dirinya sekarang, di mana istri dan anak-anaknya, apa sebabnya ia memiliki istri baru, apa sebabnya ia mengerjakan suatu pekerjaan lain, dan lain sebagainya. Dengan kata lain, pada waktu *fugue* berakhir, orang tersebut kembali kepada identitasnya yang asli dan ia tidak dapat mengingat lagi apa yang terjadi selama *fugue*. Ciri lain dari *fugue* yang membedakannya dari amnesia, yaitu bahwa dalam *fugue*, individu tidak menyadari sesuatu yang hilang dan menggunakan sesuatu yang baru (suatu identitas baru) secara tepat.

Kepribadian Ganda (*Multiple Personality*)

Gangguan ini disebut juga gangguan identitas disosiatif (Kendall & Hammen, 1998). Ini adalah bentuk disosiasi yang dramatis di mana penderita mengembangkan dua atau lebih kepribadian yang terpisah dan biasanya jelas berbeda. Ada disosiasi lengkap dari kepribadian terhadap lingkungannya. Ini disebabkan karena adanya kompleks kejiwaan di mana tata susunan kepribadian yang satu menunjukkan ciri-ciri yang terpisah dan berlawanan dengan ciri-ciri tata susunan kepribadian yang lain baik dalam segi-segi emosional maupun dalam segi-segi kognitif; teliti-ceroboh, alim-gairah, acuh tak acuh, dan sebagainya. Masing-masing pribadi itu lalu menjadi otonom, berdiri sendiri, atau berdampingan, berjejer tetapi tidak berasosiasi satu sama lain (tidak ada hubungan, terdapat disosiasi).

Pergantian pribadi yang satu ke pribadi yang lain mungkin berlangsung beberapa kali dalam sehari, dalam satu minggu, atau dalam beberapa bulan. Penderita biasanya tidak ingat apa yang terjadi (amnesia). Jika pribadi yang satu sedang berfungsi, maka pribadi yang lain terdesak ke alam tak sadar. Pribadi yang terdesak itu kadang-kadang masih menunjukkan diri juga melalui jalan-jalan yang melingkar, misalnya, dalam tulisan-tulisan otomatis. Pribadi ini disebut *coconscious personality*, dilawankan dengan *conscious personality*, pribadi yang sadar dan berkuasa. Ada hubungan sepihak antara kedua kepribadian itu. *Conscious personality* biasanya sama sekali tidak menyadari adanya pribadi lain dalam dirinya. Tetapi sebaliknya, *coconscious personality* benar-benar mengetahui apa yang dipikirkan oleh *conscious personality* serta apa saja yang terjadi di sekitarnya. Karena itu, *coconscious personality* masih dapat menanggapi stimulus-stimulus dari luar meskipun tanggapannya itu melalui jalan yang tidak wajar.

Jika disosiasi mengembangkan lebih dari dua pribadi, maka keadaannya sangat berbelit-belit (mungkin sampai 12 pribadi yang terpisah-pisah). Antara pribadi-pribadi itu mungkin sekali tidak ada hubungan antara yang satu dengan yang lainnya, tetapi mungkin juga masih ada hubungan yang sepihak.

Gangguan kepribadian ganda mengundang banyak perhatian seperti yang dikemukakan dalam media massa yang populer, film, dan televisi. Beberapa kasus yang terkenal dengan kepribadian ganda adalah *The Three Faces of Eve* (Thigpen & Cleckley, 1954), *Sybil* (Schreiber, 1974), *The Five of Me* (Hanksworth & Schwarz, 1977), dan *The Minds of Billy Milligan* (Keyes, 1981). Biasanya ada suatu perbedaan atau pertentangan yang tajam antara sekurang-kurangnya dua kepribadian dalam gangguan kepribadian ganda. Salah satu kepribadian biasanya adalah seorang yang "baik", sedangkan yang lainnya berwatak "tidak baik". Para terapis menyebut kepribadian-kepribadian yang "suci" versus kepribadian-kepribadian yang "jahat" (Prince, 1908), dan kepribadian-kepribadian yang "jujur" versus kepribadian-kepribadian yang "tidak jujur" (Ludwig, *et al.*, 1972) dalam diri pasien mereka. Pertentangan tersebut sangat jelas dalam *The Three Faces of Eve* yang dipublikasikan oleh Thigpen dan Cleckley pada tahun 1954. *The Three Faces of Eve* menggambarkan seorang penderita yang memiliki tiga kepribadian yang berbeda dan sangat berlawanan dalam hal pola emosi dan tingkah lakunya. Eve White adalah seorang gadis yang tenang, pendiam, agak pemalu, sopan, bekerja keras, dan konservatif. Eve Black adalah seorang gadis yang menggairahkan, impulsif, mengambil risiko, dan petualang. Jane, kepribadian ketiga, adalah seorang gadis yang cakap dan yakin akan dirinya sendiri. Hal yang menarik adalah bahwa Eve White adalah orang yang mencari terapi; Eve Black adalah orang yang baru muncul pada waktu terapi, sedangkan Jane adalah orang yang muncul sesudah delapan bulan menjalani terapi.

Mungkin karena popularitas buku Thigpen dan Cleckley, maka orang yang sesungguhnya di balik pribadi-pribadi yang berbeda itu, Chris Costner Sizemore (1989) menulis bukunya sendiri yang berjudul *A Mind of My Own*. Sizemore menggambarkan banyak kepribadian — lebih banyak daripada yang digambarkan oleh Thigpen dan Cleckley — dan menulis mengenai bagaimana kepribadian-kepribadian itu muncul dan kemudian hilang. Menurut penjelasannya sendiri, Sizemore mengalami integrasi kepribadian-kepribadian yang berbeda itu pada usia 46 tahun.



Chris Sizemore, wanita yang menjadi subjek dari "three faces of Eve" yang terkenal.

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 180].

Suatu hal yang harus dikemukakan di sini ialah penjelasan terhadap sesuatu yang kabur yang timbul dari pemakaian istilah-istilah kepribadian ganda (*multiple personality*), kepribadian yang terpecah (*split personality*), dan *schizophrenia*. Kepribadian ganda adalah suatu gangguan di mana seorang individu mengembangkan sejumlah kepribadian yang sangat berbeda dan terpisah. Sedangkan kepribadian yang terpecah (*split personality*) adalah ucapan populer untuk kepribadian ganda dan bukan istilah diagnostik. Istilah *schizophrenia* adalah istilah yang digunakan untuk gangguan di mana individu memiliki satu kepribadian tetapi kepribadian tersebut lepas dari realitas atau fungsi-fungsi emosi dan fungsi-fungsi penalaran dalam dirinya terpecah (Bleuler, 1950).

Seorang individu dengan gangguan kepribadian ganda tidak perlu harus menderita *schizophrenia*, dan seorang individu dengan *schizophrenia* tidak perlu harus mengalami atau menderita kepribadian ganda.

Menurut Bleuler, ambivalensi atau ambiguitas (istilah lain dari kepribadian ganda) itu disebabkan oleh lemahnya kemauan sehingga tidak ada integrasi dari berbagai elemen kepribadian. Akibatnya adalah terjadinya perpecahan dalam kepribadian si individu. Hal ini disebabkan oleh karena munculnya elemen-elemen yang tidak disadari dan dorongan-dorongan subvolutif yang tidak dapat dikuasai oleh kemauan, yang kemudian mengambil alih fungsi dari kesadaran dan kemauan. Lalu, terbentuklah kepribadian ganda atau majemuk yang memecah-mecah integrasi kepribadian.

Depersonalisasi (*Depersonalization*)

Gangguan depersonalisasi adalah suatu kehilangan atau distorsi diri yang sifatnya sementara dan hanya terjadi sekali-kali. Pengalaman depersonalisasi mungkin dapat digambarkan dengan baik sebagai suatu pengalaman "seolah-olah" (*as if*) berkenaan dengan diri. Maksudnya, individu-individu dengan gangguan ini merasa seolah-olah ukuran kaki dan tangan mereka berubah, seolah-olah mereka bertindak secara mekanik, seolah-olah mereka berada dalam mimpi, atau seolah-olah mereka keluar dari tubuh mereka dan melihat diri mereka dari kejauhan. Dalam berbicara mengenai pengalaman-pengalaman depersonalisasi, seseorang berkata, "entah bagaimana aku seperti dihanyutkan keluar dari tubuhku dan terapung di atasnya, dan



EUGEN BLEULER (1857-1939)

[Diambil dari Davison, G. C., & Neale, J. M. *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1990, hlm. 377].

aku dapat melihat diriku ke bawah seperti aku adalah seseorang yang lain berada di atas panggung." Orang lain berkata, "Tubuhku rupanya terbuat dari karet yang dapat merentang ... aku benar-benar memiliki bentuk tertentu. Kadang-kadang kepalaku akan menjadi besar, atau lengan-lenganku akan menjadi sangat panjang dan aku benar-benar memiliki tangan-tangan yang besar. Benar-benar gila."

Sifat "seolah-olah" dari gangguan itu adalah penting karena sifat tersebut membedakan gangguan depersonalisasi dari *schizophrenia*, di mana individu bisa memiliki simtom-simtom yang sama tetapi berkeyakinan bahwa simtom-simtom itu benar. Karena perasaan-perasaan kelihatan menjadi "gila" (misalnya melihat diri sendiri ke bawah dari atas), individu-individu dengan gangguan depersonalisasi sering merasa prihatin bahwa mereka mungkin "akan menjadi gila". Oleh karena itu, pola simtom sering disertai dengan kecemasan.

Penting dikemukakan di sini bahwa gangguan ini seperti halnya beberapa gangguan lain yang dibicarakan dapat muncul dengan singkat dalam diri beberapa individu yang normal. Adanya pola simtom seperti itu dilihat sebagai suatu gangguan bila simtom tersebut mengakibatkan kerusakan yang signifikan terhadap fungsi sosial dan fungsi okupasional. Gangguan depersonalisasi berbeda dari gangguan-gangguan disosiatif lainnya karena gangguan itu tidak menyebabkan gangguan terhadap ingatan atau kesadaran.

Kesurupan atau *Trance*

Gangguan ini baru dimasukkan ke dalam kelompok gangguan disosiatif pada tahun 1987. Simtom dari gangguan kesurupan adalah kepercayaan bahwa seseorang diambil alih (dimiliki) oleh suatu roh atau seseorang. Komponen *trance* adalah keadaan kesadaran yang berubah di mana individu tidak responsif atau hanya responsif terhadap stimulus-stimulus tertentu (misalnya suara dari seseorang). Untuk didiagnosis bahwa seseorang mengalami kesurupan atau *trance*, ia harus mengalami simtom-simtom dalam situasi di mana simtom-simtom tersebut tidak didukung atau disetujui oleh kebudayaan atau oleh seseorang. Misalnya, individu-individu tidak akan didiagnosis sebagai orang yang mengalami gangguan apabila mereka mengalami suatu *trance* sebagai bagian dari latihan meditasi, atau sebagai bagian dari upacara agama. Karena gangguan ini adalah gangguan yang sangat baru dalam kelompok gangguan disosiatif, maka gangguan ini belum diteliti mengenai prevalensi dan kepentingannya.

Simtom

Khusus dalam amnesia dan *fugue*, simtom-simtomnya dapat diutarakan seperti: lupa akan nama, tempat tinggal sendiri, tidak mampu mengingat kembali orang

tua, sanak keluarga, dan teman-temannya sendiri. Sungguh pun demikian, kebiasaan-kebiasaan lainnya masih tetap tidak terganggu, misalnya, cara berpakaian, menulis, berbicara, dan sebagainya. Penderita kelihatan normal kecuali beberapa hal yang dilupakan.

Simtom kepribadian ganda sebenarnya juga terdapat pada orang normal, seperti misalnya, kalau orang berkata: "Aku sebenarnya tidak tahu apa sebabnya aku berbuat demikian." Ini terutama terjadi kalau orang terasing dari sanak keluarganya atau teman-temannya dalam keadaan yang sangat tertekan atau jika orang sudah tenggelam dalam massa. Tetapi dalam peristiwa patologik, konflik antara pikiran sadar dan keinginan-keinginan yang tak sadar mencapai puncaknya dan karena tidak ada kompromi, maka mereka masing-masing memisahkan diri menjadi tata susunan kepribadian yang otonom. Jadi, pada dasarnya dinamika dari kepribadian ganda itu sama dengan dinamika amnesia dan *fugue*, yakni melarikan diri dari stres yang tidak tertahankan. Stres yang tidak tertahankan itu mungkin muncul dalam dirinya sendiri, seperti keinginan-keinginan yang ditolak oleh superego, mungkin juga dari luar, yakni dari situasi-situasi kehidupan yang tidak dapat diterima.

Penyebab

Menurut segi pandangan psikoanalitik, gangguan-gangguan disosiatif itu terjadi karena salah satu bagian dari jiwa atau kesadaran pecah atau terpisah dari bagian-bagian lainnya. Gangguan-gangguan tersebut dalam pandangan psikoanalitik disebabkan oleh represi yang hebat dan bahan yang ditekan itu biasanya dihubungkan dengan hasrat-hasrat seksual pada masa kanak-kanak (tahap Oedipus) yang tidak dapat diterima. Pada masa dewasa, hasrat-hasrat seksual (hasrat-hasrat oedipal) itu bertambah kuat dan sampai pada akhirnya sering terungkap berupa tindakan seksual yang impulsif. Represi itu rupanya tidak mencukupi; oleh karena itu, individu berusaha menghilangkan seluruh peristiwa yang ditekan dari kesadaran. Ini dilakukan individu dengan memisahkan seluruh bagian kepribadian dari kesadaran (Buss, 1966) atau dengan memperoleh suatu identitas baru untuk bagian yang dipisahkan dari dirinya itu. Dengan alasan yang sama juga, Bliss (1980) berpendapat bahwa kepribadian ganda itu terbentuk pada masa kanak-kanak dengan hipnosis-diri (*self-hypnosis*). Kepribadian-kepribadian yang banyak itu dilihat sebagai cara menanggulangi peristiwa-peristiwa yang mengganggu. Ada dua bukti yang menunjang teori Bliss. *Pertama*, banyak kasus kepribadian ganda mengungkapkan trauma yang hebat pada masa kanak-kanak. Misalnya, hasil dari suatu penelitian yang dilakukan oleh para terapis yang bekerja dengan kepribadian-kepribadian ganda menunjukkan bahwa 80% dari para pasien mereka menderita penyiksaan fisik pada masa kanak-kanak dan hampir 70% menjadi sasaran *incest*

(Putnam, *et al.*, 1983). Dalam penelitian Kluft (1984) angka-angka tentang pelaksanaan seksual yang kejam dan penyiksaan fisik malahan mencapai 97%. Data yang ada menunjukkan bahwa kepribadian-kepribadian ganda sangat mudah dihipnosis. Misalnya, Bliss (1983) menemukan bahwa kepribadian-kepribadian ganda memiliki skor lebih tinggi daripada kelompok-kelompok kontrol pada "Stanford Scales of Hypnotic Susceptibility" (Davison & Neale, 1990:23).

Para ahli teori belajar pada umumnya melihat fenomena-fenomena ini sebagai respons-respons penghindaran yang berfungsi untuk melindungi individu dari peristiwa yang sangat menekan. Meskipun tidak menggunakan konsep represi dan tidak menitikberatkan pentingnya konflik-konflik seksual kanak-kanak, tetapi pandangan tingkah laku tentang gangguan-gangguan disosiatif adalah sama dengan pandangan-pandangan psikoanalitik. Salah seorang ahli klinis bahkan melangkah lebih jauh lagi dan mengemukakan bahwa semua kasus *fugue* tidak lain daripada berpura-pura sakit (*malingering*). Ketika Symonds (dilaporkan dalam Merskey, 1979) melihat kasus *fugue*, ia berkata, "Aku mengetahui dari pengalaman bahwa ingatan Anda yang pura-pura hilang adalah akibat dari keadaan emosi yang sangat berat. Apabila Anda mengatakan seluruh cerita kepada saya, maka saya berjanji bahwa saya benar-benar percaya kepadamu dan saya akan memberikan kepadamu bantuan semaksimal mungkin dan akan berkata kepada dokter dan para sanak saudaramu bahwa saya telah menyembuhkan Anda dengan hipnotisme." Menurut Symonds, dengan kata-kata tersebut, penderita berhasil menerima bahwa *fugue* itu adalah sesuatu yang direncanakan. Tetapi, apa yang dikemukakan di sini adalah suatu pandangan yang ekstrem.

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Spanos, Weekes, dan Bertrand (1985) mendukung kemungkinan bahwa seseorang menggunakan kepribadian lain untuk menghindari hukuman. Manipulasi-manipulasi eksperimental diperoleh dari suatu wawancara aktual yang dilakukan dengan Kenneth Bianchi, ketika ia berada dalam keadaan hipnotik selama suatu pertemuan dengan seorang ahli kesehatan mental. Ini dilakukan untuk menentukan tanggung jawab hukum terhadap kejahatan-kejahatan yang dilakukan Bianchi. Pewawancara (P) meminta kepada Bianchi supaya kepribadian kedua ditampilkan.

P: ... Saya telah berbicara sedikit kepada Ken, tetapi saya berpikir bahwa mungkin masih ada bagian lain dari Ken yang belum dibicarakan kepadanya. Dan saya ingin berkomunikasi dengan bagian yang lain itu. Dan saya menginginkan supaya bagian yang lain itu mulai berbicara dengan saya Dan apabila Anda berada di sini, angkatlah tangan kiri dari kursi Anda untuk mem—beri isyarat kepada saya bahwa Anda ada di sini. Apakah Anda berkenan untuk muncul, Bagian supaya saya berbicara kepada Anda? ... Bagian, apakah Anda muncul dan meng-

angkat tangan Ken untuk menunjukkan kepada saya bahwa Anda ada di sini? ... Apakah Anda berbicara kepada saya, Bagian, dengan berkata "Aku di sini"? (Schwarz, 1981:142–143).

Bianchi (B) menjawab "Ya" terhadap pertanyaan terakhir dan kemudian ia beserta pewawancara melakukan pembicaraan berikut.

P: Bagian, apakah Anda sama seperti Ken atau sama sekali berbeda?

B: Aku bukan dia.

P: Anda bukan dia. Lalu siapakah Anda? Apakah Anda memiliki suatu nama?

B: Aku bukan Ken.

P: Anda bukan dia. Oke. Lalu, siapakah Anda? Katakan kepada saya tentang diri Anda. Apakah Anda memiliki suatu nama yang dapat saya panggil?

B: Steve. Anda dapat memanggil saya Steve (Schwarz, 1981:139–140).

Ketika berbicara sebagai Steve, Bianchi menyatakan bahwa dia membenci Ken karena Ken baik; dan dia, Steve, dengan bantuan saudara sepupunya telah membunuh sejumlah wanita. Dalam kasus ini, Bianchi membela diri bahwa dia tidak bersalah dengan alasan bahwa dia gila; dia mengemukakan bahwa dia menderita kepribadian ganda.

Mahasiswa-mahasiswa *undergraduate* dalam penelitian Spanos disuruh untuk memainkan peran pembunuh yang dituduhkan, dan meskipun terbukti bersalah, tetapi mereka membela diri tidak bersalah. Mereka juga disuruh untuk mengikuti wawancara psikiatrik yang mungkin juga menggunakan hipnotik. Kemudian, subjek-subjek tersebut dibawa ke ruang lain dan diperkenalkan kepada "psikiater", yang dalam hal ini seorang asisten eksperimental. Setelah sejumlah pertanyaan baku diberikan, subjek-subjek yang diwawancarai dibagi dengan memilih salah satu kondisi eksperimental. Subjek-subjek dalam kondisi Bianchi diberikan induksi hipnotik yang bersifat elementer (sederhana) dan kemudian disuruh untuk menampilkan kepribadian kedua, seperti yang telah dilakukan pewawancara Bianchi. Subjek-subjek dalam kondisi "Bagian Tersembunyi" juga dihipnosis dan diinformasikan supaya mereka menutupi bagian-bagian diri mereka. Akan tetapi, instruksi-instruksi yang diberikan kurang jelas dibandingkan dengan instruksi-instruksi untuk kondisi pertama. Subjek-subjek dalam kondisi terakhir tidak dihipnosis dan juga diberikan informasi yang kurang jelas tentang kemungkinan adanya bagian yang tersembunyi.

Setelah manipulasi-manipulasi eksperimental dilakukan, kemungkinan adanya kepribadian kedua diselidiki sendiri oleh psikiater. Di samping itu, subjek-subjek diberikan pertanyaan-pertanyaan tentang fakta-fakta para pembunuh. Akhirnya pada sesi kedua, subjek-subjek yang telah mengakui adanya kepribadian kedua diminta untuk mengambil tes-tes kepribadian sebanyak dua kali — masing-masing satu kali untuk dua kepribadian.

Hasil dari penelitian tersebut adalah 81% dari subjek-subjek dalam kondisi Bianchi menggunakan nama baru, dan banyak dari mereka ini mengakui bersalah sebagai pembunuh. Bahkan, skor-skor dari tes kepribadian juga sangat berbeda. Jelas bila situasi menuntut orang-orang dapat menggunakan kepribadian kedua. Spanos dengan kawan-kawannya mengemukakan bahwa orang-orang yang menyajikan kepribadian-kepribadian ganda mungkin memiliki suatu kehidupan fantasi yang kaya dan membayangkan bahwa kepribadian-kepribadian itu adalah orang lain, terutama bila mereka berada dalam suatu situasi di mana seperti Bianchi, ada dorongan dan isyarat untuk bertingkah laku seolah-olah suatu tindakan sebelumnya telah dilakukan oleh kepribadian yang lain. Tetapi, kita harus memperhatikan apa yang dikemukakan ini hanya menjelaskan bahwa permainan peran merupakan suatu kemungkinan dan sama sekali tidak menjelaskan bahwa penyebab semua kasus kepribadian ganda adalah demikian.

Apabila gangguan-gangguan disosiatif dilihat sebagai masalah-masalah yang terjadi dengan ingatan, maka penelitian eksperimental tentang ingatan mungkin dapat dipakai untuk memahami gangguan-gangguan tersebut. Suatu bidang penelitian belakangan ini, yang disebut *state-dependent memory* memberikan suatu harapan. Dalam fenomena ini, orang dapat mengingat dengan lebih baik tentang suatu peristiwa, apabila mereka berada pada keadaan psikis yang sama pada waktu peristiwa itu terjadi. Apabila mereka berada dalam keadaan psikis yang sangat berbeda, bila mereka berusaha mengingat, misalnya, sekarang sedih dan kemudian gembira, maka tidak ada ingatan terhadap peristiwa sebelumnya. Penelitian eksperimental terhadap *state-dependent memory* telah memanipulasikan suasana hati (*mood*) dengan hipnotik dan mengemukakan bahwa ingatan jauh lebih baik apabila suasana hati pada waktu belajar cocok dengan suasana hati pada waktu mengingat. Salah satu penelitian yang memperlihatkan hal ini telah dilakukan oleh Bower (1981). Dua kelompok subjek mula-mula dihipnosis dan kemudian mereka disuruh supaya berada dalam suasana hati yang gembira atau sedih. Semua subjek kemudian mempelajari suatu daftar yang terdiri dari 16 kata. Kemudian, subjek-subjek tersebut mempelajari daftar kata kedua untuk mengganggu apa yang telah dipelajari sebelumnya. Subjek-subjek mempelajari daftar kata-kata kedua ini dalam keadaan suasana hati afektif yang bertentangan dengan suasana hati pada waktu mereka mempelajari daftar kata-kata yang pertama. Akhirnya, subjek-subjek itu diuji apakah mereka mengingat daftar kata-kata yang pertama. Pada waktu ingatan mereka diuji, suasana hati untuk beberapa subjek adalah sama dengan suasana hati pada waktu mereka mempelajari daftar kata-kata pertama, dan untuk beberapa subjek, suasana hati tidak sama. Dengan demikian, ingatan jauh lebih baik bila suasana hati pada waktu mengingat adalah sama atau cocok dengan suasana hati pada waktu belajar.

INCUBUS (1304-100000)

Dalam menerapkan konsep *state-dependent memory* terhadap gangguan-gangguan disosiatif, Bower mengemukakan bahwa sering terdapat perbedaan-perbedaan suasana hati yang utama dalam beberapa keadaan ego dari seseorang yang mengalami gangguan kepribadian ganda. Demikian juga halnya dalam *fugue*, seseorang melarikan diri dari suatu situasi yang penuh dengan emosi ke dalam suatu kehidupan yang lebih tenang. Keadaan-keadaan emosi yang berbeda mungkin sebagian dapat menjelaskan hilangnya ingatan tertentu. Tentu saja (biasanya sebagiannya) kemungkinan lebih besar amnesia dapat diamati antara dua kepribadian yang memperlihatkan keadaan emosional yang sangat berbeda. Tetapi, apa yang menentukan bila suatu perubahan terjadi dalam keadaan ego, dan selanjutnya bila keadaan ego itu lebih dari dua, seperti biasanya terjadi; dan faktor-faktor manakah yang mempengaruhi perubahan dari suatu keadaan ego kepada keadaan ego yang lain? Bower mengemukakan bahwa bila keadaan ego A — katakan suatu kepribadian yang gembira — berada dalam suatu situasi yang menimbulkan kemarahan, ia mungkin kemudian berubah menjadi kepribadian yang bermusuhan, yakni keadaan ego B, sebagai cara untuk menanggulangi tantangan yang dihadapi. Apa yang dikatakan ini mungkin bisa dipakai untuk menjelaskan perubahan-perubahan dari salah satu kepribadian kepada kepribadian lainnya. Informasi yang dikemukakan ini masih kurang karena gangguan-gangguan disosiatif jarang terjadi. Gangguan-gangguan disosiatif tetap merupakan sindrom-sindrom klinis yang sangat sulit dipahami.

Perawatan

Ketiga gangguan disosiatif — amnesia, *fugue*, kepribadian ganda — adalah gangguan di mana orang-orang bertingkah laku sedemikian rupa sehingga mereka melupakan bagian-bagian dari kehidupannya. Karena orang-orang dengan gangguan-gangguan ini tidak menyadari bahwa mereka telah melupakan sesuatu, maka hipotesis bahwa mereka menekan bagian terbesar dari kehidupan mereka ke dalam alam tak sadar adalah suatu hipotesis yang diterima. Dengan demikian, perawatan dengan menggunakan teknik psikoanalisis sangat bermanfaat untuk gangguan-gangguan disosiatif.

Breuer dan Freud mendorong penderita untuk berbicara sementara dihipnosis tentang masalah-masalahnya dan terutama sumber dari masalah-masalah tersebut. Dengan demikian, psikoanalisis berawal dari hipnosis. Tetapi kemudian, Freud tidak menggunakan hipnosis, melainkan asosiasi bebas karena ia berpendapat bahwa penyembuhan penderita tidak bisa dilakukan dengan hipnotik. Sudah bertahun-tahun orang menggunakan hipnotik terhadap para pasien yang menderita gangguan-gangguan disosiatif dengan pengandaian bahwa lewat keadaan hipnotik

seseorang dapat mengetahui bagian-bagian kepribadiannya yang tersembunyi — identitas yang hilang atau sejumlah peristiwa yang menimbulkan atau berasal dari trauma.

Beberapa dokter menggunakan sodium amital untuk menimbulkan keadaan hipnotik. Dengan menggunakan obat ini, ingatan-ingatan menyakitkan yang ditekan akan dimunculkan dan kebutuhan akan gangguan disosiasi akan hilang. Sejumlah studi kasus dalam literatur klinis membuktikan kemanjuran dari hipnotik dan obat-obat barbiturat seperti sodium amital, tetapi tidak bisa dipastikan kemanjurannya yang aktual karena penelitian untuk menilai kemanjurannya itu hampir sama sekali tidak pernah dilakukan.

Khusus dalam merawat penderita dengan gangguan kepribadian ganda, terapis harus berusaha menyatukan kepribadian-kepribadian yang berbeda itu, serta mendorong dan membantu penderita menerima kepribadian-kepribadian tersebut sebagai aspek-aspek yang berbeda dari "dirinya yang satu." Teknik ini digunakan tidak hanya dalam pendekatan-pendekatan analitik tradisional (Kluft, 1984, 1985), tetapi juga dalam teknik-teknik tingkah laku kognitif (Caddy, 1985).

Combs dan Ludwig (1982) mengemukakan bahwa beberapa penderita dengan amnesia akut dapat menemukan kembali ingatan-ingatannya yang hilang apabila terapis mendorong penderita menceritakan riwayat kehidupannya selengkap mungkin dan tidak boleh melangkahi bagian-bagian yang sulit diingat. Cerita tentang kehidupan penderita ini dapat digabungkan dengan teknik asosiasi bebas yang dimodifikasi dan berfokus pada peristiwa-peristiwa yang diingat yang terjadi sebelum adanya celah dalam ingatannya. Dengan demikian, apabila penderita sebentar-sebentar menghindar (hanya menceritakan apa yang diingat) terapis mendorongnya untuk hanya berasosiasi bebas terhadap peristiwa yang terjadi sebelum celah ingatannya itu. Terapis harus selalu menegaskan bahwa ingatan akan diperoleh kembali, tetapi tidak berarti bahwa penderita dengan sengaja berbohong atau berpura-pura sakit (untuk menghindari tugas). Combs dan Ludwig juga mengemukakan bahwa apa yang diperlukan adalah suasana waktu (*tincture of time*), yakni suatu periode di mana penderita terlepas dari lingkungannya yang mendatangkan stres, dan diberikan ketenangan, dukungan, dan dorongan.

Mungkin karena gangguan-gangguan disosiatif jarang terjadi, maka perawatan tingkah laku terhadap gangguan-gangguan ini kurang dibicarakan dalam literatur yang diterbitkan. Walton (1961) melaporkan keberhasilan terapi yang digunakan untuk penderita somnambulis yang berusaha melukai istrinya setiap malam selama ia mengalami gangguan ini, yakni selama 6 bulan (dalam DSM-II, somnambulisme terdaftar sebagai gangguan disosiatif histerikal). Kasus ini dianalisis sama seperti yang dilakukan oleh psikoanalisis. Walton mengemukakan bahwa pria yang berusia

35 tahun, asisten arsitektur, adalah orang yang sangat pemalu dan penakut, terutama dalam hubungan dengan ibunya yang otoriter dan kaku. Pada waktu itu istrinya berusaha memaksanya untuk melakukan hal-hal yang tidak disukainya dan mengingatkannya terhadap ibunya yang suka menguasai. Latihan asertif (*assertive training*) membantu pria itu menangani ibunya dengan tekun dan mengungkapkan perasaan-perasaan negatifnya secara langsung. Peristiwa somnambulisme itu segera hilang. Pada umumnya, para ahli klinis tingkah laku dapat mendorong seseorang untuk membayangkan dan membicarakan aspek-aspek dari trauma yang dihindari dalam ingatan, bahkan dapat mendesensitisasikannya terhadap situasi-situasi yang berhubungan dengan timbulnya gangguan itu. Mengingat kembali peristiwa yang menimbulkan stres tentu menunjukkan bahwa peristiwa tersebut tidak lagi dihindari.

GANGGUAN-GANGGUAN UNIPOLAR

Depresi termasuk salah satu di antara gangguan-gangguan suasana hati (*mood*). Gangguan-gangguan suasana hati adalah gangguan-gangguan yang bergerak dari depresi yang dalam sampai kepada mania yang ganas. Gangguan-gangguan suasana hati ini kadang-kadang disebut gangguan-gangguan afektif. Istilah "afek" berarti suatu respons emosional subjektif.

Gangguan-gangguan suasana hati dibagi dalam dua kelompok besar, yakni gangguan-gangguan depresif atau gangguan-gangguan unipolar (*unipolar disorders*) di mana depresi menjadi simptom utama. Gangguan-gangguan unipolar ini dibagi lagi menjadi episode depresif tunggal (*single depressive episodes*) dan episode-episode depresif yang berulang-ulang (*recurrent depressive episodes*). Kelompok yang kedua adalah gangguan-gangguan bipolar (*bipolar disorders*). Dalam gangguan-gangguan bipolar, depresi juga merupakan simptom yang dominan tetapi kemudian simptom itu berubah menjadi mania. Istilah *bipolar* digunakan karena individu memperlihatkan dua kutub suasana hati yang ekstrem. Individu yang didiagnosis sebagai bipolar disebut mengalami gangguan manikdepresif. Gangguan bipolar dibagi menjadi tiga tipe, yakni tipe manik, tipe depresif, dan tipe campuran. Individu yang didiagnosis sebagai manik apabila suasana hatinya yang dominan adalah mania, dan dikatakan depresif kalau suasana hatinya yang dominan adalah depresi, dan dikatakan campuran bila gambaran simtomnya adalah manik dan depresif tercampur atau berubah-ubah dalam setiap jangka waktu beberapa hari.

Pada tingkat kedua gangguan-gangguan suasana hati, kita menemukan pola-pola simptom yang akan berlangsung sekurang-kurangnya selama dua tahun, dan

sama seperti simtom-simtom yang terdapat pada gangguan-gangguan depresi dan gangguan-gangguan bipolar, tetapi kurang berat. Bentuk gangguan depresi yang kurang berat itu dikenal dengan sebutan gangguan distimik (*dysthymic disorder*), dan bentuk gangguan bipolar yang kurang berat dinamakan gangguan siklotimik (*cyclothymic disorder*).

Meskipun ada sedikit tumpang tindih dalam simtom-simtom depresi dan bipolar, tetapi bukti yang ada menunjukkan bahwa kedua gangguan ini berbeda; dan karena berbeda, maka akan dibicarakan secara terpisah. Gangguan-gangguan depresi termasuk dalam kelompok psikoneurosis, sedangkan gangguan-gangguan bipolar termasuk dalam kelompok psikosis.

Gangguan unipolar (gangguan depresi) harus dibedakan dari depresi-depresi psikotik. Perbedaannya ialah gangguan unipolar ini muncul karena situasi stres yang terjadi secara tiba-tiba (misalnya, peristiwa kematian) meskipun lama-kelamaan mungkin menjadi sedikit lebih mendalam. Reaksi depresif mungkin berat, tetapi tidak disertai dengan delusi (seperti yang terjadi pada psikosis).

Gangguan unipolar adalah gangguan yang disebabkan oleh mekanisme pertahanan diri (*defense mechanism*) dan pelarian diri yang keliru dan kemudian muncul banyak konflik intrapsikis yang keliru. Gangguan ini bisa timbul oleh penyebab-penyebab yang sepele atau remeh dan peristiwa yang biasa. Gangguan unipolar ini dapat dianggap sebagai sesuatu yang berada di antara patah semangat dan kesedihan yang termasuk kategori normal dan depresi psikotik.

Hal-Hal yang Berkaitan dengan Depresi

Ada bermacam-macam hal yang menyangkut depresi yang perlu dikemukakan sedikit dalam uraian ini, yakni depresi normal dan depresi abnormal, depresi eksogen dan depresi endogen, depresi primer dan depresi sekunder, depresi involutional dan depresi *postpartum*.

Depresi Normal dan Depresi Abnormal

Perasaan-perasaan sedih, kecewa, duka cita, depresi merupakan bagian dari kehidupan manusia dan pada suatu saat setiap orang akan mengalaminya. Akan tetapi muncul pertanyaan, "Apa yang membedakan depresi normal dari depresi abnormal?" Batas antara depresi normal dan depresi abnormal tidak jelas, tetapi ada dua faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengadakan perbedaan, yakni faktor kedalaman depresi dan faktor lamanya depresi. Adalah normal kalau orang kadang-kadang merasa sedikit murung, sedih, atau merasa sedikit tertekan. Akan tetapi, perlu dipertimbangkan kalau depresi itu begitu dalam sehingga individu

tidak dapat berfungsi dengan adekuat. Selain kedalaman dari depresi, perlu dipertimbangkan juga kalau depresi tersebut berlangsung lama dan individu tidak sembuh serta tidak bisa keluar atau melepaskan diri dari keadaan depresi itu. Dalam kasus seperti kematian orang yang dicintai, dapat dibenarkan kalau seseorang mengalami depresi untuk sementara waktu, tetapi kalau depresi itu berlangsung lebih lama daripada yang diharapkan oleh penyebab yang sebenarnya, maka perlu diperhatikan bahwa mungkin terjadi suatu depresi abnormal.

Contoh berikut ini adalah contoh dari suatu situasi yang dapat mengakibatkan kesedihan yang masih termasuk kategori normal, atau mungkin juga akan berkembang menjadi depresi yang abnormal. Sepasang suami-istri muda menikah kira-kira selama satu tahun. Suaminya meninggal karena keracunan dari makanan kaleng yang dihidangkan oleh istrinya di rumah. Dalam keadaan seperti itu, istrinya (yang sekarang menjadi janda) mengalami kesedihan yang normal. Akan tetapi, karena ia merasa yakin bahwa dialah yang menjadi penyebab dari kematian suaminya, maka ia merasa sangat bersalah. Ia menghidangkan makanan itu dan tidak hati-hati dalam memeriksa kesegaran dari makanan tersebut. Pikiran-pikiran seperti itu menambah kesedihannya sampai-sampai ia melarikan diri dengan depresi yang berlangsung lama.

Depresi Eksogen dan Depresi Endogen

Pada umumnya diakui bahwa beberapa depresi pertama-tama disebabkan oleh faktor-faktor eksternal (faktor-faktor psikologis), seperti konflik dan stres, sedangkan depresi-depresi yang lain pertama-tama disebabkan oleh faktor-faktor internal (faktor-faktor fisiologis), seperti tingkat-tingkat neurotransmitter tertentu yang rendah. Depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor eksternal disebut dengan depresi eksogen dan depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor internal disebut depresi endogen. Depresi eksogen kadang-kadang disebut "depresi reaktif" karena individu diduga bereaksi terhadap suatu masalah lingkungan. Tetapi karena istilah-istilah eksogen dan endogen digunakan secara luas, maka istilah-istilah tersebut akan tetap digunakan dalam uraian ini. Sebelum menjelaskan lebih lanjut perbedaan antara depresi eksogen dan depresi endogen, harus dikemukakan bahwa dalam banyak kasus, depresi disebabkan oleh kombinasi faktor-faktor eksogen dan faktor-faktor endogen.

Perbedaan antara depresi eksogen dan depresi endogen adalah penting berkenaan dengan perawatan. Psikoterapi mungkin sangat efektif untuk orang-orang yang mengalami depresi eksogen, sedangkan obat mungkin sangat efektif untuk orang-orang yang mengalami depresi endogen.

Masalah dalam Mengidentifikasi Depresi Eksogen dan Depresi Endogen.

Meskipun perbedaan depresi eksogen dan depresi endogen adalah penting untuk memahami dan merawat individu-individu, tetapi sangat sulit menentukan individu-individu manakah yang menderita depresi eksogen dan individu manakah yang menderita depresi endogen. Bertolak dari pola-pola simtom, banyak usaha dilakukan untuk membedakan keduanya, tetapi pendekatan ini ternyata sama sekali tidak bermanfaat. Hanya perbedaan dalam pola-pola simtom yang selalu ditemukan, menunjukkan bahwa individu-individu yang mengalami depresi endogen mengandung kemungkinan besar memiliki sejarah pribadi dan keluarga tentang depresi. Penemuan bahwa ada kemungkinan individu-individu yang mengalami depresi endogen memiliki anggota-anggota keluarga yang mengalami depresi diinterpretasikan sebagai bukti bahwa depresi endogen mungkin disebabkan oleh faktor-faktor genetik. Hal ini akan dibicarakan pada uraian tentang penyebab depresi.

Dexamethasone suppression test (DST). Salah satu usaha untuk membedakan depresi eksogen dan depresi endogen adalah dengan melakukan tes darah yang dilihat sebagai suatu cara yang efektif untuk mengidentifikasikan individu-individu yang mengalami depresi endogen (Carroll, 1982). Tes tersebut dinamakan *dexamethasone suppression test (DST)* yang bekerja menurut prinsip-prinsip berikut. Salah satu faktor fisiologis yang berkaitan dengan depresi endogen adalah sekresi kortisol (hidrokortison) yang berlebihan oleh kelenjar adrenal. Kortisol adalah hormon yang memudahkan protein-protein pecah menjadi glikogen serta gula; dan dengan demikian, membantu mempersiapkan individu untuk stres. Produksi kortisol diatur oleh sistem limbik dan hipotalamus, yakni daerah-daerah dalam otak yang dilihat sebagai tempat patologi dalam gangguan-gangguan suasana hati. Deksametason menekan atau menahan produksi kortisol pada individu-individu normal dan individu-individu yang mengalami depresi eksogen, tetapi bukan pada individu-individu yang mengalami depresi endogen. Secara teoretis, orang-orang yang mengalami depresi endogen dan eksogen dapat dibedakan dengan tes untuk melihat apakah produksi kortisol mereka berkurang atau tidak bila diberikan deksametason. Dalam DST, deksametason diberikan kepada penderita pada larut malam dan kemudian kadar kortisol ditetapkan pada jam 8 pagi, jam 12 siang, dan jam 11 siang pada hari berikutnya.

Penelitian mengenai validitas DST memberikan hasil-hasil campuran (Arana, *et al.*, 1985., Zimmerman, *et al.*, 1986). Salah satu masalah yang muncul adalah DST akurat untuk mengidentifikasikan orang-orang yang mengalami depresi eksogen tetapi bukan orang-orang yang mengalami depresi endogen. Misalnya, dalam suatu ringkasan dari 10 penelitian DST, ditemukan bahwa 96% para penderita yang mengalami depresi eksogen didiagnosis dengan tepat tetapi hanya 55%

penderita yang mengalami depresi endogen didiagnosis dengan tepat (Carroll, 1982). Akan tetapi sayang, kegunaan DST terbatas dan kita harus hati-hati dalam menggunakan hasil-hasilnya.

Simtom-simtom lain, seperti gangguan-gangguan tidur, perubahan-perubahan dalam selera makan, dan kehilangan dorongan seksual diteliti dalam usaha untuk mengidentifikasi "alat-alat penilai biologis" (*biological markers*) dari depresi endogen (Feinberg & Carroll, 1984; Kupfer, *et al.*, 1983). Simtom-simtom ini dipertimbangkan karena ada kemungkinan simtom-simtom tersebut disebabkan oleh masalah-masalah fisiologis yang sama yang memicu depresi, dan kemudian dihipotesiskan bahwa individu-individu yang mengalami depresi endogen memiliki kemungkinan besar memperlihatkan simtom-simtom ini. Hubungannya telah ditemukan tetapi karena simtom-simtom ini dapat juga dipengaruhi oleh faktor-faktor usia, hebatnya penyakit, dan berat badan seseorang, maka sulit sekali menggunakan simtom-simtom sebagai indikator-indikator depresi endogen pada masing-masing penderita. Dengan demikian, secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa identifikasi individu-individu yang mengalami depresi endogen dan yang mengalami depresi eksogen adalah sangat penting bagi penelitian dan perawatan tetapi untuk saat sekarang kemampuan kita untuk membedakan kedua tipe depresi ini sangat terbatas.

Interaksi antara Depresi Eksogen dan Depresi Endogen. Masalah depresi eksogen dan depresi endogen menjadi semakin sulit karena dalam beberapa kasus, salah satu bentuk depresi dapat menyebabkan yang lainnya. Di lain pihak, stres psikologis yang berlangsung lama dan ada kaitannya dengan depresi eksogen dapat menyebabkan perubahan-perubahan fisiologis yang pada akhirnya bisa menyebabkan depresi endogen. Misalnya, tikus dan kera dihadapkan pada stres yang berlangsung lama memperlihatkan perubahan-perubahan dalam kadar neurotransmitter yang dikenal sebagai penyebab depresi endogen (Raleigh, *et al.*, 1984; Weiss, 1970). Sebaliknya, tingkah laku tidak tepat yang disebabkan oleh depresi endogen dapat menyebabkan masalah-masalah pribadi atau lingkungan yang ikut menyebabkan suatu depresi endogen. Misalnya, suatu depresi endogen dapat mengurangi kemampuan individu untuk dapat berfungsi (berpikir lambat, aktivitas kurang, terus-menerus menangis) dan ketidakmampuan untuk berfungsi menyebabkan kehilangan pekerjaan atau teman-teman, dan kehilangan itu merupakan dasar untuk suatu depresi eksogen. Jelas bahwa perbedaan antara depresi eksogen dan depresi endogen sangat penting untuk memahami dan merawat depresi-depresi, tetapi usaha untuk membedakan kedua tipe depresi ini sangat sulit.

Depresi Primer dan Depresi Sekunder

Dalam uraian sebelumnya telah disinggung individu-individu yang mengalami stres di mana simtom primernya adalah depresi. Akan tetapi, perlu juga diketahui bahwa depresi itu mungkin juga merupakan simtom sekunder pada individu-individu yang mengalami gangguan lain yang sudah ada sebelumnya, seperti kecemasan, alkoholisme, skizofrenia, atau gangguan fisik (Andreasen, 1982). Misalnya, seseorang yang menderita skizofrenia mungkin mengalami delusi bahwa ia akan meninggal; dan dengan demikian, ia mungkin mengalami depresi tetapi dalam hal ini depresi tersebut merupakan simtom sekunder dari skizofrenia. Karena penyebab dari depresi primer dan depresi sekunder sangat berbeda, maka depresi-depresi ini juga membutuhkan perawatan-perawatan yang berbeda; dan perbedaan primer dan sekunder adalah penting bila mengadakan diagnosis.

Depresi Involusional dan Depresi Postpartum

Depresi dapat terjadi pada setiap tahap siklus kehidupan. Akan tetapi, sudah selama bertahun-tahun orang berpikir bahwa depresi-depresi yang terjadi pada hal-hal tertentu dalam siklus kehidupan adalah unik dan berbeda dari depresi-depresi pada umumnya. Dua macam depresi yang banyak menarik perhatian adalah depresi involusional yang ada kaitannya dengan usia lanjut; dan depresi *post-partum* yang ada kaitannya dengan kelahiran anak. Pandangan yang berlaku sekarang adalah depresi-depresi ini mungkin berasal dari proses-proses yang sama yang menyebabkan depresi pada umumnya. Oleh karena itu, kedua depresi ini tidak didaftar sebagai gangguan-gangguan yang terpisah dalam *DSM-III-R* (Weissman, 1979a; Weissman & Klerman, 1977; Winokur, 1973). Akan tetapi, selain karena depresi-depresi yang berhubungan dengan usia lanjut adalah penting dan sering terjadi, juga karena kedua depresi ini telah diberikan perhatian sebelumnya, maka dalam uraian ini kedua depresi itu akan diberikan perhatian yang sama juga.

Depresi Involusional. Istilah depresi involusional digunakan untuk menyebut depresi yang berkaitan dengan permulaan atau awal dari usia lanjut. Kejadian depresi meningkat sesudah individu berusia 65 tahun. Penemuan-penemuan yang berkaitan dengan meningkatnya depresi sesuai dengan usia mengemukakan bahwa jumlah orang-orang yang berusaha dan berhasil dalam bunuh diri adalah lebih besar di kalangan orang-orang yang berusia 65 tahun (Sendbuehler, 1977; Sendbuehler & Goldstein, 1977).

Depresi involusional pada awalnya dilihat sebagai akibat dari faktor-faktor fisiologis yang berkaitan dengan usia lanjut, dan faktor-faktor tersebut pasti ikut menyebabkan depresi. Akan tetapi pada waktu belakangan, perhatian beralih kepada peran yang dimainkan oleh faktor-faktor psikologis dan budaya. Usia lanjut dan

menjelang usia lanjut dapat merupakan masa yang menimbulkan stres karena: (1) hilangnya keluarga, teman-teman, status, dan penghargaan; (2) meningkatnya penyakit dan masalah-masalah keuangan yang berhubungan dengan usia lanjut; dan (3) masa depan terbatas dan mungkin kelihatannya suram.

Depresi Postpartum. Istilah depresi *postpartum* mengacu pada suatu depresi yang relatif berat dan timbul segera sesudah seorang wanita melahirkan anak (Hopkins, *et al.*, 1984; Pitt, 1982). Depresi ini berlangsung selama 6 minggu sampai satu tahun (Rees & Lutkins, 1971). Banyak wanita yang tidak menyadari depresi ini karena tertutup oleh peristiwa yang sangat mengembirakan, yakni kelahiran anak. Dan banyak wanita juga menyembunyikan depresi *post-partum* karena mereka bersalah kalau mengalami depresi apabila tradisi atau adat istiadat menekankan bahwa mereka harus merasa gembira kalau melahirkan anak.

Ada bermacam-macam gangguan suasana hati yang hebat berkenaan dengan kelahiran; dan tidak semua gangguan tersebut harus digolongkan sebagai depresi *postpartum*. Sesungguhnya suatu tingkat depresi, kecemasan, mudah marah, tidak ada selera makan, mengalami gangguan tidur, menangis, dan mengalami emosi tidak stabil adalah normal dan akan terjadi sesudah melahirkan anak. Respons-respons terjadi karena keadaan fisik yang tidak menyenangkan dan stres yang berkaitan dengan kelahiran, perubahan-perubahan hormon yang terjadi karena kelahiran, keluarnya air susu dari kelenjar susu (laktasi), akibat-akibat samping dari obat, dan lingkungan rumah sakit.

Suatu gejala yang sifat sementara yang dialami para wanita sesudah melahirkan anak yang disebut kesedihan bersalin (*maternity blues*) meliputi perubahan-perubahan suasana hati dan menangis (Hopkins, *et al.*, 1984; Pitt, 1973). Kesedihan setelah bersalin itu lebih hebat daripada reaksi-reaksi normal yang telah dijelaskan; tetapi karena kesedihan bersalin itu hanya berlangsung dalam jangka waktu antara 24 dan 48 jam, maka respons yang sifatnya sementara ini tidak begitu hebat dan tidak dianggap sebagai depresi *postpartum*. Tetapi, para wanita yang mengalami kesedihan setelah bersalin mungkin kemudian mengembangkan depresi *postpartum* dengan kelahiran anak yang berikutnya.

Data mengenai ciri-ciri khas para wanita yang mengalami dan tidak mengalami depresi *postpartum* sangat terbatas dan kadang-kadang bertentangan. Akan tetapi, ada beberapa hal yang dapat dikemukakan mengenai depresi *postpartum*, yakni: (1) Tidak ditemukan adanya kaitan- dengan faktor usia; (2) Tidak ditemukan adanya kaitan dengan jumlah atau urutan kehamilan; (3) Kemungkinan besar bisa muncul lagi pada kehamilan-kehamilan berikutnya yang menyusul suatu episode awal depresi; (4) Kemungkinan besar terjadi pada wanita-wanita dengan sejarah gangguan-gangguan psikiatrik lain; dan (5) Kemungkinan besar terjadi pada wanita-

wanita dengan sejarah keluarga yang mengalami gangguan-gangguan psikiatrik lain (Hopkins, *et al.*, 1984; Pitt, 1982).

Persoalan mengenai penyebab dari depresi *postpartum* adalah sulit dan belum dijawab secara jelas, tetapi sejumlah faktor perlu mendapat perhatian. Faktor-faktor fisiologis, terutama perubahan-perubahan endokrin, sudah lama dianggap berperan dalam depresi *post-partum* karena sudah lama diketahui bahwa perubahan-perubahan hormon secara besar-besaran terjadi sesudah kelahiran dan selama "periode latensi", yaitu 2 hari yang biasanya terjadi sebelum timbulnya depresi. Suatu bukti tidak langsung tentang pengaruh dari hormon-hormon diberikan oleh penelitian yang menunjukkan bahwa para wanita yang menderita kesulitan menstruasi (*dysmenorrhea* dan sindrom pramenstrual) memiliki kemungkinan lebih besar mengalami depresi *postpartum* (Dalton, 1971; Pitt, 1968, 1973; Yalom, *et al.*, 1968). Dengan kata lain, para wanita yang secara fisiologis sulit untuk mengimbangi perubahan-perubahan hormon yang normal akan mengalami kesulitan yang lebih besar dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan dramatis yang berhubungan dengan kelahiran. Meskipun demikian, data mengenai perubahan-perubahan hormon tidak memberikan penjelasan yang lengkap; dan mungkin ada faktor-faktor lain juga yang ikut berperan dan peran-peran dari faktor tersebut haruslah diteliti.

Penjelasan psikologis mengemukakan bahwa depresi *postpartum* disebabkan oleh konflik-konflik yang tidak terpecahkan (Karacan & Williams, 1970; Klatskin & Eron, 1970), serta keprihatinan terhadap kegagalan dan kontrol pribadi (O'Hara, *et al.*, 1982), dan terjadinya peristiwa-peristiwa hidup yang menimbulkan stres (Paykel, *et al.*, 1980), serta dukungan sosial yang kurang (Gordon, *et al.*, 1965; Grossman, *et al.*, 1980). Apa yang harus diperhatikan ialah faktor-faktor psikologis ini merupakan variabel-variabel yang sama dengan yang digunakan untuk menjelaskan semua depresi lainnya, tetapi suatu depresi yang terjadi bertepatan dengan kelahiran.

Tipe Kepribadian dan Depresi

Semenjak zaman Hippokrates telah diasumsikan bahwa penyakit merupakan perkembangan dari karakteristik-karakteristik pra-abnormal (*premorbid characteristics*), dan banyak ahli teori menganut pandangan tersebut (Arieti & Bemporad, 1978). Istilah *premorbid* berarti "sebelum menjadi sakit." Apabila depresi itu merupakan perkembangan dari karakteristik-karakteristik kepribadian praabnormal, maka timbul pertanyaan, "tipe kepribadian khusus manakah yang menimbulkan depresi?" Pertanyaan ini penting karena jawabannya mungkin bisa membantu kita memahami depresi dan dapat mengidentifikasi dengan cepat individu-individu

yang memiliki kemungkinan besar menderita depresi. Akan tetapi, sulit sekali meneliti pengaruh dari kepribadian praabnormal pada depresi berikutnya karena kita jarang memperoleh informasi yang lengkap mengenai individu-individu sebelum mereka mengalami depresi; dan apabila kita meneliti mereka sesudah sembuh dari suatu periode depresi, maka kita mungkin melihat pengaruh-pengaruh sesudah mengalami depresi.

Karena depresi itu sering merupakan masalah yang terjadi berulang-ulang, maka kadang-kadang episode depresi sebelumnya diinterpretasikan sebagai dasar untuk suatu episode yang berikutnya; dan dengan demikian, menghasilkan suatu gagasan bahwa suatu "kepribadian depresif" menghasilkan suatu gangguan depresif. Akan tetapi, dewasa ini pada umumnya orang menerima bahwa depresi yang ringan tidak dapat dijadikan dasar untuk depresi patologik yang berikutnya (Akiskal, *et al.*, 1983).

Suatu karakteristik kepribadian pra-abnormal yang rupanya berperan dalam perkembangan depresi adalah introversi (Akiskal, *et al.*, 1983; Hirschfeld, *et al.*, 1983). Introversi mungkin ikut menyebabkan depresi karena individu yang introvert mungkin kurang mendapat dukungan sosial dan menggunakan strategi-strategi yang kurang efektif untuk menangani stres; dan faktor-faktor tersebut membuat individu-individu lebih mudah diserang oleh pengaruh-pengaruh stres yang dapat menimbulkan depresi.

Ada bukti bahwa perbedaan-perbedaan dalam kepribadian bisa mempengaruhi pola simptom yang berkembang. Juga ditunjukkan bahwa para wanita yang obsesif dan mengalami depresi, dengan demikian prihatin akan kehilangan kontrol, memiliki kemungkinan yang lebih besar dalam memperlihatkan simptom-simtom agitasi dan kelihatannya mengalami depresi yang lebih hebat dibandingkan dengan para wanita yang mengalami depresi meskipun tidak obsesif (Lazare & Klerman, 1968).

Sebagai kesimpulan dapat dikatakan, tidak ada bukti yang kuat bahwa setiap sifat kepribadian tertentu yang pra-abnormal menimbulkan depresi secara langsung. Akan tetapi, sifat-sifat kepribadian pra-abnormal bisa ikut menyebabkan secara tidak langsung perkembangan depresi dengan menciptakan lingkungan-lingkungan interpersonal (dukungan sosial kurang, stres kehidupan) yang dapat menyebabkan depresi. Selanjutnya, karakteristik-karakteristik kepribadian pra-abnormal dapat mempengaruhi gambaran simptom yang berkembang.

Simtom-Simtom Depresi

Ada dua pola simptom yang sangat berbeda, yakni depresi yang ditandai oleh kelambanan (*retarded depression*) dan depresi yang ditandai oleh ketidaktenangan

(*agitated depression*). Depresi yang ditandai oleh kelambanan lebih sering terjadi dan cirinya ialah tingkat energi berkurang sehingga tugas yang paling kecil sekalipun kelihatannya sulit atau tidak mungkin untuk diselesaikan. Individu-individu dengan depresi seperti ini memperlihatkan gerakan-gerakan tubuh yang berkurang dan lamban. Mereka juga kurang berbicara dan nada bicaranya sama (datar). Sebaliknya, individu-individu yang ditandai oleh ketidaktenangan (*agitated depression*) tidak mampu duduk dengan tenang: mereka melangkah bolak-balik, tangan diremas-remas, dan rambut atau kulit mereka ditarik-tarik atau digosok-gosok. Mereka juga secara tiba-tiba mengeluh, berteriak, atau berbicara dengan cepat. Kalau dilihat sepintas kilas, depresi yang ditandai oleh ketidaktenangan ini menunjukkan banyak simtom kecemasan dan kadang-kadang sulit sekali membedakan depresi ini dengan kecemasan. Depresi ini mungkin juga sulit dibedakan dari mania karena kedua-duanya memperlihatkan aktivitas yang tinggi. Akan tetapi, orang yang mengalami depresi ini merasa sedih; sedangkan orang yang mengalami mania merasa gembira. Karena depresi yang ditandai oleh kelambanan lebih umum terjadi, maka perhatian lebih banyak dipusatkan pada depresi dari tipe ini.

Simtom-Simtom Suasana Hati

Simtom-simtom utama gangguan depresif berputar di sekitar *masalah-masalah suasana hati*. Individu merasa tertekan, murung, sedih, putus asa, kehilangan semangat, dan muram. Orang yang mengalami depresi sering juga merasa terisolasi, ditolak, dan tidak dicintai. Orang yang mengalami depresi kadang-kadang menggambarkan diri mereka seperti berada dalam suatu lubang gelap yang dalam di mana mereka tidak dapat dijangkau dan mereka juga tidak dapat keluar dari sana.

Depresi kadang-kadang disertai oleh kecemasan (Mullaney, 1984). Dan hal ini khususnya terjadi pada tahap awal atau prodromal (*prodromal phase*) ketika pola simtom terwujud. Dalam tahap ini individu merasa bahwa segala sesuatu berjalan secara salah, bingung dan cemas serta melakukan banyak hal yang mencemaskan. Selama tahap prodromal kadang-kadang sulit membedakan apakah individu tersebut sedang mengalami serangan (gangguan) depresi atau menderita suatu keadaan kecemasan. Meskipun kecemasan tetap merupakan komponen gangguan depresi, tetapi lama-kelamaan tingkat kecemasan berkurang dan tingkat depresi makin meningkat.

Simtom-Simtom Kognitif

Sekurang-kurangnya enam simtom atau proses kognitif yang memainkan peran yang sangat penting dalam depresi. *Pertama*, individu yang mengalami depresi memiliki harga diri yang sangat rendah. Terutama yang mengalami depresi biasanya

berpikir bahwa mereka tidak adekuat, merasa rendah diri, janggal, tidak mampu, dan pada umumnya merasakan dirinya tidak berharga, dan sering merasa sangat bersalah terhadap kegagalan-kegagalannya.

Kedua, individu mengalami pesimisme. Orang yang mengalami depresi berpendapat bahwa ia tidak akan mampu memecahkan masalah-masalahnya dan segala sesuatu yang dilakukannya hanya akan memburuk. Pesimisme yang merupakan ciri khas dari orang yang mengalami depresi digambarkan dalam suatu penelitian di mana para mahasiswa yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi menilai sejauh mana mereka berpikir bahwa mereka sebaiknya dapat melakukan bermacam-macam tugas dan juga sejauh mana mereka berpikir bahwa mereka akan melakukan tugas-tugas itu (Kanfer & Zeiss, 1983). Tidak ada perbedaan antara individu-individu yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi dalam hal bagaimana sebaiknya mereka melakukan tugas-tugas itu, tetapi individu-individu yang mengalami depresi menilai jauh lebih rendah dalam hal sejauh mana mereka akan melakukan tugas-tugas itu dibandingkan dengan individu-individu yang tidak mengalami depresi. Dengan kata lain, standar individu-individu yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi adalah sama tetapi individu-individu yang mengalami depresi lebih pesimistik atas usaha mereka dalam mencapai standar itu.

Ketiga, orang-orang yang mengalami depresi memiliki motivasi yang kurang. Karena mereka tidak percaya bahwa mereka dapat menyelesaikan masalah-masalah mereka, maka orang-orang yang mengalami depresi tidak melihat alasan bahwa mereka memecahkan masalah-masalah mereka atau meminta bantuan untuk memecahkan masalah-masalah tersebut. Bagi mereka, semuanya kelihatan gagal dan sia-sia; dan dengan demikian, tidak ada gunanya berusaha. Tentu saja apabila mereka tidak mengatasi masalah-masalah mereka atau mencari bantuan untuk memecahkan masalah-masalah tersebut, maka masalah-masalah itu tidak akan dipecahkan dan akumulasi dari masalah-masalah yang tidak terpecahkan itu dapat menjadi alasan tambahan untuk depresi. Misalnya, seorang mahasiswa mengalami depresi yang hebat setelah gagal dalam ujian midsemester. Kegagalan dan depresi menyebabkan mahasiswa itu berpikir, "Aku kira, aku tidak cukup pintar untuk menyelesaikan mata kuliah ini. Aku pasti akan gagal pada ujian akhir semester, dengan demikian tidak ada alasan untuk melanjutkan kuliah atau mengikuti mata kuliah ini lagi." Jelas bahwa pendekatan seperti ini akan menyebabkan kegagalan dan alasan-alasan untuk menjadi depresi akan semakin bertambah serta akan memperkuat kepercayaan individu tersebut tentang dirinya yang tidak adekuat.

Keempat, depresi, harga diri yang rendah, pesimisme, dan kurangnya motivasi akan menyebar dan mencakup lebih banyak daripada penyebab asli depresi. Dengan

kata lain, simptom kognitif yang penting dalam depresi adalah generalisasi sikap-sikap negatif. Penelitian memperlihatkan bahwa sejauh mana orang-orang menggeneralisasikan masalah-masalah mereka ada kaitannya dengan sejauh mana hebatnya depresi yang dialami mereka (Carver & Ganellen, 1983).

Para wanita memperlihatkan generalisasi yang berlebihan dibandingkan dengan para pria; serta hubungan antara depresi dan generalisasi yang berlebihan di kalangan para wanita lebih kuat dibandingkan di kalangan para pria. Penemuan bahwa para wanita menggeneralisasikan sikap-sikap negatif secara berlebihan daripada para pria mungkin mengandung implikasi bahwa para wanita lebih mudah menderita depresi daripada para pria. Dalam kasus mahasiswa yang mengalami depresi karena gagal dalam ujian midsemester seperti dikemukakan dalam contoh di atas, ia mungkin terus-menerus berpikir tentang kegagalannya di bidang akademis dan juga kegagalan dalam bidang sosial, serta mungkin menarik diri dan mengadakan hubungan sosial yang agak kurang.

Kelima, dalam beberapa kasus ada alasan untuk mengalami depresi (kegagalan dalam ujian dapat menjadi hebat dan mengandung pengaruh-pengaruh negatif dalam jangka panjang) tetapi orang-orang yang mengalami depresi cenderung membesar-besarkan atau melebih-lebihkan kehebatan dari masalah tersebut dan terus-menerus menjadi pesimistik. Melebih-lebihkan kehebatan dari masalah merupakan simptom kognitif utama dalam depresi, dan dapat menjadi sangat ekstrem sehingga dalam beberapa kasus individu dapat mengembangkan apa yang dinamakan delusi (menderita psikosis, yang akan dibahas dalam Bab 13). Di sini individu mengembangkan dan tetap mempertahankan kepercayaan-kepercayaannya yang keliru dan aneh serta tidak masuk akal. Misalnya, individu yang mengalami depresi yang sangat hebat mungkin percaya bahwa ia menderita deteriorisasi otak yang progresif.

Keenam, simptom kognitif yang sangat penting dalam depresi adalah proses-proses pikiran berjalan lambat (Miller, 1975). Individu-individu yang mengalami depresi mengalami kekurangan motivasi atau energi mental untuk berpikir dengan cepat dan mengatasi masalah-masalah secara aktif. Hal ini sangat penting karena dalam beberapa kasus mereka tidak mampu bekerja secara efektif. Hal ini terjadi karena orang-orang yang mengalami depresi memperlihatkan performansi intelektual yang sangat kurang, terutama pada tugas-tugas yang membutuhkan kecepatan proses (misalnya, soal-soal matematika harus diselesaikan dalam waktu tertentu atau terbatas).

Simtom-Simtom Motor

Simtom-simtom motor yang sangat dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor, yakni tingkah laku motor berkurang atau lambat. Orang-orang yang mengalami depresi sering duduk dengan sikap terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi. Beberapa individu yang mengalami depresi hanya melekat di tempat tidur dan berusaha untuk tidur. Apabila mereka bergerak, mereka melakukannya dengan sangat lambat dan seolah-olah mereka sedang memikul beban yang sangat berat. Retardasi psikomotor juga mempengaruhi pola-pola berbicara. Orang-orang yang mengalami depresi berbicara sangat sedikit dan apabila mereka berbicara, maka pembicaraan agak mendatar. Sering mereka menghentikan pembicaraan di tengah kalimat karena tidak memiliki tenaga atau minat yang cukup untuk menyelesaikan kalimat itu.

Sebaliknya, beberapa orang yang mengalami depresi memperlihatkan agitasi psikomotor (*psychomotor agitation*) dan tidak mampu duduk dengan tenang. Orang-orang ini merasa gelisah dan terus-menerus melangkah bolak-balik. Perlu diketahui bahwa aktivitas-aktivitas dari orang-orang seperti ini adalah serampangan dan tidak terpusat pada usaha untuk mencapai sesuatu. Agitasi psikomotor tidak begitu lazim dibandingkan dengan retardasi motor.

Simtom-Simtom Somatik

Orang-orang yang mengalami depresi mudah menderita bermacam-macam masalah somatik. Salah satu masalah somatik yang terkenal adalah pola tidur terganggu. Orang-orang yang mengalami depresi sering mengalami masalah, yakni sulit tidur dan bangun lebih cepat, yakni bangun sebelum waktunya (misalnya, pada jam 2 pagi) dan tidak bisa tidur lagi. Bangun lebih cepat kelihatannya ada hubungannya dengan depresi-depresi yang hebat dan merupakan petunjuk depresi yang mendalam. Kelihatan juga bila depresi berakhir, maka waktu bangun yang terlalu cepat itu makin lama makin berkurang; dan dalam beberapa kasus, orang-orang mulai tidur lebih daripada yang biasanya dan bisa terjadi apa yang dinamakan hipersomnia.

Akibat lain dari depresi adalah pola-pola makan terganggu di mana orang yang mengalami depresi akan kehilangan selera makan dan baginya makanan dirasakan hambar. Akibatnya ia mengurangi jumlah makanan yang dimakan. Dalam kasus-kasus tertentu, orang yang mengalami depresi mungkin ingin makan dan menyadari bahwa ia harus makan, tetapi karena ia tidak memiliki tenaga untuk menyiapkan makanan yang baik, maka ia hanya bersandar pada makanan yang ada dan yang mudah tersedia. Ada juga orang yang mengalami depresi melihat makan sebagai suatu aktivitas yang sangat penting. Untuk orang seperti ini, melihat

aktivitas makan hanya sebagai suatu aktivitas yang menyenangkan dalam kehidupannya yang muram. Simtom somatik lain yang sering ditemukan pada orang yang mengalami depresi ialah dorongan seksual berkurang dan ini disebut sebagai kehilangan libido (*libido* adalah istilah psikodinamik untuk dorongan seksual).

Simtom-simtom somatik yang meliputi tidur, selera makan, dan seks dapat disebabkan oleh tiga faktor. *Pertama*, gangguan-gangguan somatik ini dapat muncul karena individu-individu mengalami kesedihan psikologis, dan kesedihan memiliki pengaruh yang mengacaukan. *Kedua*, depresi ada kaitannya dengan bermacam-macam perubahan biokimiawi dalam otak dan perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi fungsi hipotalamus yang pada gilirannya akan mempengaruhi tidur, selera makan, dan seks. *Ketiga*, beberapa simtom somatik, seperti keletihan dan gangguan-gangguan pencernaan mungkin tidak disebabkan oleh depresi itu sendiri, melainkan hanya merupakan simtom-simtom sekunder yang terjadi karena individu tidak tidur dengan baik, tidak makan dengan baik, dan tidak melakukan gerak badan.

Selain masalah-masalah khusus yang berhubungan dengan tidur, selera makan, dan seks, orang-orang yang mengalami depresi lebih rentan terhadap bermacam-macam penyakit, dan ini jelas sebagai akibat dari sistem kekebalan tubuh yang melemah (Schleifer *et al.*, 1984). Ada bukti juga bahwa orang yang mengalami depresi menghasilkan limposit-limposit (sel-sel darah putih) yang agak kurang (sel-sel darah putih sangat berperan dalam melawan penyakit).

Harus diperhatikan bahwa individu mungkin menitikberatkan simtom-simtom fisik dan menyembunyikan simtom-simtom psikologis. Ini dapat terjadi dalam apa yang dinamakan "depresi bertopeng" (*masked depression*) di mana simtom-simtom psikologis disembunyikan oleh topeng simtom-simtom fisik. Bila individu memusatkan perhatian pada simtom-simtom fisik dan hanya berbicara mengenai simtom-simtom fisik itu saja, maka bisa mengakibatkan diagnosis yang salah.

Dalam berbicara mengenai simtom-simtom suasana hati, kognitif, motor, dan somatik perlu diketahui bahwa simtom-simtom ini dapat juga berfungsi sebagai penyebab-penyebab tambahan. Misalnya, simtom-simtom kognitif, seperti harga diri rendah, motivasi berkurang, dan pesimisme mungkin menyebabkan kemapanan-kemapanan kognitif negatif (*negative cognitive sets*) yang umum dan menjadi penghalang untuk melihat aspek-aspek kehidupan yang positif; dan dengan demikian, membuat depresi menjadi lebih hebat. Demikian juga aktivitas motor yang berkurang atau tidak efektif dapat mengganggu pemecahan masalah yang efektif, dan selanjutnya memperkuat tingkah laku yang tidak tepat dari orang yang mengalami depresi. Simtom-simtom somatik, seperti tidak bisa tidur, tidak ada selera makan dapat juga melemahkan tenaga individu; dengan demikian, efektivitasnya

menjadi berkurang. Singkatnya, lingkaran setan dapat berkembang di mana simtom-simtom depresi menimbulkan depresi yang lebih hebat.

Penyebab

Di sini akan dikemukakan penjelasan-penjelasan dari apa yang telah diberikan tentang perkembangan depresi. Mungkin karena depresi itu dialami oleh banyak orang, maka depresi menarik banyak perhatian dan bermacam-macam pendekatan juga telah dikemukakan untuk menjelaskannya. Ada lima pendekatan yang dapat dipakai untuk menjelaskan perkembangan depresi, yakni: (1) pendekatan psiko-dinamik; (2) pendekatan belajar; (3) pendekatan kognitif; (4) pendekatan eksistensi-sial-humanistik; dan (5) pendekatan fisiologis.

Pendekatan Psikodinamik

Freud dan kawan-kawannya mengemukakan bahwa depresi terjadi sebagai reaksi terhadap kehilangan. Freud menyamakan depresi dengan perkabungan (perasaan sedih dan duka cita yang terjadi bila orang yang dicintai meninggal). Teorinya bertolak dari dua kesamaan ini. *Pertama*, Freud mengamati bahwa perkabungan dan depresi terjadi sesudah kehilangan objek yang dicintai (dalam istilah Freud, "objek" adalah seseorang yang menjadi tempat bersandar). *Kedua*, ia mengakui bahwa kita sering mengalami perasaan ambivalen tentang objek cinta yang hilang, tetapi di satu pihak, kita mencintai objek yang hilang itu; tetapi di lain pihak, kita marah terhadap objek tersebut atau bahkan membencinya karena ia telah meninggalkan atau menolak kita. *Ketiga*, Freud mengemukakan bahwa orang yang mengalami depresi sering mengkritik dan marah, serta menyalahkan diri sendiri terhadap sesuatu yang bukan kesalahannya. Kritik terhadap diri sendiri itu disebabkan karena orang yang mengalami depresi berusaha menangani kehilangan itu dengan mengambil secara simbolis objek yang hilang itu sebagai bagian dari dirinya. Akan tetapi, ketika objek yang hilang itu menjadi bagian dari dirinya, perasaan negatif yang berkenaan dengan objek yang hilang itu dialihkan kepada dirinya sendiri. Bagi Freud, faktor yang sangat penting dalam depresi adalah kemarahan yang dialihkan ke dalam (diri sendiri) dan peristiwa yang memicu proses tersebut adalah kehilangan. Hal yang sangat penting dalam pandangan ini adalah kehilangan yang terjadi pada masa kanak-kanak, seperti kematian salah satu orang tua kita. Seseorang yang mengalami kehilangan tersebut mungkin kemudian mengalami kehilangan-kehilangan lain dalam kehidupan selanjutnya yang sulit ditahan karena perasaan-perasaan awal tentang kesedihan akan diaktifkan kembali.

Belakangan para ahli teori psikodinamik mengemukakan bahwa bukan kehilangan, melainkan stres yang menyebabkan depresi; dan stres adalah bagian dari kehilangan dan dilihat sebagai prediktor yang lebih baik untuk depresi daripada kehilangan (Billings, *et al.*, 1983; Paykel & Tanner, 1976). Banyak bukti menunjukkan bahwa stres akut dan kronis menyebabkan depresi (Baum, *et al.*, 1983; Schwab, 1974), tetapi pendekatan psikodinamik tidak memberikan bukti mengenai proses bagaimana stres tersebut bisa menyebabkan depresi.

Kelihatan juga bahwa stres menyebabkan depresi tetapi tidak semua orang yang berhadapan dengan stres akan mengalami depresi. Oleh karena itu, juga harus dicari faktor lain yang penting dalam hubungan stres dan depresi. Salah satu faktor lain dalam hubungan itu adalah dukungan sosial (*social support*) yang tersedia bagi individu bila berhadapan dengan stres. Ada bukti bahwa individu yang memiliki teman-teman yang akrab kurang mengalami depresi bila mereka berhadapan dengan stres (Billings, *et al.*, 1983; Warren & McEachren, 1983). Akan tetapi, perlu diperhatikan juga bahwa tidak hanya banyaknya teman yang dimiliki individu yang akan mempengaruhi kemungkinan depresi, tetapi yang terpenting adalah kualitas dari hubungan tersebut (Billings, *et al.*, 1983).

Kita mengetahui bahwa individu-individu yang memperoleh dukungan sosial kecil kemungkinan akan mengalami depresi, tetapi kita tidak mengetahui bagaimana proses dukungan sosial itu melindungi seseorang dari kemungkinan depresi (Brehm & Smith, 1986). Salah satu kemungkinan adalah peristiwa-peristiwa yang menimbulkan stres kurang dialami sebagai stres apabila kesulitan (beban) dapat dibicarakan bersama dengan orang lain. Dengan demikian, tidak adanya dukungan sosial dapat menyebabkan depresi dan juga memperpanjang depresi.

Selain dukungan sosial, ada juga faktor lain yang bisa mengurangi hubungan stres dan depresi, yakni strategi-strategi penanggulangan yang digunakan individu bila berhadapan dengan stres (Billings, *et al.*, 1983; Coyne, *et al.*, 1981). Pada umumnya orang-orang yang mengalami depresi mungkin menggunakan strategi-strategi pasif, seperti menghindari, menerima, impian khayalan, makan, merokok, atau mungkin juga mereka meminta nasihat atau dukungan emosional. Orang-orang yang tidak mengalami depresi mungkin menggunakan strategi-strategi aktif yang difokuskan pada pemecahan dan pengatasan masalah.

Rupanya stres ditambah dengan strategi-strategi penanggulangan yang pasif akan menyebabkan depresi, tetapi sampai sekarang belum ada penelitian untuk menetapkan cara-cara defensif manakah yang digunakan individu sebelum mengalami depresi. Dengan demikian, strategi-strategi yang digunakan individu secara pasif untuk menanggulangi depresi mungkin merupakan akibat dan bukan penyebab dari depresi. Hal yang jelas adalah bahwa strategi-strategi penanggulangan yang

digunakan individu secara pasif ada kaitannya dengan depresi, dan strategi-strategi tersebut tidak efektif dalam mengatasi masalah-masalah. Dengan demikian, strategi-strategi yang pasif mungkin akan mempertahankan depresi meskipun strategi-strategi tersebut bukan penyebab awal dari depresi (pada awalnya tidak menyebabkan depresi).

Senam aerobik (*aerobic fitness*) merupakan faktor perbedaan individual lain yang mendapat perhatian. Senam aerobik berupa gerak badan seperti berlari dengan kecepatan yang tetap dan perlahan-lahan (*jogging*), berenang, dan bersepeda di mana denyut jantung bertambah dalam jangka waktu yang lama. Ada bukti yang menunjukkan bahwa individu-individu yang melakukan aktivitas aerobik dengan lebih baik memperlihatkan respons yang tidak begitu kuat terhadap stres (McGilley, 1987; McGilley & Holmes, 1988); dan respons yang tidak begitu kuat terhadap stres itu bisa berfungsi mengurangi kemungkinan terjadinya depresi. Dalam salah satu penelitian, para peneliti mengidentifikasi sekelompok mahasiswa yang mengalami stres hebat (misalnya, karena perceraian orang tua, perpindahan tempat tinggal, hubungan-hubungan yang retak) yang dianggap dapat menimbulkan depresi (Roth & Holmes, 1987). Para mahasiswa itu kemudian disuruh untuk mengikuti salah satu dari tiga kemungkinan, yakni mengikuti senam aerobik atau latihan relaksasi yang masing-masing diberi jangka waktu 10 minggu, atau tidak mengikuti kedua latihan tersebut. Para mahasiswa yang mengikuti senam aerobik memperlihatkan tingkat depresi yang lebih rendah dibandingkan dengan para mahasiswa yang mengikuti latihan relaksasi dan yang tidak mengikuti senam aerobik dan latihan relaksasi.

Pendekatan Belajar

Salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi, yakni individu-individu yang mengalami depresi adalah individu-individu yang menerima hadiah yang agak kurang atau hukuman lebih banyak dibandingkan dengan individu-individu yang tidak mengalami depresi (Lewinsohn, 1974; Libet & Lewinshon, 1977). Hadiah yang kurang dan hukuman yang lebih banyak dapat menimbulkan depresi dalam salah satu atau tiga cara yang berikut: (1) Seorang individu yang menerima hadiah yang agak kurang dan/atau hukuman yang lebih banyak pada umumnya akan mengalami kehidupan yang kurang menyenangkan dan hal itu dapat menyebabkan depresi; (2) Apabila suatu tingkah laku individu tidak menghasilkan hadiah atau menghasilkan hukuman, maka ada kemungkinan individu tersebut memiliki harga diri yang kurang dan mengembangkan *self-concept* yang rendah yang dapat menimbulkan depresi; dan (3) Apabila suatu tingkah laku diberi hadiah atau diberi hukuman, maka kemungkinan untuk menggunakan tingkah laku itu lagi menjadi

berkurang; dan dengan demikian, menyebabkan aktivitas berkurang yang umumnya kelihatan dalam depresi. Aktivitas yang berkurang selanjutnya dapat mengurangi kemungkinan mendapat hadiah; dan dengan demikian, akan terjadi lingkaran setan yang akan menimbulkan depresi yang lama-kelamaan bertambah hebat.

Hadiah dan hukuman dapat berasal dari dua sumber, yakni lingkungan tempat kita hidup (orang-orang dan peristiwa-peristiwa di sekitar kita) dan diri kita sendiri. Situasi yang berkenaan dengan hadiah dan hukuman akan bertambah buruk bila orang yang mengalami depresi menerima hadiah dan hukuman yang sama seperti yang diterima oleh orang-orang yang tidak mengalami depresi, tetapi orang-orang yang mengalami depresi berpikir bahwa mereka menerima hadiah yang agak kurang dan hukuman yang lebih banyak. Dengan kata lain, individu-individu yang mengalami depresi selalu melihat itu sebagai situasi yang kurang menyenangkan (hadiah yang agak kurang dan hukuman yang lebih banyak). Fakta bahwa individu-individu yang mengalami depresi mendapat hadiah yang kurang dan hukuman yang lebih banyak dari orang-orang di sekitar mereka ditambah dengan fakta bahwa mereka menilai terlalu rendah hadiah dan menilai tinggi hukuman yang diterima akan menyebabkan suatu ketidakseimbangan antara hadiah dan hukuman yang akan mengakibatkan suatu kehidupan yang sangat tidak menyenangkan, dan pada akhirnya akan menimbulkan depresi.

Faktor-faktor lain dalam lingkungan dapat juga mempengaruhi hadiah dan hukuman, dan bisa menimbulkan depresi. Misalnya, pindah dari suatu tempat ke tempat yang lain bisa menyebabkan seorang individu kehilangan kontak dengan sumber-sumber hadiah sebelumnya, dan perubahan-perubahan dalam tingkah laku manakah yang dihadiahkan menyebabkan aktivitas-aktivitas yang sebelumnya dihadiahkan tidak berguna. Juga kadang-kadang standar untuk hadiah dan hukuman meningkat yang menyebabkan performansi yang diperlukan untuk mendapat hadiah menjadi lebih tinggi. Misalnya, seorang mahasiswa yang setelah meraih gelar sarjana berpindah dari universitas ke suatu tempat lain di mana hadiah tidak lagi berdasarkan kemampuan intelektualnya, keramahan dosennya, atau kemampuannya untuk berorganisasi dan menggerakkan para mahasiswa untuk berdemonstrasi, melainkan adat istiadat masyarakat di tempat di mana dia sekarang berada yang situasinya berbeda bahkan bertentangan dengan situasi kampus. Kehilangan hadiah-hadiah yang sebelumnya diterima di universitas dapat menimbulkan depresi apabila sumber-sumber alternatif untuk mendapatkan hadiah tidak ditemukan.

Di atas telah dikemukakan bahwa depresi itu terjadi karena hadiah yang kurang dan hukuman yang lebih banyak diberikan oleh lingkungan kepada individu, tetapi dapat juga depresi itu terjadi karena individu itu sendiri memberikan kepada dirinya sendiri hadiah yang agak kurang dan hukuman yang lebih banyak. Beberapa ahli

teori menekankan peran dari hadiah dan hukuman terhadap diri sendiri dalam menimbulkan depresi (Rehm, 1977; Wilcoxon, *et al.*, 1977), dan terdapat bukti di mana individu-individu yang mengalami depresi memberi hadiah yang agak kurang dan hukuman lebih banyak terhadap diri mereka sendiri untuk tingkah laku mereka. Dalam salah satu percobaan, individu-individu yang mengalami depresi dan yang tidak mengalami depresi disuruh untuk melakukan suatu tugas laboratorium yang sederhana dan disuruh untuk memberikan kepada diri mereka sendiri hadiah (uang dengan jumlah yang sedikit) dan hukuman (menarik kembali uang yang diberikan) terhadap performansi mereka (Rozenzky, *et al.*, 1977). Hasil dari percobaan itu menunjukkan bahwa individu-individu yang mengalami depresi memberikan kepada diri mereka sendiri hadiah-hadiah yang agak kurang dan hukuman-hukuman lebih banyak dibandingkan dengan individu-individu yang tidak mengalami depresi. Hasil yang sama juga ditemukan pada pasien-pasien yang dirawat di rumah sakit dan mahasiswa-mahasiswa yang mengalami depresi (Lobitz & Post, 1979; Nelson & Craighead, 1977, 1981).

Dari semua yang dikemukakan di atas jelas bahwa individu-individu yang mengalami depresi mendapat hadiah yang agak kurang dan hukuman lebih banyak dari lingkungan dan dari diri mereka sendiri dibandingkan dengan individu-individu yang tidak mengalami depresi. Akan tetapi, pertanyaan di sini ialah apakah perbedaan-perbedaan dalam tingkat hadiah dan hukuman itu adalah penyebab atau akibat dari depresi? Salah satu penelitian dapat menjawab pertanyaan tersebut di mana ditemukan bahwa subjek-subjek yang memberikan hadiah yang agak kurang kepada diri mereka sendiri dalam melaksanakan suatu tugas memperlihatkan depresi yang lebih hebat dibandingkan dengan subjek-subjek yang memberikan hadiah yang lebih banyak kepada diri mereka sendiri (Nelson & Craighead, 1981). Akan tetapi, kita harus hati-hati dalam menginterpretasikan hasil dari percobaan ini karena depresi yang disebabkan oleh hadiah yang agak kurang tidak begitu hebat dan tidak sama dengan depresi klinis yang dibicarakan dalam bab ini. Ada kemungkinan depresi klinis itu berkembang karena kekurangan hadiah yang lebih hebat dan berlangsung lama, tetapi sekarang tidak ada bukti untuk mendukung apa yang dikemukakan ini.

Dalam mencari bukti terhadap peran dari hadiah yang kurang sebagai penyebab depresi, beberapa ahli teori menunjukkan fakta bahwa terapi dapat menyebabkan depresi berkurang kalau orang-orang yang mengalami depresi itu dilatih untuk meningkatkan hadiah (Fuchs & Rehm, 1977; Jackson, 1972; Rehm, *et al.*, 1979). Akan tetapi, kita juga harus hati-hati dalam menginterpretasikan penemuan ini karena mengurangi depresi dengan meningkatkan hadiah mungkin tidak sama kalau menyebabkan depresi dengan mengurangi hadiah. Secara keseluruhan, penelitian

tentang hadiah yang kurang sebagai penyebab timbulnya depresi hanya merupakan saran dan bukan sesuatu yang pasti. Hadiah yang kurang dapat menimbulkan depresi ringan, tetapi hubungannya dengan depresi klinis belum pernah ditetapkan.

Pendekatan Kognitif

Ada dua teori kognitif tentang depresi, yakni teori yang *pertama* mengemukakan bahwa kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*) menyebabkan individu-individu akan melihat segala sesuatu secara negatif; dan dengan demikian, akan menyebabkan depresi. Teori *kedua* mengemukakan bahwa ketidakberdayaan yang dipelajari dalam mengontrol aspek-aspek negatif kehidupan menyebabkan depresi.

Kemapanan-Kemapanan Kognitif yang Negatif. Individu-individu mengalami depresi karena mereka memiliki kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif untuk menginterpretasikan diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan mereka (Beck, 1967, 1976). Misalnya, seorang individu yang pada umumnya berhasil dalam kehidupannya akan mengabaikan keberhasilannya atau menginterpretasikan keberhasilannya itu sebagai hal yang kebetulan, dan tetap memikirkan serta melebih-lebihkan kegagalannya. Akibat dari persepsi-persepsi yang negatif itu individu tersebut akan memiliki gambaran diri sebagai orang yang gagal, dan berpendapat bahwa masa depannya akan penuh dengan kegagalan, dan akan menjadi korban depresi.

Pada umumnya diasumsikan bahwa kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif digunakan secara "otomatis" sehingga orang yang mengalami depresi tidak menyadari distorsi-distorsi atau tidak menyadari bahwa ada interpretasi-interpretasi alternatif yang lebih positif. Tidak hanya kemapanan-kemapanan negatif dan distorsi-distorsi ini yang menyebabkan individu berpikir negatif tentang dirinya sendiri dan masa depannya, tetapi kemapanan-kemapanan negatif dan distorsi-distorsi itu juga menyebabkan tingkat aktivitas yang berkurang. Apabila seorang individu berpendapat bahwa dirinya tidak efektif dan tidak ada sesuatu pun yang akan berjalan dengan baik, maka tidak ada alasan ia berusaha. Misalnya, seseorang yang sangat kreatif dan ingin menjadi penulis tetapi tidak pernah menulis sesuatu pun karena pada setiap saat ia mulai menulis, ia selalu berpikir tentang dirinya, "Meskipun aku menulis suatu cerita tetapi tidak akan diterbitkan; dengan demikian, tidak adanya gunanya aku berusaha menulis." Karena ia tidak pernah berusaha, maka tidak mungkin baginya untuk memenuhi impiannya sebagai penulis, dan ia akan mengalami depresi.

Diasumsikan bahwa pengalaman-pengalaman awal memberikan dasar untuk kemapanan-kemapanan negatif. Kemapanan-kemapanan negatif itu dapat berasal

dari model-model yang diberikan orang tua, dari kritik-kritik awal terhadap individu, atau dari kegagalan-kegagalan aktual yang dialami individu. Kemapanan-kemapanan negatif itu mungkin laten dan tidak digunakan sampai terjadi suatu situasi yang sama dengan situasi yang pada awalnya menyebabkan kemapanan negatif itu (Beck, *et al.*, 1979). Apabila situasi itu terjadi, maka kemapanan-kemapanan negatif itu akan dikembangkan, akan terjadi distorsi-distorsi, dan akan terjadi depresi. Ada kemungkinan orang yang dikemukakan dalam contoh di tadi dikritik atas usaha-usahnya yang kreatif pada waktu ia masih kanak-kanak.

Gambaran tentang pola pikiran dari orang-orang yang mengalami depresi pada umumnya cocok dengan simptom-simtom kognitif dari depresi, misalnya penghargaan terhadap diri yang rendah, pesimisme, dan motivasi yang kurang. Akan tetapi, harus diperhatikan bahwa dalam teori ini pola-pola pikiran yang negatif tidak hanya merupakan simptom-simtom depresi tetapi juga merupakan penyebab-penyebab depresi. Dengan kata lain, individu akan mengalami depresi karena ia berpikir buruk tentang dirinya sendiri dan dunianya.

Ketidakberdayaan yang Dipelajari (*Learned Helplessness*). Menurut teori ini, individu belajar secara tepat atau tidak tepat bahwa ia tidak dapat mengontrol aspek-aspek negatif dari kehidupan; dan dengan demikian, ia merasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan ketidakberdayaan ini akan menyebabkan depresi (Abramson, *et al.*, 1978; Peterson & Seligman, 1984).

Perbedaan antara teori kognitif yang negatif dan teori ketidakberdayaan yang dipelajari ialah individu dengan kognisi negatif berpendapat bahwa dialah yang menyebabkan hal-hal negatif terjadi dalam kehidupannya; sedangkan individu yang mempelajari ketidakberdayaan berpendapat bahwa ia tidak berdaya dalam mengontrol hal-hal yang negatif. Dengan demikian, perbedaannya ialah menyalahkan diri sendiri (kognisi-kognisi negatif) versus tidak dapat mengontrol (ketidakberdayaan yang dipelajari).

Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Para pelopor teori humanistik-eksistensial berpendapat bahwa kecemasan terjadi karena adanya ketidakcocokan antara *real-self* dan *ideal-self* (diri yang real versus diri yang ideal). Depresi terjadi bila individu menyadari bahwa jurang antara *real-self* dan *ideal-self* tidak dapat dijangkau; karena itu, ia menyerah dalam kesedihan. Individu pada hakikatnya tidak berusaha mencapai aktualisasi-diri, dan hal ini bisa menyebabkan depresi.

Menyerah merupakan suatu faktor yang sangat penting dalam teori humanistik-eksistensial tentang depresi. Individu yang tidak mengadakan pilihan dan tidak bertanggung jawab berhenti untuk berada, yakni berhenti untuk hidup sebagai

seseorang yang real. Kegagalan untuk berada merupakan suatu kematian simbolis, dan kematian itu bersama dengan pengakuan akan kematian aktual menyebabkan depresi. Dalam usia setengah baya, banyak orang mengalami krisis yang melibatkan depresi karena mereka menyadari bahwa mereka tidak mau berada, dan mengakui bahwa kehidupan fisik mereka akan segera berakhir, dan akhirnya mereka menyerah.

Pendekatan Fisiologis

Teori fisiologis mengemukakan bahwa depresi itu disebabkan oleh aktivitas neurologis yang rendah pada daerah-daerah otak yang berfungsi untuk mengatur kesenangan. Hal ini disebabkan karena persediaan neurotransmitter pada sinapsis-sinapsis tidak mencukupi. Ada dua neurotransmitter yang ada hubungannya dengan depresi, yakni norepinefrin dan serotonin. Norepinefrin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dinamakan katekolamin; dan serotonin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dikenal dengan sebutan indoleamin. Kedua neurotransmitter ini bersama-sama disebut "amin", sehingga teori fisiologis tentang depresi kadang-kadang disebut "hipotesis amin". Dukungan terhadap teori fisiologis diberikan oleh penemuan bahwa obat-obat yang digunakan untuk meningkatkan dan mengurangi kadar neurotransmitter berpengaruh dalam meningkatkan dan mengurangi depresi; dan penemuan bahwa kadar dari metabolit norepinefrin bertambah dan berkurang kalau depresi itu bertambah atau berkurang (Metabolit adalah bahan-bahan kimia yang dihasilkan bila neurotransmitter mengubah struktur kimianya sebagai akibat dari interaksi dengan bahan-bahan kimia lain. Karena neurotransmitter tidak bisa diteliti secara langsung, maka penelitian terhadap neurotransmitter hanya dapat dilakukan secara tidak langsung lewat penelitian terhadap metabolit).

Menarik untuk diketahui bahwa norepinefrin dan serotonin yang berkadar rendah dapat juga digunakan untuk menjelaskan berkurangnya tidur, selera makan, dorongan seks, dan aktivitas motor yang sering dihubungkan dengan depresi. Norepinefrin dan serotonin memainkan peranan yang penting dalam fungsi hipotalamus, dan hipotalamus itu sendiri mengontrol tidur, selera makan, seks, dan tingkah laku motor (Sachar, 1982). Kelihatan juga bahwa perubahan-perubahan dalam kadar neurotransmitter dapat menjelaskan perubahan-perubahan suasana hati yang kelihatan dalam gangguan-gangguan depresif dan dapat juga menjelaskan banyak simtom lain yang ada kaitannya dengan gangguan-gangguan itu. Fakta bahwa kadar neurotransmitter dapat menjelaskan begitu banyak simtom yang kelihatan dalam gangguan-gangguan depresif sudah pasti meningkatkan nilai dari teori ini.

Salah satu simptom yang sering dihubungkan dengan depresi tetapi tidak dihubungkan dengan norepinefrin atau serotonin ialah kecemasan. Di sini kita bertanya, "Apa yang menyebabkan kecemasan yang kelihatan dalam orang-orang yang mengalami depresi?" Kecemasan sudah pasti merupakan respons terhadap keadaan yang tidak menyenangkan karena mengalami depresi, tetapi ada juga bukti bahwa kecemasan mungkin memiliki dasar fisiologis. Ditemukan bahwa banyak penderita yang mengalami depresi memiliki neurotransmitter yang berkadar lebih rendah dan yang dikenal dengan sebutan GABA (*gamma-aminobutyric acid*) dibandingkan dengan orang-orang yang tidak mengalami depresi (Kasa, *et al.*, 1982; Petty & Sherman, 1984). GABA berperan dalam kecemasan (GABA sangat penting untuk aktivitas dari neuron-neuron inhibitori yang mengurangi aktivitas-aktivitas neuron-neuron yang menyebabkan kecemasan). Penemuan GABA yang berkadar rendah dalam diri orang-orang yang mengalami depresi penting karena GABA memungkinkan kita dapat menjelaskan kecemasan mereka secara fisiologis.

Di sini dapat ditanyakan juga, "Apa yang menyebabkan kadar neurotransmitter dalam beberapa orang rendah?" Dengan kata lain, tidak cukup hanya mengetahui bahwa rendahnya kadar neurotransmitter menyebabkan depresi, tetapi harus dijelaskan juga apa yang menyebabkan kadar neurotransmitter itu rendah. Dengan demikian, akan ditemukan bukti mengenai faktor-faktor genetik yang menimbulkan depresi. Di sini akan dikemukakan dua bukti, yakni penelitian tentang saudara kembar dan penelitian tentang anak angkat.

Dari penelitian tentang keluarga, bukti bahwa depresi itu diwariskan bertolak dari fakta di mana orang-orang yang mengalami depresi itu memiliki sanak saudara tingkat pertama (saudara laki-laki, saudara perempuan, orang tua atau anak-anak) yang juga menderita depresi (Nurnberger & Gershon, 1982); sedangkan orang-orang yang tidak mengalami depresi tidak memiliki sanak saudara yang demikian. Akan tetapi, masalah dengan bukti yang dikemukakan ini ialah hal itu terjadi mungkin karena kontak sosial dengan sanak saudara bukan karena tumpang tindihnya gen-gen yang menyebabkan depresi. Dengan demikian, bukti ini tidak kuat dan harus dicari bukti yang lain.

Bukti yang lebih meyakinkan ialah bukti yang diperoleh dari hasil penelitian saudara kembar. Karena saudara kembar monozigot (MZ) secara genetik identik, dan saudara kembar dizygot (DZ) secara genetik berbeda, maka bila depresi itu disebabkan oleh faktor-faktor genetik diandaikan angka depresi akan lebih tinggi pada saudara kembar identik (MZ) dibandingkan dengan kembar bersaudara (DZ). Bukti terhadap peran dari genetika dalam depresi diperoleh dari penelitian tentang depresi di mana ditemukan angka rata-rata depresi pada saudara kembar identik

(MZ) yaitu $4\frac{1}{2}$ kali lebih besar (65%) daripada angka rata-rata pasangan kembar bersaudara (DZ), yaitu 14% (Nurnberger & Gershon, 1982).

Bukti tambahan untuk peran genetika dalam menyebabkan depresi berasal dari suatu penelitian di mana ditemukan bahwa bila salah seorang saudara kembar mengalami depresi yang hebat, maka kemungkinan saudara kembar yang lain juga akan mengalami depresi yang hebat (Bertelsen, *et al.*, 1977; Bertelsen, 1979). Angka rata-rata untuk pasangan kembar di mana salah seorang saudara kembar mengalami depresi kurang dari tiga episode adalah 33%; sedangkan angka rata-rata untuk pasangan kembar di mana salah seorang saudara kembar mengalami depresi tiga episode atau lebih adalah 59%. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa saudara-saudara kembar memberikan bukti tambahan bagi dasar genetik dalam menyebabkan depresi.

Bukti yang sangat meyakinkan untuk dasar genetik dalam depresi berasal dari penelitian tentang anak-anak angkat. Di sini diteliti individu-individu yang memiliki orang tua biologis yang mengalami depresi atau tidak mengalami depresi, dan kemudian diangkat serta dipelihara oleh orang tua angkat yang tidak mengalami depresi. Bila anak tersebut mengalami depresi meskipun dipelihara oleh orang tua angkat yang tidak mengalami depresi, maka hal itu menunjukkan adanya peran gen dalam depresi. Dalam salah satu penelitian dikemukakan bahwa sebesar 38% anak angkat yang berasal dari orang tua biologis yang mengalami depresi, ditemukan mengalami depresi; sedangkan untuk anak angkat yang berasal dari orang tua biologis yang tidak mengalami depresi, hanya ditemukan 0,07 yang mengalami depresi (Cadoret, 1978a).

Dalam salah satu pendekatan yang berbeda terhadap masalah tersebut, para peneliti lain meneliti angka bunuh diri dalam sanak saudara biologis dan sanak saudara angkat dari orang-orang yang mengalami depresi dan orang-orang normal yang tidak mengalami depresi (Kety, 1979; Schulsinger, *et al.*, 1979). Mereka menemukan bahwa sanak saudara biologis dari orang-orang yang mengalami depresi memiliki angka bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan dengan sanak saudara angkat dari orang-orang yang mengalami depresi atau sanak saudara (biologis atau angkat) dari orang-orang yang tidak mengalami depresi.

Dari hasil beberapa penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor genetik memainkan peranan dalam depresi. Akan tetapi, perlu diperhatikan bahwa: (1) Tidak semua sanak saudara dari orang-orang yang mengalami depresi, mengalami depresi; (2) Angka rata-rata untuk depresi pada saudara kembar identik (MZ) tidak mencapai 100%; dan (3) Banyak orang yang mengalami depresi tidak kelihatan memiliki sejarah keluarga yang mengalami depresi. Dari penemuan-penemuan ini harus disimpulkan bahwa meskipun faktor-faktor genetik memainkan peranan yang

sangat penting dalam depresi, tetapi hanya faktor-faktor genetik saja tidak dapat menjelaskan semua depresi.

Perawatan

Bila berbicara mengenai depresi, penting untuk diketahui bahwa banyak depresi (mungkin depresi-depresi yang sangat ringan) berkurang atau hilang tanpa perawatan yang formal. Depresi-depresi yang berkurang atau hilang tanpa perawatan disebut "pengurangan-pengurangan yang terjadi secara spontan" (*spontaneous remissions*). Atau lebih tepat kalau dikatakan "bukan berkurang secara spontan", melainkan adanya perubahan-perubahan dalam diri individu tanpa diketahui. Stres-stres dalam kehidupan individu atau ketidakseimbangan biokimia yang pada awalnya menyebabkan depresi mungkin berkurang atau hilang; dan dengan demikian, depresi itu sendiri berkurang atau bahkan hilang.

Akan tetapi, ada juga beberapa depresi yang tidak berkurang atau hilang secara spontan dan untuk hal tersebut terapi mungkin dibutuhkan. Cara-cara untuk merawat depresi sangat berbeda-beda antara pendekatan yang satu dengan pendekatan lainnya; dan perbedaan-perbedaan tersebut disebabkan karena asumsi-asumsi yang dikemukakan oleh pendekatan-pendekatan itu mengenai penyebab depresi juga berbeda-beda. Dalam mengemukakan perawatan menurut masing-masing pendekatan akan dikemukakan secara singkat penyebab depresi dan kemudian dibiarkan bagaimana perawatan dirancang untuk mengatasi penyebabnya.

Pendekatan Psikodinamik

Para terapis yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik memusatkan perhatian pada usaha mereka untuk membantu para penderita dalam menangani konflik-konflik yang ada hubungannya dengan kehilangan atau stres. Dengan demikian, para terapis yang menganut pendekatan psikodinamik membantu individu-individu untuk: (1) Mengidentifikasi kehilangan-kehilangan dan stres-stres yang menyebabkan depresi; (2) Mengatasi atau mengurangi kehilangan-kehilangan atau stres-stres itu; dan (3) Mengembangkan cara-cara yang lebih baik untuk mengadakan respons terhadap kehilangan-kehilangan atau stres-stres tersebut bila kemudian suatu saat dihadapi lagi sehingga depresi dapat dihindari. Untuk mencapai tujuan itu, para terapis yang berorientasi pada pendekatan psikodinamik menggunakan psikoanalisis atau psikoterapi.

Pendekatan Belajar

Apabila depresi itu disebabkan oleh hadiah yang rendah (kurang) atau hukuman yang tinggi (hukuman yang lebih banyak) atau kedua-duanya, yang menyebabkan

kehidupan kurang menyenangkan, penghargaan terhadap diri sendiri rendah, dan aktivitas berkurang; maka para terapis yang menggunakan pendekatan belajar mengajar penderita bagaimana meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi hukuman-hukuman dalam kehidupannya, dan untuk itu ditempuh tiga langkah untuk mengubah hadiah-hadiah dan hukuman-hukuman.

Langkah *pertama*, yaitu mengidentifikasi aspek-aspek lingkungan (orang, aktivitas, situasi) yang merupakan sumber dari hadiah-hadiah dan hukuman-hukuman untuk penderita. Untuk melakukan itu, penderita diminta untuk membuat daftar peristiwa-peristiwa yang menyenangkan dan tidak menyenangkan yang sering kali terjadi. Kemudian, penderita mulai mengecek peristiwa-peristiwa itu untuk menentukan peristiwa-peristiwa manakah yang sangat penting yang menyebabkan perasaan-perasaan yang menyenangkan dan yang tidak menyenangkan.

Langkah *kedua*, sesudah pengalaman-pengalaman yang sangat penting yang memberikan hadiah dan memberikan hukuman teridentifikasi, penderita diajar mengenai keterampilan-keterampilan atau strategi-strategi baru untuk mengatasi, menghindari, atau mengurangi pengalaman-pengalaman yang menghukum. Langkah tersebut dapat menjadi sulit dan memerlukan bermacam-macam teknik. Misalnya, terapis menggunakan latihan asertif (*assertive training*) untuk para penderita yang menjadi bingung kalau diintimidasi oleh orang lain, latihan menangani waktu untuk para penderita yang selalu berpikir bahwa segala sesuatu tidak bisa dilakukan, latihan keterampilan sosial untuk para penderita yang mengalami kesulitan dalam hubungan-hubungan antarpribadi, konseling keuangan untuk para penderita yang tertimpa oleh masalah-masalah keuangan, dan latihan relaksasi (*relaxation training*) untuk para penderita yang berada dalam stres.

Langkah *ketiga*, usaha terapis harus dipusatkan pada peningkatan hadiah-hadiah dalam kehidupan individu. Ini dicapai dengan suatu program penguatan-diri (*self-reinforcement*). Karena tidak tepat kalau hanya mendapat hadiah-hadiah tanpa melakukan sesuatu, dengan demikian suatu "daftar hadiah" sudah disiapkan sebelumnya. Setiap hadiah harus berpasangan dengan suatu "harga" — yakni suatu tugas yang harus diselesaikan untuk mendapatkan suatu hadiah. Harga harus ditetapkan cukup tinggi (tugas-tugas yang harus dilakukan cukup sulit) sehingga individu menyelesaikan sesuatu yang bermakna; tetapi tidak boleh terlalu tinggi karena kalau demikian, ia tidak akan mendapat hadiah. Tidak menyelesaikan tugas dan tidak mendapat hadiah akan menyebabkan depresi; tetapi bagaimanapun juga, tujuannya adalah meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi depresi. Hadiah yang diberikan harus segera menyusul sesudah tugas bisa diselesaikan. Memperoleh hadiah dapat menyebabkan depresi berkurang, dan pendekatan ini dapat juga membantu individu untuk menjadi lebih aktif dan menyelesaikan lebih banyak

hal. Dengan mendapat hadiah, individu merasa gembira dan dengan menyelesaikan banyak hal ia merasa dirinya lebih baik; dan dengan demikian, dapat membantu mengurangi atau bahkan menghilangkan depresinya.

Ada tiga hal yang harus diperhatikan, yaitu: (1) Teknik yang digunakan untuk setiap penderita sangat terperinci dan spesifik untuk aspek-aspek hadiah dan hukuman dari kehidupan tertentu dari penderita itu; (2) Berbagai macam teknik yang biasanya tidak dianggap sebagai bagian dari psikoterapi dapat digunakan juga untuk mengubah pelbagai tingkah laku supaya meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi hukuman-hukuman; serta (3) Terapis memainkan peranan yang sangat aktif dalam mengajarkan kepada penderita keterampilan-keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan hadiah-hadiah dan mengurangi hukuman-hukuman.

Pendekatan Kognitif

Dari segi pandangan kognitif, depresi itu disebabkan oleh kemapanan-kemapanan (kognisi-kognisi) negatif yang menyebabkan orang melihat diri, dunia, dan masa depan mereka sendiri dengan cara-cara negatif yang tidak tepat ("Aku seseorang yang tidak baik, situasiku mengerikan, dan masa depanku suram"). Tujuan dari terapi kognitif adalah mengubah kemapanan-kemapanan tersebut supaya kemapanan-kemapanan itu menjadi lebih tepat (Beck, *et al.*, 1979).

Para terapis yang mendekati depresi dari segi pandangan kognitif bekerja dengan penderita untuk mengubah segi pandangan dan pola-pola pikiran penderita mengenai kemungkinan keberhasilan pada masa kini dan pada masa yang akan datang. Untuk mencapai tujuan tersebut, terapis harus mengubah kemapanan-kemapanan negatif melalui tiga tahap. Tahap *pertama* adalah mengidentifikasi kognisi-kognisi negatif yang mempengaruhi suasana hati dan tingkah laku penderita ("Aku mengalami depresi dan menarik diri karena orang lain tidak menyukai diriku, dan aku akan selalu ditolak oleh orang lain pada masa yang akan datang"). Terapis tidak membiarkan penderita menerima kognisi-kognisi sebagai yang benar, dan penderita diminta untuk mempertimbangkan kognisi-kognisi tersebut sebagai hipotesis-hipotesis yang harus diuji. Dengan kata lain, terapis tidak bersikap menyetujui atau tidak menyetujui pandangan-pandangan penderita tetapi mengambil suatu pendekatan, "Coba kita uji dan lihat apakah Anda benar."

Langkah *kedua* adalah terapis menguji penderita untuk menentukan apakah hipotesis-hipotesisnya itu benar. Misalnya, bila penderita mengalami depresi karena ia percaya bahwa ia tidak disukai oleh orang-orang lain, terapis dan penderita mungkin mengadakan suatu percobaan yang sederhana di mana penderita meminta seseorang untuk berkencan dengan tujuan untuk melihat apakah orang lain benar-benar tidak menyukai atau menolak penderita.

Segera setelah penderita melakukan suatu percobaan yang diarahkan dengan cermat dan menemukan bahwa banyak kemapanan kognitif negatif yang tidak benar (atau sekurang-kurangnya tidak sehebat seperti yang dipikirkan), maka langkah berikutnya dalam proses terapi dapat dimulai. Langkah *ketiga* adalah menggantikan pikiran-pikiran negatif yang tidak tepat dengan pikiran-pikiran yang lebih tepat. Misalnya, penderita disuruh untuk menggantikan pikiran-pikiran negatif yang salah dengan pikiran-pikiran seperti: "Aku mungkin tidak sempurna, tetapi aku bukan orang yang jelek, dan orang-orang lain menyukai diriku." Ini bukan suatu langkah yang sederhana, dan langkah ini membutuhkan suatu praktek supaya pikiran-pikiran positif itu menjadi otomatis seperti halnya pikiran-pikiran negatif sebelumnya. Suatu bagian yang penting dari tahap terapi ini adalah merencanakan aktivitas. Daripada hanya memikirkan pikiran-pikiran yang lebih tepat, terapis dan penderita secara bersama-sama merencanakan aktivitas-aktivitas yang cocok dengan pikiran-pikiran baru yang lebih tepat itu. Dalam kasus di mana penderita merasa ditolak, bermacam-macam aktivitas sosial, seperti berkencan dan menghadiri pesta akan direncanakan. Hal ini penting karena penderita membutuhkan pengukuhan atau kepastian yang tetap terhadap keyakinan-keyakinannya yang baru mengenai orang lain yang menerimanya. Tanpa pengarahan dan perencanaan, individu mungkin akan kembali lagi ke cara-cara yang lama. Hal yang sangat penting adalah aktivitas-aktivitas yang direncanakan itu harus diurut dengan teliti berdasarkan tingkat kesulitannya.

Penderita tidak akan tergantung pada terapis di masa yang akan datang kalau dengan terapi kognitif terjadi perbaikan-perbaikan, yakni bila penderita mengumpulkan data yang benar-benar menyangkal kemapanan-kemapanan negatifnya. Apabila kemapanan-kemapanan negatif itu timbul lagi, penderita telah belajar bagaimana cara mengecek dan menghilangkannya. Keberhasilan jangka panjang dari terapi kognitif tergantung pada usaha penderita sendiri dalam mengecek dengan teliti pikiran-pikiran tersebut sehingga ia tidak jatuh kembali ke dalam kebiasaan menggunakan kemapanan-kemapanan negatif. Kapan saja pikiran-pikiran negatif itu muncul, penderita diajarkan untuk menanyakan tiga pertanyaan (Hollon & Beck, 1979): (1) Apakah bukti yang kumiliki terhadap kepercayaan ini?; (2) Apakah ada cara lain untuk melihat situasi ini?; dan (3) Meskipun hal itu benar, apakah hal itu jelek seperti kelihatannya?

Dalam terapi kognitif, penderita dan terapis bekerja bersama secara aktif untuk mengembangkan kemapanan-kemapanan kognitif yang lebih tepat yang akan menghasilkan perasaan-perasaan dan tingkah laku-tingkah laku yang lebih positif.

Pendekatan Humanistik-Eksistensial

Dalam pandangan eksistensial-humanistik, penderita yang neurotik adalah orang yang kehilangan perasaan berada dan kehilangan perasaan berada ini menimbulkan depresi. Tugas utama terapis adalah membantu penderita agar ia menyadari keberadaannya di dunia ini, dan tujuan terapi adalah membantu penderita supaya ia memperoleh atau menemukan kemanusiaannya yang hilang. Dengan kata lain, terapis eksistensial-humanistik membantu memperluas kesadaran diri penderita dan karenanya meningkatkan kesanggupan pilihannya, yakni menjadi bebas dan bertanggung jawab terhadap arah hidupnya sendiri. Penerimaan tanggung jawab itu bukan sesuatu yang mudah dan banyak orang merasa takut akan beratnya tanggung jawab terhadap menjadi apa dia sekarang dan akan menjadi apa dia selanjutnya. Penderita harus memilih, misalnya, akan tetap berpegang pada kehidupan yang dikenalnya atau akan membuka diri kepada kehidupan yang kurang pasti dan lebih menantang. Justru karena tidak adanya jaminan-jaminan dalam kehidupan, maka penderita mengalami kecemasan yang pada akhirnya menimbulkan depresi. Oleh karena itu, terapis eksistensial-humanistik membantu penderita agar mampu menghadapi kecemasan sehubungan dengan tindakan-tindakan memilih diri dan menerima kenyataan bahwa dirinya lebih dari sekadar korban kekuatan-kekuatan deterministik di luar dirinya.

Jika penderita mengungkapkan perasaan-perasaannya kepada terapis pada pertemuan terapi, maka terapis akan bertindak sebagai berikut (Corey, 1993): (1) Memberikan reaksi-reaksi pribadi dalam kaitannya dengan apa yang dikatakan penderita; (2) Terlibat dalam sejumlah pernyataan pribadi yang relevan dan pantas tentang pengalaman-pengalaman yang mirip dengan yang dialami penderita; (3) Meminta kepada penderita untuk mengungkapkan ketakutannya terhadap keharusan memilih dalam dunia yang tidak pasti; (4) Menantang penderita untuk melihat seluruh cara dia dalam menghindari pembuatan keputusan-keputusan dan memberikan penilaian terhadap penghindaran itu; (5) Mendorong penderita untuk memeriksa jalan hidupnya pada periode sejak memulai terapi dengan bertanya: "Jika Anda bisa secara ajaib kembali pada cara Anda untuk mengingat kembali diri Anda sendiri sebelum terapi, maukah Anda melakukannya sekarang?"; dan (6) Memberitahukan kepada penderita bahwa ia sedang mempelajari bahwa apa yang dialaminya sesungguhnya adalah suatu sifat khas sebagai manusia, yakni dia pada akhirnya sendirian, dia harus memutuskan untuk dirinya sendiri, dia akan mengalami kecemasan terhadap ketidakpastian keputusan-keputusan yang dibuat, dan dia akan berjuang untuk menetapkan makna kehidupannya di dunia yang sering tampak tidak bermakna.

Pendek kata, penderita dalam terapi eksistensial-humanistik terlibat upaya membuka pintu menuju dirinya sendiri. Pengalaman sering menakutkan atau menyenangkan, membuat depresi, atau gabungan dari semua perasaan tersebut. Dengan membuka pintu yang tertutup, penderita mulai melonggarkan belenggu deterministik yang menyebabkan dia terpenjara secara psikologis. Lambat laun penderita menjadi sadar, siapakah dia sebelumnya dan siapakah dia sekarang, juga penderita lebih mampu menetapkan masa depan macam apa yang diinginkannya. Melalui proses terapi, penderita bisa mengeksplorasi alternatif-alternatif guna membuat pandangan-pandangannya menjadi real.

Pendekatan Fisiologis

Terapis yang mendekati depresi dari segi pandangan fisiologis melihat depresi sebagai akibat dari kadar neurotransmitter (norepinefrin atau serotonin) yang rendah akan menggunakan dua macam perawatan, yakni perawatan biokimia, yang menggunakan obat-obat-obat; dan perawatan konvulsif, yang menggunakan kejutan listrik (*electrical shock*).

Ketika berbicara mengenai penyebab-penyebab fisiologis terhadap depresi dikemukakan bahwa depresi itu disebabkan karena kadar neurotransmitter (norepinefrin dan serotonin) pada daerah-daerah otak yang berfungsi untuk mengatur emosi berkurang. Kadar neurotransmitter yang berkurang itu disebabkan oleh salah satu atau ketiga proses berikut, yaitu: (1) Penyisapan atau penyedotan kembali (*reabsorption*) oleh neuron presinaptik; (2) metabolisme (gangguan atau kerusakan kimiawi) neurotransmitter oleh neuron presinaptik; dan (3) produksi neurotransmitter oleh neuron presinaptik tidak mencukupi.

Obat-obat yang digunakan secara luas untuk merawat depresi adalah obat-obat trisiklik yang berfungsi untuk mengurangi penyisapan kembali norepinefrin dan serotonin. Dalam berbicara mengenai efektivitas dari obat-obat trisiklik dikemukakan dua pertanyaan. Pertanyaan *pertama*: Apakah obat-obat ini dapat menghilangkan depresi?; dan pertanyaan *kedua*: Apakah obat-obat ini tetap digunakan meskipun depresi itu sudah hilang?

Berkenaan dengan pertanyaan pertama, ada bukti yang kuat bahwa obat-obat trisiklik lebih efektif daripada obat-obat lain atau placebo dalam mengurangi depresi (Mindham, 1982). Para penderita yang menggunakan obat-obat trisiklik memperlihatkan perbaikan-perbaikan yang lebih besar dibandingkan dengan penderita yang menggunakan obat anti kecemasan (diazepam) atau menggunakan placebo. Mengenai pertanyaan yang kedua, kelihatan dalam banyak kasus, perawatan harus diteruskan karena besar kemungkinan depresi itu akan timbul kembali jika obat-

obat tersebut tidak digunakan lagi (Klerman, *et al.*, 1974; Mindham, 1973; Prien, *et al.*, 1974).

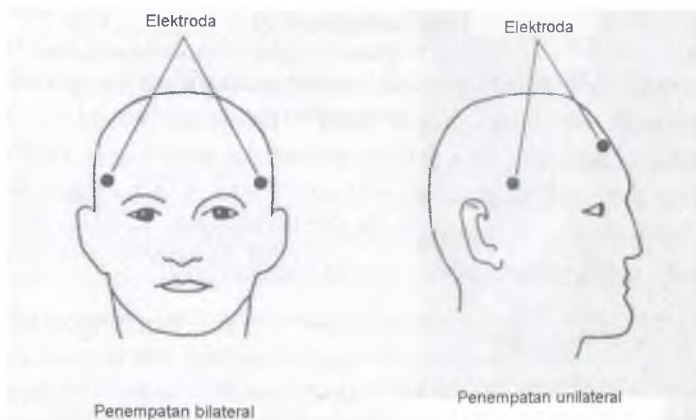
Selain menggunakan obat-obat trisiklik, terapis juga menggunakan obat-obat yang mengurangi gangguan metabolisme norepinefrin. Enzim yang merusak metabolisme norepinefrin adalah *monoamine oxidase*. Apabila norepinefrin terlalu banyak yang rusak, maka transmisi sinaptik tidak lancar; dan dengan demikian, depresi akan timbul. Obat-obat yang digunakan untuk merawat depresi dengan menghambat pengaruh *monoamine oxidase* dikenal dengan sebutan obat-obat penghambat MAO (*monoamine oxidase inhibitors*). Apabila kerusakan metabolisme itu dihambat, maka lebih banyak neurotransmitter yang tersedia; dan dengan demikian, depresi akan berkurang atau bahkan hilang.

Akan tetapi, perlu diperhatikan meskipun obat-obat penghambat MAO efektif untuk merawat depresi tetapi obat-obat ini dapat menimbulkan akibat samping (Nies & Robinson, 1982). Akibat samping yang sangat berbahaya ialah tekanan darah sangat meningkat, suatu reaksi yang dinamakan krisis hipertensif (*hypertensive crisis*). Krisis tersebut akan terjadi bila penderita yang menggunakan obat penghambat MAO memakan makanan yang mengandung tiramin dalam jumlah yang besar (keju yang tidak steril, daging atau sosis yang sudah lama disimpan, anggur, bir, dan buah adpokat) atau menggunakan obat-obat lain (obat-obat stimulan, obat dekongestan, obat-obat antihipertensi, dan obat-obat trisiklik anti-depresan). Karena begitu banyak makanan dan obat dapat menyebabkan reaksi-reaksi negatif terhadap obat-obat penghambat MAO, maka beberapa ahli berpendapat bahwa obat-obat ini hanya bisa digunakan oleh para penderita yang dirawat di rumah sakit di mana makanan mereka dapat selalu diawasi dengan teliti dan bantuan dapat diberikan dengan segera kalau terjadi gangguan. Akan tetapi, obat penghambat MAO yang baru yakni deprenil telah dikembangkan dan tidak mengandung akibat samping yang berbahaya, dengan demikian pada masa yang akan datang obat-obat penghambat MAO mungkin lebih aman dan dapat digunakan secara luas (Green & Costain, 1981). Dewasa ini obat-obat penghambat MAO biasanya digunakan hanya apabila obat-obat anti-depresan lain telah dicoba dan ternyata tidak efektif.

Selain obat-obat yang telah disinggung di atas, dapat digunakan juga obat-obat stimulan psikomotor (yakni obat-obat ampetamin) yang dapat mengurangi depresi dengan meningkatkan produksi norepinefrin oleh neuron-neuron presinaptik. Akan tetapi sayang, kebanyakan obat-obat stimulan psikomotor, seperti obat ampitamin adalah adiktif dan pengaruh-pengaruhnya relatif singkat. Selanjutnya, sesudah pengaruh-pengaruhnya hilang, maka depresi sering menjadi lebih buruk, suatu pengaruh yang dikenal dengan sebutan depresi postamfetamin. Karena

masalah-masalah tersebut, obat-obat stimulan psikomotor tidak digunakan secara luas atau tidak digunakan untuk jangka waktu yang lama.

Perawatan fisiologis lain untuk depresi (terutama depresi endogen atau fisiologis) adalah terapi elektrokonvulsif (*electroconvulsive therapy*) yang sering juga disebut "terapi kejutan" (*shock therapy*). Uraian secara terperinci tentang terapi ini akan dijelaskan pada bab lain (Bab 17). Hanya di sini perlu dikemukakan bahwa setelah setengah abad digunakan, kelihatan bahwa terapi elektrokonvulsif efektif untuk merawat penderita depresi endogen (fisiologis) yang berat (tetapi bukan untuk skizofrenia meskipun pada awalnya teknik ini dikembangkan untuk merawat skizofrenia). Selanjutnya, hasil-hasil yang dicapai oleh terapi elektrokonvulsif lebih cepat dibandingkan dengan terapi obat. Oleh karena itu, teknik ini sangat berguna untuk merawat penderita yang akan mencoba bunuh diri di mana intervensi yang cepat untuk gangguan itu sangat penting. Tetapi, terapi elektrokonvulsif bukan suatu perawatan jangka panjang untuk depresi karena teknik terapi ini segera dihentikan kalau penderita sudah sembuh. Dengan demikian, perawatan yang sangat efektif ialah penataan kombinasi antara terapi elektrokonvulsif dan perawatan dengan obat, yakni terapi elektrokonvulsif digunakan untuk menghilangkan depresi, kemudian disusul dengan perawatan yang menggunakan obat untuk mencegah supaya depresi tidak timbul kembali. Terapi lebih efektif daripada obat-obat (obat-obat trisiklik dan obat-obat penghambat MAO) untuk menghilangkan depresi endogen (fisiologis) yang berat tetapi ini tidak berarti bahwa terapi elektrokonvulsif adalah perawatan yang lebih disukai, karena perawatan dengan teknik terapi elektrokonvulsif hanya digunakan untuk kasus-kasus yang lebih berat atau untuk orang-orang yang tidak bisa dirawat dengan terapi obat.



Penempatan elektroda untuk terapi elektrokonvulsif (ECT).

[Diambil dari Holmes, D. S. *Abnormal Psychology*. New York: Harper Collins Publishers, 1991, hlm. 222]

Akibat-akibat samping terapi elektrokonvulsif bila tidak dilakukan dengan tepat akan menimbulkan retrograde amnesia di mana pasien yang mendapat perawatan dengan teknik terapi elektrokonvulsif akan mengalami kehilangan ingatan terhadap beberapa atau semua peristiwa sebelum dilakukan perawatan. Di samping itu, kalau tidak digunakan dengan hati-hati dapat menyebabkan terjadinya kerusakan otak, dan apakah juga merusak fungsi kognitif belum bisa dipastikan karena data untuk penderita sebelum menjalani terapi elektrokonvulsif tidak ada. Namun, perlu diketahui bahwa meskipun terapi elektrokonvulsif efektif untuk merawat depresi endogen (fisiologis), tetapi perawatan dengan teknik ini tetap kontroversial. Beberapa ahli menganggap teknik ini tidak manusiawi dan orang belum mengetahui sepenuhnya bagaimana cara kerja teknik ini sehingga bisa dikatakan efektif untuk merawat depresi endogen.

BUNUH DIRI

Bunuh diri adalah salah satu penyebab kematian, dan karena bunuh diri sering terjadi, maka penting apabila topik ini diuraikan di sini. Hanya perlu diperhatikan bahwa bunuh diri itu termasuk dalam gangguan suasana hati (unipolar dan bipolar) dan orang yang bunuh diri adalah orang yang mengalami gangguan unipolar atau bipolar. Tetapi, karena hubungannya lebih dekat dengan depresi, maka gangguan ini diuraikan sesudah depresi sebagai subtopik dari gangguan unipolar (lihat catatan dari Holmes, 1991:192).

Hal-Hal yang Berhubungan dengan Bunuh Diri

Bunuh diri merupakan suatu kenyataan yang terjadi dalam kasus-kasus depresi. Orang-orang yang mengalami depresi yang berat sering melakukan bunuh diri karena mereka merasa putus asa dan tidak berdaya. Depresi tersebut mudah diidentifikasi dengan simptom-simtom klasik, seperti kehilangan selera makan, kehilangan berat badan, insomnia, sembelit, amenorrhea (menstruasi berhenti), kehilangan semangat, merasa cemas, dan merasa bersalah.

Perbedaan Gender dan Usia

Dibandingkan dengan pria, wanita memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk berusaha bunuh diri yaitu tiga kali lebih banyak, tetapi pria memiliki kemungkinan berhasil bunuh diri lebih besar tiga kali lebih banyak dibandingkan wanita. Alasan perbedaan jenis kelamin dalam usaha bunuh diri tidak jelas, tetapi ada kemungkinan

karena wanita lebih banyak menderita depresi dibandingkan pria, dan depresi memainkan peran utama dalam bunuh diri. Angka keberhasilan yang lebih tinggi bunuh diri pada pria menunjukkan bahwa pria menggunakan cara yang lebih kasar (senapan, melompat dari bangunan) dibandingkan dengan wanita (menggunakan obat yang terlalu banyak atau over dosis, menyayat pergelangan tangan); dan semakin kasar teknik yang digunakan, maka semakin berhasil juga usaha bunuh diri itu.

Angka bunuh diri yang lebih tinggi terjadi pada usia remaja, dan pada usia lanjut (Holinger, 1978; Holinger & Offer, 1981). Sesudah masa remaja, angka bunuh diri berkurang dan kemudian secara perlahan-lahan menanjak lagi serta mencapai angka yang tinggi pada orang yang sudah tua.

Bunuh Diri, Bunuh Diri yang Tersembunyi, dan Gerak Isyarat Bunuh Diri

Angka bunuh diri yang biasanya dicatat (disebut) pasti lebih rendah daripada angka bunuh diri yang sebenarnya, karena banyak bunuh diri yang dilakukan secara tersembunyi (*covert suicide*) yang terjadi bila orang tidak menghendaki orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh orang itu (misalnya karena malu). Kecelakaan mobil merupakan salah satu cara untuk bunuh diri (Bollen & Phillips, 1977, 1979). Orang yang mati karena menabrak kendaraan lain didaftar sebagai orang mati karena kecelakaan dan bukan mati karena berusaha untuk bunuh diri.

Kebalikan dari bunuh diri yang tersembunyi adalah gerak isyarat bunuh diri (*suicide gestures*), di mana individu yang melakukan usaha bunuh diri sangat jelas ditunjukkan tetapi sesungguhnya mereka sama sekali tidak menghendaki bunuh diri. Misalnya, seseorang yang menelan pil terlalu banyak tetapi tidak cukup untuk membunuh, atau seseorang mungkin menyayat pergelangan tangannya sampai mati. Orang-orang yang melakukan gerak isyarat bunuh diri pada umumnya membuat diri mereka sedemikian rupa sehingga orang lain mengetahui. Mereka mungkin mengosongkan botol obat atau membiarkan orang-orang lain mengetahui pergelangan tangan mereka diperban. Untuk beberapa orang, gerak isyarat bunuh diri adalah jeritan untuk meminta bantuan (Farberow & Schneidman, 1961). Orang-orang itu merasa putus asa, tetapi tidak mengetahui bagaimana cara untuk meminta bantuan, merasa sangat malu untuk meminta bantuan secara langsung, atau meminta bantuan tetapi diabaikan karena orang tidak mengetahui kekalutan yang dialami mereka. Gerak isyarat bunuh diri merupakan cara untuk mendramatisasi kepentingan masalah yang dialami dan secara tidak langsung meminta bantuan.

Untuk orang lain, gerak isyarat bunuh diri adalah usaha untuk memanipulasi orang-orang yang ada di sekitarnya. Misalnya, seorang individu yang ditinggalkan oleh kekasihnya mungkin melakukan gerak isyarat bunuh diri dalam usaha supaya

kekasihnya mau kembali lagi kepadanya. Pada umumnya, orang-orang yang melakukan gerak isyarat bunuh diri cenderung bersifat kewanitaan, lebih muda, kurang matang, dan kurang mengalami depresi dibandingkan dengan orang-orang yang benar-benar bermaksud untuk mati, dan gerak isyarat bunuh diri cenderung bersifat lebih impulsif dan kurang berbahaya (mematikan) dibandingkan dengan percobaan-percobaan bunuh diri yang sebenarnya (McHugh & Goodell, 1971; Robins & O'Neal, 1958; Rosen, 1970; Schmidt, *et al.*, 1954; Silver, *et al.*, 1971; Weissman, 1974). Meskipun demikian, sering sulit untuk membedakan antara gerak isyarat bunuh diri dan percobaan bunuh diri yang gagal. Meskipun jelas bahwa percobaan hanya merupakan suatu gerak isyarat, tetapi tingkah laku tersebut tidak boleh dianggap enteng. Suatu gerak isyarat merupakan tanda dari suatu masalah yang berat, dan dalam melakukan gerak isyarat, individu itu mungkin secara kebetulan berhasil. Oleh karena itu, gerak isyarat tidak dapat diabaikan karena gerak isyarat itu begitu efektif untuk orang-orang yang mencari perhatian atau berusaha untuk mengontrol orang-orang lain. Beberapa percobaan bunuh diri yang gagal mengandung akibat-akibat yang berat; misalnya, menggunakan suatu macam obat dengan jumlah yang terlalu banyak (*over dosis*) dapat menimbulkan masalah-masalah jangka panjang, misalnya kerusakan otak.

Peringatan Bunuh Diri yang Akan Terjadi dan Nada-Nada Bunuh Diri

Keputusan untuk bunuh diri biasanya tidak diambil secara mendadak, dan sering kali individu yang memikirkan bunuh diri akan memberikan suatu peringatan. Wawancara dengan kawan-kawan dan sanak saudara dari orang-orang yang melakukan bunuh diri menunjukkan bahwa antara 60% dan 70% dari korban telah berbicara secara terus terang bahwa mereka ingin bunuh diri (ancaman-ancaman langsung) dan 20% sampai 25% telah berbicara mengenai topik bunuh diri (inkarnasi tak langsung dari maksud-maksud mereka; Farberow & Simon, 1975; Rudestam, 1971). "Isyarat-isyarat bunuh diri" ini dapat menjadi petunjuk atas apa yang akan dilakukan oleh seseorang, atau petunjuk itu dapat merupakan cara untuk membiarkan orang-orang lain mengetahui bagaimana bingungnya seseorang dalam usaha untuk memperoleh bantuan secara tak langsung. Ucapan-ucapan tentang bunuh diri harus ditanggapi secara serius. Tidak mengindahkan permohonan bantuan dapat memperkuat perasaan tak berdaya seseorang terhadap situasi yang ada. Menarik untuk diketahui bahwa dalam salah satu penelitian ditemukan kira-kira setengah dari jumlah orang yang mendengar ancaman bunuh diri tidak menghiraukan apa yang didengar dan tidak berbuat apa-apa (Rudestam, 1971). Dalam beberapa kasus, orang-orang yang mendengar ancaman benar-benar menghindari orang yang berencana akan bunuh diri. Sedangkan orang lain yang mendengar

ancaman tersebut menjadi terkejut dan prihatin serta menentang orang yang akan bunuh diri itu atau menganjurkan supaya ia mencari bantuan.

Banyak perhatian diarahkan pada catatan-catatan yang ditinggalkan oleh orang-orang yang bunuh diri, dan beratus-ratus catatan itu dikumpulkan dan kemudian dianalisis (Cohen & Fiedler, 1974; Farberow & Simon, 1975; Schneidman & Farberow 1957; Tuckman, *et al.*, 1959). Untuk sebagian terbesar dari catatan-catatan itu hanya merupakan pernyataan-pernyataan minta maaf karena harus bunuh diri, menjelaskan apa yang menyebabkan tindakan bunuh diri itu dilihat sebagai sesuatu yang perlu, mengucapkan selamat tinggal kepada orang yang dicintai, dan mengusulkan pengaturan yang diinginkan terhadap milik pribadi. Apabila muatan emosional dari catatan-catatan bunuh diri dianalisis, maka ditemukan bahwa 51% mengandung ungkapan-ungkapan syukur terhadap cinta (kasih sayang) dan perhatian yang diberikan oleh teman-teman; 25% dari catatan-catatan itu mengandung muatan emosi yang netral, dan 25% mengandung ungkapan-ungkapan permusuhan dan emosi-emosi yang negatif (Tuckman, *et al.*, 1959).

Karakteristik-Karakteristik Orang yang Bunuh Diri

Karena dipandang penting untuk mengidentifikasi kasus-kasus bunuh diri yang potensial, banyak usaha dilakukan untuk mengembangkan gambaran-gambaran dari orang yang khas bunuh diri atau mengembangkan daftar cek untuk mengidentifikasi orang-orang yang berisiko tinggi untuk melakukan bunuh diri. Usaha-usaha ini jarang efektif untuk memprediksikan masing-masing kasus karena begitu banyak faktor-faktor yang aneh masuk ke dalam setiap kasus; dan dengan demikian, kita harus hati-hati sekali dalam menerapkan (menggunakan) setiap *profile* atau "formula" ini. Akan tetapi, beberapa di antara penelitian ini menyajikan kepada kita gambaran-gambaran umum mengenai orang-orang yang berisiko bunuh diri, dan penelitian-penelitian itu perlu diperhatikan.

Dalam salah satu penelitian, hampir 3.000 orang yang mengalami depresi atau ingin melakukan bunuh diri diwawancarai dengan bermacam-macam variabel. Dua tahun setelah para penderita itu dilepaskan dari rumah sakit, suatu penelitian lanjutan atau berikutnya diadakan untuk menentukan siapa yang telah bunuh diri (Motto, *et al.*, 1985). Kemudian, analisis dilakukan untuk menentukan variabel-variabel manakah yang menjadi prediktor-prediktor yang sangat baik terhadap bunuh diri yang akan terjadi, dan hasil-hasilnya disajikan pada Tabel 22.

TABEL22: PREDIKTOR-PREDIKTOR RISIKO BUNUH DIRI*

Variabel	Kategori Risiko Tinggi
Usia	Lebih tua
Jabatan	Status lebih tinggi
Sumber finansial	Lebih banyak
Gangguan emosional dalam keluarga	Depresi, alkoholisme
Orientasi seksual	Biseksual, homoseksual
Dirawat di rumah sakit jiwa sebelumnya	Sering dirawat (di rumah sakit jiwa)
Hasil dari bantuan sebelumnya	Negatif atau bervariasi
Takut akan kerugian di bidang finansial	Ya
Stres khusus	Ya
Tidur	Lebih banyak tidur setiap malam
Perubahan berat	Bertambah atau berkurang
Ide dikejar-kejar	Ya
Impuls bunuh diri	Ya
Reaksi terhadap pewawancara	Negatif

* Disadur dari Motto, *et al.*, 1985.

Dalam meninjau variabel-variabel penting ini, penting diketahui bahwa kebanyakan individu yang bunuh diri tidak memiliki semua atau bahkan sebagian terbesar dari karakteristik-karakteristik ini.

Iklm dan Musim

Sejak zaman Hippokrates, perhatian difokuskan pada akibat-akibat dari cuaca pada kondisi-kondisi psikogis pada umumnya, dan bunuh diri pada khususnya. Pada awal tahun 1897, suatu survei terhadap banyak negara di Eropa menunjukkan bahwa masa enam bulan yang terpanas memiliki angka bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan masa enam bulan yang terdingin (Durkheim, 1897/1951). Angka itu akan meningkat perlahan-lahan dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni, dan kemudian menurun. Penemuan-penemuan yang lebih baru adalah cocok dengan penemuan-penemuan di atas dan menunjukkan bahwa puncak bunuh diri terjadi pada akhir musim semi atau awal musim panas (Pokorny, 1968). Alasan untuk pola ini tidak jelas, tetapi ada kemungkinan bahwa optimisme yang dialami banyak orang pada musim semi sangat bertentangan dengan depresi dan keputusan yang dirasakan oleh orang-orang yang bunuh diri. Pertentangan itu mungkin meningkatkan keputusan mereka dan menambah kemungkinan untuk bunuh diri, tetapi penjelasan ini hanya merupakan spekulasi.

Penyebab

Untuk menjelaskan apa yang menyebabkan orang bunuh diri, di sini akan dikemukakan 4 macam pendekatan, yakni pendekatan psikodinamik, pendekatan belajar, pendekatan kognitif, dan pendekatan fisiologis.

Pendekatan Psikodinamik

Menurut pendekatan psikodinamik, bunuh diri disebabkan oleh bermacam-macam hal, yaitu: (1) Melepaskan perasaan-perasaan agresif terhadap objek yang hilang yang sudah menjadi bagian dari dirinya sendiri. Atau juga insting mati akan mengakibatkan bunuh diri (Freud); (2) Konflik dan stres; serta (3) Fantasi.

Psikoanalisis. Freud pernah menulis bahwa bunuh diri dapat dilihat sebagai pembunuhan yang tersamar. Dalam pandangan ini, tujuan orang yang bunuh diri bukan pertama-tama membinasakan diri, tetapi juga membinasakan orang lain, yakni orang (objek) yang hilang yang telah diidentifikasikannya. Seperti telah dikemukakan sebelumnya dalam berbicara mengenai penyebab-penyebab depresi, orang-orang yang kehilangan objek yang dicintai memasukkan objek itu ke dalam diri mereka dan dijadikan sebagai bagian dari diri mereka. Akan tetapi, di samping mencintai objek itu, mereka juga membenci objek tersebut karena pengkhianatan dan penolakannya. (Kemarahan yang dialihkan ke dalam diri sendiri itu dilihat sebagai penyebab depresi). Bunuh diri kemudian mungkin dilihat sebagai ungkapan agresi terhadap objek yang diinternalisasikan dan bukan agresi terhadap diri sendiri. Bagi Freud, bunuh diri merupakan tindakan terakhir dari kemarahan yang dialihkan ke dalam diri sendiri. Karena orang itu tidak menyadari perasaan-perasaan agresif terhadap objek yang dicintai, maka perasaan-perasaan bunuh diri dari orang itu tidak kelihatan sebagai sesuatu yang menyangkut objek yang hilang itu (Menninger, 1938).



JOHN BOWLBY

[Diambil dari Feist, J., & Feist, G. J. *Theories of Personality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1998, hlm. 145].

Beberapa ahli klinis mengemukakan bahwa orang-orang yang kehilangan salah satu orang tuanya selama masa kanak-kanak kelihatan berada dalam risiko untuk mengalami depresi dan melakukan bunuh diri. Dalam kasus-kasus tersebut, kesedihan dan kemarahan orang itu karena ditinggalkan orang tua disimpan dalam ketidaksadaran sampai suatu pengalaman kemudian terhadap kehilangan — penolakan cinta, perceraian, kematian dari seseorang yang dicintai — memicu pelepasan rasa sakit dan kemarahan yang didesak itu (Bowlby, 1973).

Freud juga menghipotesiskan bahwa ada suatu insting mati yang bertujuan mengembalikan orang yang mengalami konflik itu kepada suatu keadaan ketenangan dan ketidakberadaan (*nonexistence*) dari mana dia berasal. Bila insting mati menjadi lebih kuat daripada insting hidup yang mengendalikannya, maka hasilnya adalah bunuh diri (Freud, 1920/1955 e).

Konflik dan Stres. Suatu penjelasan psikodinamik yang lebih kontemporer untuk bunuh diri adalah orang melakukan bunuh diri untuk melarikan diri dari konflik dan stres. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa orang-orang yang berusaha untuk bunuh diri mengalami sampai empat kali peristiwa-peristiwa hidup yang negatif (misalnya, pemisahan, kerugian finansial yang berat, dan diagnosis penyakit-penyakit yang berat) persis terjadi sebelum mereka berusaha bunuh diri dibandingkan dengan orang-orang yang tidak berusaha bunuh diri dalam jangka waktu yang sama (Cochrane & Robertson, 1975; Paykel, *et al.*, 1975; Slater & Depue, 1981). Perlu juga diketahui bahwa orang-orang yang berusaha bunuh diri mengalami 1½ kali peristiwa-peristiwa hidup yang lebih banyak menimbulkan stres yang menunjukkan bahwa sejumlah besar peristiwa hidup yang menimbulkan stres memaksa orang yang melebihi depresi melakukan bunuh diri.

Bukti lain untuk pengaruh stres terhadap bunuh diri ialah selama depresi yang dahsyat pada awal tahun 1930-an, angka bunuh diri melonjak dari 10 individu per 100.000 menjadi 17,4 individu per 100.000. Demikian juga angka bunuh diri di Amerika meningkat selama resesi ekonomi pada tahun 1970-an (National Institute of Mental Health, 1976; Wekstein, 1979).

Jika membicarakan akibat-akibat stres terhadap bunuh diri, kita juga harus mempertimbangkan peran yang dimainkan dukungan sosial dalam melunakkan akibat-akibat stres. Orang-orang yang berusaha bunuh diri sering kali menerima dukungan sosial yang kurang dibandingkan orang-orang yang tidak berusaha bunuh diri, yang menunjukkan bahwa tidak adanya dukungan sosial memperkuat akibat-akibat dari stres (Braucht, 1979; Slater & Depue, 1981). Juga dilaporkan bahwa orang-orang yang berusaha bunuh diri secara demografis berbeda dari orang-orang di lingkungannya dan mereka mengalami tipe-tipe stres yang berbeda. Dengan kata lain, beberapa orang yang berusaha bunuh diri adalah orang-orang yang tidak dapat menyesuaikan diri dan hal itu dapat mengisolasi mereka dari sumber-sumber bantuan yang dibutuhkan. Akhirnya, perlu diketahui juga bahwa stres yang dialami oleh orang-orang yang melakukan bunuh diri sering merupakan kehilangan — kehilangan yang menyebabkan bantuan sosial menjadi tidak bermakna (misalnya kematian sanak saudara atau teman-teman).

Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa tidak diragukan bahwa stres memainkan peranan yang penting dalam banyak tindakan bunuh diri. Akan tetapi,

di sini ada dua masalah. *Pertama*, tidak semua orang yang mengalami stres melakukan bunuh diri, dengan demikian kita harus membicarakan proses-proses yang menghubungkan stres dengan bunuh diri, selanjutnya kita harus membicarakan juga penjelasan-penjelasan untuk bunuh diri selain stres.

Depresi. Depresi memainkan peranan yang penting dalam bunuh diri. Diperkirakan bahwa sekurang-kurangnya 80% dari para penderita yang bunuh diri mengalami depresi; dan angka bunuh diri di kalangan orang-orang yang mengalami depresi adalah antara 22 dan 36 kali lebih tinggi dibandingkan di kalangan orang-orang yang tidak mengalami depresi (Flood & Seager, 1968; Kraft & Babigian, 1976; Pokorny, 1964; Robins & Guze, 1972; Slater & Depue, 1981; Temoche, *et al.*, 1964). Orang-orang yang mengalami depresi melakukan bunuh diri karena dari segi pandangan mereka, "kehidupan tidak ada gunanya untuk dipertahankan". Ucapan yang sering kali dikemukakan oleh orang-orang yang mengalami depresi adalah "Aku ingin mati saja".

Seperti diketahui dalam pembicaraan sebelumnya tentang penyebab-penyebab depresi di mana depresi dapat disebabkan oleh stres atau oleh ketidakseimbangan fisiologis (tingkat norepinefrin atau serotonin yang rendah) yang terjadi kalau tidak ada stres. Dengan demikian, kelihatan bahwa depresi mungkin menengahi hubungan antara stres dan bunuh diri (yakni stres menyebabkan depresi yang menyebabkan bunuh diri). Juga kelihatan bahwa depresi dengan penyebab fisiologis dapat membantu kita menjelaskan bunuh diri yang terjadi kalau tidak ada stres (tingkat norepinefrin atau serotonin yang rendah menyebabkan bunuh diri).

Fantasi. Dari segi pandangan psikodinamik, faktor yang penting dalam menentukan apakah salah seorang akan melakukan bunuh diri adalah fantasi tentang apa yang akan dicapai oleh bunuh diri itu (Furst & Ostow, 1979). Berikut ini akan dibicarakan beberapa fantasi yang dianggap sangat penting oleh para ahli psikodinamik.

Identifikasi dengan Objek yang Hilang. Dalam berbicara mengenai penyebab-penyebab depresi dikemukakan bahwa para ahli teori psikodinamik berpendapat bahwa depresi dipicu oleh suatu kehilangan yang menimbulkan stres. Beberapa ahli teori mengemukakan bahwa orang-orang yang mengalami depresi berusaha memperoleh kembali objek (orang) yang hilang dengan mengidentifikasi diri dengannya. Apabila objek itu hilang karena kematian, maka ada kemungkinan usaha-usaha untuk mengidentifikasikan diri dengan orang yang hilang (mati) itu mengakibatkan tindakan bunuh diri. Untuk mendukung penjelasan tersebut, para ahli teori telah menunjukkan apa yang disebut dengan "bunuh diri pada hari peringatan" (*anniversary suicide*), di mana seorang individu melakukan bunuh diri pada hari peringatan kematian orang lain. Suatu penjelasan lain terhadap

hari peringatan bunuh diri adalah hari peringatan tersebut menghidupkan kembali stres dan keputusan individu, dan peningkatan faktor-faktor tersebut menyebabkan bunuh diri. Jelas bahwa hari peringatan dari stres-stres yang berat adalah waktu di mana diperlukan banyak bantuan sosial.

Lahir Kembali. Fantasi lain yang dikemukakan untuk memahami bunuh diri adalah fantasi tentang lahir kembali sesudah kematian "dengan tidak lagi mengalami masalah-masalah yang dihadapi saat ini". Fantasi ini didukung dan diperkuat oleh kepercayaan-kepercayaan agama tentang kehidupan sesudah mati atau surga. Dalam pemakaman-pemakaman yang bersifat keagamaan, orang yang sudah meninggal digambarkan sebagai orang yang telah bebas dari beban-beban duniawi ini dan pergi ke suatu kehidupan yang baru di suatu tempat yang lebih baik. Akan tetapi, menarik kalau dikemukakan bahwa dalam banyak agama, bunuh diri dilihat sebagai dosa dan orang yang bunuh diri itu ditolak untuk masuk surga.

Menghukum Diri Sendiri. Apabila kita melakukan hal-hal yang tidak disetujui, kita sering menghukum diri sendiri dengan bermacam-macam cara, seperti membuang suatu kenikmatan atau hal yang menyenangkan. Para ahli teori psikodinamik mengemukakan bahwa dalam kasus-kasus yang ekstrem, menghukum diri sendiri ini dapat mengakibatkan bunuh diri. Mereka mengemukakan bahwa "the bad me" (yang ada hubungannya dengan superego) benar-benar terpisah dan untuk menghukum "the bad me", "the good me" mungkin membunuh "the bad me".

Balas Dendam. Balas dendam mungkin berperan dalam bunuh diri karena kelihatan bahwa beberapa orang melakukan bunuh diri untuk membuat orang-orang di sekitar mereka merasa menyesal dan merasa bersalah. Motivasi ini sering terungkap dalam catatan-catatan bunuh diri yang berkata, "sebenarnya hal ini tidak akan terjadi bila Anda tidak melakukan ini dan itu". Hal ini sering kali terlihat dalam diri anak-anak yang tidak berdaya melawan orang-orang dewasa yang mengontrol mereka. Anak-anak melakukan bunuh diri dalam usaha untuk membalas perlakuan orang-orang dewasa. Sudah biasa bagi seorang anak untuk berpikir atau berkata, "Bila aku mati, Anda akan merasa menyesal bahwa Anda tidak berbaik hati kepada saya."

Ini adalah pemikiran-pemikiran yang menarik dan pemikiran-pemikiran ini sering kelihatan dalam pembicaraan-pembicaraan mengenai bunuh diri. Akan tetapi, hingga sekarang hanya ada sedikit bukti objektif yang menghubungkan pemikiran-pemikiran ini dengan bunuh diri; dan dengan demikian, kita juga harus mempertimbangkan penjelasan-penjelasan yang lain.

Pendekatan Belajar

Daripada memusatkan perhatian pada faktor-faktor mendasar yang menyebabkan seorang individu bunuh diri, para ahli teori belajar mencurahkan perhatian yang sangat banyak pada proses-proses yang mempercepat bunuh diri segera setelah individu itu termotivasi untuk melakukan bunuh diri. Dalam hal ini, para ahli teori belajar menunjukkan peran yang dimainkan oleh imitasi dan pengaruh tingkah laku yang buruk. Berikut ini akan dibicarakan kemungkinan-kemungkinan bahwa gerak isyarat bunuh diri itu mungkin dilakukan dalam usaha untuk mencapai hadiah-hadiah (perhatian).

Imitasi. Dasar pemikiran dari pendekatan belajar adalah bahwa sebagian besar bunuh diri terjadi karena imitasi. Bila berhadapan dengan masalah-masalah, seorang individu mungkin mendengar mengenai orang lain yang bunuh diri, dan mungkin berpendapat bahwa bunuh diri merupakan suatu pemecahan. Bunuh diri orang lain itu mungkin juga memberi kesan sebagai suatu cara yang efektif untuk melakukan bunuh diri.

Bukti untuk akibat-akibat dari imitasi tingkah laku bunuh diri didasarkan pada fakta bahwa angka bunuh diri meningkat secara dramatis sesudah laporan-laporan bunuh diri disampaikan di televisi atau pada surat-surat kabar (Bollen & Phillips, 1982; Phillips, 1974).

Pengaruh Buruk Tingkah laku (*Behavioral Contagion*). Hanya memperoleh ide untuk bunuh diri tidak cukup untuk mengakibatkan terjadinya perbuatan tersebut. Meskipun seorang individu ingin sekali bunuh diri, tetapi ada pengekangan-engekangan budaya terhadap tindakan bunuh diri ("Salah kalau melakukan bunuh diri", "orang-orang yang baik tidak mungkin melakukan bunuh diri"). Akan tetapi, pengekangan-engekangan itu dapat diatasi dengan proses pengaruh buruk tingkah laku (*behavioral contagion*), (Wheeler, 1966). Pengaruh buruk tingkah laku terjadi apabila: (a) Seorang individu ingin melakukan sesuatu; (b) Dikekang untuk melakukan hal itu karena masyarakat berkata bahwa tingkah laku tersebut salah; (c) Melihat salah seorang yang melakukan hal itu dan berhasil meloloskan diri dengan hal itu; dan (d) Seseorang berpikir bahwa dia juga dapat melakukan hal itu. Contoh-contoh dari pengaruh buruk tingkah laku adalah menyeberang jalan melawan lampu lalu lintas, merokok di tempat di mana tidak boleh merokok. (Pengaruh buruk berbeda dari imitasi karena pengaruh buruk mereduksikan pengekangan-engekangan untuk melakukan suatu tingkah laku yang diketahui, sedangkan imitasi hanya memperkenalkan suatu tingkah laku yang baru.)

Konsep mengenai pengaruh buruk tingkah laku adalah berguna untuk memahami bunuh diri, terutama "epidemi" bunuh diri. Akan tetapi, pengaruh buruk tingkah laku tidak mereduksikan semua pengekangan; dan dengan demikian, akibat-

nya adalah terbatas. Mengamati orang-orang lain melakukan perbuatan-perbuatan yang dilarang dapat mereduksikan pengekangan-pengekangan eksternal yang berasal dari peraturan-peraturan atau kebiasaan-kebiasaan masyarakat, tetapi tidak efektif untuk mereduksikan pengekangan-pengekangan internal yang berasal dari kepercayaan-kepercayaan sendiri (Ritter & Holmes, 1969). Ini berarti bahwa pengaruh buruk akan terjadi apabila individu pada awalnya dikekang oleh fakta di mana masyarakat berkata bahwa bunuh diri itu perbuatan yang salah, tetapi pengaruh buruk itu tidak akan terjadi apabila individu itu dikekang oleh kepercayaan pribadi bahwa bunuh diri itu adalah salah.

Jelas bahwa mendengar tentang bunuh diri memainkan suatu pesan penting dalam meningkatkan pengaruhnya. Akan tetapi, perlu juga diketahui bahwa mendengar tentang bunuh diri bukan merupakan suatu penjelasan yang cukup untuk bunuh diri. Seperti penjelasan-penjelasan yang lain, pendekatan belajar memberikan sebagian tetapi tidak semua jawaban terhadap pertanyaan mengenai apa yang menyebabkan orang melakukan tindakan bunuh diri.

Ancaman Bunuh Diri dan Perhatian atau Hadiah Interpersonal. Ancaman-ancaman dan gerak isyarat bunuh diri sering digunakan untuk meminta bantuan, tetapi mungkin juga merupakan tingkah lakutindakan laku operan untuk memanipulasi orang lain dan mendapat hadiah (Bostock & Williams, 1975). Misalnya, seorang pria mulai mengancam untuk membunuh dirinya sendiri karena seorang wanita yang telah menjadi pacarnya memutuskan hubungan itu dan menolak untuk menjumpainya. Dia menulis surat kepadanya dan berkata "Tanpa kamu, kehidupanku terasa hampa, kalau kamu tidak sempat menjumpaiku, aku akan mengakhiri kehidupanku". Pada awalnya wanita itu mengalah karena ancamanancaman tersebut menakutinya, tetapi ancaman-ancaman tersebut bukan merupakan dasar untuk suatu hubungan, dengan demikian pada akhirnya dia melaporkan ancaman-ancaman itu kepada polisi dan berhenti menjumpainya.

Pendekatan Kognitif

Beberapa orang yang tidak terampil memecahkan masalah secara kognitif belum siap untuk menanggulangi masalah tersebut. Pendekatan kognitif terhadap bunuh diri mengemukakan bahwa jika orang-orang itu harus menghadapi masalah-masalah yang menimbulkan stres, mereka mengembangkan sikap putus asa dan pada akhirnya bunuh diri karena mereka tidak melihat alternatif yang lain. Dalam pendekatan ini, keterampilan-keterampilan memecahkan masalah yang tidak efektif dan keputusan-keputusan merupakan mata rantai antara stres dan bunuh diri.

Pemecahan Masalah yang Jelek dan Ketegaran Kognitif. Penelitian memperlihatkan bahwa orang-orang yang melakukan bunuh diri adalah pemecah-pemecah

cah masalah yang kurang efektif dibandingkan dengan orang-orang yang tidak melakukan bunuh diri (Neuringer, 1964; Patsiokas, *et al.*, 1979; Schotte & Clum, 1987). Tegasnya, orang-orang yang bunuh diri tidak cukup fleksibel untuk melihat pemecahan-pemecahan alternatif untuk mengatasi masalah-masalah mereka dan mereka dikatakan menderita ketegaran kognitif (*cognitive rigidity*). Dalam salah satu penelitian, para pasien sakit jiwa yang bunuh diri dan yang tidak bunuh diri diminta untuk mendaftar penggunaan alternatif untuk sejumlah item biasa seperti pensil dan jepitan kertas. Pasien-pasien yang bunuh diri mengemukakan 60% penggunaannya sangat sedikit dibandingkan dengan para pasien yang tidak bunuh diri (Schotte & Clum, 1987). Selanjutnya, ketika setiap pasien diperingatkan mengenai masalah interpersonal dari kehidupan yang nyata dan disuruh untuk memberikan pemecahan terhadap masalah itu, maka para pasien yang bunuh diri hanya memberikan pemecahan dengan jumlah kurang dari setengah dibandingkan dengan jumlah pemecahan yang diberikan oleh para pasien yang tidak bunuh diri, dan pemecahan-pemecahan itu kurang efektif.

Ketidakmampuan memecahkan masalah karena ketegaran kognitif dapat menimbulkan sejumlah implikasi yang berat. *Pertama*, orang-orang yang tidak mampu memecahkan masalah akan mengalami lebih banyak kegagalan dan hal itu akan semakin meningkatkan stres dalam diri mereka. *Kedua*, ketidakmampuan memecahkan masalah menimbulkan perasaan-perasaan putus asa yang erat hubungannya dengan bunuh diri. *Ketiga*, segera setelah orang-orang yang tegar secara kognitif mengambil keputusan untuk bunuh diri sebagai pemecahan terhadap masalah-masalah mereka, maka mereka hanya akan mengikuti pemecahan tersebut dan tidak mempertimbangkan atau mengembangkan pemecahan-pemecahan lain (yang lebih baik). Misalnya, pemecahan masalah yang tidak baik yang dihadapkan dengan kesulitan-kesulitan finansial mungkin tidak mampu menemukan pemecahan yang efektif dan mungkin hanya mengulangi tindakan-tindakan yang pada awalnya menimbulkan situasi yang sulit itu. Hal itu mungkin menyebabkan stres dan perasaan-perasaan putus asa semakin meningkat tanpa adanya pemecahan dan akan semakin memperkuat keinginan untuk bunuh diri.

Keputusasaan. Faktor penting lain dalam pendekatan kognitif terhadap bunuh diri adalah keputusasaan. Keputusasaan adalah suatu komponen dari depresi, tetapi orang-orang yang mengalami depresi dapat merasa putus asa lebih atau kurang dan sejauh mana individu itu merasa putus asa erat hubungannya dengan tingkah laku bunuh diri. Sesungguhnya keputusasaan merupakan prediktor yang lebih baik dari niat untuk bunuh diri daripada depresi pada umumnya. Ditemukan juga bahwa bila keputusasaan meningkat, maka pikiran tentang bunuh diri juga meningkat (Beck, *et al.*, 1974; Beck, *et al.*, 1985; Minkoff, *et al.*, 1973; Motto, 1977; Wetzel, 1977).

Pesan penting yang dimainkan oleh keputusan dalam bunuh diri diperlihatkan dalam suatu penelitian di mana 207 pasien yang dirawat di rumah sakit dan yang telah mengisi "Hopelessness Scale" diteliti lagi 5 sampai 10 tahun kemudian untuk memastikan yang manakah dari mereka telah melakukan bunuh diri (Beck, *et al.*, 1985). Dari 14 pasien yang telah melakukan bunuh diri, 13 orang memperoleh skor 10 atau lebih besar pada "Hopelessness Scale". Hasil-hasil ini menunjukkan dengan jelas pesan dari perasaan-perasaan putus asa dalam bunuh diri.

Dalam salah satu tes tentang model kognitif bunuh diri, para peneliti memeriksa tingkat-tingkat keputusan dan pikiran-pikiran tentang bunuh diri pada orang-orang yang mengalami stres yang tinggi atau rendah dalam kehidupannya dan siapa yang memiliki keterampilan yang baik atau buruk dalam memecahkan masalahnya (Schotte & Clum, 1982). Hasil-hasilnya menunjukkan, *pertama*, individu-individu yang berada pada kondisi stres yang tinggi, lebih banyak merasa putus asa dan lebih banyak berpikir tentang bunuh diri dibandingkan dengan individu-individu yang berada pada kondisi stres yang rendah. Akan tetapi, *kedua* dan yang lebih penting adalah individu-individu yang berada pada kondisi stres yang tinggi dan memiliki keterampilan yang tidak baik (jelek) dalam memecahkan masalah merasa sangat putus asa dan berpikir sangat banyak tentang bunuh diri. Secara keseluruhan dapat dikatakan adanya bukti yang konsisten dan kuat bahwa stres dan keterampilan yang jelek (tidak baik) dalam memecahkan masalah, ada hubungannya dengan perasaan putus asa, dan perasaan putus asa itu erat hubungannya dengan pikiran-pikiran dan tingkah laku-tingkah laku bunuh diri.

Delusi dan Halusinasi. Penting untuk diperhatikan bahwa angka bunuh diri di kalangan orang-orang yang menderita skizofrenia adalah tinggi (Roy, 1983). Mungkin hal itu terjadi karena mereka mengalami delusi-delusi yang menyebabkan mereka bunuh diri. Misalnya, orang-orang yang menderita skizofrenia mungkin berpendapat bahwa mereka adalah iblis dan tidak pantas untuk hidup, mereka dikepung oleh agen-agen asing dan harus meloloskan diri dengan meracuni diri mereka sendiri; atau dengan melakukan bunuh diri, mereka dapat lagi bergabung lagi dengan Allah. Dalam kasus-kasus lain mereka mungkin mengalami halusinasi-halusinasi pendengaran (suara-suara) yang menyuruh mereka untuk membunuh diri mereka sendiri.

Delusi-delusi dan halusinasi-halusinasi adalah penjelasan kognitif untuk bunuh diri, tetapi penjelasan tersebut secara kuantitatif berbeda dari penjelasan kognitif yang didasarkan pada kemampuan memecahkan masalah dan keputusan. Kelihatannya, bunuh diri dapat disebabkan dua macam kognisi yang berbeda, yaitu: (a) kognisi normal yang menyangkut keterampilan untuk memecahkan masalah dan keputusan, dan (b) kognisi abnormal yang menyangkut delusi dan halusinasi.

Menarik untuk diperhatikan bahwa peristiwa-peristiwa kehidupan yang menimbulkan stres dan keputusan, ada kaitannya dengan bunuh diri pada orang-orang yang tidak menderita skizofrenia, tetapi faktor-faktor itu tidak ada hubungannya dengan bunuh diri pada orang-orang yang menderita skizofrenia (Breier & Astrachan, 1984; Minkoff, *et al.*, 1973).

Alasan-Alasan Kognitif untuk Tidak Bunuh Diri. Telah dibicarakan bahwa bermacam-macam faktor ikut menyebabkan terjadinya tindakan bunuh diri (keterampilan yang kurang baik dalam memecahkan masalah, keputusan, halusinasi, dan delusi), tetapi penting dikemukakan bahwa ada juga sejumlah faktor kognitif yang menyebabkan individu tidak mungkin bunuh diri (Linehan, *et al.*, 1983). Di sini dikemukakan enam faktor yang diperlihatkan dapat mereduksikan niat untuk bunuh diri, dan masing-masing faktor itu diikuti dengan soal-soal sampel yang digunakan untuk mengukur faktor tersebut, yaitu: (1) *Kepercayaan-kepercayaan akan kelangsungan hidup dan penanggulangan.* "Aku masih memiliki banyak hal yang harus dikerjakan." "Bagaimanapun jeleknya aku rasakan, aku mengetahui bahwa hal itu tidak akan bertahan terus"; (2) *Tanggung jawab terhadap keluarga.* "Hal itu akan sangat menyakitkan keluargaku, dan aku tidak menginginkan mereka menderita, keluargaku tergantung padaku dan membutuhkan aku"; (3) *Perhatian terhadap anak.* "Akibatnya akan membahayakan anak-anakku." "Tidak adil kalau anak-anakku diserahkan kepada orang lain untuk dipelihara"; (4) *Takut akan bunuh diri.* "Aku adalah seorang pengecut dan tidak memiliki keberanian untuk melakukan itu." "Aku takut kalau caraku membunuh diriku sendiri akan gagal"; (5) *Takut dicela oleh orang lain.* "Aku tidak mau orang lain berpikir bahwa aku tidak mampu mengontrol kehidupanku." "Aku merasa cemas (prihatin) tentang apa yang dipikirkan oleh orang lain mengenai diriku"; dan (6) *Keberatan-keberatan moral.* "Kepercayaan dalam agamaku melarang hal itu." "Aku takut pergi ke neraka."

Perhatikan bahwa kognisi-kognisi positif mengenai kelangsungan hidup dan penanggulangan merupakan kebalikan dari keputusan yang dibicarakan di atas (bila Anda memiliki kepercayaan-kepercayaan positif mengenai kelangsungan hidup dan penanggulangan, maka Anda tidak akan putus asa), tetapi kognisi-kognisi yang lain tidak bergantung pada keputusan.

Dapat terjadi bahwa beberapa individu merasa putus asa dan berpikir bunuh diri tetapi tidak berusaha melakukannya karena akibat-akibat yang berimbang dari kognisi-kognisi mengenai tanggung jawab terhadap keluarga dan anak-anak, takut bunuh diri, takut dicela oleh orang lain, dan keberatan-keberatan moral. Adanya kognisi-kognisi ini membantu kita untuk memahami apa sebabnya tidak setiap orang yang merasa putus asa melakukan bunuh diri.

Pendekatan Fisiologis

Sudah selama bertahun-tahun, bermacam-macam perbedaan fisiologis antara orang-orang yang berusaha dan tidak berusaha bunuh diri diidentifikasi. Pada umumnya, perbedaan-perbedaan itu dihubungkan dengan neurotransmitter. Sebelum berbicara mengenai perbedaan-perbedaan fisiologis ini, penting untuk dikemukakan bahwa perbedaan-perbedaan fisiologis itu mungkin tidak secara langsung menyebabkan bunuh diri. Kelihatan bahwa perbedaan-perbedaan fisiologis itu dihubungkan dengan penyebab depresi, dan depresi itu kemudian menyebabkan bunuh diri.

Neurotransmitter, Depresi, dan Bunuh Diri. Akan disinggung lagi bahwa dari pembicaraan sebelumnya bahwa tingkat-tingkat norepinefrin dan serotonin yang rendah ada hubungannya dengan depresi. Dengan demikian, karena depresi ada hubungannya dengan bunuh diri, maka tidak mengherankan kalau tingkat-tingkat neurotransmitter yang rendah itu ada hubungannya dengan bunuh diri (Banki, *et al.*, 1984; Bourne, *et al.*, 1968; Buchsbaum, *et al.*, 1976; Gottfries, *et al.*, 1974; Hornykiewicz, 1974; Shaw, *et al.*, 1967).

Ada dua penjelasan mengenai tingkat-tingkat neurotransmitter yang rendah ini pada diri orang-orang yang bunuh diri. *Pertama*, stres dapat menyebabkan reduksi dalam tingkat-tingkat neurotransmitter. Dengan menurunkan tingkat-tingkat neurotransmitter, tingkat-tingkat stres yang tinggi menyebabkan depresi dan kemudian menyebabkan bunuh diri. Tetapi, tidak semua pasien yang bunuh diri dengan tingkat-tingkat neurotransmitter yang rendah mengalami tingkat-tingkat stres yang tinggi, dengan demikian untuk menjelaskan kasus-kasus tersebut, kita harus beralih kepada penjelasan *kedua*. Ada kemungkinan bahwa tingkat-tingkat neurotransmitter yang rendah yang ditemukan dalam beberapa orang bunuh diri diwariskan.

Faktor-Faktor Genetik. Untuk menjelaskan warisan tersebut akan dikemukakan tiga macam penelitian, yakni penelitian mengenai keluarga, penelitian mengenai saudara kembar, dan penelitian mengenai saudara angkat.

Penelitian Mengenai Keluarga. Dalam usaha untuk menetapkan apakah warisan berperan dalam tindakan bunuh diri, beberapa peneliti memeriksa sejarah keluarga orang-orang yang bunuh diri. Hasilnya tetap menunjukkan bahwa kejadian bunuh diri di kalangan sanak saudara dari orang-orang yang bunuh diri pada pokoknya lebih tinggi daripada angka yang ada di kalangan sanak saudara dari orang-orang yang tidak bunuh diri (Farberow & Simon, 1969; Roy, 1982; Stengel, 1964). Salah satu penelitian menemukan bahwa 49% para pasien yang berusaha bunuh diri memiliki sejarah keluarga bunuh diri (Roy, 1983). Meskipun hasil-hasil ini menunjukkan pengaruh genetik, tetapi ada kemungkinan juga akibat-akibat itu disebabkan oleh percontohan sosial (*social modeling*); dan dengan demikian, kita harus mempertimbangkan bukti yang lain.

Penelitian Saudara Kembar. Suatu penelitian terhadap 149 pasang saudara kembar yang salah seorang di antaranya telah melakukan bunuh diri menunjukkan suatu angka konkordansi yang jauh lebih tinggi di kalangan para saudara kembar identik (MZ, yaitu 18%) dibandingkan dengan para saudara kembar bersaudara (D2; 0%) (Haberlandt, 1976). Dengan kata lain, bila saudara kembar itu memiliki gen yang sama, maka angka konkordansi lebih tinggi dibandingkan kalau mereka memiliki gen yang berbeda, dengan demikian ini merupakan bukti untuk pengaruh genetik.

Penelitian Saudara Angkat. Dalam salah satu penelitian yang menggunakan saudara kembar sebagai metode untuk meneliti pengaruh genetik, ditemukan bahwa 57 saudara angkat yang melakukan bunuh diri memiliki lebih banyak sanak saudara biologis yang bunuh diri dibandingkan 57 saudara angkat yang tidak bunuh diri (Schulsinger, *et al.*, 1981).

Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa ada bukti untuk pengaruh genetik terhadap bunuh diri. Tetapi, dalam mempertimbangkan penemuan-penemuan ini, tidak boleh disimpulkan bahwa ada suatu gen untuk bunuh diri. Ada kemungkinan bahwa beberapa depresi diwariskan dan depresi itu kemudian menyebabkan bunuh diri. Dengan kata lain, gen mungkin ikut menyebabkan bunuh diri, tetapi akibat dari gen itu mungkin ditengahi oleh depresi.

GANGGUAN-GANGGUAN PSIKOFISIOLOGIS

Gangguan-gangguan psikofisiologis disebut juga pengaruh-pengaruh psikologis terhadap gangguan-gangguan fisik atau gangguan-gangguan psikosomatik. Salah satu sumbangan besar kepada psikologi abnormal pada akhir abad ke-19 adalah sumbangan yang diberikan oleh Janet dan Freud, yakni penemuan di mana penyakit-penyakit fisik tertentu disebabkan oleh faktor-faktor psikologis. Untuk jenis penyakit itu, mereka menggunakan istilah *psikosomatik*. Istilah ini berasal dari dua kata Yunani: *psikhe* yang berarti roh, jiwa, budi; dan *soma* yang berarti tubuh atau raga. Dua istilah ini digabungkan menjadi satu kata karena mau menunjukkan bahwa manusia berfungsi sebagai satu keseluruhan yang terpadu di mana fungsi-fungsi psikologis dan fisiologis selalu saling berhubungan dan saling bergantung. Dewasa ini pandangan semacam ini sudah diterima secara luas oleh bidang-bidang psikologi dan psikiatri.

Gangguan-gangguan psikofisiologis adalah kondisi-kondisi di mana konflik-konflik psikis atau psikologis dan kecemasan-kecemasan menjadi penyebab dari timbulnya bermacam-macam penyakit fisik atau malahan membuat penyakit fisik

yang sudah ada semakin lebih parah. Adanya kesadaran bahwa faktor-faktor psikologis ikut menyebabkan banyak gangguan fisik melahirkan suatu bidang pengetahuan yang baru, yakni psikologi kesehatan di mana para psikolog berusaha mengidentifikasi, mencegah, dan merawat faktor-faktor psikologis yang menyebabkan penyakit fisik.

Konflik-konflik batin (psikis atau psikologis) dan kecemasan-kecemasan hebat bisa menjadi penyebab dari munculnya bermacam-macam penyakit fisik. Dalam hal ini, ada kegagalan pada sistem saraf dan sistem fisik untuk menyerap atau memperingankan konflik dan kecemasan fisik tersebut. Kejadian ini dikenal sebagai gangguan psikofisiologis. Singkatnya kondisi *psikhe* atau jiwa menentukan timbulnya penyakit fisik. Sebagai contoh, oleh rasa ketakutan yang hebat, maka detak jantung menjadi sangat cepat dan ada kelelahan yang ekstrem dari reaksi astenik. Detak jantung yang cepat dan reaksi astenik itu benar-benar merupakan simtom fisiologis atau jasmaniah yang disebabkan oleh konflik-konflik emosional yang sifatnya psikologis. Reaksi fisik itu bisa mengena pada alat pernapasan, alat pencernaan, lambung perut, sistem-sistem peredaran darah dan kelenjar serta persendian, atau juga kulit, limpa, jantung, dan lain-lain.

Sistem organ tertentu yang akan terpengaruh oleh reaksi psikofisiologis tergantung pada: (1) Sistem konstitusional tertentu mungkin lemah; (2) Penyakit dan kecelakaan-kecelakaan sebelumnya yang diderita oleh yang bersangkutan; (3) Adanya suatu penyakit yang menyerang sistem organ dalam sanak keluarga penderita; (4) Sifat dari stres emosional; (5) Arti simbolis dari sistem organ tertentu bagi penderita; dan (6) Keuntungan sekunder yang mungkin diperoleh penderita melalui simtom yang dipilih (Gaerlan, *et al.*, 1969, 142). Dengan demikian, dapat dipahami bahwa setiap fungsi fisik (organik) yang terganggu oleh emosi-emosi yang kuat bisa menjadi basis bagi timbulnya bermacam-macam gangguan psikofisiologis.

Ada dua hal yang perlu dikemukakan di sini, yakni: *Pertama*, ada perbedaan antara gangguan-gangguan psikofisiologis dan gangguan-gangguan yang telah dibicarakan sebelumnya, yakni gangguan-gangguan somatoform. Dalam gangguan-gangguan psikofisiologis, faktor-faktor psikologis benar-benar menyebabkan gangguan-gangguan fisik. Misalnya, stres psikologis yang lama dapat menyebabkan produksi asam lambung bertambah dan asam tersebut dapat menyebabkan *ulcer* (lubang pada dinding lambung). Sebaliknya, dalam gangguan-gangguan somatoform, faktor-faktor psikologis menyebabkan simtom-simtom gangguan-gangguan fisik tetapi tidak ada gangguan-gangguan fisik yang aktual (tidak ada jaringan-jaringan yang rusak). Misalnya, seorang individu yang menderita gangguan konversi mungkin akan mengalami kelumpuhan pada lengan, tetapi saraf-saraf otot, atau tulang lengan tidak rusak.

Kedua, fakta bahwa faktor-faktor psikologis, seperti stres, dapat mempengaruhi fungsi fisiologis merupakan perimbangan yang menarik terhadap penemuan-penemuan di mana faktor-faktor fisiologis, seperti neurotransmitter, dapat mempengaruhi fungsi psikologis. Dengan demikian, semakin banyak dipelajari semakin banyak juga disadari bahwa terdapat banyak tumpang tindih dan interaksi antara penyebab-penyebab psikologis dan penyebab-penyebab fisiologis dari gangguan-gangguan psikologis dan gangguan-gangguan fisiologis. Pemahaman yang bertambah terhadap saling pengaruh antara faktor-faktor psikologis dan faktor-faktor fisiologis menyebabkan kita membuang gagasan tentang dualisme antara jiwa dan badan yang mengemukakan bahwa jiwa dan badan beroperasi secara terpisah.

Sudah bertahun-tahun DSM menetapkan organ-organ tertentu yang dapat dipengaruhi oleh proses-proses psikologis, tetapi sekarang DSM IV mengakui bahwa ada banyak gangguan fisik (jauh lebih banyak daripada yang terdapat pada DSM sebelumnya) yang dapat dipengaruhi oleh proses-proses psikologis. Sebelum berbicara mengenai masing-masing gangguan psikofisiologis, terlebih dahulu akan dikemukakan suatu konsep yang sangat penting untuk memahami gangguan-gangguan tersebut, yakni konsep tentang stres. esudah itu akan dibicarakan beberapa gangguan, seperti *peptic ulcer*, *cardiac neurosis*, gangguan-gangguan kardiovaskular, sakit kepala, gangguan-gangguan kekebalan, *effort syndrome* dan *post-power syndrome*, penyakit kulit, asma, dan penyakit otot kerangka.

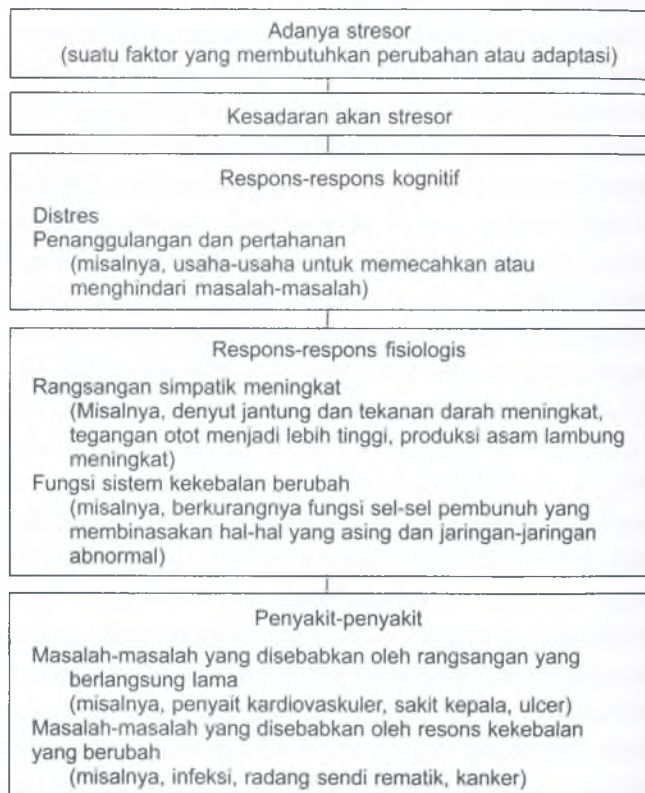
Stres

Stres terjadi apabila individu terpaksa memberikan respons terhadap perubahan-perubahan yang melemahkan individu sedemikian rupa sehingga dia harus memberikan respons dengan lebih hebat lagi atau dalam jangka waktu yang lebih lama. Dengan kata lain, stres adalah akibat samping penyesuaian diri untuk berubah. Perlu diketahui juga bahwa perubahan-perubahan positif, seperti prestasi-prestasi pribadi yang hebat atau liburan juga membutuhkan upaya penyesuaian diri yang hebat; dan dengan demikian, dapat menimbulkan stres (Holmes & Rahe, 1967). Akan tetapi, dalam kebanyakan kasus, stres itu disebabkan oleh perubahan-perubahan negatif, seperti kehilangan teman, dipecat dari pekerjaan, atau tidak lulus dalam ujian.

Sebelum respons terhadap stres dilakukan, terlebih dahulu individu harus menyadari bahwa ada suatu masalah. Misalnya, sebelum Anda mengalami stres, Anda harus menyadari bahwa Anda tidak lulus dalam ujian, atau Anda sedang mengidap penyakit kanker, atau teman-teman Anda menghindari Anda. Beberapa orang yang melihatannya menangani suatu masalah secara efektif dan tidak memperlihatkan

stres sedikit pun, mungkin tidak mengetahui bahwa ada suatu masalah. Kadang-kadang benar kalau orang berkata: "Anda merasa tenang sementara orang-orang lain di sekitar Anda merasa kebingungan dan Anda tidak mengetahui apa yang sedang terjadi". Tetapi, kita biasanya mengetahui stresor, dan pengetahuan tersebut mengawali rangkaian peristiwa-peristiwa yang pada akhirnya dapat menimbulkan gangguan fisik yang hebat. Rangkaian peristiwa-peristiwa yang menimbulkan penyakit dapat dilukiskan dalam gambar berikut (lihat Gambar 11).

GAMBAR 11: PERISTIWA-PERISTIWA PSIKOFISIOLOGIS DAPAT MENIMBULKAN PENYAKIT



Respons Kognitif

Stres adalah faktor psikologis utama yang ikut menyebabkan gangguan-gangguan fisik. Setelah menyadari adanya stres, individu dapat menanggulangnya (berusaha memecahkan masalah) atau mempertahankan diri terhadapnya (menggunakan strategi-strategi untuk mereduksikan kecemasan tetapi tidak memecahkan masalah-masalah yang mendasar). Apabila penanggulangan dan pertahanan-pertahanan tidak efektif

untuk mereduksikan stres, maka respons-respons fisiologis digerakkan sehingga akibatnya rangsangan fisiologis menjadi meningkat, dan rangsangan fisiologis yang meningkat itu bisa menyebabkan gangguan-gangguan fisik.

Distres. Kesadaran akan adanya stresor menyebabkan individu mengalami distres. Distres melibatkan pikiran dan perasaan, seperti ketakutan, kebingungan, kecemasan, dan kekhawatiran. Distres yang dirasakan biasanya disebut kecemasan, dan simptom-simptomnya telah dibicarakan pada uraian sebelumnya. Sifat distres yang tidak menyenangkan biasanya menyebabkan individu melakukan sesuatu untuk mereduksikannya; tetapi bila distres itu sangat hebat, maka individu akan menjadi lumpuh secara psikologis dan tidak mampu melakukan sesuatu pun.

Penanggulangan dan Pertahanan. Untuk mereduksikan distres, seseorang dapat mengambil langkah-langkah untuk menanggulangi masalah yang mendasarinya, dan dengan demikian bisa menghilangkannya. Misalnya, seorang mahasiswa dapat menanggulangi secara efektif stres terhadap ujian yang akan datang dengan membuat jadwal untuk belajar, beristirahat yang cukup, dan belajar lebih banyak.

Cara lain untuk menanggulangi stres adalah menggunakan pertahanan yang untuk sementara mereduksikan distres tetapi tidak menghilangkan masalah yang mendasar. Para psikolog mengidentifikasikan bermacam-macam mekanisme pertahanan (lihat Bab 8), dan sekarang ada sejumlah bukti bahwa beberapa pertahanan cukup efektif untuk mereduksikan stres (lihat tinjauan dari Lazarus & Folkman, 1984).

Salah satu pertahanan yang sering efektif adalah penolakan atau apa yang kadang-kadang disebut redefinisi situasi (*situation redefinition*). Dengan pertahanan ini, individu meredefinisikan stresor sehingga tidak lagi menjadi sumber ketakutan. Misalnya, dalam salah satu percobaan, kepada kelompok mahasiswa diberitahukan bahwa mereka akan menerima serentetan kejutan (*shock*) yang menyakitkan tetapi kepada salah satu kelompok diberitahukan untuk berpikir kejutan-kejutan itu sebagai "sensasi-sensasi yang menggetarkan." Para mahasiswa yang meredefinisikan kejutan-kejutan tersebut sebagai sensasi-sensasi yang menggetarkan kemudian memperlihatkan denyut jantung yang lebih lambat, keringat berkurang, dan melaporkan bahwa mereka kurang merasa cemas sementara menunggu kejutan-kejutan tersebut dibandingkan para mahasiswa yang tidak menggunakan redefinisi.

Pertahanan lain yang efektif adalah pikiran yang menghindar (*avoidant thinking*). Pikiran menghindar adalah dengan sengaja mengalihkan pikiran tentang hal-hal yang membingungkan dari diri sendiri (Bloom, *et al.*, 1977). Dokter gigi mungkin menggunakan musik untuk mengalihkan para pasiennya dari bunyi pengeboran gigi yang menimbulkan stres, dan para mahasiswa sering menonton televisi sebagai sarana untuk mengalihkan perhatian dari tugas-tugas tidak me-

nyenangkan yang harus dikerjakan. Para mahasiswa itu mungkin tidak tertarik pada apa yang sedang ditayangkan di televisi tetapi perhatian yang ditujukan kepada televisi bisa menghambat pikiran-pikiran tentang belajar dan ujian. Walaupun beberapa pertahanan itu berguna, tetapi empat kualifikasi harus diketahui. *Pertama*, pertahanan-pertahanan yang digunakan untuk menghindari stres membutuhkan begitu banyak usaha sehingga pertahanan-pertahanan itu mengakibatkan munculnya banyak rangsangan yang jumlahnya sebanding dengan stresor yang digunakan untuk penghindaran (Houston, 1972; Manuck, *et al.*, 1978; Solomon, *et al.*, 1980). Hal tersebut diperlihatkan dalam percobaan-percobaan di mana para mahasiswa dapat menghindari kejutan-kejutan listrik dengan berusaha keras secara defensif menyelesaikan bermacam-macam tugas, tetapi usaha yang dilakukan oleh para mahasiswa untuk menghindari kejutan-kejutan listrik itu mengakibatkan stres yang lebih hebat (misalnya denyut jantung dan tekanan darah meningkat dibandingkan dengan yang terjadi bila mereka tidak defensif). Dengan kata lain, kadang-kadang dirasakan lebih efisien kalau kita bersikap sabar dan bukan melakukan banyak pertahanan.

Kedua, meskipun pertahanan-pertahanan tersebut dapat mereduksikan stres, tetapi pertahanan-pertahanan itu kadang-kadang dapat menimbulkan tingkah laku yang tidak tepat dan bisa juga menimbulkan masalah-masalah yang lebih banyak lagi. Orang yang menderita agorafobia bisa meringkuk selama bertahun-tahun di tempat tidur karena menghindari stres untuk pergi keluar rumah tetapi tingkah laku defensif seperti itu sangat maladaptif dan akan mengakibatkan munculnya masalah yang lain, seperti isolasi sosial dan kehilangan pekerjaan.

Ketiga, meredefinisikan suatu masalah secara defensif atau tidak berpikir tentang suatu masalah dapat membantu untuk mereduksikan stres dalam jangka pendek tetapi bila redefinisi atau penghindaran itu menyebabkan individu menunda tindakan-tindakan yang tepat, maka dalam jangka panjang tingkah laku defensif itu justru dapat menimbulkan akibat-akibat yang lebih berat. Sebagai contoh yaitu orang yang tidak mau memperhatikan pengobatan terhadap simtom-simtom yang dialami (misalnya terus-menerus menderita sakit kepala, benjolan pada buah dada) karena dia takut kalau didiagnosis bahwa masalah itu sudah berkembang begitu jauh, tetapi akibatnya adalah masalah itu terlambat untuk dirawat secara efektif.

Keempat, penelitian memperlihatkan bahwa tidak semua tingkah laku yang disebut pertahanan benar-benar dapat mereduksikan stres. Contohnya adalah proyeksi. Banyak orang memproyeksikan sifat-sifat yang tidak menyenangkan kepada orang lain (misalnya, orang-orang yang bermusuhan mungkin melihat orang lain bermusuhan) tetapi tidak ada bukti bahwa dengan berbuat demikian dapat mereduksikan stres yang ada hubungannya dengan sifat-sifat yang tidak me-

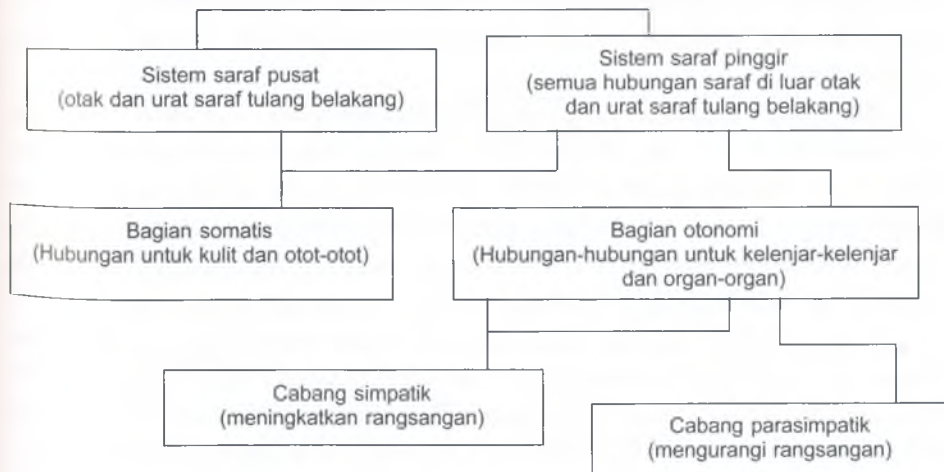
nyenangkan itu. Dengan kata lain, memproyeksikan sifat-sifat negatif kepada orang-orang lain tidak dapat dipastikan akan membuat individu merasa kurang cemas karena memiliki sifat-sifat seperti itu (lihat tinjauan yang dikemukakan oleh Holmes, 1978; 1981).

Respons Fisiologis

Respons fisiologis terhadap stresor psikologis sangat penting dalam uraian ini karena respons fisiologis merupakan dasar untuk penyakit. Dalam kebanyakan kasus, faktor yang sangat penting adalah respons fisiologis terhadap stresor dapat menyebabkan peningkatan rangsangan, seperti denyut jantung, tekanan darah, tegangan otot meningkat dan produksi asam lambung yang bertambah banyak. Bila peningkatan itu berlangsung dalam jangka waktu yang lama, maka akan menimbulkan gangguan-gangguan fisik, seperti serangan jantung, hipertensi, sakit kepala, dan *ulcer*. Sistem saraf adalah penghubung antara stresor psikologis dan respons fisiologis tubuh; dan dengan demikian, sebelum berbicara mengenai respons tubuh tersebut, terlebih dahulu akan diuraikan secara singkat organisasi dan fungsi sistem saraf.

Organisasi Sistem dan Fungsi Saraf. Organisasi sistem saraf diperlihatkan dalam gambar di bawah ini (lihat Gambar 12).

GAMBAR 12: SISTEM SARAF DIATUR MENJADI DUA BAGIAN YANG KOMPLEMENTER



Sistem tersebut dibagi menjadi dua bagian utama, yakni sistem saraf pusat dan sistem saraf pinggir. Sistem saraf pusat terdiri dari otak serta urat saraf tulang belakang, dan fungsinya yang utama adalah menafsirkan informasi dan mempraktikkan respons-respons. Sebaliknya, sistem saraf pinggir adalah semua hubungan

seraf yang tidak terdapat dalam otak serta urat saraf tulang belakang, dan fungsinya yang utama adalah membawa semua informasi ke dan dari sistem saraf pusat.

Sistem saraf pinggir dibagi menjadi dua bagian, yakni bagian somatik dan bagian otonomi. Bagian somatik menghubungkan sistem saraf pusat dengan otot-otot dan kulit, sedangkan bagian otonomi menghubungkan sistem saraf pusat dengan bermacam-macam kelenjar dan organ tubuh. Bagian otonomi sangat penting diperhatikan khususnya dalam uraian mengenai stres karena kegiatan yang meningkat dari struktur-struktur, seperti kelenjar adrenal dan jantung, memainkan peranan yang sangat penting dalam respons terhadap stres fisiologis.

Sistem otonomi dibagi menjadi dua cabang, yakni cabang simpatik, yang berfungsi untuk meningkatkan rangsangan, dan cabang parasimpatik, yang berfungsi untuk mengurangi rangsangan. Akan tetapi, kedua cabang itu saling berhubungan sehingga kegiatan dalam salah satu cabang akan mengakibatkan kegiatan pada cabang yang lain; dan dengan demikian, akan terjadi keseimbangan. Misalnya, bila dihadapkan pada suatu stresor, cabang simpatik digiatkan dan meningkatkan rangsangan dengan meningkatkan kegiatan bermacam-macam organ dan kelenjar (misalnya denyut jantung meningkat dan asam lambung bertambah banyak). Penggiatan cabang simpatik menyebabkan penggiatan cabang parasimpatik, yang kemudian mengurangi rangsangan dengan mengurangi kegiatan organ-organ dan kelenjar-kelenjar (misalnya denyut jantung lebih lambat, asam lambung berkurang). Bila sistem itu tidak saling berhubungan, maka salah satu sistem dibiarkan berjalan tanpa terkontrol, entah rangsangan melonjak tanpa dikontrol atau individu akan menjadi pingsan.

Ada tiga hal tambahan yang perlu diketahui mengenai organisasi dan fungsi dari sistem saraf. *Pertama*, stresor-stresor mengakibatkan terjadinya rangsangan yang kuat dan berkepanjangan dari cabang simpatik, dan dengan demikian menundukkan pengaruh yang menenangkan dari cabang parasimpatik. Se jauh rangsangan baru yang menimbulkan stres masuk, cabang simpatik akan terus-menerus digiatkan dan individu akan tetap berada dalam keadaan yang sangat terangsang.

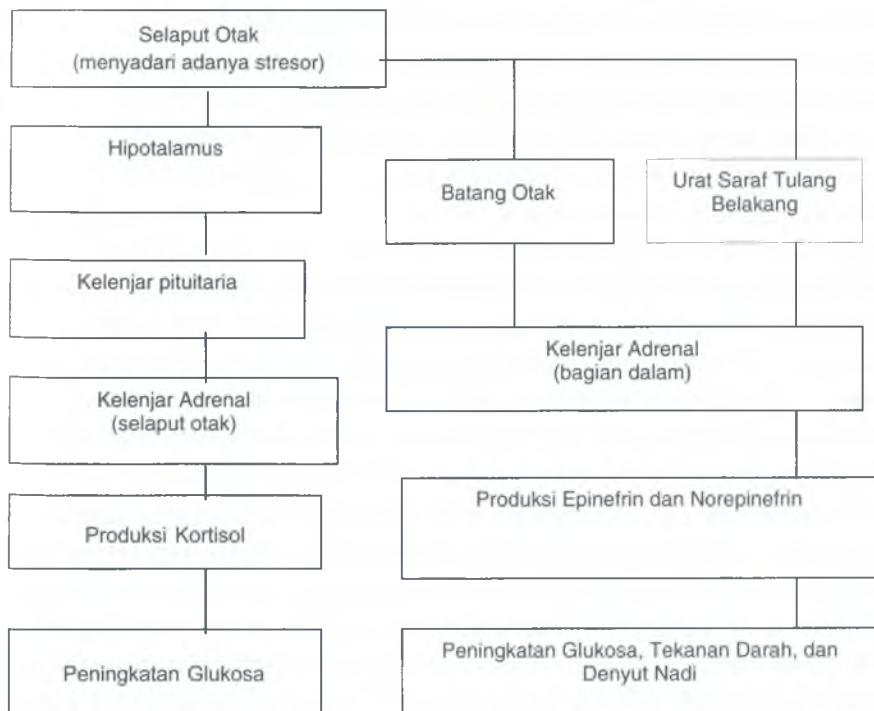
Kedua, cabang simpatik akan memberikan respons sebagai satu kesatuan, dengan demikian bila dirangsang maka akan terjadi suatu rangsangan umum dan tidak terdiferensiasi. Inilah alasannya bahwa banyak komponen dari respons terhadap stres dapat benar-benar tidak relevan untuk suatu stresor tertentu. Misalnya, denyut jantung yang meningkat mungkin perlu untuk menyediakan darah bagi otot-otot bila individu berhadapan dengan seorang penyerang dan harus berkelahi atau lari, tetapi denyut jantung yang meningkat adalah tidak relevan (dan mungkin malahan mengganggu) bila individu berhadapan dengan suatu masalah intelektual yang menimbulkan stres (menghadapi soal ujian yang sulit).

Respons fisiologis umum terhadap stresor-stresor mungkin adaptif untuk nenek moyang kita, di mana masalah mereka yang paling besar adalah melarikan diri dari binatang-binatang buas, tetapi dewasa ini dianggap maladaptif bila kebanyakan stresor bersifat kognitif atau intelektual. Karena sifat tidak terdiferensiasi dari respons terhadap stres itu, maka gangguan-gangguan fisik yang diakibatkan oleh stres saling tidak berhubungan dengan tipe-tipe stres yang menyebabkannya. Misalnya, mengalami tekanan darah tinggi adalah tidak berhubungan secara fungsional dengan stres intelektual yang berkepanjangan.

Ketiga, bagian otonomi tidak dapat dikontrol secara sadar (bagian otonomi adalah otomatis) sehingga individu tidak dapat dengan sengaja mengontrol rangsangan yang ditimbulkan oleh cabang simpatik. Misalnya, bila berada dalam keadaan stres, denyut jantung individu mungkin cepat dan tekanan darah menjadi naik; tetapi dalam kebanyakan situasi, seseorang tidak dapat mengontrol dengan sengaja respons-respons ini.

Jalur Respons Fisiologis. Sistem saraf memberikan respons terhadap stresor melalui dua jalur dan kedua jalur itu diringkaskan dalam Gambar 13.

GAMBAR 13:RESPONS FISIOLOGIS TERHADAP STRESOR-STRESOR MENGIKUTI DUA JALUR



Bila suatu stresor disadari dan tidak dihindari dengan suatu strategi kognitif, maka suatu sinyal dikirim ke hipotalamus, daerah otak yang berfungsi untuk rangsangan umum. Hipotalamus kemudian mengirim sinyal-sinyal melalui dua jalur bagian otonomi sistem saraf pinggir. Salah satu jalur merangsang kelenjar pituitaria, yang pada gilirannya merangsang selaput adrenal (selaput luar dari kelenjar adrenal) yang menyebabkan kortisol dilepaskan ke dalam aliran darah. Pelepasan kortisol mengakibatkan glukosa meningkat yang memberikan energi untuk bertindak.

Jalur kedua adalah rangsangan batang otak dan bagian-bagian dari urat saraf tulang belakang yang pada gilirannya merangsang bagian dalam kelenjar-kelenjar adrenal untuk mengeluarkan epinefrin (yang kadang-kadang disebut adrenalin) dan norepinefrin menghasilkan: (a) peningkatan glukosa; (b) peningkatan denyut jantung yang mempercepat pelepasan makanan ke sel-sel; dan (c) peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh pengerutan pembuluh-pembuluh darah pinggir untuk memaksa darah mengalir ke organ-organ yang sangat membutuhkannya. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa kegiatan di dalam kedua jalur sistem saraf itu mengakibatkan tingkat-tingkat rangsangan fisiologis lebih tinggi, dan rangsangan yang lebih tinggi ini menyebabkan simtom-simtom dan gangguan-gangguan fisik yang akan dibicarakan dalam bagian ini.

Katekolamin yang Beredar versus Katekolamin Pusat. Seperti diketahui bahwa epinefrin dan norepinefrin memainkan peranan yang penting dalam respons terhadap stres karena keduanya menyebabkan denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Epinefrin dan norepinefrin adalah katekolamin dan bila mereka berada dalam aliran darah, maka mereka disebut katekolamin-katekolamin yang beredar (*circulating catecholamines*). Pada waktunya nanti akan dibicarakan katekolamin dalam hubungannya dengan depresi dan skizofrenia. Secara khusus dapat diemukakan bahwa tingkat norepinefrin yang rendah akan mengakibatkan depresi; dan tingkat dopamin (juga katekolamin) yang tinggi akan menyebabkan skizofrenia. Akan tetapi, katekolamin yang menyebabkan depresi dan skizofrenia berada di dalam otak dan bukan pada sistem peredaran (*circulatory system*); dan dengan demikian, mereka pada umumnya disebut katekolamin sistem saraf pusat (sentral). Katekolamin yang beredar dan katekolamin sistem saraf pusat secara kimiawi adalah sama tetapi mereka bertindak dengan sistem yang berbeda; dan dengan demikian, mereka juga memiliki pengaruh-pengaruh yang berbeda. Katekolamin yang beredar merangsang sistem kardiovaskular serta meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah, sedangkan katekolamin pusat merangsang sistem limbik dan meningkatkan rangsangan suasana hati dan rangsangan kognitif. Juga tingkat katekolamin dalam salah satu sistem tidak selalu berhubungan dengan tingkat-tingkat dalam sistem lain. Misalnya, tingkat norepinefrin di dalam otak biasanya

tidak ada hubungannya dengan tingkat norepinefrin dalam sistem peredaran. Akan tetapi, tidak boleh mengacaukan katekolamin yang beredar dengan katekolamin pusat dan dalam pembicaraan mengenai stres, perhatian akan dipusatkan pada katekolamin yang beredar.

Sama seperti perbedaan-perbedaan individual dalam produksi katekolamin pusat yang menyebabkan individu-individu yang normal mengalami depresi atau menderita skizofrenia, demikian juga halnya perbedaan-perbedaan individual dalam produksi katekolamin yang beredar menyebabkan beberapa individu menjadi lebih responsif terhadap stresor dibandingkan dengan individu-individu lainnya. Perbedaan-perbedaan dalam produksi katekolamin yang beredar itu mungkin mempredisiposisikan beberapa orang untuk mengembangkan gangguan-gangguan fisik yang berkaitan dengan stresor.

Dengan pemahaman ini sebagai latar belakang, kita sekarang dapat memulai pembicaraan mengenai gangguan-gangguan fisik khusus yang dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis. Gangguan-gangguan ini tersebar luas dan menggambarkan proses-proses yang berbeda. Meskipun gangguan-gangguan fisik ini relatif biasa, tetapi banyak orang benar-benar tidak mengetahui penyebab dari gangguan-gangguan ini. Dengan demikian, akan diuraikan sifat dari setiap gangguan sebelum berbicara mengenai peran yang dimainkan oleh faktor-faktor psikologis dalam perkembangannya. Hal ini akan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang gangguan-gangguan itu, dan akan memberikan kemungkinan kepada kita untuk melihat bagaimana faktor-faktor fisiologis dan psikologis bekerja sama dalam menyebabkan dan mempertahankan gangguan-gangguan itu.

Peptic Ulcer

Kata *ulcer* mengacu pada suatu gangguan pada kulit atau membran mukosa. *Ulcer* yang diderita oleh kebanyakan individu adalah *peptic ulcer*, yang terjadi pada sistem pencernaan. *Peptic ulcer* (penyakit lambung atau *maagzweer*) adalah borok bernanah pada alat pencernaan. Asal mula dari *peptic ulcer* itu berupa peradangan karena asam lambung terlalu banyak (*hiperasiditas* atau *hyperacidity*) dengan konsentrasi yang sangat kuat dalam usus 12 jari atau deodenum. Akibatnya ialah terjadi penggerogotan terhadap usus-usus sehingga timbulnya luka-luka, yang kemudian menjadi borok bernanah pada usus dan lambung. Borok ini bisa sangat ringan berupa peradangan pada tempat-tempat tertentu yang terpencar-pencar dengan rasa sakit dan nyeri, tetapi juga bisa sangat berat disertai dengan pendarahan, borok bernanah yang besar menganga, yang menembus dinding-dinding lambung dan usus. Di samping menyebabkan rasa sakit yang hebat dan pendarahan pada

organ tubuh bagian dalam, *ulcer* dapat berbahaya karena dapat menyebabkan kematian.

Banyak orang yang berhasil dalam masyarakat dan orang-orang yang sangat ambisius serta orang-orang yang bersifat agresif menderita penyakit *peptic ulcer* ini. Hal ini mudah dipahami karena mereka selalu dihindangi oleh konflik-konflik emosional dan tegangan-tegangan yang lebih banyak daripada orang-orang biasa oleh ambisinya yang meluap-luap, usaha dan aktivitasnya yang banyak, serta kemauan yang keras, dan sering berkonflik dengan orang yang ada di sekitarnya. Oleh karena banyak terjadi konflik dalam diri sendiri (konflik intern) dan sering berbenturan dengan norma-norma sosial sehingga terjadi juga konflik ekstern, maka tidak jarang terjadi orang-orang ini mempergunakan *defense mechanism* yang salah, misalnya kecemasan (*anxiety*) dan psikosomatisme.

Penyebab

Peptic ulcer disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kadar asam lambung (terutama asam hidroklorik dan pepsina) yang dihasilkan untuk menghancurkan zat-zat makanan, dan kadar mukosa yang dihasilkan untuk menetralkan asam; dan dengan demikian, melindungi dinding-dinding alat pencernaan makanan. Apabila kadar asam terlalu tinggi karena terlalu banyak asam yang dihasilkan atau mukosa yang dihasilkan tidak mencukupi, maka asam itu akan menggerogoti dinding-dinding usus sehingga terjadilah apa yang dinamakan *ulcer*. Jika *ulcer* (luka) itu berlangsung dalam jangka waktu yang lama, maka terjadilah apa yang dinamakan borok-borok bernanah yang disebut sebagai *peptic ulcer*. *Ulcer* menimbulkan rasa sakit yang hebat dan muntah-muntah (bahkan kadang-kadang muntah darah).

Peptic ulcer itu ada dua macam tergantung di mana terjadinya *ulcer* itu dalam sistem pencernaan, yakni *duodenal ulcer* dan *gastric ulcer*. *Duodenal ulcer* terjadi pada duodenum (usus 12 jari: bagian pertama dari usus kecil di mana makanan memasuki usus lewat lambung). Kira-kira 85% dari *duodenal ulcer* disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung dan bukan karena produksi mukosa yang kurang. *Gastric ulcer* (*ulcer lambung*) terjadi pada lambung dan berlawanan dengan *duodenal ulcer*, *gastric ulcer* disebabkan oleh mukosa (yang sifatnya protektif) yang dihasilkan terlalu sedikit dan terlalu banyak asam lambung. Dalam banyak kasus, individu-individu mengembangkan *gastric ulcer* karena mereka mencerna zat-zat yang kadarnya tinggi, seperti aspirin dan alkohol, yang mengurangi mukosa; dan dengan demikian, terjadilah ketidakseimbangan antara asam dan mukosa.

Alasan utama produksi asam lambung terlalu banyak adalah stres. Bukti dari pengaruh stres pada perkembangan *ulcer* diberikan oleh penelitian tentang para pengontrol lalu lintas udara yang bekerja pada menara-menara dan yang mengalami

situasi-situasi stres yang tinggi atau rendah (Cobb & Rose, 1973). Hasil-hasil dari penelitian itu menunjukkan bahwa: (1) Para pengontrol lalu lintas udara menderita gangguan *ulcer* lebih tinggi dibandingkan dengan para awak pesawat terbang sebagai kelompok kontrol; (2) Para pengontrol lalu lintas udara mengembangkan *ulcer* lebih cepat dibandingkan dengan awak pesawat terbang; dan (3) Para pengontrol lalu lintas udara yang bekerja pada menara-menara yang bisa menimbulkan stres yang tinggi mengalami gangguan *ulcer* lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang bekerja pada menara-menara yang hanya menimbulkan stres yang rendah. Bukti lain terhadap pengaruh-pengaruh stres berasal dari penemuan-penemuan bahwa gangguan *ulcer* meningkat selama berlangsungnya perang dan lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan (Pflanz, 1971).

Akan tetapi, mengatakan bahwa stres menyebabkan *ulcer* adalah suatu pernyataan yang terlalu sederhana, karena kelihatannya hanya ada beberapa macam stres yang mengandung kemungkinan lebih besar untuk menimbulkan *ulcer* dibandingkan dengan stres-stres yang lainnya. Sejumlah penelitian terhadap tikus-tikus menunjukkan bahwa stres yang tidak dapat diprediksikan mengandung kemungkinan lebih besar menimbulkan *ulcer* dibandingkan stres yang dapat diprediksikan (Seligman, 1968; Weiss, 1968; 1970). Misalnya, dalam salah satu penelitian dua kelompok tikus mendapat sejumlah kejutan listrik yang sama, tetapi untuk satu kelompok kejutan didahului oleh sinyal peringatan yang singkat, sedangkan untuk kelompok yang lain, kejutan listrik muncul tanpa adanya peringatan (Weiss, 1970). Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa tikus-tikus yang berada dalam kondisi yang tidak dapat diprediksikan memiliki kemungkinan lebih besar mengembangkan *ulcer* jauh lebih hebat dibandingkan dengan tikus-tikus yang berada dalam kondisi yang dapat diprediksikan.

Hal lain yang penting adalah apakah stres tersebut dapat dikontrol atau tidak; dan apakah stres yang tidak dapat dikontrol menimbulkan lebih banyak *ulcer*? Dalam salah satu percobaan, tikus-tikus dirancang secara acak untuk kondisi-kondisi di mana mereka mendapat dan tidak mendapat kejutan listrik. Tikus-tikus yang diberikan kejutan listrik dapat mengontrol secara berbeda-beda terhadap kejutan listrik itu. Dalam salah satu kondisi, mereka dapat menghindari atau menghentikan kejutan itu bila menekan pengungkit, sedangkan tikus-tikus lain yang berada dalam kondisi lain tidak melakukan sesuatu untuk menghindari atau menghentikan kejutan itu. Tikus-tikus yang tidak dapat mengontrol kejutan-kejutan diberikan kejutan-kejutan yang sama dengan yang diperoleh oleh tikus-tikus yang dapat mengontrol kejutan-kejutan itu.

Penelitian itu menghasilkan dua penemuan yang penting. *Pertama*, pada umumnya tikus-tikus yang diberikan kejutan mengembangkan *ulcer* lebih besar

dibandingkan dengan tikus-tikus yang tidak diberikan kejutan. Hal ini disebabkan karena tikus-tikus yang diberikan kejutan mengalami stres yang lebih hebat dibandingkan dengan tikus-tikus yang tidak diberikan kejutan. *Kedua*, di antara tikus-tikus tersebut yang diberikan kejutan, tikus-tikus yang tidak dapat mengontrol kejutan mengembangkan *ulcer* yang lebih besar dibandingkan dengan tikus-tikus yang dapat mengontrol kejutan meskipun fakta bahwa tikus-tikus dalam kedua kondisi tersebut memperoleh kejutan dalam tingkat yang sama.

Dari apa yang dikemukakan tentang hasil-hasil percobaan itu dapat disimpulkan bahwa stres yang tidak dapat diprediksikan dan/atau tidak dapat dikontrol mengandung kemungkinan lebih besar menimbulkan *ulcer*, tetapi kesimpulan tersebut membutuhkan dua kualifikasi. *Pertama*, hal yang penting adalah bukan sifat dari stres (yakni tidak dapat diprediksikan atau tidak dapat dikontrol), melainkan tingkat atau besarnya stres. Apabila seekor tikus tidak mengetahui kapan stres akan muncul (yakni stres yang tidak dapat diprediksikan), maka tikus itu akan terus-menerus berada dalam kondisi stres; dan dengan demikian, tikus mengalami stres lebih besar dibandingkan dengan tikus yang mengetahui kapan stres akan muncul. Demikian juga halnya bila seekor tikus dapat mengontrol stres, tikus itu akan mengetahui kapan stres itu akan berakhir, dan dengan demikian akan mengurangi stres dibandingkan dengan seekor tikus yang tidak dapat mengontrol stres. Dengan kata lain, kemampuan untuk memprediksikan dan mengontrol mungkin hanya merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya stres, dan besarnya stres mungkin merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan *ulcer*.

Kedua, bila tikus-tikus itu mengalami stres, mereka akan mengembangkan *gastric ulcer* (*ulcer lambung*), tetapi lebih dari 80% *ulcer* yang ada pada manusia adalah *duodenal ulcer*. Karena inkonsistensi dari kedua tipe *ulcer* ini yang terdapat pada tikus dan manusia, maka kita tidak bisa memperoleh kepastian secara penuh bahwa hasil-hasil yang berdasarkan percobaan pada tikus-tikus dapat berlaku juga pada manusia. Peneguhan pengaruh-pengaruh itu pada manusia harus menunggu penelitian yang akan datang.

Dari apa yang dikemukakan di atas, jelas bahwa stres dapat menimbulkan perkembangan *ulcer* tetapi jelas juga bahwa stres tidak cukup untuk bisa menyebabkan *ulcer*. Artinya bahwa banyak orang yang mengalami stres tetapi tidak mengembangkan *ulcer*. Kemudian kelihatan bahwa di samping mengalami stres, individu-individu yang mengembangkan *ulcer* juga memiliki predisposisi fisiologis untuk bisa menyebabkan asam lambung yang tinggi.

Perbedaan-perbedaan individual dalam respons lambung terhadap stres dan hubungannya dengan *ulcer* dilukiskan dalam suatu penelitian awal di mana

individu-individu yang menderita *ulcer* dan yang tidak menderita *ulcer* dihadapkan pada tingkat stres yang sama, dan sesudahnya tingkat asam hidroklorik dalam lambung mereka diukur (Mittelman, *et al.*, 1942). Hasilnya menunjukkan bahwa bila dihadapkan dengan stres, individu-individu yang menderita *ulcer* memperlihatkan tingkat asam yang lebih tinggi dan gangguan lambung yang lebih besar dibandingkan dengan individu-individu yang tidak menderita *ulcer*.

Bukti yang lebih menakutkan tentang interaksi produksi asam dan perkembangan *ulcer* berasal dari suatu penelitian di mana para peneliti mengidentifikasi orang yang baru diterima di pendidikan militer yang memiliki kadar pepsinogen (suatu tanda adanya pepsina yang merupakan salah satu asam lambung) yang tinggi atau rendah tetapi belum menderita *ulcer* (Weiner, *et al.*, 1957). Ketika orang-orang itu sesudah 16 minggu diteliti lagi berkenaan dengan latihan dasar yang menimbulkan stres, ditemukan bahwa 15% dari mereka yang memiliki pepsinogen yang tinggi mengembangkan *ulcer* sedangkan tidak seorang pun dari mereka yang memiliki kadar pepsinogen yang rendah mengembangkan *ulcer*. Para peneliti yang lain juga menemukan hasil yang sama pada masyarakat sipil (Mirsky, 1958).

Sekarang ada bukti yang kuat bahwa kecenderungan untuk menghasilkan asam lambung berkadar tinggi dalam memberikan respons terhadap stres ditentukan secara genetik. Pada binatang, dengan memelihara tikus-tikus secara selektif, para peneliti dapat mengembangkan suatu tegangan di mana setiap tikus yang dihadapkan pada stres mengembangkan *ulcer* (Sines, 1963). Pada manusia, penelitian tentang saudara kembar menunjukkan bahwa 54% dari para saudara kembar monozigot atau kembar identik sama-sama menderita *ulcer*, sedangkan 17% dari saudara kembar dizygot atau kembar bersaudara sama-sama menderita *ulcer* (Eberhard, 1968). Predisposisi yang ditentukan secara genetik untuk produksi asam yang tinggi mungkin ditambah dengan fakta bahwa beberapa keluarga berada dalam kondisi stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga lainnya dapat digunakan untuk menjelaskan penemuan bahwa para anggota keluarga dari seseorang yang mengalami gangguan *ulcer*, mungkin mengalami *ulcer* tiga kali lebih banyak dibandingkan dengan individu-individu lain dalam masyarakat (Fodor, *et al.*, 1968; McConnell, 1966).

Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa penelitian selalu menunjukkan suatu predisposisi untuk menghasilkan asam lambung yang berkadar tinggi ditambah dengan stres menyebabkan terjadinya perkembangan *ulcer*. Dengan demikian, ada hubungan antara predisposisi, stres, dan *ulcer*.

Perawatan

Perawatan medis untuk *ulcer* kadang-kadang dilakukan dengan operasi dan caranya ialah dengan mengeluarkan bagian lambung atau usus yang mengalami gangguan *ulcer*. Teknik tersebut jelas menghilangkan *ulcer*, tetapi tidak menghilangkan masalah-masalah yang mendasarinya (produksi asam dan stres) sehingga sangat mungkin suatu saat *ulcer* akan kambuh lagi. Cara lain adalah dengan memotong sebagian saraf vagus yang merangsang produksi asam tetapi perawatan yang ekstrem ini jarang digunakan. Perawatan-perawatan lain adalah dengan menggunakan obat-obat antacid untuk menetralkan asam lambung yang berlebihan dan menggunakan obat simetidin yang menghalangi transmisi saraf ke lambung serta mengurangi 70 sampai 80% asam lambung. Teknik ini efektif dan dapat digunakan untuk jangka waktu yang lama oleh individu-individu yang biasanya menghasilkan asam lambung yang berlebihan atau selalu berada dalam keadaan stres. Akan tetapi, karena dalam banyak kasus asam yang berlebihan itu disebabkan oleh stres, maka perawatan alternatif yang bersifat preventif sering menggunakan bermacam-macam program latihan penanganan stres di mana individu diajarkan cara bagaimana menghindari stres atau mengontrol stres.

Cardiac Neurosis

Istilah *cardiac neurosis* (neurosis jantung) digunakan untuk menggambarkan sejumlah simptom yang berhubungan dengan jantung dan penyebabnya adalah psikogenik. Simtom-simtomnya adalah jantung berdebar (takikardia atau *tachycardia*), napas pendek (dispnea atau *dyspnea*), kejang, sakit, dan terjadinya bunyi desiran yang abnormal. Karena simtom-simtom ini juga terjadi pada penyakit jantung organik, maka harus diadakan pemeriksaan medis secara teliti sebelum gangguan dapat didiagnosis sebagai gangguan psikosomatik. Diagnosis *cardiac neurosis* tidak dapat diadakan kecuali ditemukan secara positif adanya konflik dan tegangan emosional. Pengalaman-pengalaman yang sering kali mempercepat *cardiac neurosis* adalah pernyataan dokter yang cemas akan kondisi jantung penderita, atau penderita memperoleh hasil pemeriksaan fisik yang jelek, terjadinya penyakit jantung (dan mungkin meninggal secara tiba-tiba) pada teman atau anggota keluarga penderita, dan simtom penyakit jantung yang muncul secara tiba-tiba dan tidak terduga (mungkin hanya sebentar saja) yang disebabkan karena sesuatu yang lain, seperti minum kopi dan mengisap rokok secara berlebihan. Penyebab penyebab ini akan menimbulkan *cardiac neurosis* hanya pada orang-orang yang menderita kecemasan dasar yang hebat dan terlalu menaruh perhatian yang besar pada fungsi dari tubuh.

Gangguan-Gangguan Kardiovaskular

Dalam bagian ini akan dibicarakan dua macam gangguan yang saling berhubungan, yakni penyakit pembuluh nadi koroner dan tekanan darah tinggi (hipertensi). Kedua macam gangguan ini bisa menjadi penyebab kematian karena keduanya menimbulkan serangan jantung, stroke, gangguan ginjal, dan bermacam-macam masalah yang berat lainnya.

Penyakit Pembuluh Nadi Koroner

Penyakit pembuluh nadi koroner terjadi karena adanya penumpukan lemak (kolesterol dan trigilcerida) di dalam pembuluh nadi. Penumpukan lemak itu mengakibatkan terjadinya penyempitan pembuluh nadi dengan akibat mengurangi aliran darah. Pengurangan aliran darah bisa berbahaya karena fungsi utama sistem peredaran darah adalah mengantar oksigen dan zat-zat makanan ke jaringan-jaringan di seluruh tubuh. Karena pembuluh nadi terhambat oleh penumpukan lemak, maka aliran darah ke jaringan-jaringan yang dilakukan oleh pembuluh nadi berkurang secara progresif dan jaringan-jaringan tersebut akan mati. Penimbunan lemak dalam pembuluh-pembuluh nadi disebut aterosklerosis (*atherosclerosis*). Aterosklerosis sering mengakibatkan apa yang dinamakan serangan jantung. Jantung terdiri dari otot-otot yang dinamakan miokardia (*myocardia*) dan serangan jantung terjadi bila pembuluh nadi yang menyediakan darah untuk miokardia terhambat. Bila miokardia kekurangan darah, maka miokardia akan mati dan jantung berhenti memompa darah. Daerah jaringan yang telah mati itu dinamakan infark (*infarct*); dan dengan demikian, istilah teknis untuk serangan jantung ialah infarksi miokardial (*myocardial infarction*). Serangan jantung kemungkinan besar terjadi pada waktu melakukan senam aerobik atau stres karena pada waktu itu jantung harus berdenyut dengan cepat dan otot-otot membutuhkan darah yang lebih banyak.

Petunjuk awal tentang darah yang tidak cukup mengalir ke miokardia ialah rasa sakit yang hebat di sekitar jantung. Rasa sakit ini disebut *angina* dan biasanya terjadi kalau penderita melakukan senam aerobik. Bila individu mengalami *angina*, ia biasanya menelan tablet yang mengandung nitroglicerine dan tablet itu akan menyebabkan pembuluh nadi untuk sementara membesar sehingga banyak darah bisa mengalir. Akan tetapi, pemecahan terhadap masalah itu hanya merupakan pemecahan jangka pendek. Di samping membatasi persediaan darah karena pembuluh-pembuluh nadi menyempit, aterosklerosis juga dapat menyebabkan masalah-masalah yang menyangkut persediaan darah dalam tiga cara yang lain. *Pertama*, bila darah mulai berhubungan dengan simpanan kolesterol yang banyak dalam dinding pembuluh nadi, maka darah akan menjadi gumpalan-gumpalan beku.

Gumpalan darah yang beku itu dinamakan *trombus* dan ikut juga menghambat pembuluh nadi. *Kedua*, trombus mungkin pecah dan dialirkan ke pembuluh nadi yang lebih kecil (pembuluh nadi kapiler) di mana ia akan menghambat aliran darah. Bila hal itu terjadi, maka individu yang bersangkutan dikatakan mengalami embolisme dan jaringan-jaringan selanjutnya akan kekurangan darah dan akhirnya mati. *Ketiga*, bila lemak tertimbun, maka pembuluh nadi akan menjadi tebal serta rapuh; dan dengan demikian, kemungkinan besar pembuluh nadi akan pecah. Pembuluh nadi yang pecah itu dinamakan kecelakaan vaskuler (*vascular accidents*). Apabila suatu pembuluh nadi pecah, jaringan-jaringan yang dilayaninya akan mengalami kekurangan darah dan mati.

Di sini akan dibicarakan masalah-masalah yang berhubungan dengan tekanan darah yang berkurang bagi jantung tetapi hal penting yang harus diperhatikan adalah semua jaringan membutuhkan darah supaya bisa hidup; dan dengan demikian, perkembangan aterosklerosis mengandung implikasi-implikasi yang jauh melebihi gangguan jantung. Misalnya, kemacetan trombus, embolisme, atau kecelakaan vaskuler di dalam otak dapat menimbulkan infarksi otak (*celebral infarction*), yakni salah satu bagian dari otak akan mati, atau juga apa yang lebih umum dikenal dengan sebutan *stroke*. Infarksi otak sangat berbahaya karena matinya jaringan di dalam otak dapat menyebabkan kehilangan fungsi-fungsi yang dijalankan oleh jaringan itu. Dan ini dapat berupa kehilangan ingatan yang ringan, kehilangan kontrol otot terhadap aktivitas-aktivitas seperti berjalan atau berbicara, atau kehilangan salah satu fungsi yang sangat penting untuk kehidupan itu sendiri. Setelah diuraikan mengenai pembuluh nadi koroner, dalam uraian yang berikut akan dibicarakan bagaimana faktor fisiologis dan faktor psikologis berinteraksi untuk menghasilkan gangguan itu.

Penyebab. Ada banyak faktor yang menyebabkan gangguan pembuluh nadi koroner (termasuk juga tekanan darah tinggi). Faktor-faktor tersebut adalah genetik, makanan (jumlah lemak yang banyak, kolesterol, trigilcerida, dan garam), karbonmonoksida dari merokok, dan stres. Beberapa dari faktor-faktor ini berhubungan dengan gaya hidup; dan dengan demikian, bersifat psikologis. Akan tetapi, yang sangat diperhatikan adalah pola tingkah laku Tipe A, dan akan diuraikan secara terperinci.

Pada awal tahun 1892, diamati bahwa individu-individu yang memiliki kemungkinan besar mengembangkan penyakit pembuluh nadi koroner adalah "orang-orang yang memiliki jiwa dan raga (badan) yang penuh semangat, ... giat dan ambisius, bertingkah laku seolah-olah" mesinnya berjalan dengan kecepatan penuh" (Osler, 1892). Observasi ini diulangi lagi pada akhir tahun 1950-an ketika dua orang kardiolog memperhatikan bahwa pasien-pasien mereka yang mengalami

serangan jantung cenderung untuk merasa tegang, kompetitif, terlalu memperhatikan prestasi, agresif, bermusuhan, menghabiskan waktunya dalam pekerjaan, dan terdorong oleh perasaan akan waktu yang mendesak (Friedman & Rosenman, 1959, 1974). Mereka menamakan ini sebagai pola tingkah laku Tipe A dan bertentangan dengan pola tingkah laku Tipe B yang lebih santai (relaks), tidak tergesa-gesa, menghadapi kehidupan secara matang, yang tidak dihubungkan dengan perkembangan gangguan pembuluh nadi koroner.

Pemahaman tentang pola tingkah laku Tipe A dapat diperoleh dari pemeriksaan mengenai cara bagaimana tipe tersebut diukur. Salah satunya adalah metode yang dikenal dengan sebutan teknik wawancara yang tersusun (*structured interview*) (Rosenman, 1978). Dalam wawancara, pewawancara menanyakan bermacam-macam tingkah laku yang berhubungan dengan pola Tipe A (misalnya, "Apakah Anda sering melakukan dua hal pada waktu yang bersamaan?", "Apakah Anda makan dan berjalan dengan cepat?", dan "Apakah Anda selalu merasa tergesa-gesa untuk melakukan dan menyelesaikan apa yang harus Anda kerjakan?"). Jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan tersebut membantu dalam mendiagnosis individu dengan pola Tipe A, tetapi hal yang sangat penting adalah cara individu dalam memberikan respons selama wawancara. Jika dibandingkan dengan individu-individu yang berpola Tipe B, maka individu-individu yang berpola Tipe A berbicara dengan penuh semangat, lebih cepat, dan dengan suara yang lebih keras; mereka menjawab lebih cepat dan memberikan jawaban-jawaban lebih singkat dan lebih mengena kepada apa yang ditanyakan. Lagi pula individu-individu Tipe A bersikap lebih waspada, merasa tegang, dan bermusuhan serta selalu berusaha mendorong pewawancara untuk melakukan dengan cepat-cepat, dan kemudian terburu-buru menyelesaikan suatu kalimat bila pewawancara berhenti sejenak (Chesney, *et al.*, 1981).

Pola tingkah laku Tipe A dapat juga diukur dengan sejumlah kuesioner yang menggunakan kertas dan pensil (Glass, 1977; Haynes, *et al.*, 1978). Kuesioner itu terdiri dari butir-butir pernyataan seperti di bawah ini.

Bila menantikan lift, aku:

1. Menantikan dengan tenang sampai lift itu tiba; dan
2. Menekan tombol lagi meskipun tombol sudah ditekan.

Kuesioner ini digunakan secara luas karena sangat cepat dan mudah, tetapi tidak efektif untuk mengadakan diagnosis seperti teknik wawancara yang tersusun.

Hubungan antara pola tingkah laku Tipe A dan penyakit pembuluh nadi koroner diperlihatkan dalam sejumlah penelitian. Salah satu penelitian di mana bermacam-macam faktor yang membahayakan, seperti merokok, tekanan darah, serum kolesterol, kurang melakukan gerak badan (senam), pendidikan, dan kepribadian

mengukur 3.154 orang yang berusia antara 38 sampai 59 tahun (Rosenman, *et al.*, 1975; Rosenman, *et al.*, 1976). Kemudian, orang-orang itu diperiksa lagi sesudah 8½ tahun kemudian dan hasilnya menunjukkan bahwa bila dibandingkan dengan orang-orang yang pada awalnya memperlihatkan pola tingkah laku Tipe B, maka orang-orang yang pada awalnya memperlihatkan pola tingkah laku Tipe A lebih dari dua kali: (1) Mengembangkan penyakit pembuluh nadi koroner (pembuluh nadi terhambat); (2) Mengalami infarksi miokardial; dan (3) Mengalami *angina*. Penting diketahui bahwa ada hubungan antara pola tingkah laku Tipe A dan penyakit pembuluh nadi koroner, meskipun pengaruh-pengaruh dari faktor-faktor yang membahayakan, seperti merokok, tekanan darah, dan makanan telah dikontrol. Hal ini menunjukkan dengan jelas bahwa sesuatu mengenai tingkah laku Tipe A itu sendiri menyebabkan masalah-masalah koroner. Penelitian-penelitian lain yang berskala luas menghasilkan penemuan-penemuan yang sama (Matthews, 1988).

Di samping itu, sejumlah penelitian laboratorium dilakukan di mana individu-individu Tipe A dan Tipe B dibandingkan berkenaan dengan respons-respons dan tingkah laku kardiovaskular bila dihadapkan pada situasi-situasi yang menimbulkan stres atau menantang (Glass, 1977; Holmes, 1983; Houston, 1983; Matthews, 1982). Penelitian-penelitian tersebut menghasilkan dua penemuan yang penting.

Pertama, ditemukan bahwa individu-individu dengan Tipe A memperlihatkan denyut jantung dan tekanan darah yang lebih tinggi dalam situasi-situasi yang menimbulkan stres atau menantang dibandingkan dengan individu-individu ber-Tipe B. Misalnya, dalam salah satu percobaan, para mahasiswa — entah ber-Tipe A atau ber-Tipe B — mengerjakan suatu tugas yang mudah atau sulit sementara tekanan darah mereka dicatat. Tugas itu adalah tes inteligensi, dan dilakukan dengan cara mendengarkan sejumlah tes yang dibacakan dan kemudian mereka berusaha mengulangi kembali apa yang telah dibacakan. Dalam kondisi yang mudah hanya tiga nomor yang harus diingat dan diulangi, tetapi dalam kondisi yang sulit yang harus diingat dan diulangi ada tujuh nomor. Hasilnya menunjukkan bahwa mahasiswa-mahasiswa Tipe A dan Tipe B memperlihatkan tekanan darah sistolik yang sama bila mengerjakan tugas yang mudah tetapi mahasiswa-mahasiswa Tipe A memperlihatkan tekanan darah sistolik yang lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa-mahasiswa Tipe B bila mengerjakan tugas-tugas yang sulit.

Kedua, individu-individu dengan Tipe A menetapkan tujuan-tujuan yang lebih tinggi untuk diri mereka sendiri daripada individu-individu yang ber-Tipe B; dan dengan demikian, mereka memaksa diri mereka sendiri untuk bekerja lebih keras. Misalnya, bila dalam percobaan sebelumnya para mahasiswa itu diminta untuk memilih apakah mereka ingin mengerjakan tugas-tugas yang lebih sulit atau lebih mudah dalam bagian kedua dari percobaan itu. Para mahasiswa dengan Tipe A

memilih tugas yang lebih sulit dibandingkan dengan para mahasiswa ber-Tipe B (Holmes, *et al.*, 1984). Dalam percobaan yang lain di mana individu-individu ber-Tipe A akan berlari dengan sekuat tenaga tanpa menyerah sampai tiba pada batas aktual yang mereka tentukan sendiri dibandingkan dengan individu-individu ber-Tipe B (Carver, *et al.*, 1976).

Kombinasi meningkatnya rangsangan dalam tantangan dan mencari tantangan yang meningkat akan menyebabkan individu-individu Tipe A lebih sering menjadi lebih terangsang dibandingkan dengan individu-individu Tipe B. Hal ini penting karena rangsangan kardiovaskular yang meningkat berhubungan dengan perkembangan penyakit pembuluh nadi koroner.

Pada waktu belakangan para peneliti mengakui bahwa tingkah laku Tipe A terdiri dari sejumlah komponen, seperti semangat kompetitif, waktu yang mendesak, dan permusuhan; dan dengan demikian, penelitian dipusatkan pada peran yang dimainkan oleh masing-masing komponen dari pola Tipe A. Penelitian itu menunjukkan bahwa komponen permusuhan merupakan prediktor yang paling baik terhadap penyakit pembuluh nadi koroner (Barefoot, *et al.*, 1983; Chesney & Rosenman, 1985; MacDougal, *et al.*, 1985; Matthews, *et al.*, 1977; Williams, *et al.*, 1980). Dalam satu penelitian, para peneliti meneliti lagi 255 dokter yang telah mengikuti tes tentang permusuhan 25 tahun sebelumnya pada waktu mereka berada di sekolah kedokteran. Hasilnya menunjukkan bahwa para dokter itu dengan skor-skor permusuhan di atas median hampir lima kali kemungkinan mendapat serangan jantung dibandingkan dengan dokter-dokter dengan skor-skor di bawah median. Hubungan antara permusuhan dengan masalah-masalah kardiovaskular tetap bertahan meskipun bila faktor-faktor lain yang membahayakan, seperti merokok dikontrol.

Permusuhan rupanya merupakan prediktor yang lebih baik terhadap masalah-masalah kardiovaskular dibandingkan dengan pola Tipe A pada umumnya. Hubungan antara permusuhan dengan Tipe A dengan penyakit pembuluh nadi koroner diperlihatkan dalam suatu penelitian terhadap 400 individu yang: (1) Menjalani tes kertas dan pensil tentang permusuhan; (2) Berpartisipasi dalam tes wawancara yang tersusun tentang tingkah laku Tipe A; dan (3) Menjalani tes medis yang luas untuk menentukan sejauh manakah pembuluh-pembuluh nadi mereka mengalami hambatan (Williams, *et al.*, 1980). Hasil-hasil dari penelitian itu memperlihatkan bahwa di antara orang-orang dengan skor permusuhan rendah hanya 48% yang mengalami hambatan pembuluh nadi, sedangkan di antara orang-orang dengan skor permusuhan yang tinggi, 70% mengalami hambatan pembuluh nadi. Para pasien dengan Tipe A memiliki kemungkinan lebih besar mengalami hambatan pembuluh nadi dibandingkan dengan para pasien ber-Tipe B, tetapi hubungan itu

mungkin disebabkan oleh fakta bahwa permusuhan merupakan bagian dari pola Tipe A.

Sekarang ditetapkan bahwa pola tingkah laku Tipe A atau komponen permusuhan dari pola itu berhubungan dengan perkembangan penyakit pembuluh nadi koroner, tetapi harus dijelaskan apa yang menyebabkan hubungan itu ada. Memahami proses adalah penting bila ingin merancang suatu intervensi efektif dan program perawatan. Ada dua penjelasan tentang hubungan antara Tipe A atau permusuhan dan penyakit pembuluh nadi koroner. Penjelasan *pertama* mengemukakan bahwa Tipe A atau permusuhan menyebabkan penyakit pembuluh nadi koroner; dan penjelasan *kedua* mengemukakan bahwa Tipe A atau permusuhan hanya berkorelasi dengan penyakit pembuluh nadi koroner.

Mengatakan bahwa Tipe A atau permusuhan sebagai penyebab penyakit pembuluh nadi koroner didukung oleh fakta karena individu-individu Tipe A memperlihatkan rangsangan yang lebih tinggi dalam stres dan mencari situasi-situasi yang menimbulkan lebih banyak stres dibandingkan dengan individu-individu ber-Tipe B; dengan demikian, pertanyaannya ialah apakah rangsangan yang lebih tinggi dan lebih banyak itu menyebabkan penyakit pembuluh nadi koroner? Ada empat alasan untuk menerima apa yang ditanyakan ini. *Pertama*, ada bukti bahwa rangsangan yang berkenaan dengan stres berhubungan dengan produksi kolesterol. Dalam salah satu penelitian tentang tingkat kolesterol dari para akuntan yang berbadan hukum (*corporate accountants*) dan para akuntan pajak (*tax accountants*) dinilai secara berkala antara bulan Januari dan Juni (Friedman, *et al.*, 1958). Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa akuntan-akuntan berbadan hukum yang berada dalam stres yang agak kronis memperlihatkan tingkat kolesterol yang tetap tinggi, tetapi para akuntan pajak memperlihatkan tingkat kolesterol yang lebih rendah kecuali untuk periode sekitar tanggal 15 April di mana mereka berada dalam stres karena sibuk mengisi formulir-formulir pajak. Juga peningkatan kolesterol diamati pada para mahasiswa selama stres menjalani ujian akhir (Dreyfuss & Czaczkes, 1959).

Kedua, terdapat bukti bahwa katekolamin (misalnya, epinefrin dan norepinefrin) yang tersembunyi dalam aliran darah selama stres menyebabkan pengumpulan partikel-partikel kolesterol (Ardlie, *et al.*, 1966). Dengan kata lain, katekolamin yang ada selama terjadinya stres dapat menyebabkan partikel-partikel kolesterol melekat antara yang satu dengan yang lainnya, dan membentuk gumpalan-gumpalan dalam darah atau pada dinding-dinding pembuluh-pembuluh nadi.

Ketiga, terdapat bukti bahwa denyut jantung yang meningkat (seperti terlihat pada waktu stres) berhubungan dengan penimbunan kolesterol yang lebih cepat pada dinding-dinding pembuluh nadi. Hal ini dibuktikan dalam suatu percobaan di mana denyut jantung dari enam ekor kera dalam suatu kelompok percobaan

secara artifisial diturunkan dengan menghancurkan bagian dari simpul saraf yang mengontrol denyut jantung (Beere, *et al.*, 1984). Delapan kera lain dalam suatu kondisi kontrol, menjalani operasi yang sama tetapi simpul saraf tidak dihancurkan. Sesudah operasi, kera-kera dalam kedua kondisi itu diberi makanan yang mengandung kolesterol yang tinggi selama enam bulan. Pemeriksaan pembuluh-pembuluh nadi koroner kera-kera tersebut, yang dilakukan pada akhir jangka waktu enam bulan memperlihatkan bahwa kera-kera yang denyut jantungnya diturunkan menunjukkan adanya penghambatan pembuluh nadi sebesar 21,6%; sedangkan kera-kera yang denyut jantungnya tidak diturunkan memperlihatkan adanya penghambatan pembuluh nadi sebesar 55,9%. Dengan kata lain, kera-kera dengan denyut jantung lebih rendah mengalami penghambatan pembuluh nadi sebesar 34,3%, kurang ekstensif dibandingkan dengan kera-kera dengan denyut jantung yang lebih tinggi. Denyut jantung yang lebih tinggi menyebabkan terjadinya penghambatan yang semakin besar karena pemutaran yang singkat dari aliran darah yang terjadi antara setiap denyut jantung memberi peluang kepada kolesterol untuk melekat pada dinding-dinding pembuluh nadi. Semakin banyak denyut jantung menyebabkan semakin banyak juga pemutaran aliran darah, yang kemudian menyebabkan semakin banyaknya penimbunan kolesterol pada dinding-dinding pembuluh nadi.

Keempat, tekanan darah tinggi yang berhubungan dengan rangsangan yang tinggi menimbulkan luka-luka kecil pada dinding-dinding pembuluh nadi, dan kolesterol mungkin tertahan pada luka-luka itu, dengan demikian menambah penimbunan yang menyebabkan terjadinya penghambatan.

Dari apa yang dikemukakan di atas dapat disimpulkan bahwa individu-individu dengan Tipe A atau yang bermusuhan mengalami rangsangan yang lebih tinggi, dan tingkat rangsangan yang tinggi itu menyebabkan terjadinya perkembangan penyakit pembuluh nadi koroner karena tingkat rangsangan yang tinggi itu: (1) meningkatkan produksi kolesterol, (2) meningkatkan penggumpalan partikel-partikel kolesterol, (3) meningkatkan peluang kolesterol melekat pada dinding-dinding pembuluh nadi, dan (4) meningkatkan perkembangan luka-luka kecil pada pembuluh nadi tempat kolesterol itu melekat. Penemuan-penemuan ini menunjukkan bahwa rangsangan merupakan faktor yang menghubungkan tingkah laku Tipe A atau permusuhan dengan penyakit pembuluh nadi koroner dalam suatu rangkaian kausal.

Penjelasan kedua untuk hubungan antara tingkah laku Tipe A atau permusuhan dan penyakit pembuluh nadi koroner ialah tingkah laku dan penyakit disebabkan oleh faktor ketiga, yakni tingkat katekolamin yang tinggi yang mungkin ditentukan secara genetik. Dengan demikian, tingkah laku dan penyakit hanya berkorelasi antara satu dengan yang lainnya. Gagasannya adalah: (1) Beberapa individu dipre-

disposisikan secara genetik untuk menimbulkan peningkatan sirkulasi katekolamin; (2) Katekolamin menyebabkan peningkatan rangsangan fisiologis; dan (3) Rangsangan yang tinggi menghasilkan tingkah laku Tipe A atau permusuhan dan penyakit pembuluh nadi koroner.

Gagasan bahwa genetika memainkan peranan yang penting didukung oleh dua penemuan. *Pertama*, terdapat bukti bahwa tidak seluruh melainkan hanya beberapa komponen saja dari pola tingkah laku Tipe A yang diwariskan (Horn, *et al.*, 1976; Matthews & Krantz, 1976; Rahe, *et al.*, 1978; Rosenman, *et al.*, 1976). Misalnya, ketika 93 pasang kembar identik atau monozigot (MZ) yang berusia setengah baya dan 97 pasang kembar bersaudara atau dizygot (DZ) yang juga berusia setengah baya diberikan bermacam-macam pengukuran kepribadian, ditemukan bahwa sifat-sifat seperti tingkat aktivitas, impulsivitas, dominansi, dan agresi memperlihatkan bukti diwariskan (Rahe, *et al.*, 1978). Banyak sifat ini yang terkait secara genetik berhubungan dengan pola tingkah laku Tipe A dan permusuhan.

Kedua, terdapat bukti bahwa faktor-faktor genetik memainkan peranan yang penting dalam menentukan suatu respons kardiovaskular individu terhadap stres (Carmelli, *et al.*, 1985; Carroll, *et al.*, 1985; McIlhany, *et al.*, 1975; Rose, *et al.*, 1982; Smith, *et al.*, 1987; Rose, *et al.*, 1986). Dalam penelitian-penelitian ini, tekanan darah dari saudara-saudara kembar identik (MZ) dan saudara-saudara kembar bersaudara (DZ) diukur pada waktu mereka dihadapkan pada kondisi stres (misalnya mereka mengikuti tes inteligensi dan membenamkan tangan mereka pada air yang membeku). Hasilnya menunjukkan bahwa para anggota pasangan kembar identik (MZ) memperlihatkan kesamaan yang lebih besar dalam respons-respons tekanan darah terhadap hal-hal yang menimbulkan stres dibandingkan dengan para anggota pasangan kembar bersaudara (DZ) dan diperkirakan sebanyak 50% variabilitas respons-respons tekanan darah terhadap stres disebabkan oleh faktor-faktor genetik.

Sebagai ringkasan apa yang dikemukakan di atas adalah adanya bukti bahwa faktor-faktor genetik ikut menyebabkan permusuhan dan responsivitas kardiovaskular. Permusuhan dan responsivitas kardiovaskular menyebabkan terjadinya masalah-masalah kardiovaskular. Akan tetapi, ada kemungkinan juga bahwa individu-individu yang bermusuhan atau kompetitif memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk memasuki situasi-situasi yang menimbulkan stres dan rangsangan tambahan serta masalah-masalah kardiovaskular. Pada umumnya, dapat dikatakan bahwa hubungan antara faktor-faktor kepribadian dan gangguan-gangguan kardiovaskular mungkin disebabkan oleh pengaruh kepribadian (Tipe A dan permusuhan) pada rangsangan yang kemudian menyebabkan terjadinya masalah-masalah

kardiovaskular, juga disebabkan oleh faktor-faktor genetik yang menyebabkan permusuhan dan rangsangan kardiovaskular yang kemudian menyebabkan penyakit pembuluh nadi koroner.

Tekanan Darah Tinggi atau Hipertensi (Hypertension)

Penyakit kardiovaskular yang lain ialah tekanan darah tinggi. Emosi-emosi yang kuat dan kecemasan-kecemasan yang hebat dan berkelanjutan menjelma menjadi reaksi somatik yang langsung mengenai sistem peredaran darah sehingga mempengaruhi detak jantung dan peredaran darah. Percobaan-percobaan menunjukkan bahwa ketakutan, kecemasan, dan kemarahan atau agresi selalu cenderung meningkatkan tekanan darah dan mempercepat detak jantung yang normal.

Ada dua macam tekanan darah tinggi, yakni tekanan darah tinggi esensial yang sering disebut juga sebagai tekanan darah tinggi primer dan tekanan darah tinggi sekunder. Tekanan darah tinggi esensial adalah tekanan darah tinggi yang kronis dan tetap bertahan (dan tidak pernah turun-turun) dan penyebab fisiknya tidak ditemukan; dan dengan demikian, diasumsikan bahwa tekanan darah tinggi itu disebabkan oleh faktor-faktor psikologis. Faktor-faktor psikologis yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi ini menjelaskan bahwa individu yang kelihatan di luarnya ramah dan dapat mengendalikan diri adalah seorang yang memendam agresi dan kecemasan yang kuat. Kecemasan itu diperkuat oleh ketakutan penderita akan akibat-akibatnya kalau ia mengungkapkan agresinya, maka konflik akan semakin berkepanjangan. Meskipun tekanan darah tinggi itu umum terjadi pada orang-orang yang lebih tua, tetapi kadang-kadang anak-anak juga bisa terkena tekanan darah tinggi. Orang-orang yang terkena tekanan darah tinggi tersebut bereaksi sangat berlebihan dalam sistem peredaran darah mereka terhadap stimulus-stimulus yang biasa. Sebagai akibat dari kepekaan ini, urat-urat nadi dan pembuluh-pembuluh nadi kecil mengerut sangat kuat dan kemudian mengadakan respons terhadap tekanan darah yang bertambah kuat itu dengan mengeluarkan angiotamin, zat yang menyempitkan pembuluh-pembuluh nadi dan menggiatkan kerja jantung; dan dengan demikian, meningkatkan tekanan darah.

Jika tegangan-tegangan emosional berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan sifatnya kronis serta tidak bisa direduksikan dengan jalan penyesuaian diri dan mekanisme lain yang efektif, maka pasti menyebabkan timbulnya penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan penyakit jasmaniah yang sangat berbahaya karena menimbulkan pendarahan otak atau ketegangan yang berlebihan pada jantung yang bisa mengakibatkan kematian.

Sebaliknya, tekanan darah tinggi sekunder adalah tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh faktor-faktor fisiologis yang diketahui, seperti pemakaian garam

yang berlebihan pada makanan, kerusakan pada ginjal atau aterosklerosis. Disebut "sekunder" karena tekanan darah tinggi itu adalah akibat samping dari gangguan fisik yang lain. Dalam bagian ini perhatian dipusatkan pada tekanan darah tinggi esensial.

Tekanan darah tinggi itu adalah suatu gangguan yang meluas dan cukup berat. Diperkirakan bahwa 1 dari 6 orang dewasa mengalami tekanan darah tinggi dan 90% dari orang-orang itu menderita tekanan darah tinggi esensial (Holmes, 1991). Banyak orang tidak menyadari bahwa mereka menderita tekanan darah tinggi karena tidak mengalami simtom-simtom yang kelihatan. Berkenaan dengan bahayanya, tekanan darah tinggi terbukti dapat menyebabkan penyakit pembuluh nadi koroner, kecelakaan pembuluh darah dan gangguan pada ginjal.

Ada dua macam tekanan darah, yakni tekanan darah sistolik (*systolic blood pressure*) dan tekanan darah diastolik (*diastolic blood pressure*). Tekanan darah sistolik adalah tekanan darah yang tingkatnya tinggi dan terjadi segera sesudah jantung berdenyut ketika darah dipaksa melalui sistem. Sebaliknya, tekanan darah diastolik adalah tekanan darah yang tingkatnya rendah dan terjadi segera sebelum jantung berdenyut. Tekanan darah diukur menurut tingginya kolom air raksa yang ditunjang oleh tekanan darah itu. Tekanan darah sistolik yang normal adalah tekanan darah yang tingginya 120 milimeter air raksa. Bila kita berbicara mengenai tekanan darah, kita memberi tekanan darah sistolik yang pertama dan kemudian tekanan darah diastolik, dan kita berkata bahwa seseorang individu memiliki tekanan darah, misalnya 120/80. Meskipun ukuran 120/80 dianggap "normal", tetapi tekanan darah sangat berbeda-beda. Para wanita umumnya memiliki tekanan darah yang lebih rendah, dan orang-orang yang lebih tua memiliki tekanan darah yang lebih tinggi, dan tekanan darah setiap individu bisa turun naik sepanjang hari tergantung pada bermacam-macam faktor.

Individu-individu biasanya didiagnosis sebagai orang yang menderita tekanan darah tinggi apabila mereka memiliki tekanan darah 140/90 atau lebih tinggi lagi (Pickering, 1968). Akan tetapi, kedua tekanan darah itu tidak harus tinggi jika ada suatu masalah dan tidak ada kesepakatan apakah tingginya tekanan darah sistolik atau diastolik adalah lebih penting. Perlu diketahui bahwa beberapa orang menderita tekanan darah rendah (hipotensi atau *hypotension*). Tekanan darah rendah bukan suatu masalah yang berat tetapi dapat menyebabkan individu merasa tiba-tiba pusing kalau langsung bangkit berdiri dari kursi atau dari tempat tidur karena dalam waktu yang singkat tekanan tidak mencukupi bagi darah untuk mencapai otak.

Perkembangan dari tekanan darah esensial berlangsung dalam dua tahap. *Pertama*, stres menyebabkan tekanan darah untuk sementara meningkat. *Kedua*, tekanan darah yang meningkat itu menyebabkan pembuluh nadi membesar, dan

membesarnya pembuluh-pembuluh nadi itu dapat ditemukan oleh seperangkat sensor yang disebut baroreseptor (*baroreceptors*) yang kemudian mengirim sinyal-sinyal ke sistem saraf sentral untuk mereduksikan tekanan darah. Terutama pembuluh-pembuluh darah periferi (pinggir) diperbesar, denyut jantung dikurangi, dan kekuatan kontraksi jantung dikurangi; semuanya berfungsi untuk mereduksikan tekanan. Akan tetapi, apabila tekanan tetap tinggi untuk jangka waktu yang lama, maka baroreseptor akan menyesuaikan diri dengan tekanan yang tinggi itu dan memberi sinyal kepada sistem saraf sentral hanya apabila tekanan bertambah tinggi. Dengan kata lain, sesudah tekanan bertambah tinggi, maka baroreseptor berfungsi lagi, dan tekanan yang tinggi menjadi ukuran.

Penyebab. Faktor-faktor psikologis — terutama stres sosial dan okupasioal — dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Hal ini didukung oleh fakta penelitian tentang para pengontrol lalu lintas udara di mana para pengontrol lalu lintas udara yang bekerja di menara-menara yang sangat sibuk dibandingkan dengan mereka yang bekerja di menara-menara yang kurang sibuk. Para pengontrol yang bekerja di menara-menara yang sangat sibuk mengalami tekanan darah tinggi dua kali lebih besar dibandingkan dengan yang bekerja di menara-menara yang kurang sibuk (Cobb & Rose, 1973).

Pendekatan lain mengemukakan bahwa tekanan darah tinggi itu terjadi bukan disebabkan oleh stimulus-stimulus lingkungan, melainkan oleh pola-pola tingkah laku. Teori psikosomatik awal mengemukakan bahwa tekanan darah tinggi esensial disebabkan oleh kemarahan yang selalu ditekan dan banyak bukti mendukung pernyataan ini. Misalnya, dalam suatu penelitian terhadap 10.000 pria Israel dilaporkan bahwa mereka yang selalu merenung (memikirkan sesuatu), mengendalikan diri sendiri, dan tidak mau membicarakan konflik-konflik apabila mereka marah, akan mengalami tekanan darah tinggi dua kali lebih banyak dibandingkan dengan orang-orang yang bisa mengungkapkan kemarahan mereka (Kahn, *et al.*, 1972). Penelitian lain (Dimsdale, *et al.*, 1986; Gentry, *et al.*, 1986) tetap mendukung hipotesis bahwa kebiasaan yang terus-menerus menekan kemarahan akan mengalami tekanan darah tinggi. Kemarahan juga dilihat sebagai prediktor tekanan darah tinggi dalam penelitian terhadap para wanita (Markovitz, *et al.*, 1991).

Sedangkan pendekatan lain mengemukakan bahwa faktor-faktor psikologis — terutama pola tingkah laku Tipe A dan permusuhan — memainkan peranan yang penting dalam perkembangan tekanan darah tinggi esensial karena faktor-faktor tersebut sering kali menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah dan berlangsung dalam jangka waktu lebih lama (Holmes, 1991).

Perawatan (dan Pencegahan)

Seorang individu yang pembuluh nadi koronernya terhambat mungkin harus menjalani operasi yang dinamakan operasi lintas koroner (*coronary bypass surgery*) yang dilakukan dengan cara membuang pembuluh nadi yang terhambat sehingga darah bisa mengalir dengan lancar sampai ke jantung. Operasi lain yang sering dilakukan ialah mengambil pipa kecil yang lentur dan ujungnya dipasang pada balon yang dapat dipompa dan dipasang pada pembuluh nadi yang terhambat itu. Dengan demikian, bahan lemak yang menghambat pembuluh nadi itu dipaksa berpindah ke samping pembuluh nadi dan membuat jalan dalam pembuluh nadi itu menjadi lebih besar. Operasi ini disebut *angioplasty*.

Bermacam-macam obat digunakan juga untuk merawat penyakit kardiovaskular. Salah satu obat yang sering digunakan adalah diuretik. Obat diuretik mengurangi banyak cairan dalam tubuh dan apabila kadar cairan itu berkurang, maka tekanan dalam sistem kardiovaskular akan semakin berkurang. Tekanan darah tinggi juga dirawat dengan obat yang disebut vasodilator yang menyebabkan pembuluh darah membesar dan membuat ruang lebih besar dalam sistem; dan dengan demikian, dapat mereduksikan tekanan.

Tekanan dalam sistem kardiovaskular dapat juga direduksikan dengan obat yang disebut *beta blocker* yang mereduksikan denyut jantung (misalnya propranolol dengan merek dagangnya disebut inderol). Apabila denyut jantung berkurang, maka kebutuhan jantung akan oksigen juga berkurang; dan dengan demikian, kemungkinan untuk serangan jantung juga berkurang. Obat ini disebut *beta blocker* karena dapat merintangi transmisi sinaptik kepada apa yang disebut beta reseptor pada sinapsis-sinapsis dari sistem saraf simpatik.

Akhirnya, sejumlah obat telah dikembangkan dan efektif untuk mengurangi 60% kolesterol yang tertimbun pada pembuluh-pembuluh nadi, dan dengan demikian dalam beberapa kasus, aterosklerosis dapat diatasi dengan obat-obatan dan bukan dengan operasi.

Operasi dan obat-obatan dapat efektif untuk merawat masalah-masalah yang ada, tetapi jika langkah-langkah preventif yang tepat tidak diambil, maka masalah-masalah itu akan muncul lagi (kambuh). Sudah sering terjadi bahwa para penderita datang untuk operasi *angioplasty* yang kedua atau yang ketiga atau operasi lintas koroner (*coronary bypass surgery*) yang kedua. Dengan demikian, hal yang paling penting adalah upaya pencegahan. Pencegahan biasanya dipusatkan pada dua faktor, yakni makanan dan stres. *Pertama*, diusahakan untuk mengubah menu makanan seseorang supaya lemak-lemak berkurang, dengan demikian dapat mengurangi kolesterol dan aterosklerosis. *Kedua*, diusahakan untuk mengajar individu bagaimana caranya mengontrol dan mereduksikan stres dalam kehidupannya karena

stres merupakan faktor utama yang bisa menyebabkan penyakit kardiovaskular. Ada tiga strategi yang digunakan untuk mengurangi stres, yakni: (1) latihan biofeedback (*biofeedback training*); dan (2) senam aerobik dan kebugaran jasmani (*aerobic exercise and physical fitness*).

Latihan Biofeedback (*biofeedback training*). Respons-respons otonom dari sistem saraf pinggir (periferi) pada umumnya tidak bisa dikontrol, dan itulah sebabnya mengapa sulit sekali mengontrol respons fisiologis terhadap stres. Misalnya, Anda tidak bisa dengan sengaja mereduksikan denyut jantung atau tekanan darah Anda pada waktu Anda mengalami stres. Akan tetapi, beberapa tahun lalu dikemukakan bahwa ketidakmampuan untuk mengontrol respons-respons otonom disebabkan karena orang tidak memiliki peluang-peluang yang cukup untuk mempelajari pengendalian itu. *Feedback* terhadap performansi (*performance*) merupakan hal yang penting untuk belajar (misalnya Anda tidak dapat belajar mengurangi tekanan darah Anda jika Anda tidak mengetahui kapan tekanan darah Anda itu naik dan turun); dan dengan demikian, kita tidak dapat mengontrol respons-respons otonom karena biasanya kita tidak memperoleh *feedback* yang cukup tentang respons-respons tersebut. Pandangan tersebut ditambah dengan perlengkapan elektronik yang dapat memberikan individu-individu *feedback* yang cepat terhadap perubahan-perubahan dalam respons-respons otonom mereka, menghasilkan perkembangan prosedur-prosedur latihan *biofeedback* di mana subjek-subjek memperoleh *feedback* terhadap respons-respons otonom mereka dan kemudian belajar bagaimana cara untuk mengontrolnya.

Biofeedback terhadap tekanan darah diperkenalkan secara luas sebagai perawatan yang efektif untuk tekanan darah tinggi dan sejumlah peneliti melaporkan bahwa para pasien yang menderita tekanan darah tinggi dan yang menerima *feedback* memperlihatkan tekanan darah mereka turun sebesar 26 milimeter. Mereka juga melaporkan bahwa sesudah dilakukan latihan *biofeedback*, individu-individu tersebut dapat mempertahankan tekanan darah normal tanpa menggunakan obat. Tetapi dalam banyak penelitian, perubahan-perubahan dalam tekanan darah para pasien yang mendapat latihan *biofeedback* tidak dibandingkan dengan perubahan-perubahan yang terjadi dalam diri pasien-pasien yang tidak mendapat perawatan (tidak ada kontrol terhadap perawatan); dan dengan demikian, kita tidak dapat mengetahui apakah latihan *biofeedback* itu benar-benar efektif. Untuk memperbaiki masalah tersebut, sejumlah percobaan dilakukan di mana beberapa pasien mendapat latihan *biofeedback* tekanan darah sedangkan orang-orang lain hanya duduk dengan tenang untuk jangka waktu yang lama. Hasilnya sangat mengejutkan karena hasil dari percobaan itu memperlihatkan bahwa latihan *biofeedback* tidak lagi efektif dibandingkan duduk dengan tenang (Holmes, 1981). Dengan demikian, meskipun

latihan *biofeedback* dipraktekkan secara luas tetapi tidak ada bukti yang bisa diandalkan bahwa latihan *biofeedback* adalah efektif dalam merawat tekanan darah tinggi.

Senam Aerobik dan Kebugaran Jasmani. Sampai sekitar tahun 1970, istirahat dianjurkan untuk orang-orang yang mengalami serangan jantung. Hal ini bertolak dari pandangan bahwa jantung lemah dan tidak boleh terlalu tegang. Akan tetapi, sekarang pada umumnya diterima bahwa senam aerobik dapat membantu dalam usaha merawat dan mencegah gangguan-gangguan jantung dengan berbagai cara (senam aerobik meliputi lari pelan-pelan dan teratur, berenang, bersepeda, dan lain-lainnya yang meningkatkan denyut jantung sampai 70% dari yang maksimum untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 20 menit. Denyut jantung individu ditentukan dengan 220 dikurangi jumlah usianya). Misalnya, senam aerobik dapat mereduksikan penimbunan kolesterol dalam pembuluh nadi. Hal itu terjadi karena ada dua macam kolesterol, yakni kolesterol "buruk" dan kolesterol "baik". Kolesterol "buruk" yang dikenal dengan sebutan *LDL* (kepadatan lipoprotein rendah) diperoleh dari makanan yang mengandung lemak dan tertimbun dalam pembuluh-pembuluh nadi. Kolesterol "baik" yang dikenal dengan sebutan *HDL* (kepadatan lipoprotein tinggi) diperoleh pada waktu kita mengadakan gerak badan dan menghanyutkan *LDL* sebelum tertimbun. Dengan kata lain, dengan melakukan gerak badan, kita meningkatkan produksi *HDL* yang mampu mereduksikan penimbunan *LDL*.

Senam aerobik juga berfungsi untuk memperbesar dan memperkuat jantung sehingga jantung dapat memompa lebih banyak darah secara lebih efisien (yakni volume darah yang dipompa untuk setiap denyutan meningkat). Efisiensi jantung meningkat berarti jantung akan bekerja kurang keras (denyutannya lebih lambat dan membutuhkan hanya sedikit oksigen) baik dalam kondisi-kondisi yang normal maupun dalam kondisi-kondisi stres.

Hubungan antara kebugaran aerobik (*aerobic fitness*) dan respons-respons kardiovaskular yang bertambah baik selama stres diperlihatkan dalam sejumlah penelitian. Misalnya, dalam salah satu penelitian, denyut jantung dari tekanan darah para mahasiswa diukur selama mereka beristirahat dan selama mereka mengerjakan suatu tugas intelektual yang bisa menimbulkan stres (McGilliey & Holmes, 1988). Hasilnya menunjukkan bahwa selama stres mahasiswa-mahasiswa yang melakukan aktivitas aerobik dengan baik memiliki denyut jantung yang jumlahnya 29 denyutan setiap menit lebih rendah daripada mahasiswa-mahasiswa yang kurang sehat. Selama stres mahasiswa-mahasiswa yang lebih sehat juga memiliki tekanan darah sistolik yang rata-rata 13,8 milimeter lebih rendah daripada mahasiswa-mahasiswa yang kurang sehat.

Program-program senam aerobik juga diperlihatkan lebih efektif untuk rehabilitasi fisiologis dan psikologis bagi individu-individu sesudah mengalami serangan jantung atau operasi lintas (*bypass surgery*). Salah satu percobaan memperlihatkan bahwa bila dibandingkan dengan para pasien yang mendapat perawatan medis secara rutin, maka pasien-pasien yang mengikuti program senam aerobik memperlihatkan fungsi kardiovaskular yang lebih rendah (denyut jantung dan tekanan darah lebih rendah, dan performansi lebih baik pada jentera, *self-concept* yang lebih baik, stres yang berhubungan dengan pekerjaan berkurang, dan aktivitas seksual menjadi lebih besar (Roviaro, *et al.*, 1984). Akan tetapi sayang, ketika para pasien itu diperiksa lagi 7 tahun kemudian, ternyata para pasien yang menjalani pengobatan medis secara rutin melakukan lebih baik (misalnya, kurang mengalami depresi, dapat berlari lebih jauh pada jentera) dibandingkan dengan para pasien yang berada dalam kondisi senam aerobik (McGille, *et al.*, 1989). Masalahnya ialah pasien-pasien dalam kondisi senam aerobik berpikir bahwa mereka sudah sembuh ketika program senam aerobik itu berakhir. Oleh karena itu, mereka berhenti melakukan aktivitas senam aerobik, tetapi pasien-pasien yang mendapat pengobatan medis secara teratur masih memperhatikan kondisi diri mereka sendiri. Dengan demikian, mereka mulai lagi secara perlahan-lahan meningkatkan jumlah latihan senam aerobik; dan senam aerobik itu membawa perbaikan khususnya kesehatan fisik dan psikologis mereka. Jelas bahwa senam aerobik harus menjadi bagian dari suatu perubahan gaya hidup, dan bukan hanya suatu perawatan yang sifatnya sementara.

Latihan Menangani Stres. Tujuan dari program perawatan ini adalah untuk menghindari permusuhan atau mereduksikan rangsangan yang menyertainya. Program-program ini meliputi bermacam-macam strategi termasuk mengajar individu-individu untuk: (1) Memperbaiki komunikasi sehingga permusuhan dapat dijaui; (2) Mengungkapkan perasaan-perasaan individu sehingga tegangan dapat direduksikan; (3) Menggunakan strategi-strategi untuk mencapai tujuan-tujuan yang tidak memerlukan rangsangan yang lama; (4) Menetapkan hadiah-hadiah untuk prestasi-prestasi yang tidak memerlukan tingkah laku-tingkah laku yang menyibukkan diri; dan (5) Menggunakan latihan-latihan relaksasi (*relaxation*) otot yang progresif untuk mereduksikan rangsangan (Roskies & Avard, 1982; Roskies, *et al.*, 1978; Suinn, 1980).

Penemuan-penemuan pendahuluan tentang pengaruh-pengaruh dari pendekatan ini memberi harapan, tetapi dalam kebanyakan kasus, pengaruh-pengaruh jangka lama pada individu-individu yang mengalami gangguan kardiovaskular masih harus dibuktikan. Supaya secara maksimal efektif dalam mencegah perkembangan gangguan-gangguan kardiovaskular, program ini mungkin harus dimulai sejak dini

karena ada yang menunjukkan bahwa proses aterosklerosis mulai pada masa kanak-kanak (McNamara, *et al.*, 1971). Akhirnya, karena sulit mengubah sejumlah karakter tertentu dari kepribadian, maka suatu perawatan dan masalah-masalah pencegahan dipusatkan hanya pada mengajar individu-individu bagaimana caranya menjauhi atau mengontrol stres-stres khusus yang bisa menimbulkan masalah-masalah kardiovaskular (Roskies, 1980).

Sakit Kepala

Sakit kepala merupakan salah satu penyebab yang menimbulkan rasa sakit. Sakit kepala dapat disebabkan oleh faktor-faktor emosional (tegangan-tegangan emosi). Sakit kepala yang disebabkan oleh tegangan-tegangan emosi ini dapat disebabkan oleh gangguan-gangguan kardiovaskular (pembuluh nadi jantung) yang menyebabkan meningkatnya tekanan intrakranial (tekanan pada tengkorak). Ini sering dijumpai sebagai gejala sekunder tekanan darah tinggi esensial. Dalam uraian ini, perhatian akan dipusatkan pada migrain dan tegangan otot (*muscle tension*) karena kedua macam gangguan ini sering menimbulkan masalah-masalah yang sangat berat.

Sakit Kepala Migrain

Sakit kepala migrain menimbulkan rasa sakit yang hebat dan benar-benar dapat melumpuhkan individu. Beberapa pasien menggambarkan rasa sakit seperti balok panas yang sedang melintasi otak. Ada dua macam sakit kepala migrain, yakni *tipe klasik* dan *tipe biasa*. Tipe klasik terdiri dari dua tahap, yakni tahap pertama yang mulai kira-kira 30 menit sebelum mulai sakit kepala yang sebenarnya dan simtom-simtomnya menyangkut gangguan-gangguan penglihatan (misalnya, cahaya kelap-kelip, tidak dapat melihat dengan jelas), pusing dan kadang-kadang sakit perut. Simtom-simtom ini disebut disebut simtom-simtom prodromal (*prodromal symptoms*; prodromal berarti "berjalan sebelum") dan simtom-simtom ini menjadi peringatan bahwa sakit kepala kira-kira akan mulai. Sakit kepala mulai pada tahap kedua dan pada awalnya rasa sakit berupa rasa sakit berdenyut yang biasanya terjadi pada sisi dari bagian sebelah kepala atau pada tulang di belakang kepala (oksipital). Di samping rasa sakit itu individu biasanya merasa mual, muntah, sangat peka terhadap cahaya, dan merasa sangat senang kalau berada dalam kegelapan dan tempat yang dingin. Ketika berlangsung dalam jangka waktu yang lama, rasa sakit berubah dari rasa denyut-denyut menjadi rasa sakit yang terus-menerus. Rasa sakit kepala itu berlangsung selama beberapa jam dan biasanya kurang dari 24 jam.

Migrain tipe biasa tidak didahului oleh simtom-simtom prodromal, dan rasa sakit itu biasanya umum atau menyeluruh dan tidak hanya terbatas pada salah satu bagian kepala. Akan tetapi, migrain tipe biasa ini melibatkan juga simtom-simtom yang lain (seperti merasa mual, peka terhadap cahaya) dan perasaan sakitnya sama dengan tipe klasik.

Penyebab. Simtom-simtom prodromal dari migrain klasik disebabkan oleh penyempitan yang sangat hebat pada pembuluh-pembuluh nadi kranial (pembuluh-pembuluh nadi yang mengalirkan darah ke kepala). Penyempitan membatasi persediaan darah dan hal itu menyebabkan simtom-simtom. Ketika proses berlangsung, pembuluh-pembuluh nadi kranial berubah dari keadaan menyempit menjadi keadaan membesar. Ketika pembuluh-pembuluh nadi itu membesar, mereka menekan saraf-saraf di sekitarnya yang peka akan rasa sakit dan tekanan tersebut menyebabkan rasa sakit pada kepala. Rasa sakit yang berdenyut-denyut itu disebabkan oleh getaran hidrolis dari darah melalui pembuluh-pembuluh nadi yang membesar itu. Ketika serangan berlangsung terus, pembuluh-pembuluh nadi yang sudah membesar itu meradang dan menjadi kaku, dan dengan demikian rasa sakit yang berdenyut-denyut menjadi rasa sakit yang berlangsung terus-menerus.

Kita mengetahui bahwa rasa sakit migrain disebabkan karena pembuluh-pembuluh nadi kranial itu membesar tetapi kita belum memahami dengan jelas faktor-faktor yang membuat pembuluh-pembuluh nadi itu membesar. Akan tetapi, kelihatannya faktor-faktor genetik berperan dalam individu-individu yang berpredisposisi terhadap sakit kepala migrain dan hubungan genetik itu lebih kuat pada kaum wanita. Juga kelihatan bahwa estrogen ada hubungannya dengan sakit kepala migrain karena kejadian migrain pada wanita segera berhenti sesudah menopause dan sakit kepala migrain pada wanita akan timbul kalau ia mengambil tambahan estrogen tetapi kemudian segera berhenti ketika tambahan estrogen itu berkurang.

Dari segi pandangan psikodinamik, umumnya orang menerima bahwa sakit kepala migrain disebabkan oleh tegangan atau stres akibat frustrasi yang berkepanjangan. Akan tetapi, pengaruh dari tegangan atau stres itu belum dapat dibuktikan (Holmes, 1991).

Perawatan. Perawatan medis untuk migrain adalah dengan menggunakan obat-obat stimulan seperti ergotamin tartarat dan kafeina. Obat-obat stimulan adalah efektif untuk mereduksikan rasa sakit karena obat-obatan tersebut menyebabkan pembuluh-pembuluh nadi yang membesar menjadi menyempit; dan dengan demikian, mereduksikan tekanan pada saraf-saraf di sekitarnya yang peka akan rasa sakit. Tetapi supaya efektif, obat-obat stimulan harus digunakan dalam tahap awal sakit kepala sebelum pembuluh-pembuluh nadi yang membesar itu menjadi keras dan kaku. Apabila usaha untuk menyempitkan pembuluh-pembuluh nadi itu di-

adakan setelah pembuluh-pembuluh nadi itu mengeras, maka perawatan tersebut tidak akan efektif dan individu akan menderita rasa sakit sampai sakit kepala itu berhenti dengan sendirinya.

Salah satu perawatan psikologis yang diperkenalkan secara luas terhadap sakit kepala migrain adalah apa yang dinamakan dengan *finger temperature biofeedback*, suatu perawatan yang dikembangkan secara kebetulan (Holmes, 1991). Menurut cerita, seorang wanita ikut berpartisipasi dalam suatu percobaan yang dirancang untuk menentukan apakah aliran darah yang meningkat ke tangan-tangan dapat dicapai dengan mengulangi ucapan yang berbunyi "Darah mengalir ke tangan-tanganku dan tangan-tanganku menjadi lebih hangat." Untuk mengukur perubahan-perubahan dalam aliran darah, suatu alat pengukur kepekaan terhadap suhu dipasang pada jarinya dan yang lain lagi pada dahinya. Suhu digunakan sebagai pengukuran secara tidak langsung terhadap aliran darah karena aliran darah yang meningkat ke suatu tempat akan mengakibatkan panas bertambah besar di sana. Misalnya, tangan-tangan Anda menjadi dingin bila Anda merasa tegang karena pembuluh-pembuluh darah periferi Anda menyempit dan mengurangi aliran darah ke tangan-tangan Anda. Selama sesi-sesi latihan, wanita tersebut disuruh mengamati alat pengatur suhu; dan dengan berbuat demikian ia mendapat *feedback* mengenai bagaimana baiknya ia melakukan itu. Pada suatu hari sebelum ia memulai salah satu sesi penelitiannya, wanita itu menyadari bahwa ia rupanya mengalami migrain. Akan tetapi, daripada berdiam diri di rumah, ia pergi ke sesi itu di mana ia mempraktekkan prosedur menghangatkan tangan, dan ia kaget karena ia tidak mengalami migrain. Ia menjelaskan hal itu kepada peneliti yang kemudian berpendapat bahwa dengan meningkatkan aliran darah ke tangan, wanita itu telah mengurangi aliran darah ke pembuluh-pembuluh nadi kranial. Selanjutnya ia berpendapat bahwa karena aliran darah berkurang ke pembuluh-pembuluh nadi kranial, maka pembuluh-pembuluh nadi itu mungkin kurang membesar dan migrain itu hilang. Kemudian disusul oleh sejumlah penelitian terhadap kasus lain yang menghubungkan *biofeedback* suhu jari tangan dengan menghilangnya sakit kepala migrain, dan hampir sepanjang malam *biofeedback* suhu menjadi upaya perawatan yang laris untuk sakit kepala migrain. Gagasannya adalah "hangatkan tangan-tangan Anda dan dinginkan kepala Anda" untuk menghindari migrain. Akan tetapi sayang, penelitian yang terkontrol berikutnya tidak menunjang kemanjuran dari *biofeedback* untuk merawat sakit kepala migrain (Holmes, 1981; Holmes & Burish, 1984). Misalnya, dalam salah satu percobaan, kepada subjek-subjek diberikan baik *biofeedback* yang benar maupun *biofeedback* yang salah yang tidak menunjukkan secara akurat suhu-suhu kulit (Mullinix, et al., 1978). Hasilnya menunjukkan bahwa subjek-subjek dalam kondisi *biofeedback* yang benar mampu meningkatkan suhu

jari tangan mereka tetapi mereka tidak memperlihatkan bahwa sakit kepala mereka berkurang dibandingkan dengan subjek-subjek yang mendapat *biofeed-back* yang salah. Juga ditemukan bahwa sejauh mana sakit kepala benar-benar sembuh atau tidak sembuh tidak berhubungan dengan sejauh mana pasien-pasien itu benar-benar meningkatkan atau tidak meningkatkan suhu jari tangan mereka. Dengan kata lain, kontrol terhadap suhu jari tangan (aliran darah) tidak ada kaitannya dengan aktivitas sakit kepala. Hasil-hasil dari penemuan lainnya memperlihatkan bahwa dengan *biofeedback*, subjek-subjek dapat belajar bagaimana caranya mengurangi dan meningkatkan aliran darah ke tangan tetapi perubahan-perubahan dalam aliran darah ke tangan tidak ada kaitannya dengan perubahan-perubahan dalam aliran darah ke pembuluh-pembuluh nadi kranial (Largen, *et al.*, 1978.). Selanjutnya, kelihatan bahwa membesarnya pembuluh-pembuluh nadi kranial tidak disebabkan oleh perubahan-perubahan dalam aliran darah. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa *biofeed-back* belum dipandang efektif untuk merawat sakit kepala migrain; dan menurut pandangan fisiologis, cara perawatan seperti itu mungkin tidak dapat efektif. Terlepas dari penemuan-penemuan ini, karena metode ini diperkenalkan secara luas dan berdasarkan hasil-hasil yang diperoleh dari penelitian-penelitian kasus awal serta daya tarik intuitif dari pendekatan tersebut, maka *biofeedback* masih tetap digunakan sebagai perawatan terhadap sakit kepala migrain.

Sakit Kepala karena Tegang (Tension Headaches)

Sakit kepala karena tegang atau apa yang kadang-kadang disebut sakit kepala karena kontraksi otot (*muscle contraction headaches*) adalah sangat umum. Rasa sakit yang terus-menerus (tidak berdenyut-denyut) biasanya terjadi pada dua sisi kepala, dan sangat sering terjadi pertama-tama pada daerah frontal (bagian depan kepala, yakni pada dahi) atau pada daerah suboksipital (pada bagian belakang kepala di atas tengkuk). Rasa sakit kepala karena tegang disebabkan karena otot-otot pada bagian yang sakit mengerut untuk jangka waktu yang lama.

Penyebab. Apa persisnya yang menjadi sumber dari rasa sakit itu tidak jelas tetapi ada kemungkinan bahwa hal itu disebabkan oleh aliran darah dan persediaan energi yang berkurang karena otot-otot tetap mengerut dalam jangka waktu yang lama. Kontraksi otot-otot yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama itu pada umumnya disebabkan oleh penyebab-penyebab stres psikologis. Misalnya, individu-individu yang berusaha menangani penyebab-penyebab stres mungkin terus-menerus mengerutkan dahinya sehingga otot-otot dahinya juga mengerut atau mungkin mereka memegang kepala mereka dengan keras untuk jangka waktu yang lama sehingga otot-otot pada dasar tengkorak tetap mengerut.

Perawatan. Sakit kepala karena tegang dirawat secara medis dengan obat-obat penenang dan obat-obat pengendur otot (obat-obat relaksan). Pendekatan psikologis adalah mengajar individu-individu bagaimana caranya untuk bersikap relaks pada umumnya dan bagaimana merelaksasikan otot-otot pada muka, tengkuk, dan bahu. Dua pendekatan digunakan untuk mengajar relaksasi (*relaxation*), yakni latihan relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation training*) dan latihan *biofeedback* elektromiografis (*electromyographic biofeedback training*). Latihan relaksasi otot progresif adalah suatu prosedur di mana individu-individu menegangkan dan kemudian merelaksasikan (mengendurkan) sejumlah otot. Ini dilakukan supaya mereka mengetahui sensasi-sensasi dan teknik-teknik yang berhubungan dengan relaksasi otot, dan dengan meningkatnya kesadaran ini mereka akan lebih efektif mencapai relaksasi sesuai dengan keinginannya. Dengan memusatkan latihan pada otot-otot yang berhubungan dengan sakit kepala karena tegang (dahi dan tengkuk), maka latihan relaksasi otot progresif merupakan suatu cara yang efektif untuk mengurangi sakit kepala (Burish, 1981; Holmes & Burish, 1984).

Dalam latihan *biofeedback* elektromiografis, elektroda-elektroda digunakan untuk meneliti aktivitas otot, dan individu akan segera diberi *feedback* mengenai apakah otot itu menegang atau mengendur. Suara biasanya digunakan untuk memberikan *feedback*. Suara akan lebih tinggi apabila otot-otot menjadi tegang, dan sebaliknya suara akan menjadi lebih rendah apabila otot-otot itu mengendur. Dengan mendengarkan suara itu dan berusaha membuatnya lebih rendah, maka individu dapat belajar merelaksasikan sejumlah otot tertentu. Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa latihan *biofeedback* elektromiografis lebih efektif daripada sama sekali tidak ada perawatan untuk mengurangi sakit kepala karena otot tegang (Holmes & Burish, 1984; Holmes, 1981). Penemuan-penemuan itu memberikan harapan tetapi perlu diperhatikan bahwa dalam percobaan-percobaan di mana pengaruh-pengaruh dari latihan *biofeedback* elektromiografis dibandingkan dengan pengaruh-pengaruh dari latihan relaksasi otot progresif, maka kedua teknik itu *sama-sama efektif*. Dengan kata lain, latihan *biofeedback* elektromiografis dipandang efektif untuk mengurangi sakit kepala karena tegang tetapi tidak lebih efektif dibandingkan dengan latihan relaksasi otot progresif yang lebih murah dan lebih mudah. Dengan demikian, latihan relaksasi otot progresif mungkin merupakan perawatan alternatif.

Gangguan-Gangguan Kekebalan

Kita selalu terbuka kepada unsur-unsur yang menyebabkan penyakit dan keracunan, seperti bakteri, virus, jamur, dan sebagainya. Jika dibiarkan tanpa dikontrol, maka

unsur-unsur ini dapat menyebabkan bermacam-macam penyakit, mulai dari pilek sampai kepada kanker. Untunglah, sistem kekebalan melawan unsur-unsur yang menyebabkan penyakit ini. Apa yang penting bagi kita di sini adalah bahwa dalam tahun-tahun belakangan ini, telah dipelajari bahwa faktor-faktor psikologis sangat berperan dalam fungsi sistem kekebalan. Dalam uraian ini akan dibicarakan mengenai: (a) bagaimana sistem kekebalan itu bekerja, (b) peran yang dimainkan oleh faktor-faktor psikologis dalam fungsinya, dan (c) peran yang dimainkan oleh faktor-faktor psikologis terhadap dua penyakit utama yang ada hubungannya dengan sistem kekebalan, yakni kanker dan radang sendi rematik.

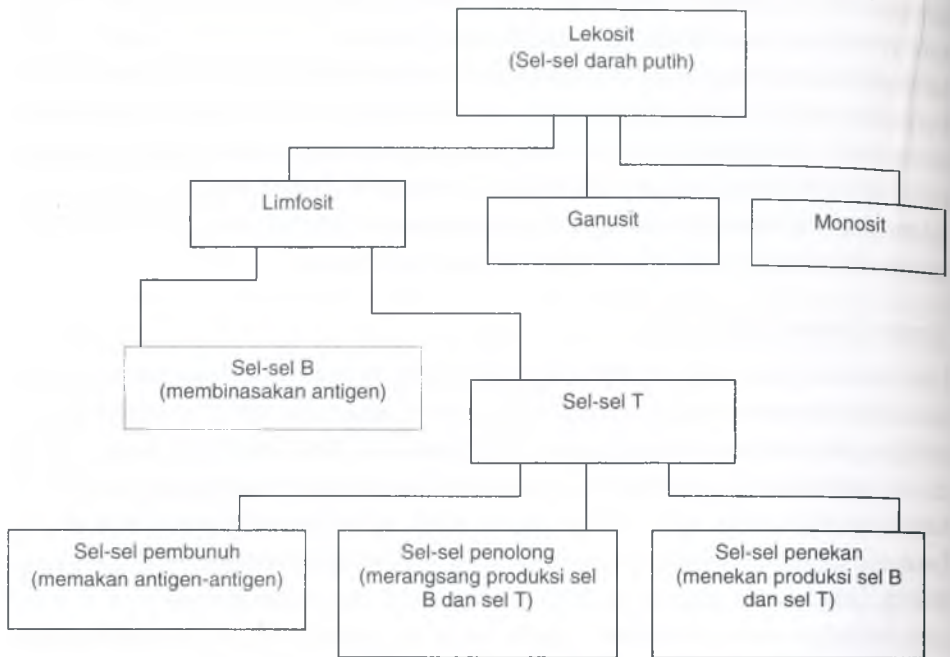
Fungsi Sistem Kekebalan

Unsur-unsur yang menyebabkan penyakit yang memasuki tubuh manusia pada umumnya disebut antigen. Fungsi dari sistem kekebalan adalah membinasakan antigen; dan dengan demikian, mencegah penyakit. Para "pejuang" yang penting dalam perang melawan antigen adalah sel-sel darah putih yang beredar ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Sel-sel darah putih secara teknis dinamakan leukosit. Leukosit diproduksi dalam jaringan-jaringan limpa dalam bongkol limpa, sumsum tulang, limpa kecil, dan bagian-bagian dari daerah lambung dan usus.

Ada tiga macam leukosit, yakni limfosit, granulosit, dan monosit, tetapi kebanyakan perhatian dipusatkan pada limfosit yang dihasilkan dalam bongkol limpa dan sangat efektif untuk membinasakan antigen. Limfosit dibagi dua macam, yakni sel B dan sel T. Sel B membinasakan antigen dengan mengepung dan mengeluarkan zat-zat yang melumpuhkan antigen (dengan meracuninya). Sel T dapat dibagi menjadi tiga tipe, yaitu: (a) Sel pembunuh yang membinasakan antigen dengan memakannya; (b) Sel penolong yang mengidentifikasi antigen dan memberi sinyal kepada bongkol limpa kapan dibutuhkan untuk menghasilkan sel B dan sel T lebih banyak (pada hakikatnya, sel penolong berfungsi sebagai pengintai); dan (c) Sel penekan, yang menyebabkan produksi sel B dan sel T direduksikan bila mereka tidak dibutuhkan. Organisasi dan fungsi dari sistem kekebalan itu disajikan dengan jelas dalam Gambar 14.

Sampai seberapa jauh sistem kekebalan itu aktif dan efektif sangat tergantung pada tingkat kemampuan kekebalan individu (untuk mengidentifikasi dan membinasakan antigen). Kemampuan kekebalan adalah tinggi karena tingkat dari sel B, sel T pembunuh, dan sel T penolong adalah tinggi, sedangkan tingkat dari sel T penekan rendah. Dalam laboratorium, kemampuan kekebalan seorang individu diukur dengan cara memasukkan antigen yang lemah ke dalam darah dan kemudian diuji untuk menentukan apakah jumlah limfosit yang berfungsi untuk melawan penyakit itu bertambah. Karena leukosit untuk melawan penyakit bertambah, maka

GAMBAR 14: SEL-SEL DARI SISTEM KEKEBALAN BERJUANG MELAWAN ANTIGEN. ANTIGEN (SEL-SEL PENYERANG) DENGAN BERMACAM-MACAM CARA



seorang dokter akan melakukan perhitungan jumlah butir darah merah untuk menentukan apakah seseorang mengidap suatu penyakit. Penting untuk diketahui bahwa ada perbedaan-perbedaan individual dalam kemampuan kekebalan. Semakin kurang responsif sistem kekebalan, maka semakin besar juga kemungkinan individu itu akan menderita penyakit. Dalam uraian-uraian yang berikut akan dikemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan kekebalan.

Faktor-Faktor Psikologis dan Fungsi Sistem Kekebalan

Bermacam-macam bukti menghubungkan stres dengan fungsi sistem kekebalan yang rendah; dan pada umumnya diterima bahwa kemampuan kekebalan yang berkurang sesudah mengalami stres merupakan faktor penengah dalam hubungan stres dan penyakit.

Kemampuan Kekebalan Berkurang. Kemampuan kekebalan dapat dipengaruhi oleh faktor fisiologis dan faktor psikologis. Suatu faktor fisiologis yang menarik banyak perhatian belakangan ini adalah virus AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) yang membunuh limfosit. Secara khusus virus AIDS membunuh sel T penolong sehingga sistem tersebut tidak terangsang untuk menghasilkan sel pembunuh lebih banyak ketika tubuh diserang oleh antigen. Karena tidak ada

sel pembunuh yang cukup, maka individu yang menderita AIDS meninggal karena bermacam-macam penyakit, termasuk radang paru-paru (*pneumonia*).

Hal yang sangat penting dalam uraian ini adalah *faktor-faktor psikologis dapat sangat berpengaruh terhadap fungsi sistem kekebalan* (Jemmott & Locke, 1984). Pengaruh faktor-faktor psikologis telah banyak menarik perhatian ketika para peneliti melaporkan bahwa kemungkinan besar orang-orang yang menderita stres kehidupan yang hebat akan sakit secara fisik dalam waktu 2 atau 3 bulan (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Dalam salah satu penelitian awal di bidang ini, para peneliti mengukur tingkat-tingkat stres kehidupan (misalnya, masalah keluarga atau masalah keuangan) dalam suatu kelompok pelaut sebelum mereka pergi berlayar dalam jangka waktu yang agak lama, dan kemudian menelusuri sejumlah penyakit yang dialami pelaut-pelaut itu selama berlayar (Rahe, *et al.*, 1970). Hasilnya menunjukkan bahwa para pelaut yang mengalami stres yang lebih tinggi mengalami lebih banyak penyakit dibandingkan dengan para pelaut yang mengalami stres yang lebih rendah dalam kehidupannya.

Dalam penelitian-penelitian yang menghubungkan stres kehidupan dengan penyakit diasumsikan bahwa stres kehidupan yang tinggi menyebabkan kemampuan kekebalan berkurang yang pada gilirannya akan menyebabkan penyakit. Sesuai dengan asumsi ini, sekarang terdapat banyak bukti bahwa stres mengurangi kemampuan kekebalan. Misalnya, ujian-ujian akhir yang menimbulkan stres menyebabkan para mahasiswa memiliki kemampuan kekebalan yang lebih rendah, dan akibat tersebut lebih besar pada para mahasiswa yang kesepian karena tidak mendapat dukungan sosial (Kiecolt-Glaser, *et al.*, 1984). Penelitian lain menunjukkan bahwa para mahasiswa memiliki kemampuan kekebalan yang lebih rendah sesudah suatu periode yang menimbulkan stres di sekolah dibandingkan sesudah liburan (Jemmott, *et al.*, 1983). Juga diperlihatkan bahwa orang-orang yang mengalami stres yang lama karena kehilangan (kematian seorang anggota keluarga atau orang yang dicintai) memperlihatkan kemampuan kekebalan yang lebih rendah dibandingkan dengan orang-orang yang tidak mengalami stres karena kehilangan (Bartrop, *et al.*, 1977; Linn, *et al.*, 1982; Schleifer, *et al.*, 1983).

Pada kemampuan kekebalan juga ditemukan adanya hubungan dengan depresi, yakni lebih rendah pada orang-orang yang mengalami depresi daripada yang tidak mengalami depresi (Denney, *et al.*, 1988; Kronfol, *et al.*, 1983; Schleifer, *et al.*, 1984). Pasien yang sebelumnya mengalami depresi tetapi sekarang bebas dari simtom depresi memperlihatkan tingkat-tingkat kemampuan kekebalan yang normal (Sengar, *et al.*, 1982), dan *tingkat* depresi ada hubungannya dengan *tingkat* kemampuan kekebalan; orang yang mengalami depresi dan orang yang mengalami depresi yang lebih besar memperlihatkan kemampuan kekebalan yang lebih rendah

(Denney, *et al.*, 1989; Kronfol, *et al.*, 1983; Linn, *et al.*, 1982). Depresi mungkin juga ada hubungannya dengan kemampuan kekebalan yang rendah karena depresi menunjukkan adanya stres, atau karena depresi itu sendiri adalah suatu stresor. Akhirnya, penelitian-penelitian tentang para astronaut Amerika dan Rusia menunjukkan bahwa stres penerbangan ke ruang angkasa mengakibatkan tingkat-tingkat kemampuan kekebalan yang rendah (Taylor, *et al.*, 1983, 1986). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa stres psikologis berpengaruh terhadap pengurangan kemampuan kekebalan yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kesehatan fisik.

Kemampuan Kekebalan Bertambah. Penemuan bahwa stres psikologis bertambah atau meningkat dapat mengakibatkan kemampuan kekebalan berkurang menimbulkan pertanyaan: Apakah perawatan-perawatan psikologis yang mengurangi stres dapat meningkatkan kemampuan kekebalan dalam diri orang yang mengalami stres? Kemungkinan tersebut didukung oleh suatu percobaan di mana para mahasiswa berpartisipasi dalam sejumlah sesi latihan pengurangan stres sebelum menempuh ujian yang penting (Kiecolt-Glaser, *et al.*, 1984). Tingkat-tingkat kemampuan kekebalan ditetapkan sebulan sebelum dilaksanakan ujian dan juga sesudah ujian. Hasilnya menunjukkan bahwa para mahasiswa pada umumnya memperlihatkan kemampuan kekebalan yang lebih rendah sesudah mengikuti ujian dibandingkan dengan kemampuan kekebalan yang dimiliki sebulan sebelumnya (jadi, stres mengurangi kemampuan kekebalan) dan ada korelasi antara jumlah sesi latihan yang diikuti para mahasiswa itu dan tingkat kemampuan kekebalan mereka. Para mahasiswa yang mengikuti lebih banyak sesi latihan pengurangan stres, memperlihatkan kemampuan kekebalan yang lebih tinggi. Dalam percobaan lain, sistem kekebalan dari orang-orang yang sudah tua ditetapkan sebelum dan sesudah latihan relaksasi, hubungan sosial, atau tidak ada perawatan untuk jangka waktu satu bulan (Kiecolt-Glaser, *et al.*, 1985). Perbandingan dari kelompok-kelompok tersebut menunjukkan bahwa orang-orang yang mengikuti latihan relaksasi memperlihatkan kemampuan kekebalan meningkat, sedangkan orang-orang dalam kondisi yang lain tidak. Dengan demikian, ada bukti bahwa teknik penanganan stres adalah efektif untuk mengurangi pengaruh-pengaruh dari stres terhadap sistem kekebalan.

Strategi lain yang efektif untuk meningkatkan kemampuan kekebalan adalah dengan melakukan latihan senam aerobik. Banyak bukti menunjukkan bahwa senam aerobik akan menaikkan tingkat bermacam-macam limfosit (Edwards, *et al.*, 1984; Hedfors, *et al.*, 1976, 1978, 1983; Landman, *et al.*, 1984; Robertson, *et al.*, 1981). Hasil dari salah satu penelitian mengemukakan bahwa senam dan kebugaran aerobik mungkin berfungsi untuk mempermudah fungsi sistem kekebalan dan mengurangi penyakit (Roth & Holmes, 1985). Dalam penelitian tersebut, para

peneliti mengidentifikasi para mahasiswa yang mengalami atau tidak mengalami tingkat-tingkat stres kehidupan yang tinggi, dan kemudian mereka menggolongkan para mahasiswa tersebut menurut kebugaran aerobik yang tinggi atau rendah. Ketika catatan-catatan kesehatan dari para mahasiswa itu diperiksa untuk jangka waktu 8 minggu berikutnya ditemukan bahwa para mahasiswa yang fisiknya tidak bugar dan yang berada dalam kondisi stres yang tinggi memperlihatkan tingkat-tingkat penyakit yang tinggi; sedangkan para mahasiswa yang fisiknya bugar dan berada dalam kondisi stres yang tinggi memperlihatkan tingkat-tingkat penyakit yang rendah. Dengan demikian, para mahasiswa yang mengalami kebugaran fisik yang tinggi dan mengalami stres yang tinggi memperlihatkan tingkat-tingkat penyakit yang sebanding dengan para mahasiswa yang mengalami stres yang rendah. Dengan kata lain, kebugaran aerobik berfungsi untuk mengimbangi pengaruh-pengaruh stres dalam hubungannya dengan stres dan penyakit.

Dalam suatu percobaan lanjutan, para peneliti mengambil para mahasiswa yang mengalami stres kehidupan yang tinggi dan menyuruh mereka untuk melakukan senam aerobik, latihan relaksasi, atau tidak melakukan latihan untuk perawatan (Roth & Holmes, 1987). Ketika para mahasiswa itu diteliti dua bulan kemudian, ditemukan bahwa para mahasiswa yang melakukan senam aerobik kurang mengalami depresi dibandingkan dengan para mahasiswa dalam dua kondisi lain, tetapi tidak ada perbedaan dalam tingkat-tingkat penyakit dari ketiga kondisi tersebut. Dari penemuan kedua penelitian tersebut, disimpulkan bahwa kebugaran aerobik adalah suatu sarana efektif untuk menghindari penyakit yang ada hubungannya dengan stres, tetapi orang harus bugar pada waktu timbulnya stres. Dengan kata lain, kebugaran aerobik berfungsi sebagai *pencegah* penyakit dan bukan *pengobatan*.

Kanker

Kanker adalah sekelompok penyakit yang menyebabkan pengembangbiakan sel-sel secara abnormal. Semua sel secara genetik diprogramkan untuk mengembangbiakan dirinya sendiri dan juga diprogramkan untuk menghentikan pengembangbiakan tersebut. Penghentian pengembangbiakan sel adalah sangat penting sebab bila tidak demikian, kita akan berhenti untuk tumbuh. Suatu gangguan dalam mekanisme yang menghentikan pengembangbiakan sel tersebut menyebabkan pertumbuhan abnormal yang dinamakan *tumor*.

Ada dua macam tumor, yakni tumor ganas (*malignant tumor*) dan tumor lunak (*benign tumor*). Ada dua perbedaan penting antara kedua macam tumor ini. *Pertama*, tumor ganas dapat menyerang dan mematikan jaringan-jaringan di sekitarnya, sedangkan tumor lunak berdiri sendiri dan baru menimbulkan masalah bila menekan jaringan-jaringan yang ada di sekitarnya (tumor lunak bergerak dari

tumor otak yang berat sampai pada kutil dan tahi lalat). *Kedua*, tumor ganas dapat menggugurkan sel-sel yang kemudian bergerak ke bagian-bagian lain dari tubuh (melalui aliran darah atau saluran-saluran getah bening) di mana mereka membentuk tumor-tumor baru. Proses untuk menggugurkan dan menyebarkan sel-sel disebut metastasis. Apabila tumor ganas tidak dikontrol dengan upaya pembedahan, pengobatan atau radiasi, maka tumor pada akhirnya menghalangi atau membunuh suatu jaringan yang sangat penting untuk hidup (misalnya otak, paru-paru, usus besar, ginjal), dan akhirnya individu akan mati.

Kanker terjadi bila struktur gen-gen yang mengontrol pengembangbiakan sel berubah secara spontan (kerusakan dalam proses pembagian sel) atau karena terbuka pada zat asing yang disebut karsinogen (zat yang dapat menyebabkan kanker). Karsinogen-karsinogen yang terkenal adalah rokok, asbes, dan sinar ultraviolet.

Sistem kekebalan sangat penting dalam mengontrol kanker karena sistem kekebalan dapat mengidentifikasi dan membinasakan karsinogen-karsinogen yang memasuki tubuh, dan dapat juga mengidentifikasi dan membinasakan jaringan-jaringan kanker sebelum mereka tidak bisa dikendalikan. Kita semua mudah kena karsinogen-karsinogen, dan beberapa peneliti mengemukakan bahwa banyak — bahkan semua — orang mengembangkan kanker, tetapi biasanya sistem kekebalan adalah efektif dalam mengontrol atau menghilangkannya. Akan tetapi, muncul masalah bila tingkat karsinogen-karsinogen begitu tinggi sehingga sistem kekebalan dikalahkan atau bila fungsi dari sistem kekebalan itu berkurang sehingga dia tidak dapat menanggulangi karsinogen-karsinogen.

Hubungan antara fungsi sistem kekebalan dan bahaya mengembangkan kanker digambarkan dengan jelas dalam kasus orang yang mengalami pencangkokan organ. Sistem kekebalan dari orang yang menerima pencangkokan akan menyadari organ yang dicangkok itu sebagai sesuatu yang asing; dan dengan demikian, akan menyeranginya (ini disebut penolakan organ). Untuk menyelamatkan organ yang dicangkok itu, sistem kekebalan dari orang yang menerima pencangkokan itu harus diberangus dengan obat. Tetapi, pemberangusan itu meningkatkan kemungkinan bahwa individu akan mengembangkan kanker karena sistem kekebalannya tidak lagi cukup aktif untuk mengingkirkan karsinogen-karsinogen dan jaringan-jaringan abnormal (Penn & Starzl, 1972).

Dalam uraian sebelumnya dikemukakan bahwa stres psikologis dapat mengganggu fungsi sistem kekebalan, dan dengan demikian ada kemungkinan bahwa stres psikologis dapat juga menyebabkan perkembangan kanker. Dalam uraian berikut akan dikemukakan bukti mengenai hubungan antara faktor-faktor psikologis dan kanker.

Faktor-Faktor Psikologis sebagai Penyebab Kanker. Sebelumnya harus diketahui bahwa faktor-faktor, seperti merokok, makanan, meminum minuman

beralkohol, dan terbuka terhadap sinar ultraviolet, ikut menyebabkan perkembangan kanker, dan sejauh faktor-faktor itu berkaitan dengan tingkah laku, maka proses-proses psikologis penting dalam mengontrolnya. Tentu saja para psikolog dibutuhkan dalam mengembangkan program-program untuk mengubah tingkah laku-tingkah laku mulai dari kebiasaan merokok sampai berjemur diri di bawah sinar matahari dengan harapan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kanker. Akan tetapi dalam uraian ini, perhatian akan lebih dipusatkan pada hubungan antara stres dan kanker.

Kemungkinan adanya hubungan antara stres dan kanker diteliti dengan banyak cara. Salah satu cara yang digunakan adalah laporan-laporan retrospektif untuk membandingkan sejarah pengalaman-pengalaman yang menyebabkan stres dalam kehidupan orang-orang yang menderita atau tidak menderita kanker (Cheang & Cooper, 1985; Ernster, *et al.*, 1979; Goodkin, *et al.*, 1986; Graham, *et al.*, 1971; Jacobs & Charles, 1980; Le Shan, 1966; Muslin, *et al.*, 1966; Schmale & Iker, 1966b). Para peneliti mewawancarai 110 pasien pria yang mengalami luka di jantung dan belum didiagnosis sebagai kanker (Horne & Picard, 1979). Dalam wawancara-wawancara tersebut dinilai pada 5 skala berkenaan dengan: (a) Ketidakstabilan masa kanak-kanak; (b) Kestabilan pekerjaan; (c) Kestabilan perkawinan; (d) Tidak ada rencana untuk masa depan; dan (e) Kehilangan sesuatu yang penting yang terjadi baru-baru ini (misalnya kehilangan pekerjaan, kematian salah seorang dari pasangan perkawinan, orang tua atau sanak saudara). Dua tahun kemudian ketika diadakan diagnosis terakhir terhadap tumor pada pasien-pasien itu, ditemukan skor yang tinggi pada masing-masing skala kecuali ketidakstabilan masa kanak-kanak dan diasumsikan bahwa kemungkinan besar para pasien itu menderita tumor ganas. Misalnya, 68% para pasien yang menderita tumor ganas mengalami peristiwa kehilangan yang penting dibandingkan dengan hanya 33% dari para pasien yang menderita tumor lunak. Ketika jumlah skor dari kelima skala itu digunakan, 80% para pasien yang menderita tumor ganas dan 39% para pasien yang menderita tumor yang lunak, memperoleh skor yang tinggi. Akhirnya, menarik untuk diketahui bahwa skor-skor yang diperoleh dengan wawancara tentang stres dari para wanita itu lebih efektif dibandingkan dengan informasi tentang tingkah laku merokok mereka untuk memprediksikan apakah mereka menderita tumor ganas atau tumor lunak. Akan tetapi, meskipun banyak penelitian seperti itu menunjukkan adanya hubungan stres dan kanker, tetapi dari penelitian-penelitian tersebut tidak bisa ditarik kesimpulan secara tegas, karena: (a) Penemuan itu kadang-kadang tidak konsisten antara penelitian yang satu dengan penelitian yang lain; (b) Pertanyaan penting dapat dikemukakan mengenai validitas dari laporan-laporan tentang diri sendiri (*self-reports*), yakni stres karena menderita kanker mungkin menyebabkan

orang itu lebih-lebihkan sifat dari pengalaman-pengalaman sebelumnya yang menimbulkan stres; dan (c) Ada kemungkinan bahwa meskipun para pasien yang menderita kanker itu mengalami stres yang lebih hebat, tetapi stres itu mungkin akibat dari kanker yang tidak dideteksi dan bukan penyebab dari kanker (lihat tinjauan dan kritik yang dikemukakan oleh Cox & Mackay, 1982; Greer & Morris, 1978).

Cara kedua, di mana hubungan antara stres dan kanker itu diteliti adalah suatu cara dengan menggunakan penelitian-penelitian prospektif di mana: (a) Data tentang sekelompok individu yang tidak diduga menderita kanker, dikumpulkan; (b) Para individu kemudian diteliti lagi untuk menentukan siapa yang mengembangkan kanker; dan akhirnya (c) Mereka yang mengembangkan kanker dan yang tidak mengembangkan kanker dibandingkan berdasarkan data yang dikumpulkan sebelumnya (Duszynski, *et al.*, 1981; Shaffer, *et al.*, 1982; Thomas, 1976). Akan tetapi, pendekatan ini tidak membuahkan hasil yang positif. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa pendekatan ini hanya sedikit saja mendukung hubungan antara stres dan kanker.

Pendekatan lain adalah dengan meneliti *kepribadian* dari orang-orang yang mengembangkan kanker, dan hal ini membuktikan secara tidak langsung adanya hubungan stres dan kanker. Pada awalnya, para peneliti tidak berhasil dalam usaha mereka mengidentifikasi kepribadian yang pada umumnya cenderung menderita kanker; tetapi kemudian mereka menemukan tiga karakteristik khusus kepribadian yang ada hubungannya dengan perkembangan kanker. Dua di antaranya adalah *depresi* dan *keputusasaan* (Dattore, *et al.*, 1980; Schmale & Iker, 1966a, 1971; Shekelle, *et al.*, 1981; Whitlock & Siskind, 1979). Dalam salah satu penelitian prospektif, kepada 2.000 pria yang sehat diberikan tes MMPI, dan setelah 17 tahun mereka dites lagi, ditemukan bahwa mereka yang mendapat skor tinggi pada skala depresi memiliki dua kali potensi untuk mengembangkan kanker (Shekelle, *et al.*, 1981).

Faktor kepribadian ketiga yang kelihatannya ada hubungannya dengan perkembangan kanker adalah *supresi emosi* (Dattore, *et al.*, 1980; Greer & Morris, 1978; Kissen, 1966; Kissen, *et al.*, 1969; Kneier & Temoshok, 1984). Dalam salah satu penelitian, para peneliti mengadakan penilaian psikologis terhadap 160 wanita yang dianggap memiliki kanker pada buah dada tetapi belum menjalani biopsi tumor (Greer & Morris, 1978). Ketika wanita-wanita itu diteliti lagi 5 tahun kemudian, ditemukan bahwa mereka yang tumornya ganas dinilai sebelumnya sebagai orang-orang yang menekan rasa marah dibandingkan dengan mereka yang tumornya lunak.

Hubungan antara kepribadian dan kanker juga diteliti dengan memeriksa hubungan antara kepribadian dan *lamanya hidup* (Blumberg, *et al.*, 1954; Derogatis,

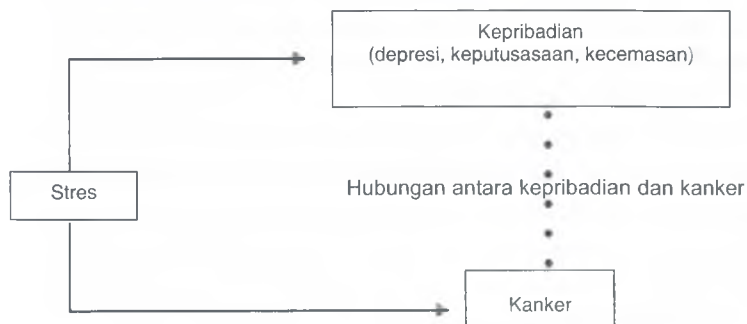
et al., 1979; Pettingale, 1984; Pettingale, *et al.*, 1977; Schonfield, 1972). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pada hakikatnya, karakteristik-karakteristik sama yang ada hubungannya dengan suatu kemungkinan lebih besar mengembangkan kanker (misalnya depresi, keputusan, supresi emosi) juga ada hubungannya dengan waktu hidup yang pendek. Misalnya, dalam suatu penelitian terhadap wanita-wanita yang menderita kanker buah dada, mereka yang mengalami depresi, ketidakberdayaan, dan keputusan memiliki kemungkinan yang kecil bebas dari kanker 10 tahun kemudian dibandingkan dengan para wanita yang memiliki "semangat berjuang" (Pettingale, 1984; Pettingale, *et al.*, 1977).

Dari apa yang dikemukakan di atas dapat disimpulkan: depresi, keputusan, dan supresi emosi mungkin ada hubungannya dengan perkembangan kanker dan dengan lamanya hidup setelah dilakukan diagnosis. Pertanyaannya adalah: Apa sebabnya karakteristik-karakteristik kepribadian ini dihubungkan dengan kanker? Dalam menjawab pertanyaan ini, perlu diketahui bahwa ketiga karakteristik kepribadian itu memiliki hubungan dengan *stres*. Perasaan depresi dan keputusan disebabkan oleh stres, atau apabila depresi disebabkan oleh faktor-faktor biologis, tetapi depresi itu sendiri dapat menimbulkan stres. Selanjutnya, supresi emosi dapat memperpanjang stres; dan dengan demikian, meningkatkan pengaruhnya. Dari apa yang dikemukakan ini kelihatan bahwa dalam meneliti hubungan antara kepribadian dan kanker, kita sesungguhnya meneliti hubungan antara stres dan kanker.

Kemungkinan hubungan antara stres, kepribadian, dan kanker disajikan dalam gambar di bawah ini (Gambar 15).

GAMBAR 15: STRES, KEPERIBADIAN, DAN KANKER MUNGKIN ADA HUBUNGANNYA DENGAN SALAH SATU DARI DUA CARA

Teori I: Stres menyebabkan perkembangan karakteristik kepribadian tertentu dan kanker. Dengan demikian, karakteristik-karakteristik kepribadian secara tidak langsung ada hubungannya dengan kanker karena stres yang mendasar.



Teori 2: Karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu menyebabkan stres dan stres yang lama ikut menyebabkan perkembangan kanker



Teori 1 dalam gambar di atas mengemukakan bahwa stres menimbulkan karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu dan perkembangan kanker. Dalam teori ini, hubungan antara kepribadian dan kanker berasal dari hubungan umum mereka dengan stres. Hubungan antara dua variabel (dalam hal ini, kepribadian dan kanker) tidak perlu berarti bahwa ada hubungan kausal antara keduanya karena hubungan itu dapat disebabkan oleh pengaruh dari variabel ketiga (dan dalam hal ini adalah stres). Teori kedua dalam gambar tersebut di atas mengemukakan bahwa memiliki karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu menimbulkan stres dan stres yang terjadi karena memiliki karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu itu mungkin ikut menyebabkan perkembangan kanker.

Pertanyaan berikut yang harus dikemukakan adalah apabila stres merupakan variabel yang sangat penting dalam hubungan antara kepribadian dan kanker: Apa sebabnya hasil-hasil yang menghubungkan kepribadian dengan kanker kelihatan lebih kuat dibandingkan dengan hasil-hasil yang menghubungkan stres dengan kanker? Jawabannya mungkin demikian: Kemungkinan ada banyak stresor dan individu-individu yang berbeda-beda mungkin menemukan hal-hal berbeda yang menimbulkan stres (misalnya kehilangan teman mungkin sangat menghancurkan hati bagi orang tertentu dan hanya tidak menyenangkan bagi orang lain); dan dengan demikian, mungkin sulit menemukan hubungan antara peristiwa-peristiwa khusus dan kanker. Tetapi, tanpa memperhatikan stresor tertentu adanya depresi dan keputusan mungkin suatu tanda bahwa seorang individu mengalami stres. Dengan demikian, dengan melihat karakteristik-karakteristik kepribadian yang menunjukkan stres, maka lebih besar kemungkinan kita mengetahui stres dibandingkan dengan jika kita melihat peristiwa-peristiwa yang mungkin atau tidak mungkin menimbulkan stres untuk individu tertentu.

Sebelum ditarik kesimpulan yang kuat mengenai hubungan antara stres dan kanker, maka di sini akan dikemukakan terlebih dahulu penelitian di mana stres dimanipulasi secara eksperimental. Cara yang sangat meyakinkan untuk menetapkan hubungan antara stres dan kanker adalah dengan melakukan percobaan-percobaan yang terkontrol di mana salah satu kelompok individu dibiarkan mengalami stres yang hebat; sedangkan kelompok lain tidak dibiarkan mengalami stres, dan

kemudian membandingkan angka-angka kanker dalam dua kelompok tersebut. Meskipun pendekatan ini sebagai sesuatu yang ideal dari segi pandangan metodologis, tetapi secara etis atau moral percobaan-percobaan tersebut pada manusia tidak dapat diterima. Tetapi, banyak percobaan seperti ini dilakukan dengan binatang-binatang (lihat tinjauan dari Justice, 1985; Riley, 1981; Sklar & Anisman, 1981).

Dalam suatu percobaan yang khas, setengah dari jumlah binatang-binatang disuntik dengan zat-zat yang menyebabkan kanker, sedangkan setengahnya lagi tidak diberikan suntikan. Setengah dari binatang-binatang dalam setiap kelompok itu kemudian dibiarkan mengalami stres (yakni kejutan listrik yang dilakukan secara acak, dipaksa untuk berenang, masuk angin) sedangkan yang lain tidak, dan angka perkembangan kanker diukur dalam semua kelompok. Dari percobaan-percobaan itu ditemukan bahwa binatang-binatang yang mendapat suntikan kanker dan dibiarkan mengalami stres memperlihatkan angka perkembangan kanker yang sangat tinggi dan sangat cepat. Penemuan ini memberikan dukungan yang kuat terhadap hubungan antara stres dan kanker.

Tetapi, tidak semua percobaan itu menghasilkan penemuan seperti dikemukakan di atas karena diketahui juga bahwa stres bisa menghasilkan akibat-akibat yang berbeda dengan tipe-tipe kanker yang berbeda (Justice, 1985). Secara khusus dikemukakan bahwa dalam kasus kanker yang disebabkan oleh virus, adanya stres bisa menyebabkan peningkatan pertumbuhan tumor dan penghentian stres bisa menyebabkan penurunan pertumbuhan tumor. Tetapi, dalam kasus kanker yang tidak disebabkan oleh virus (kanker yang disebabkan oleh faktor-faktor selain virus), adanya stres bisa menyebabkan penurunan pertumbuhan tumor, sedangkan penghentian stres bisa menyebabkan peningkatan pertumbuhan tumor. Hubungan ini diringkaskan dalam Tabel 23.

TABEL23: DALAM PENELITIAN TERHADAP BINATANG-BINATANG, STRES KELIHATANNYA MEMILIKI AKIBAT-AKIBAT BERBEDA PADA PERKEMBANGAN TUMOR YANG DISEBABKAN OLEH VIRUS DAN YANG TIDAK DISEBABKAN OLEH VIRUS*

Tumor	Selama Stres	Sesudah stres
Tumor yang disebabkan oleh virus	Pertumbuhan meningkat	Pertumbuhan berkurang
Tumor yang tidak disebabkan oleh virus	Pertumbuhan berkurang	Pertumbuhan meningkat

* Disadur dari Justice, 1985:110.

Penemuan-penemuan ini tidak harus bertentangan dengan hipotesis bahwa stres mempengaruhi fungsi sistem kekebalan yang pada gilirannya mempengaruhi perkembangan kanker, tetapi penemuan-penemuan ini hanya mengemukakan bahwa proses mungkin jauh lebih kompleks daripada yang dipikirkan semula. Dalam kasus kanker yang tidak disebabkan oleh virus dan pada umumnya terdapat pada manusia, kelihatan bahwa perubahan dari kondisi-kondisi stres ke kondisi-kondisi tidak stres mungkin penting tetapi kejadian stres tetap sangat penting. Akan tetapi, sebelum ditarik kesimpulan yang tegas, penelitian tambahan tetap sangat dibutuhkan untuk membuktikan kebenaran dari pola tersebut pada manusia dan menjelaskan proses-proses yang mendasar.

Perawatan Psikologis Terhadap Pasien Kanker. Dalam menyimpulkan pembicaraan mengenai faktor-faktor psikologis, tiga komentar dikemukakan mengenai perawatan psikologis terhadap para pasien kanker. *Pertama*, karena kanker sering menyebabkan kematian, maka kanker merupakan penyakit yang sangat berpotensi menimbulkan stres, dan sebagai akibatnya dapat menimbulkan masalah-masalah psikologis yang berat. Dengan demikian, para psikolog sering memberikan perawatan yang membantu pasien dan keluarganya untuk menanggulangi stres. Bukti mengemukakan bahwa program perawatan ini dapat sangat efektif (Gordon, *et al.*, 1980).

Kedua, kemoterapi yang harus dijalani oleh banyak pasien kanker menimbulkan banyak akibat samping negatif, seperti rasa sakit, muak, dan muntah, serta para psikolog telah aktif dan efektif dalam mengembangkan program perawatan yang membantu mengurangi akibat-akibat samping (Carey & Burish, 1988; Redd & Andrykowski, 1982). Misalnya, diperlihatkan bahwa latihan relaksasi otot dinilai efektif untuk mengurangi rasa muak, rangsangan fisiologis (denyut nadi, tekanan darah), kecemasan, depresi, dan kemarahan di kalangan para pasien kanker yang menjalani kemoterapi (Lyles, *et al.*, 1982).

Ketiga, selain membantu para pasien dalam menanggulangi stres dan akibat-akibat samping kemoterapi, juga dilakukan beberapa usaha untuk menggunakan pendekatan-pendekatan psikologis terhadap perawatan kanker itu sendiri. Beberapa dokter dan psikolog menganjurkan untuk menggunakan latihan relaksasi dan khayalan visual sebagai pelengkap perawatan medis tradisional (Simonton & Simonton, 1975; Simonton, *et al.*, 1980). Suatu bagian yang penting dari perawatan ini adalah keyakinan bahwa individu dapat mengontrol dengan suka rela proses fisiologisnya dengan sarana mental; dan dengan demikian, pasien menggunakan waktu untuk mengkhayalkan sel-sel darah putih atau dengan suatu cara membina sel-sel kanker.

Pendekatan ini mendapat perhatian yang luas dalam mass media, dan para pendukung pendekatan ini sering menyebut kasus orang-orang yang menderita kanker yang "tidak bisa disembuhkan" tetapi kemudian disembuhkan dengan menggunakan pendekatan perawatan ini. Studi-studi kasus sering kali bersifat dramatis, tetapi penting diketahui bahwa sekarang ini tidak ada bukti yang terkontrol bahwa pendekatan perawatan ini benar-benar efektif (American Cancer Society, 1982).

Radang Sendi Rematik

Radang sendi, yang disebut juga artritis adalah suatu penyakit berupa rasa sakit pada tulang sendi. Meskipun radang sendi jarang menimbulkan kematian, tetapi dapat menimbulkan rasa sakit yang hebat bahkan sering kali mengakibatkan kelumpuhan. Ada tiga macam radang sendi dengan masing-masing penyebab rasa sakit yang berbeda. *Pertama*, "osteoartritis" dengan penyebabnya ialah kerusakan lapisan halus pada tulang sendi, sehingga osteoartritis merupakan masalah struktural atau mekanik. *Kedua*, encok (pembengkakan pada persendian) dengan penyebabnya ialah adanya kristal-kristal pada tulang sendi. Kristal-kristal itu berkembang apabila ginjal tidak mengeluarkan asam urik dari tubuh, dan dengan demikian encok merupakan masalah metabolisme. *Ketiga*, radang sendi rematik yang terjadi apabila sistem kekebalan menyerang zat-zat yang memasuki tulang sendi dan berada dalam proses merusak membran yang menutupi tulang sendi. Apa yang menyebabkan hal ini terjadi tidak jelas (tidak diketahui), tetapi ada kemungkinan sistem kekebalan terlalu peka terhadap stres.

Perhatian akan dipusatkan pada radang sendi rematik karena diasumsikan bahwa faktor-faktor psikologis berperan dalam perkembangannya. Kira-kira 1% dari penduduk menderita radang sendi rematik dan rasio penderita wanita terhadap pria adalah 3 banding 1. Kebanyakan kasus terjadi antara usia 20 dan 50 tahun. Radang sendi rematik biasanya merusak tulang-tulang sendi kecil pada tangan, pergelangan tangan, lutut, dan pergelangan kaki.

Faktor-Faktor Psikologis yang Ikut Menyebabkan Radang Sendi Rematik. Penyebab dari radang sendi rematik tidak dipahami sepenuhnya, tetapi sudah bertahun-tahun diduga bahwa faktor-faktor psikologis berperan dalam perkembangannya. Para peneliti berusaha menetapkan apakah tipe kepribadian tertentu ada hubungannya dengan radang sendi (Anderson, *et al.*, 1985). Berbagai macam karakteristik kepribadian dikemukakan (depresi, permusuhan, sifat menahan diri), tetapi setelah dilakukan penelitian lebih dari 40 tahun, tidak ditemukan bukti yang cukup dan dapat diandalkan untuk menghubungkan karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu dengan penyakit tersebut. Selanjutnya, karena kepribadian diukur setelah munculnya penyakit ini, maka karakteristik-karakteristik yang diamati

dalam diri pasien mungkin hanya merupakan akibat dan bukan penyebab dari penyakit tersebut. Dalam suatu rentetan enam penelitian ditemukan bahwa para pasien yang mengalami gangguan radang sendi rematik memiliki skor yang lebih tinggi pada skala depresi, histeria, dan hipokondriasis dari MMPI dibandingkan dengan individu-individu lain, tetapi setelah skala-skala itu diteliti kelihatan bahwa skala-skala tersebut berisi butir-butir pernyataan yang berhubungan dengan penyakit, seperti misalnya, "Kesehatan fisikku sama baiknya dengan kebanyakan teman-temanku", "Dalam beberapa tahun yang lampau, aku mengalami beberapa rasa sakit atau tidak mengalami rasa sakit" (Pincus, *et al.*, 1986). Bila butir-butir pernyataan yang berhubungan dengan penyakit itu dihilangkan, maka perbedaan di antara pasien-pasien itu dan subjek-subjek kontrol hilang. Dewasa ini, tidak ada bukti yang dapat diandalkan bahwa karakteristik-karakteristik kepribadian tertentu ada hubungannya dengan perkembangan radang sendi rematik.

Berbeda dengan penemuan-penemuan mengenai kepribadian, ada sejumlah bukti yang menunjukkan bahwa stres psikologis (misalnya masalah-masalah keuangan, kehilangan, konflik perkawinan) ada hubungannya dengan perkembangan radang sendi rematik (Anderson, *et al.*, 1985; Weiner, 1977). Dalam salah satu penelitian, wawancara-wawancara yang menangani peristiwa-peristiwa kehidupan dilakukan dengan kelompok pasien yang diyakini menderita radang sendi rematik, dengan sekelompok pasien yang berusia sepadan dengan para pasien dari kelompok pertama dan yang menderita penyakit-penyakit lain (Baker, 1982). Setahun kemudian, pasien-pasien yang didiagnosis sebagai orang yang benar-benar menderita radang sendi rematik dibandingkan dengan para pasien yang menderita penyakit-penyakit lain. Hasilnya menunjukkan bahwa 68% dari pasien-pasien yang menderita radang sendi rematik melaporkan suatu stres kehidupan yang penting dalam tahun sebelum munculnya simtom-simtom yang mereka alami, dan hanya 38% dari para pasien yang menderita penyakit lain itu melaporkan stres seperti itu.

Stres dan Subtipe Radang Sendi Rematik. Meskipun banyak penelitian menunjukkan suatu hubungan antara stres dan perkembangan radang sendi rematik, tetapi dalam bermacam-macam kasus stres tidak ditemukan sebagai suatu faktor. Salah satu penjelasan untuk inkonsistensi dalam penemuan-penemuan ini adalah bahwa stres mungkin hanya merupakan salah satu dari sejumlah faktor yang dapat menimbulkan penyakit itu; dengan demikian, hanya suatu himpunan bagian dari kasus-kasus yang ada hubungannya dengan stres. Kemungkinan ini diperkuat oleh sejumlah penelitian di mana para peneliti mengidentifikasi dua bentuk penyakit, yakni yang berhubungan dengan stres dan yang tidak berhubungan dengan stres (Rimon, 1969; Rimon & Laakso, 1985). Karakteristik-karakteristik dari dua bentuk penyakit itu didaftar pada Tabel 24.

TABEL24: ADA RADANG SENDI REMATIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN STRES DAN YANG TIDAK BERHUBUNGAN DENGAN STRES *

Bentuk yang berhubungan dengan stres	Bentuk yang tidak berhubungan dengan stress
Munculnya simtom-simtorn cepat	Munculnya simtom-simtorn lambat dan tersembunyi
Simtom-simtorn bertambah hebat	Simtom-simtorn masih cukup konstan
Tidak ada sejarah keluarga tentang radang sendi rematik	Jumlah anggota keluarga yang menderita radang sendi rematik tinggi
Munculnya simtom-simtorn yang ada hubungannya dengan stres	Munculnya simtom-simtorn yang tidak ada hubungannya dengan stres

* Disadur dari Rimon & Laakso, 1985.

Apa yang harus diperhatikan adalah bahwa dalam salah satu bentuk, simtom-simtorn radang sendi ada hubungannya dengan stres dan tidak ada sejarah keluarga dari penyakit itu; sedangkan dalam bentuk yang lain, simtom-simtorn dari radang sendi rematik tidak berhubungan dengan stres tetapi ada sejarah keluarga dari penyakit itu. Dengan kata lain, radang sendi rematik mungkin ada hubungannya dengan stres atau juga dengan faktor genetik.

Effort Syndrome dan Post-Power Syndrome

Effort syndrome adalah reaksi somatik dalam bentuk sekelompok tanda dan simtom penyakit luka-luka atau kerusakan. Pasien mengalami kesukaran bernapas dan merasa mau pingsan, detak jantung semakin cepat meski hanya karena mengeluarkan tenaga fisik sedikit saja. Simtom ini pada dasarnya disebabkan oleh kecemasan dan ketakutan yang berhubungan dengan aktivitas jasmaniah yang sering disertai atau diikuti oleh perasaan-perasaan berdosa, atau diikuti oleh kecemasan dan ketakutan terhadap impuls-impuls agresivitasnya sendiri.

Sindrom yang sangat populer belakangan ini ialah *post power syndrome*. *Post-power syndrome* ialah reaksi somatik dalam bentuk sekumpulan simtom penyakit, luka-luka, serta kerusakan fungsi-fungsi jasmaniah dan rohaniah yang bersifat progresif; dan penyebabnya ialah pensiun atau karena sudah tidak mempunyai jabatan dan kekuasaan lagi.

Individu yang mengalami gangguan *post-power syndrome* berpandangan bahwa pekerjaan dan bekerja itu merupakan suatu kebutuhan dasar, dan merupakan bagian yang sangat penting dari kehidupan manusia. Pekerjaan dan bekerja itu memberikan kesenangan dan arti tersendiri bagi kehidupan manusia. Lingkungan

kerja itu sebagai sentrum sosial, sedangkan bekerja merupakan aktivitas sosial yang memberikan kepada individu penghargaan atau respek, status sosial, dan prestise sosial. Bekerja itu selain memberikan ganjaran material dalam bentuk gaji, kekayaan dan bermacam-macam fasilitas material, juga memberikan ganjaran sosial yang nonmaterial, yaitu berupa status sosial dan prestise sosial. Dengan demikian, kebanggaan dan minat besar terhadap pekerjaan dengan segala pangkat, jabatan, dan simbol kebesaran merupakan insentif yang kuat untuk mencintai suatu pekerjaan.

Sebaliknya, tidak bekerja — menganggur, pensiun, tidak menjabat lagi — dialami sebagai suatu *shock* dan dianggap sebagai kerugian, dan aib yang memberikan rasa malu. "Pengangguran" tadi menimbulkan perasaan-perasaan minder, perasaan tidak berguna, tidak dikehendaki, dilupakan, tersisihkan, tanpa tempat berpijak dan seperti "tanpa rumah". Pada waktu masih bekerja, dirinya merasa dihormati, disegani, dielu-elukan, disanjung, dibelai-belai dengan segala kemanisan. Pada masa itu ia merasa "agung", merasa berharga dan berguna, merasa dikehendaki dan dibutuhkan; di samping itu, ia masih mendapatkan bermacam-macam fasilitas material. Sekarang ia mengalami kekosongan tanpa arti dan merasa tidak berguna di mana ia sendiri belum siap untuk menghadapi kenyataan seperti itu.

Sebenarnya yang menjadi kriterium utama bukanlah kondisi atau situasi pensiun dan menganggur tersebut, melainkan bagaimana caranya seseorang menghayati dan merasakan keadaan yang baru itu. Kondisi mental dan tipe kepribadian individu sangat menentukan mekanisme-reaktif untuk menanggapi masa pensiun dan masa menganggurnya itu. Jika ia merasa tidak mampu atau belum sanggup untuk menerima kondisi baru tersebut, dan merasa sangat kecewa dan pedih, maka hal itu bisa menimbulkan banyak konflik batin, ketakutan, kecemasan, dan rasa rendah diri. Jika semuanya itu berlangsung berlarut-larut, maka akan mengakibatkan proses *dementia* yang berlangsung cepat, merusak fungsi-fungsi organik, dan mengakibatkan macam-macam gangguan mental lain yang bisa mempercepat kematiannya.

Penyakit Kulit

Meskipun orang hanya sedikit mengetahui faktor-faktor psikogenik yang menyebabkan penyakit-penyakit kulit, seperti eksim, galegata, jerawat, gatal-gatal, neurodermatosis (penyakit gatal-gatal pada kulit yang sudah kronis), gangguan pada selaput lendir mulut dan bibir, dan *scleroderma* (penyakit parah yang menyebabkan semua lapisan kulit mengeras dan kaku), tetapi para ahli klinis menemukan sejarah-sejarah kasus di mana terlihat pola-pola dari psikodinamisme.

Faktor-faktor mendasar yang dilaporkan ialah tendensi-tendensi agresif yang kuat, kebutuhan-kebutuhan voyeuristik dan esibisionistik yang tidak disadari, dan perasaan-perasaan yang mengiringinya, yakni perasaan bersalah dan malu. Perasaan bersalah dapat menyebabkan "perusakan terhadap diri sendiri" dalam bentuk penyakit-penyakit kulit. Kulit dapat dilihat sebagai lapisan luar dari tubuh dan dalam kenyataannya merupakan organ pancaindra yang selalu mengadakan respons terhadap stimulus-stimulus kontak, tekanan, temperatur, dan dengan demikian merupakan tembok antara diri batin dan dunia luar. Dalam menjalankan peran ini kulit mudah terkena serangan dari perkembangan simtom-simtom yang mengungkapkan perasaan tidak aman, tidak adekuat, dan perasaan bermusuhan.

Asma

Asma saluran pernapasan adalah gangguan berupa kesulitan bernapas yang disebabkan oleh kekejangan pada otot-otot saluran pernapasan dan juga oleh edema (akumulasi cairan darah pada jaringan sel selaput lendir dari saluran pernapasan atau pipa udara). Serangan asmatis sering kali berakhir dengan batuk-batuk kejang.

Asma saluran pernapasan banyak sekali terdapat pada orang-orang yang sama-sama memiliki inti tertentu dalam struktur kepribadian mereka. Sifat-sifat kepribadian itu menyebabkan mereka mengadakan reaksi terhadap stres hidup tertentu dengan konflik emosi yang hanya sebagian disadari. Serangan asmatis merupakan usaha organisme untuk menghilangkan tegangan melalui cara yang tidak normal.

Dalam kasus di mana penyebabnya adalah psikogenik ditemukan bahwa orang yang menderita asma adalah orang yang sangat tergantung pada ibunya dan merasa sulit sekali untuk berpisah dengannya. Juga ada bukti mengenai ikatan erotik yang tak dapat diterima dengan orang tua. Konflik seperti ini ditemukan pada berbagai pola kepribadian dan penyakit asma mungkin terdapat pada individu-individu yang menunjukkan sifat-sifat yang berlawanan, seperti misalnya terlalu sensitif (peka), agresif, ambisius, dan kompulsif.

Penyakit Otot Kerangka

Sistem otot dan kerangka mungkin bereaksi terhadap stres emosional, yaitu berupa radang sendi rematik (*rheumatoid arthritis*), sakit punggung, dan kejang otot. Peranan faktor-faktor emosional dalam menimbulkan gangguan-gangguan ini dapat dipahami dengan baik karena ada hubungan yang erat antara tegangan dan pelepasannya melalui kegiatan otot. Apabila tegangan itu berlangsung lama dan kuat serta tidak dilepaskan, maka akan terjadi rasa nyeri dan sakit pada otot.

Sakit Punggung

Sakit punggung bagian bawah sering dilaporkan pada berbagai gangguan neurotik. Ini mungkin disebabkan karena terus-menerus tegang atau juga disebabkan karena perasaan dendam dari penderita terhadap tanggung jawab yang sangat berat. Simtom ini sering ditemukan pada anggota militer yang sakit selama masa perang. Dalam kasus-kasus yang persentasenya kecil ditemukan bahwa penyebabnya adalah organik; tetapi meskipun demikian, sering dikatakan karena berpura-pura sakit dan ciri ini merupakan petunjuk adanya penyebab psikologis tertentu.

Kejang Otot

Interpretasi psikodinamik mengenai kejang otot harus dicari dalam hubungannya dengan kelompok otot tertentu yang terlibat. Suatu contoh, simtom yang mengungkapkan konflik melalui kejang otot adalah rasa sakit atau tegang pada lengan sebagai akibat dari perilaku suka berkelahi yang tak disadari.

Gangguan-gangguan psikodinamik tidak selalu mudah didiagnosis dengan emosi sebagai penyebabnya. Juga gangguan-gangguan psikosomatik itu untuk sebagian terbesar hanya sedikit atau hanya untuk sementara saja menghilangkan kemampuan. Psikoterapi yang tepat akan menyebabkan kesembuhan yang memuaskan. Simtom-simtom psikosomatik tidak bisa dianggap sebagai simtom-simtom histeria konversi. Gangguan-gangguan psikosomatik hanya terbatas pada disfungsi somatik pada organ-organ yang dikontrol oleh sistem saraf otonomi, sedangkan histeria konversi terbatas pada simtom-simtom seperti kelumpuhan dan anestesia yang terjadi pada organ-organ yang dirangsang oleh bagian urat saraf otak besar dan tulang belakang.

KEPUSTAKAAN

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E., & Teasdale, J.D. "Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation". *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. 87, 49-74.
- Ader, R., Felton, D.L., & Cohen, N. (Eds.). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press. 1991.
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.A., & Yerevanian, B.I. "The Relationship of Personality to Affective Disorders". *Archives of General Psychiatry*. 1983. 40, 801-810.

- Anderson, K.A., Bradley, L.D., Young, L.D., & McDaniel, L.K. "Rheumatoid Arthritis: Review of Psychological Factors Related to Etiology, Effects, and Treatment". *Psychological Bulletin*. 1985. 98, 358-389.
- Andreasen, N.C. "Negative Symptoms in Schizophrenia: Definition and Reliability". *Archives of General Psychiatry*. 1982. 39, 784-788.
- Appleby, I.L., Klein, D.F., Schar, E.J., & Levitt, M. "Biochemical Indices of Lactate-Induced Panic: A Preliminary Report". Dalam D.F. Klein & K. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New Research and Changing Concepts* (411-423). New York: Raven Press. 1981.
- Arana, G.W., Baldessarini, R.J., & Ornstein, M. "The Dexamethasone Suppression Test for Diagnosis and Prognosis in Psychiatry". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 1193-1204.
- Ardlie, N.G., Glew, G., & Schwartz, C.J. "Influence of Catecholamines on Nucleotide-Induced Platelet Aggregation". *Nature*. 1966. 212, 415-417.
- Arieti, S. "New Views on the Psychodynamics of Phobias". *American Journal of Psychotherapy*. 1979. 33, 82-95.
- _____, & Bemporad, J. *Severe and Mild Depression*, New York: Basic Books. 1978.
- Arkonak, O., & Guze, S.B. "A Family Study of Hysteria". *New England Journal of Medicine*. 1963. 268, 239-242.
- Baker, F.M. "Black Youth Suicide: Literature Review with a Focus on Prevention". *Journal of the National Medical Association*. 1990. 82, 495-507.
- Baker, G.H. "Life Events Before the Onset of Rheumatoid Arthritis". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1982. 38, 173-177.
- Banki, C.M., Arato, M., Papp, Z., & Kurcz, M. "Biochemical Markers in Suicidal Patients: Investigations with Cerebrospinal Fluid Amine Metabolites and Neuroendocrine Tests". *Journal of Affective Disorders*. 1984. 6, 341-350.
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G., & Williams, R.B. "Hostility, CHD Incidence and Total Mortality: A 25 Year Follow-Up Study of 255 Physicians". *Psychosomatic Medicine*. 1983. 45, 59-63.
- Bartrop, R., Luckhurst, E., Lazarus, L., Kiloh, L., & Penney, R. "Depressed Lymphocyte Function After Bereavement". *Lancet*. 1977. 1, 834-836.

- Baum, A., Gatchel, R.J., & Schaeffer, M.A. "Emotional, Behavioral, and Physiological Effects of Chronic Stress at Three Mile Island". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. 51, 565-572.
- Beck, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press. 1976.
- _____. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row. 1967.
- _____, Emery, G., & Greenberg, R.L. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books. 1985.
- _____, Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.
- _____, Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. "Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation". *American Journal of Psychiatry*. 1985. 142, 559-563.
- _____, Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. "The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974. 42, 861-865.
- Beere, P.A., Glagov, S., Zarins, C.K. "Retarding Effect of Lowered Heart Rate on Coronary Atherosclerosis". *Science*. 1984. 226, 180-182.
- Bennett, D., Holmes, D.S., & Frost, R.O. "Effects of Instructions, Biofeedback, Cognitive Mediation, and Reward on the Control of Heart Rate and the Application of that Control in a Stressful Situation". *Journal of Research in Personality*. 1978. 12, 416-430.
- Benson, H. *The Relaxation Response*. New York: Morrow. 1975.
- Berman, A.L., & Jobs, D.A. *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association. 1991.
- Bertelsen, A. "A Danish Twin Study of Manic-Depressive Disorders". Dalam M. Schou & E. Stromgren (Eds.), *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorder* (227-239). London: Academic Press. 1979.
- _____, Havald, B., & Hauge, M. "A Danish Twin Study of Manic-Depressive Disorders". *British Journal of Psychiatry*. 1977. 130, 330-351.
- Bertilsson, L. "Mechanism of Action of Benzodiazepines: The GABA Hypothesis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1978. 274, 19-26.
- Bianchi, G.N. "Patterns of Hypochondriasis: A Principle Components Analysis". *British Journal of Psychiatry*. 1973. 122, 541-548.

- Billings, A.G., Cronkite, R.C., & Moos, R.H. "Social-Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls". *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. 92, 119–133.
- Biran, M., & Wilson, G.T. "Treatment of Phobic Disorders Using Cognitive and Exposure Methods: A Self-Efficacy Analysis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981. 49, 886–899.
- Bliss, E.L. "Multiple Personalities, Related Disorders, and Hypnosis". *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983. 26, 114–123.
- Bloom, L., Houston, B.K., Holmes, D.S., & Burish, T. "The Effectiveness of Attentional Diversion and Situation Redefinition for Reducing Stress Due to a Nonambiguous Threat". *Journal of Personality and Social Psychology*. 1977. 11, 83–94.
- Blumberg, E.M., West, P.M., & Ellis, F.W. "A Possible Relationship between Psychological Factors and Human Cancer". *Psychosomatic Medicine*. 1954. 16, 277–286.
- Bollen, K.A., & Phillips, D.P. "Suicidal Motor Vehicle Fatalities in Detroit: A Replication". *American Journal of Sociology*. 1981. 81, 404–412.
- Bostock, T., & Williams, C.L. "Attempted Suicide: An Operant Formulation". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1975. 9, 107–110.
- Bourne, H.R., Bunney, W.E., Colburn, R.W., Davis, J.M., Davis, J.N., Shaw, D., & Coppen, A. "Noradrenaline, 5-Hydroxytryptamine, and 5-Hydroxyindoleacetic Acid in Hindbrains of Suicidal Patients". *Lancet*. 1968. 2, 805–808.
- Bower, G.H. "Mood and Memory". *American Psychologist*. 1981. 36, 129–148.
- Bowlby, J. *Attachment and Loss*. New York: Basic Books. 1973.
- Bowling, A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (2nd ed.). Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Brehm, S.S., & Smith, T.W. "Social Psychological Approaches to Psychotherapy and Behavior Change". Dalam S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psycho-therapy and Behavior Change* (69–116). New York: Wiley. 1986.
- Brown, F.W., Golding, J.M., & Smith, G.R. "Psychiatric Comorbidity in Primary Care Somatization Disorder". *Psychosomatic Medicine*. 1990. 50, 445–451.

- Buchsbaum, M.S., Coursey, D., & Murphy, L. "The Biochemical High-Risk Paradigm: Behavioral and Familial Correlates of Low Platelet Monoamine Oxidase Activity". *Science*. 1976. 194, 339-341.
- Burish, T.G. "EMG Biofeedback in the Treatment of Stress-Related Disorders". Dalam C. Prokop & L. Bradley (Eds.), *Medical Psychology* (395-421). Orlando, FL: Academic Press. 1981.
- Busto, U., Sellers, E.M., Naranjo, C.A., Cappell, H., Sanchez-Craig, M., & Sykora, K. "Withdrawal Reaction After Long-Term Therapeutic Use of Benzodiazepines". *New England Journal of Medicine*. 1986. 315, 854-859.
- Caddy, G.R. "Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Multiple Personality". *Behavior Modification*. 1985. 9, 267-292.
- Cadoret, R.J. "Evidence of Genetic Inheritance of Primary Affective Disorder in Adoptees". *American Journal of Psychiatry*. 1978a. 135, 463-466.
- Carey, M.P., & Burish, T.G. "Etiology and Treatment of the Psychological Side Effects Associated with Cancer Chemotherapy: A Critical Review and Discussion". *Psycho-logical Bulletin*. 1988. 104, 307-325.
- Carmelli, D., Chesney, M.A., Ward, M.M., & Rosenman, R.H. "Twin Similarity in Cardiovascular Stress Response". *Health Psychology*. 1985. 4, 413-423.
- Carr, A.T. "Compulsive Neurosis: Two Psychophysiological Studies". *Bulletin of the British Psychological Society*. 1971. 24, 256-257.
- Carrington, P., & Moyer, S. "Gun Control and Suicide in Ontario". *American Journal of Psychiatry*. 1994. 151, 606-608.
- Carroll, B.J. "The Dexamethasone Suppression Test for Melancholia". *British Journal Psychiatry*. 1982. 140, 292-304.
- Carroll, D., Hewitt, J.K., Last, K.A., Turner, J.R., & Sims, J. "A Twin Study of Cardiac Reactivity and Its Relationship to Parental Blood Pressure". *Physiology and Behavior*. 1985. 34, 103-106.
- Carver, C.S., Coleman, A.E., & Glass, D.C. "The Coronary-Prone Behavior Pattern and Suppression of Fatigue on a Treadmill Test". *Journal of Personality and Social Psychology*. 1976. 33, 460-466.
- Carver, C.S., & Ganellen, R.J. "Depression and Components of Self-Punitiveness: High Standards, Self-Criticism, and Overgeneralization". *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. 92, 330-337.

- Chang-Liang, R., & Denney, D.R. "Applied Relaxation Training in Self-Control". *Journal of Consulting Psychology*. 1976. 23, 183-189.
- Cheang, A., & Cooper, C.L. "Psychosocial Factors in Breast Cancer". *Stress Medicine*. 1985. 1, 61-66.
- Chesney, M.A., Eaglestone, J.R., & Rosenman, R.H. "Type A Behavior: Assessment and Interventions". Dalam C.K. Prokop & L.A. Bradley (Eds.), *Medical Psychology Contributions to Behavioral Medicine* (19-36). Orlando, FL: Academic Press. 1981.
- Chesney, M.A., & Rosenman, R.H. *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*. Washington, DC: Hemisphere. 1985.
- Cobb, S., & Rose, R.M. "Hypertension, Peptic Ulcer, and Diabetes in Air Traffic Controllers". *Journal of the American Medical Association*. 1973. 224, 489-492.
- Cochrane, R., & Robertson, A. "Stress in the Lives of Parasuicides". *Social Psychiatry*. 1975. 10, 161-172.
- Cohen, S.L., & Fiedler, J.E. "Content Analysis of Multiple Message in Suicide Notes". *Life-Threatening Behavior*. 1974.4, 75-95.
- Combs, G., Jr., & Ludwig, A.M. "Dissociative Disorders". Dalam J.H. Greist, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of Mental Disorders*. New York: Oxford University Press. 1982.
- Cook, M., Mineka, S., Wolkenstein, B., & Laitsch, K. "Observational Conditioning of Snake Fear in Unrelated Rhesus Monkeys". *Journal of Abnormal Psychology*. 1985. 94, 591-610.
- Corey, G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (5th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole. 1993.
- Costa, E., & Greengard, P. *Mechanism of Action of Benzodiazepines*. New York: Raven Press. 1975.
- Cox, T., & Mackay, C. "Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancer". *Social Science and Medicine*. 1982. 16, 381-396.
- Coyne, J.C., Aldwin, C., & Lazarus, R.S. "Depression and Coping in Stressful Episodes". *Journal of Abnormal Psychology*. 1981. 90, 439-447.
- Cuellar, I., & Paniagua, F.A. (Editors). *Handbook of Mental Health*. California: Academic Press: A Harcourt Science and Technology Company, 2000.

- Da Costa, J.M. "On Irritable Heart". *American Journal of Medical Science*. 1871, 61, 17-52.
- Daley, D.C., & Salloum, I.M. *Clinician's Guide to Mental Illness*. Singapore: McGraw-Hill Companies, 2001.
- Dalton, K. "Prospective Study into Puerperal Depression". *British Journal of Psychiatry*. 1971.118, 689-692.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. *Abnormal Psychology* (5th ed.). New York: John Wiley & Son. 1990.
- De La Cancela., Lau Chin, J., & Jenkins, Y.M. *Community Health Psychology*. Published in 1988 by Routledge, 29 West 35th Street: New York, NY 10001.
- Denney, D.R., Stephenson, L.A., Penick, E., & Weller, R. "Lymphocyte Subclasses and Depression". *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. 97, 499-502.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D., & Melisaratos, N. "Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer". *JAMA*. 1979.242, 1504-1508.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. *World Mental Health Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York : Oxford Univerversity Press, 1995.
- Dimsdale, J.E., Pierce, C., Schoenfeld, D., & Brown, A. "Suppressed Anger and Blood Presure: The Effects of Race, Sex, Social Class, Obesity, and Age". *Psychosomatic Medicine*. 1982. 44, 195-202.
- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, B.P. *Stressful Life Events*. New York: Wiley. 1974.
- Dreyfuss, F., & Czaczkes, J.W. "Blood Cholesterol and Uric Acid of Healthy Medical Students Under Stress of an Examination". *Archives of Internal Medicine*. 1959. 103, 708-711.
- Duszynski, K.R., Shaffer, J.W., & Thomas, C.B. "Neoplasm and Traumatic Events in Childhood: Are They Related?" *Archives of General Psychiatry*. 1981. 38, 327-331.
- Eberhard, G. "Personality in Peptic Ulcer: Preliminary Report of a Twin Study". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1968. 203, 131.
- Edwards, A.J., Bacon, T.H., Elms, C.A., Verardi, R., Felder, M., & Knight, S.C. "Changes in the Populations of Lymphoid Cells in Human Periphera

- Blood Following Physical Exercise". *Clinical and Experimental Immunology*. 1984. 58, 420-427.
- Emmelkamp, P.M. "Behavior Therapy with Adults". Dalam S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley. 1986.
- _____. *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*. New York: Plenum. 1982.
- Enna, S.J., & De France, J.F. "Clycine, GABA Benzodiazepine Receptors". Dalam S.J. Enna & H.I. Yamamura (Eds.), *Neurotransmitter Receptors* (Part 1). London: Chapman & Hall. 1980.
- Ernster, V.L., Sacks, S.T., Selvin, S., & Petrakis, N.L. "Cancer Incidence by Marital Status: U.S. Third National Cancer Survey". *Journal of the National Cancer Institute*. 1979. 63, 567-578.
- Evans, R.L. "New Drug Evaluations: Alprazolam". *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*. 1981. 15, 633-637.
- Farberow, N.L., & Simon, M.D. "Suicide in Los Angeles and Vienna: An Intercultural Study of Two Cities". *Public Health Reports*. 1969. 84, 389-403.
- _____. "Suicide in Los Angeles and Vienna". Dalam N.L. Farberow (Eds.), *Suicide in Different Cultures* (185-204). Baltimore: University Park Press. 1975.
- Feinberg, M., & Carroll, B.J. "Biological 'Markers' for Endogenous Depression". *Archives of General Psychiatry*. 1984. 41, 1080-1085.
- Feist, J., & Feist, G.J. *Theories of Personality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1998.
- Fink, M., Taylor, M.A., & Volavka, J. "Anxiety Precipitated by Lactate". *New England Journal of Medicine*. 1970. 281, 1429.
- Fodor, O., Vestea, S., & Urcan, S. "Hydrochloric Acid Secretion Capacity of the Stomach as an Inherited Factor in the Pathogenesis of Duodenal Ulcer". *American Journal of Digestive Diseases*. 1968. 13, 260-265.
- Friedman, M., & Rosenman, R.H. "Association of Specific Overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings: Blood Cholesterol Level, Blood Clotting Time, Incidence of Arcus Senilis and Clinical Coronary Artery Disease". *JAMA*. 1959. 169, 1286-1296.
- _____. *Type A Behavior and Your Heart*. New York: Knopf. 1974.

- _____, & Carroll, V. "In Men Subjected to Cyclic Variation of Occupational Stress". *Circulation*. 1958. 17, 852-861.
- Fuchs, C.Z., & Rehm, L.P. "A Self-Control Behavior Therapy Program for Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1977. 45, 206-215.
- Garattini, S., Mussini, E., Marcucci, F., & Gaitani, A. "Metabolic Studies on Benzodiazepines in Various Animal Species". Dalam S. Garattini, E. Mussini, & L. Randall (Eds.), *The Benzodiazepines* (75-97). New York: Raven Press. 1973.
- Gentry, W.D., Chesney, A.P., Garry, H.E., Hall, R.P., & Harburg, E. "Habitual Anger-Coping Styles: I. Effect on Mean Blood Pressure and Risk for Essential Hypertension". *Psychosomatic Medicine*. 1982. 44, 195-202.
- Glass, D.C. *Behavior Patterns, Stress, and Coronary Disease*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1977.
- Goldfried, M.R., & Trier, C.S. "Effectiveness of Relaxation as an Active Coping Skill". *Journal of Abnormal Psychology*. 1974. 83, 348-355.
- Goodkin, K., Antoni, M.H., & Blaney, P.H. "Stress and Hopelessness in the Promotion of Cervical Intraepithelial Neoplasia to Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Cervix". *Journal of Psychosomatic Research*. 1986. 30, 67-76.
- Gordon, R.E., Kapostins, E.E., & Gordon, K.K. "Factors in Postpartum Emotional Adjustment". *Obstetrics and Gynecology*. 1965. 25, 158-166.
- Gorman, J.M. "The Biology of Anxiety". Dalam L. Grinspoon (Ed.), *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review* (Vol. 3, 467-482). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1984.
- _____, Goetz, R.R., Fyer, M., King, D.L., Fyer, A.J., Liebowitz, M.R., & Klein, D.F. "The Mitral Valve Prolapse-Panic Disorder Connection". *Psychosomatic Medicine*. 1988. 50, 114-122.
- _____, Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Dillon, D., Davies, S., Stein, J., & Klein, D.F. "Lactate Infusions in Obsessive-Compulsive Disorders". *American Journal of Psychiatry*. 1985. 142, 864-866.
- Gottfries, G.G., Oreland, L., Wiberg, A., & Winblad, B. "Brain Levels of Monoamine Oxidase in Depression". *Lancet*. 1974. 2, 360-361.
- Gould, M., Wallenstein, S., Kleinman, M., O'Carroll, P., & Mercy, J. "Suicide Clusters: An Examination of Age-Specific Effects". *American Journal of Public Health*. 1990. 80, 211-214.

- Graham, S., Snell, L.M., Graham, J.B., & Ford, L. "Social Trauma in the Epidemiology of Cancer of the Cervix". *Journal of Chronic Diseases*. 1971. 24, 711-725.
- Green, A.R., & Costain, D.W. *Pharmacology and Biochemistry of Psychiatric Disorders*. New York: Wiley. 1981.
- Greenblatt, D.J., Allen, M.D., Noel, B.J., & Shader, R.I. "Acute Overdosage with Benzodiazepine Derivatives". *Clinical Pharmacology and Therapy*. 1977. 21, 497-513.
- Greenblatt, D.J., & Shader, R.I. *Benzodiazepines in Clinical Practice*. New York: Raven Press. 1974.
- _____. "Pharmacotherapy of Anxiety with Benzodiazepines and b-Adrenergic Blockers". Dalam M. Lipton, A. Di Mascio, & K. Killam (Eds.), *Psycho-pharmacology: A Generation of Progress (1381-1390)*. New York: Raven Press. 1978.
- Greer, S., & Morris, T. "The Study of Psychological Factors in Breast Cancer: Problems of Method". *Social Science and Medicine*. 1978. 12, 129-134.
- Greist, J.H., Chouinard, G., DuBoff, E., Halaris, A., Kim, S.W., Koran, L., Liebowitz, M., Lydiard, R.B., Rasmussen, S., White, K., & Sikes, C. "Double-Blind Parallel Comparison of Three Dosages of Sertraline and Placebo in Outpatients with Obsessive-Compulsive Disorders". *Archives of General Psychiatry*. 1995b. 52, 289-295.
- Greist, J.H., Jefferson, J.W., Kobak, K.A., Katzelnik, D.J., & Serlin, R.C. "Efficacy and Tolerability of Serotonin Transport Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder". *Archives of General Psychiatry*. 1995a. 52, 53-60.
- Grossman, F.K., Eichler, L.S., & Winickoff, S.A. *Pregnancy, Birth, and Parenthood*. San Francisco: Jossey-Bass. 1980.
- Grunhaus, L., Gloger, S., Birmacher, B., Palmer, C., & Ben-David, M. "Prolactin Response to the Cold Pressor Test in Patients with Panic Attacks". *Psychiatry Research*. 1983. 8, 171-177.
- Guttmacher, L.B., Murphy, D.L., & Insel, T.R. "Pharmacologic Models of Anxiety". *Comprehensive Psychiatry*. 1983. 24, 312-326.
- Haberlandt, W. "Aportacion A La Generatica Del Suicidio". *Folia Clin Int*. 1967. 17, 319-322.

- Haefely, E.E. "Synaptic Pharmacology of Barbiturates and Benzodiazepines". *Agents and Actions*. 1977. 713, 353-359.
- Hanback, J.W., & Revelle, W. "Arousal and Perceptual Sensitivity in Hypochondriacs". *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. 87, 523-530.
- Hanksworth, H., & Schwarz, T. *The Five of Me*. New York: Pocket Books. 1977.
- Haynes, S.G., Levin, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W.B. "The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study: 1. Methods and Risk Factors". *American Journal of Epidemiology*. 1978. 107, 362-383.
- Headley, L.A. *Suicide in Asia and the Near East*. Berkeley, CA: University of California Press. 1983.
- Hedfors, E., Bibfeld, P., & Wahren, J. "Mobilization to the Blood of Human Non-T and K Lymphocytes During Physical Exercise". *Journal of Clinical and Laboratory Immunology*. 1978. 1, 159-162.
- Hedfors, E., Holm, G., & Ohnell, B. "Variations of Blood Lymphocytes During Work Studied by Cellsurface Markers, DNA Synthesis and Cytotoxicity". *Clinical and Experimental Immunology*. 1976. 24, 328-335.
- Hedfors, E., Holm, G., Ivansen, M., & Wahren, J. "Physiological Variation of Blood Lymphocyte Reactivity: T-Cell Subsets, Immunoglobulin Production, and Mixed-Lymphocyte Reactivity". *Clinical Immunology and Immunopathology*. 1983. 27, 9-14.
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., Clayton, P.J., & Keller, M.B. "Personality and Depression". *Archives of General Psychiatry*. 1983. 40, 993-998.
- Hirst, W. "The Amnesic Syndrome: Descriptions and Explanations". *Psychological Bulletin*. 1982. 91, 435-460.
- Hollinger, P.C. "Adolescent Suicide: An Epidemiological Study of Recent Trends". *American Journal of Psychiatry*. 1978. 135, 754-756.
- _____, & Offer, D. "Perspective on Suicide in Adolescence". Dalam R. Simmons (Eds.), *Research in Social and Community Mental Health* (Vol. 2). Greenwich, CT: JAI Press. 1981.
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. "Cognitive Therapy of Depression". Dalam P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research, and Procedures* (153-201). Orlando, FL: Academic Press. 1979.

- Holmes, D.S. *Abnormal Psychology*. New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1991.
- _____. "An Alternative Perspective Concerning the Differential Physiological Responsivity of Persons with Type A and Type B Behavior Patterns". *Journal of Research in Personality*. 1983. 17, 40–47.
- _____. "Existence of Classical Projection and the Stress-Reducing Function of Attributive Projection: A Reply to Sherwood". *Psychological Bulletin*. 1981. 90, 460–466.
- _____. "Meditation and Somatic Arousal: A Review of the Experimental Evidence". *American Psychologist*. 1984b. 39, 1–10.
- _____. "Self-Control of Somatic Arousal: An Examination of Meditation and Biofeedback". *American Behavioral Scientists*. 1985a. 28, 486–496.
- _____, & Burish, T.G. "Effectiveness of Biofeedback for Treating Migraine and Tension Headaches: A Review of the Evidence". *Journal of Psychosomatic Research*. 1984. 27, 515–532.
- _____, & McGilley, B.M. "Influence of a Brief Aerobic Training Program on Heart Rate and Subjective Response to Stress". *Psychosomatic Medicine*. 1987. 49, 366–374.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. 11, 213–218.
- Horne, R.L., & Picard, R.S. "Psychosocial Risk Factors for Lung Cancer". *Psychosomatic Medicine*. 1979. 41, 503–514.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S.B. "Postpartum Depression: A Critical Review". *Psychological Bulletin*. 1984. 95, 498–515.
- Horn, J.M., Plomin, R., & Roseman, R.H. "Heritability of Personality Traits in Adult Male Twins". *Behavior Genetics*. 1976. 6, 17–30.
- Horney, K. *Neurosis & Human Growth*. New York: Norton. 1950.
- Hornykiewicz, O. "Some Remarks Concerning the Possible Role of Brain Monoamines (Dopamine, Noradrenaline, Serotonin) in Mental Disorders". *Journal of Psychiatric Research*. 1974. 11, 249–253.
- Horwitz, A.V., & Scheid T.L. (Editors). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Context, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press, 1999.

- Houston, B.K. "Control Over Stress, Locus of Control, and Response to Stress". *Journal of Personality and Social Psychology*. 1972. 21, 249-255.
- _____. "Psychophysiological Responsivity and the Type A Behavior Pattern". *Journal of Research in Personality*. 1983. 17, 22-39.
- Jackson, B. "Treatment of Depression by Self-Reinforcement". *Behavior Therapy*. 1972. 3, 298-307.
- Jacobs, T.J., & Charles, E. "Life Events and the Occurrence of Cancer in Children". *Psychosomatic Medicine*. 1980. 42, 11-24.
- Jemmott, J.B., Borysenko, J.Z., Borysenko, M., McClelland, D.C., Chapman, R., Meyer, D., & Benson, H. "Academic Stress, Power Motivation, and the Disease in Secretion Rate of Salivary Secretory Immunoglobulin A". *Lancet*. 1983. 1, 1400-1402.
- Jemmott, J.B., & Locke, S.E. "Psychosocial Factors, Immunologic Mediation, and Human Susceptibility to Infectious Diseases: How Much Do We Know?" *Psychological Bulletin*. 1984. 95, 78-108.
- Jenkins, J.H., & Barrett, R.J. (Editors). *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity* (The Edge of Experience). New York: Cambridge University Press, 2004.
- Johnston, D.G., Troyer, I.E. & Whitsett, S.F. "Clomipramine Treatment of Agoraphobic Women". *Archives of General Psychiatry*. 1988. 45, 453-459.
- Justice, A. "Review of the Effects of Stress on Cancer in Laboratory Animals: Importance of Time of Stress Application and Type of Tumor". *Psychological Bulletin*. 1985. 98, 108-138.
- Kanfer, R., & Zeiss, A.M. "Depression, Interpersonal Standard Setting and Judgments of Self-Efficacy". *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. 92, 319-329.
- Kappes, B.M. "Sequence Effects of Relation Training, EMG, and Temperature Biofeedback on Anxiety, Symptom Report, and Self-Control". *Journal of Clinical Psychology*. 1983. 39, 203-208.
- Karacan, I., & Williams, R.L. "Current Advances in Theory and Practice Relating to Post-partum Syndromes". *Psychiatry in Medicine*. 1970. 1, 307-328.
- Kasa, K., Otsuki, S., Yamamoto, M., Sato, M., Kuroda, H., & Ogawa, N. "Cerebrospinal Fluid g-Aminobutyric Acid and Homovanillic Acid in Depressive Disorders". *Biological Psychiatry*. 1982. 17, 877-883.

- Kazdin, A.E., & Wilcoxon, L.A. "Systematic Desensitization and Nonspecific Treatment Effects: A Methodological Evaluation". *Psychological Bulletin*. 1976. 83, 729–758.
- Kellner, R., Uhlenhuth, E.H., & Glass, R. "Clinical Evaluation of Antianxiety Agents: Subject-Own-Control Designs". Dalam M. Lipton, A. Di Mascio, & K. Killam (Eds.), *Psycho-pharmacology: A Generation of Progress* (1391–1400). New York: Raven Press. 1978.
- Kelly, D., Mitchell-Heggs, N., Sherman, D. "Anxiety and the Effects of Sodium Lactate asses-sed Clinically and Psyciologically". *British Journal of Psychiatry*, 1971, 119, 129–141.
- Kendall, P.C., & Hammen, C. *Abnormal Psychology: Understanding Human Problems* (2nd ed). Boston: Houghton Mifflin Company. 1998.
- Kety, S.S. "Disorders of the Human Brain". *Scientific American*. 1979. 241, 202–218.
- Keyes, D. *The Minds of Billy Milligan*. New York: Bantam. 1981.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G.M., Holliday, J., & Glaser, R. "Psychosocial Modifiers of Immunocompetence in Medical Students". *Psychosomatic Medicine*. 1984. 46, 7–14.
- Killias, M. "International Correlations Between Gun Ownership and Rates of Homicide and Suicide". *Canadian Medical Association Journal*. 1993. 148, 1721–1725.
- Kissen, D.M. "The Significance of Personality in Lung Cancer in Men". *Annals of the New York Academy of Science*. 1966. 125, 820–826.
- _____, Brown, R.I.F., & Kissen, M.A. "A Further Report on Personality and Psy-cho-social Factors in Lung Cancer". *Annals of the New York Academy of Science*. 1969. 164, 535–545.
- Klatskin, E.H., & Eron, L.D. "Projective Test Content During Pregnancy and Postpartum Adjust-ment". *Psychosomatic Medicine*. 1970. 32, 487–493.
- Klerman, G.L., Di Mascio, A., Weissman, M., Prusoff, B.A., & Paykel, E.S. "Treatment of Depression by Drugs and Psychotherapy". *American Journal of Psychiatry*. 1974. 131, 186–191.
- Kluft, R.P. "An Introduction to Multiple Personality Disorder". *Psychiatric Annals*. 1984. 7, 19–24(a).

- _____. "Using Hypnotic Inquiry Protocols to Monitor Treatment Progress and Stability in Multiple Personality Disorder". *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1985. 28, 63-75.
- Kneier, A.W., Temoshok, L. "Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular Disease Patients". *Journal of Psychosomatic Research*. 1984. 28, 145-155.
- Krantz, D.S., & Manuck, S.B. "Acute Psychophysiologic Reactivity and Risk of Cardiovascular Disease: A Review and Methodological Critique". *Psychological Bulletin*. 1984. 96, 435-464.
- Kroll, P., Chamberlain, P., & Halpern, D. "The Diagnosis of Briquet's Syndrome in a Male Population". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1979. 169, 171-174.
- Kronfol, Z., Silva, J., Greden, J., Deminski, S., Gardner, R., & Carroll, B. "Impaired Lymphocyte Function in Depressive Illness". *Life Sciences*. 1983. 33, 241-247.
- Kupfer, D.J., Spiker, D.G., Rossi, A., Coble, P.A., Ulrich, R., & Shaw, D. "Recent Diagnostic and Treatment Advances in REM Sleep and Depression". Dalam P. Clayton & J. Barrett (Eds.), *Treatment of Depression: Old Controversies and New Approaches* (31-52). New York: Raven Press. 1983.
- Lachman, S.J. *Psychosomatic Disorders: A Behavioristic Interpretation*. New York: Wiley. 1972.
- Lamontagne, Y., Lavallée, Y.J., & Annable, L. "Minor Tranquilizers, Personality Inventory, and EMG Feedback with Chronic Anxious Patients". *Comprehensive Psychiatry*. 1983. 24, 543-545.
- Landmann, R.M., Muller, F.B., Perini, C., Wesp, M., Erne, P., & Buhler, R.R. "Changes of Immunoregulatory Cells Induced by Psychological and Physical Stress: Relationship to Plasma Catecholamines". *Clinical and Experimental Immunology*. 1984. 58, 127-135.
- Largen, J.W., Mathew, R.J., Dobbins, K., Meyer, J.S., & Claghorn, J.L. "Skin Temperature Self-Regulation and Noninvasive Regional Cerebral Blood Flow". *Headache*. 1978. 18, 203-220.
- Lazare, A., & Klerman, G.L. "Hysteria and Depression: The Frequency and Significance of Hysterical Personality Features in Hospitalized Depressed Women". *American Journal of Psychiatry*. 1968. 124, 48-56.

- Leenaars, A.A. "Suicide Notes, Communication, and Ideation". Dalam R. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford. 1992.
- Le Shan, L. "An Emotional Life History Pattern Associated with Neoplastic Disease". *Annals of the New York Academy of Science*. 1966. 125, 780–793.
- Lester, D. "Firearm Availability and Accidental Deaths from Firearms". *Journal of Safety Research*. 1993. 24, 167–169.
- Lewinsohn, P.M. "A Behavioral Approach to Depression". Dalam R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (157–179). Washington, DC: Winston/Wiley. 1974.
- Lewis, H. *Shame and Guilt in Neurosis*. New York, International University Press, Inc., 1971.
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Dillon, D., Davies, S.O., Stein, J.M., Cohen, B.S., & Klein, D.F. "Specificity of Lactate Infusions in Social Phobia versus Panic Disorders". *American Journal of Psychiatry*. 1985. 142, 947–949.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Levitt, M., Dillon, D., Levy, G., Appleby, I.L., Anderson, S., Palij, M., Davies, S.O., & Klein, D.F. "Lactate Provocation of Panic Attacks: 2. Biochemical and Physiological Findings". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 709–719.
- Light, K.C., Koepke, J.P., Obrist, P.A., & Willis, P.A. "Psychological Stress Induces So-dium and Fluid Retention in Men at Hight Risk for Hypertension". *Science*. 1983. 220, 429–431.
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., & Chiles, J.A. "Reasons for Staying Alive When You are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. 51, 276–286.
- Linn, B., Linn, M., & Jensen, J. "Degree of Depression and Immune Responsiveness". *Psycho-somatic Medicine*. 1982. 44, 128–129.
- Lobitz, W.C., & Post, R.D. "Parameters of Self-Reinforcement and Depression". *Journal of Abnormal Psychology*. 1979. 88, 33–41.
- Ludwig, A.M., Brandsma, J.M., Wilbur, C.B., Benfeldt, F., & Jameson, D.H. "The Objective Study of a Multiple Personality: Or, Are Four Heads Better Than One?" *Archives of General Psychiatry*. 1972. 26, 298–310.

- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G., & Oldham, R.K. "Efficacy of Relaxation Training and Guided Imagery in Reducing the Aversiveness of Cancer Chemotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982. 50, 509-524.
- MacDougal, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E., & Hackett, T.P. "Components of Type A, Hostility, and Anger-in: Further Relationships to Angiographic Findings". *Health Psychology*. 1985. 4, 137-152.
- Mahesh Yogi, M. *The Science of Being and Art of Living*. London: Allen & Unwin. 1963.
- Manuck, S.B., Harvey, S.H., Lechleiter, S.L., & Neal, K. "Effects of Coping on Blood Pressure Responses to Threat of Aversive Stimulation". *Psychophysiology*. 1978. 15, 544-549.
- Mao, C.C., Marco, E., Revuelta, A., Bertilsson, L., & Costa, E. "The Turnover Rate of α -Aminobutyric Acid in the Nuclei of Telencephalon: Implications in the Pharmacology of Antipsychotics and of a Minor Tranquilizer". *Biological Psychiatry*. 1977. 12, 359-371.
- Maris, R.W. "Forensic Suicidology: Litigation of Suicide Cases and Equivocal Deaths". Dalam B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for Assessment, and Treatment*. New York: Oxford University Press. 1992.
- Markovitz, J.H., Matthews, K.A., Wing, R.R., Kuller, L.H., & Meilahn, F. "Psychological, Biological and Health Behavior Predictors of Blood Pressure Changes in Middle-Aged Women". *Journal of Hypertension*. 1991. 9, 399-406.
- Marks, L.M. "Review of Behavioral Psychotherapy: I. Obsessive-Compulsive Disorders". *American Journal of Psychiatry*. 1981. 138, 584-592b.
- Masserman, J.H. "Experimental Neuroses". *Scientific American* (March 1950). 182, 3.
- Matthews, K.A. "Psychological Perspective on the Type A Behavior Pattern". *Psychological Bulletin*. 1982. 91, 293-323.
- _____. "Coronary Heart Disease and Type A Behaviors: Update on and Alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review". *Psychological Bulletin*. 1988. 104, 373-380.
- _____, Glass, D.C., Rosenman, R.H., & Bortner, R.W. "Competitive Drive Pattern A, and Coronary Heart Disease: A Further Analysis of Some Data from the Western Collaborative Group Study". *Journal of Chronic Disease*. 1977. 30, 489-498.

- _____, & Krantz, D.S. "Resemblances of Twins and Their Parents in Pattern A Behavior". *Psychosomatic Medicine*. 1976. 38, 140-144.
- Mavissakalian, M., & Michelson, L. "Self-Directed in Vivo Exposure Practice in Behavioral and Pharmacological Treatments of Agoraphobia". *Behavior Therapy*. 1983. 14, 506-519.
- May, R. *The meaning of Anxiety*. New York: The Ronald Press Company Inc., 1953.
- McConnell, R.B. *Genetics of Gastro-intestinal Disorders*. London: Oxford University Press. 1966.
- McCubbin, J.A., Surwitt, R.S., & Williams, R.B. "Endogenous Opiate Peptides, Stress Re-acti-vity, and Risk for Hypertension". *Hypertension*. 1985. 7, 808-811.
- McDougall, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E., Hackett, T.D. "Components of Type A, Hostility and Anger-in: Further Relationships to Angiographic Findings". *Health Psychology*. 1985. 4, 137-152.
- McGilley, B.M., & Holmes, D.S. "Aerobic Fitness and Response to Psychological Stress". *Journal of Research in Personality*. 1988. 22, 129-139.
- _____, & Holmstein, R.D. "Influence of Exercise Rehabilitation on Coronary Patients: A Six-Year Follow-Up". *Manuscript Under Editorial Consideration*. 1989.
- McHugh, P.R., & Goodell, H. "Suicidal Behavior: A Distinction in Patients with Sedative Poisoning Seen in General Hospital". *Archives of General Psychiatry*. 1971. 25, 456-464.
- McIlhany, M.L., Shaffer, J.W., & Hines, E.A. "Heritability of Blood Pressure: An Investi-gation of 200 Pairs of Twins Using the Cold Pressor Test". *Johns Hopkins Medical Journal*. 1975. 136, 57-64.
- McNamara, S.S., Molot, M.A., Stremple, J.F., & Cutting, R.T. "Coronary Artery Disease in Combat Casualties in Vietnam". *JAMA*. 1971. 216, 1185.
- Meichenbaum, D. "Self-Instruction Methods". Dalam F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change* (357-392). Emsford, N.Y.: Pergamon Press. 1975.
- Merckelbach, H., de Jong, P.J., Muris, P., & van den Hout, M.A. "The Etiology of Specific Phobias: A Review". *Clinical Psychology Review*. 1996. 16, 337-361.

- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K. "Cognitive and Behavioral Treatments of Ago-ra-phobia: Clinical, Behavioral, and Psychophysiological Outcomes". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1985. 53, 913-925.
- Miller, M.P., Murphy, P.J., & Miller, T.P. "Comparison of Electromyographic Feedback and Progressive Relaxation Training in Treating Circumscribed Anxiety-Stress Reactions". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978. 46, 1291-1298.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., & Hallet, A.J. "A Meta-analytic Review of Research on Hostility and Physical Health". *Psychological Bulletin*. 1996. 119, 322-348.
- Miller, W.R. "Psychological Deficit in Depression". *Psychological Bulletin*. 1975. 82, 238-260.
- Mindham, R.H.S. "An Evaluation of Continuation Therapy with Tricyclic Antidepressants in Depressive Illness". *Psychological Medicine*. 1973. 3, 5-17.
- Mindham, R.H.S. "Tricyclic Antidepressants and Amine Precursors". Dalam E.S. Paykel (Eds.), *Handbook of Affective Disorders* (231-245). New York: Guilford Press. 1982.
- Mineka, S., Davidson, M., Cook, M., & Keir, R. "Observational Conditioning of Snake Fear in Rhesus Monkeys". *Journal of Abnormal Psychology*. 1984. 93, 355-372.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T., & Beck, R. "Hopelessness, Depression, and Attempted Suicide". *American Journal of Psychiatry*. 1973. 130, 455-459.
- Mirsky, I.A. "Physiologic, Psychologic, and Social Determinants of the Etiology of Duodenal Ulcer". *American Journal of Digestive Diseases*. 1958. 3, 285-314.
- Mittelman, B., Wolff, H.G., & Scharf, M. "Emotions in Gastrointestinal Functions". *Psycho-somatic Medicine*. 1942. 4, 5-61.
- Mosher, L.R., & Burt, L. *Mental Health: Principles and Practice*. New York: W. W. Norton Company, 1989.
- Motto, J.A. "Estimation of Suicidal Risk by the Use of Clinical Models". *Life Threatening Behavior*. 1977. 74, 237-245.
- _____, Heilbron, D.C., Juster, R.P. "Development of a Clinical Instrument to Estimate Suicide Risk". *Archives of General Psychiatry*. 1985. 42, 680-686.

- Mowrer, O.H. "On the Dual Nature of Learning — A Reinterpretation of 'Conditioning' and 'Problem-Solving'". *Harvard Educational Review*. 1947. 17, 102–148.
- Mullaney, J.A. "The Relationship between Anxiety and Depression: A Review of Some Principal Component Analytic Studies". *Journal of Affective Disorders*. 1984. 7, 139–148.
- Mullinix, J.M., Norton, B.J., Hack, S., & Fishman, M. "Skin Temperature Biofeedback and Migraine". *Headache*. 1978. 17, 242–244.
- Muslin, H.L., Gyarfas, K., & Pieper, W.J. "Separation Experience and Cancer of the Breast". *Annals of the New York Academy of Science*. 1966. 125, 802.
- Nelson, R.E., & Craighead, W.E. "Selective Recall of Positive and Negative Feedback, Self-Control Behaviors and Depression". *Journal of Abnormal Psychology*. 1977. 86, 379–388.
- . "Tests of a Self-Control Model of Depression". *Behavior Therapy*. 1981. 12, 123–129.
- Neuringer, C. "Rigid Thinking in Suicidal Individuals". *Journal of Consulting Psychology*. 1964. 28, 445–449.
- Nies, A., & Robinson, D.S. "Monoamine Oxidase Inhibitors". Dalam E.S. Paykel (Eds.), *Hand-book of Affective Disorders*. New York: Guilford Press. 1982.
- Nurnberger, J.I., & Gershon, E.S. "Genetics". Dalam E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders* (126–145). New York: Guilford Press. 1982.
- Ochitil, H. "Conversion Disorder". Dalam J.H. Greist, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of Mental Disorders*. New York: Oxford University Press. 1982.
- O'Hara, M., Rehm, L., & Campbell, S. "Predicting Depressive Symptomatology". *Journal of Abnormal Psychology*. 1982. 91, 457–461.
- Ohman, A., & Soares, J.J.F. "Unconscious Anxiety: Phobic Responses to Masked Stimuli". *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. 103, 231–240.
- Ollendick, T.H. "Behavior Therapy with Children and Adolescents". Dalam S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (525–564). New York: Wiley. 1986.
- Osler, W. *Lectures on Angina and Allied States*. Norwalk, CT: Appleton & Lang. 1892.

- Patsiokas, A., Clum, G., & Luscomb, R. "Cognitive Characteristics of Suicide Attempters". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979. 47, 478-484.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J., & Rassaby, E.S. "Life Events and Social Support in Puerperal Depression". *British Journal of Psychiatry*. 1980. 136, 339-346.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A., & Myers, J.K. "Suicide Attempts and Recent Life Events: A Con-trolled Comparison". *Archives of General Psychiatry*. 1975. 32, 327-333.
- Paykel, E.S., & Tanner, J. "Life Events, Depressive Relapse and Maintenance Treatment". *Psychological Medicine*. 1976. 6, 481-485.
- Penn, I., & Starzl, T.E. "Malignant Tumors Arising De Novo in Immunosuppressed Organ Transplant Recipients". *Transplantation*. 1972. 14, 407-417.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. "Causal Explanation as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence". *Psychological Review*. 1984. 91, 347-374.
- Pettingale, K.W. "Coping and Cancer Prognosis". *Journal of Psychosomatic Research*. 1984. 28, 363-364.
- _____, Greer, S., & Tee, D.E.H. "Serum IgA and Emotional Expression in Breast Cancer Patients". *Journal of Psychosomatic Research*. 1977. 21, 395-399.
- Petty, F., & Sherman, A.D. "Plasma GABA Levels in Psychiatric Illness". *Journal of Affective Disorders*. 1984. 6, 131-138.
- Pflanz, M. "Epidemiological and Sociocultural Factors in the Etiology of Duodenal Ulcer". *Advances in Psychosomatic Medicine*. 1971. 6, 121-151.
- Phillips, D.P. "The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Weather Effect". *American Sociological Review*. 1974. 39, 340-354.
- _____, & Carstensen, L.L. "The Effect of Suicide Stories on Various Demographic Groups 1968-1985". *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1988. 18, 100-114.
- Pincus, T., Callahan, L.F., Bradley, L.A., Vaughn, W.D., & Wolfe, F. "Elevated MMPI Sco-res for Hypochondriasis, Depression, and Hysteria in Patients with Rheumatoid Arthritis Reflect Disease Rather Than Psychological Status". *Arthritis and Rheumatism*. 1986. 29, 1456-1466.

- pitt, B. "'Atypical' Depression Following Childbirth". *British Journal of Psychiatry*. 1968. 114, 1325–1335.
- _____. "Maternity Blues". *British Journal of Psychiatry*. 1973. 122, 431–433.
- _____. "Depression and Childbirth". Dalam E.S. Paykel (Eds.), *Handbook of Affective Disorders* (361–378). New York: Guilford Press. 1982.
- pitts, F.N., & Mc Clure, J.N. "Lactate Metabolism in Anxiety Neurosis". *New England Journal Medicine*. 1967. 277, 1328–1336.
- pokorny, A.D. "Myths about Suicide". Dalam H. Rosnik (Eds.), *Suicidal Behaviors*. Boston: Little Brown. 1968.
- Prien, R.F., Klett, C.J., & Caffey, E.M. "Lithium Prophylaxis in Recurrent Affective Illness". *American Journal of Psychiatry*. 1974. 131, 198–203.
- Putnam, F.W., Post, R.M., & Guroff, J.J. *100 Cases of Multiple Personality Disorders*. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York. 1983.
- Rachman, S.J., & de Silva, P. "Abnormal and Normal Obsessions". *Behavior Research and Therapy*. 1978. 16, 233–248.
- Rachman, S.J. & Hodgson, R.J. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1980.
- Rahe, R.H., Hergiv, L., & Rosenman, R.H. "Heritability of Type A Behavior". *Psychosomatic Medicine*. 1978. 40, 478–486.
- Rahe, R.H., Mahan, J.L., & Arthur, R.J. "Prediction of Near-Future Health Change from Subjects' Preceding Life Changes". *Journal of Psychosomatic Research*. 1970. 14, 401–406.
- Raleigh, M.J., McGuire, M.T., Brammer, G.L., & Yuwiler, A. "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys". *Archives of General Psychiatry*. 1984. 41, 405–410.
- Rathus, S.A., & Nevid, J.S. *Abnormal Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991.
- Ravaja, N., Keltikangas-Jarvinen, D., & Keskivaara, P. "Type A Factors as Predictors of Changes in the Metabolic Syndrome Precursors in the Adolescents and Young Adults: A 3-Year Follow-Up Study". *Health Psychology*. 1996. 15, 18–29.
- Redd, W.H., & Andrykowski, M.A. "Behavioral Intervention in Cancer Treatment: Controlling Aversion Reactions to Chemotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982. 50, 1018–1029.

- Rees, D., & Lutkins, S.G. "Parental Depression Before and After Childbirth". *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1971. 21, 26.
- Rehm, L.P. "A Self-Control Model of Depression". *Behavior Therapy*. 1977. 8, 787-804.
- _____, Fuchs, C.Z., Roth, D.M., Kornblith, S.J., & Romano, J.M. "A Comparison of Self-Control and Assertion Skills Treatment of Depression". *Behavior Therapy*. 1979. 10, 429-442.
- Rozensky, R.H., Rehm, L.P., Pry, G., & Roth, D. "Depression and Self-Reinforcement Behavior in Hospitalized Patients". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1977. 8, 35-38.
- Rice, K.M., & Blanchard, E.B. "Biofeedback in the Treatment of Anxiety Disorders". *Clinical Psychology Review*. 1982. 2, 557-577.
- Rickels, K., & Snow, L. "Meprobamate and Phenobarbital Sodium in Anxious Neurotic Psychiatric Medical Clinic Outpatients: A Controlled Study". *Psychopharmacologia*. 1964. 5, 339-348.
- Riley, V. "Psychoneuroendocrine Influences on Immunocompetence and Neoplasia". *Science*. 1982. 212, 1100-1109.
- Rimon, R. "A Psychosomatic Approach to Rheumatoid Arthritis: A Clinical Study of 100 Female Patients". *Acta Rheumatologica Scandinavica*. 1969. 13 (Suppl.). 1969, 1-154.
- _____, & Laakso, R. "Life Stress and Rheumatoid Arthritis". *Psychotherapy and Psycho-somatics*. 1985. 43, 38-43.
- Ritter, E., Holmes, D.S. "Behavioral Contagion: Its Occurrence as a Function of Differential Restraint Reduction". *Journal of Experimental Research in Personality*. 1969. 3, 242-246.
- Roberts, A.H. "Biofeedback: Research, Training and Clinical Roles". *American Psychologist*. 1985. 40, 938-941.
- Robertson, A.J., Ramesar, K.C., Potts, R.C., Hibbs, J.H., Browning, M.C., Brown, R.A., Hayes, P.C., & Beck, J.S. "The Effect of Strenuous Physical Exercise on Circulating Blood Lymphocytes and Serum Cortisol Levels". *Journal of Clinical and Laboratory Immunology*. 1981. 5, 53-57.
- Robins, E., & O'Neal, P. "Culture and Mental Disorder: A Study of Attempted Suicide". *Human Organization*. 1958. 49, 7-11.
- Rogers, C.R. *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. 1951.

- Rose, R.J. "Familial Influences on Cardiovascular Reactivity". Dalam K.A. Matthews, S.M. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S. Manuck, & R. Williams (Eds.), *Handbook of Stress, Reactivity, and Cardiovascular Disease* (259–272). New York: Wiley. 1986.
- _____, Miller, J.Z., & Grim, C.E. "Familial Factors in Blood Pressure Response to Laboratory Stress: A Twin Study". *Psychophysiology*. 1982. 19, 583.
- Rosen, D.H. "The Serious Suicide Attempt: Epidemiological and Follow-Up Study of 886 Patients". *American Journal of Psychiatry*. 1970. 127, 764–770.
- Rosenman, R.H. "The Interview Method of Assessment of the Coronary-Prone Behavior Pattern". Dalam T.M. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes, & M. Feinleib (Eds.), *Coronary-Prone Behavior*. New York: Springer-Verlag. 1978.
- _____, Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. "Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: Final Follow-Up Experience of 8½ Years". *JAMA*. 1975. 233, 872–877.
- _____, Rahe, R.H., Borhani, N.O., & Feinleib, M. "Heritability of Personality and Behavior". *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*. 1976. 25, 221–224.
- _____, Brand, R.J., Sholtz, R.I., & Friedman, M. "Multivariate Prediction of Coronary Heart Disease During 8½ Year Follow-Up in the Western Collaborative Group Study". *American Journal of Cardiology*. 1976. 37, 903–910.
- Roskies, E. "Consideration in Developing a Treatment Program for the Coronary-Prone (Type A) Behavior Pattern". Dalam P.O. Davison & S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health Life-Style* (299–333). New York: Brunner/Mazel. 1980.
- _____, & Avard, J. "Teaching Healthy Managers to Control Their Coronary-Prone (Type A) Behavior". Dalam K.R. Blankstein & J. Polivy (Eds.), *Self-Control and Self-Modification of Emotional Behavior*. New York: Plenum. 1982.
- _____, Spevack, M., Surkis, A., Cohen, C., & Gilman, S. "Changing the Coronary-Prone (Type A) Behavior Pattern in a Non-Clinical Population". *Journal of Behavioral Medicine*. 1978. 1, 201–226.

- Roth, D.L., & Holmes, D.S. "Influence of Aerobic Exercise Training and Relaxation Training on Physical and Psychological Health Following Stressful Life Events". *Psychosomatic Medicine*. 1987. 49, 355-365.
- Roy, A. "Family History of Suicide". *Archives of General Psychiatry*. 1983. 40, 971-974.
- _____. "Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients". *Archives of General Psychiatry*. 1982. 39, 1089-1095.
- Rozensky, R.H., Rehm, L.P., Pry, G., & Roth, D. "Depression and Self-Reinforcement Behavior in Hospitalized Patients". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1977. 8, 35-38.
- Rudestam, K.E. "Stockholm and Los Angeles: A Cross-Cultural Study of the communication of Suicidal Intent". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1971. 36, 82-90.
- Sachar, E. "Endocrine Abnormalities in Depression". Dalam E.S. Paykel (Eds.), *Handbook of Affective Disorders* (191-201). New York: Guilford Press. 1982.
- Salzman, L. *Psychotherapy of the Obsessive Personality*. New York: Jason Aronson. 1980.
- _____. "Psychotherapeutic Management of Obsessive-Compulsive Patients". *American Journal of Psychotherapy*. 1985. 39, 323-330.
- Sanders, J.D., Smith, T.W., & Alexander, E. "Type A Behavior and Marital Interaction: Hostile-Dominant Responses During Conflict". *Journal of Behavioral Medicine*. 1991. 14, 567-580.
- Sanger, D.J., & Blackman, D.E. "Rate Dependence and the Effects of Benzodiazepines". Dalam T. Thompson, P. Dews, & W. McKim (Eds.), *Advances in Behavioral Pharmacology* (Vol. 3, 1-20). Orlando, F.L.: Academic Press. 1981.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior* (7th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1993.
- Schilling, D.J., & Poppen, R. "Behavioral Relaxation Training and Assessment." *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 1983. 14, 99-107.
- Schleifer, S.J., Keller, S., Camerino, M., Thornton, J., & Stein, M. "Suppression of Lymphocyte Stimulation Following Bereavement". *JAMA*. 1983. 250, 374-377.

- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Meyerson, A.T., Raskin, M.J., Davis, K.L., & Stein, M. "Lymphocyte Function in Major Depressive Disorder". *Archives of General Psychiatry*. 1984. 41, 484-486.
- Schmale, A.H., & Iker, H.P. "The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer". *Psychosomatic Medicine*. 1966a. 28, 714-721.
- Schmale, A.H., & Iker, H.P. "The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer". *Annals of the New York Academy of Science*. 1966b. 25, 807-813.
- Schmidt, E.H., O'Neal, P., & Robins, E. "Evaluation of Suicide Attempts as a Guide to Therapy". *JAMA*. 1954. 155, 549-557.
- Schonfield, J. "Psychological Factors Related to Delayed Return to an Earlier Lifestyle in Successfully Treated Cancer Patients". *Journal of Psychosomatic Research*. 1972. 16, 4-46.
- Schotte, D., & Clum, G. "Problem Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. 55, 49-54.
- _____. "Suicide Ideation in a College Population: A Test of a Model". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982. 50, 690-696.
- Schreiber, F. *Sybil*. New York: Warner. 1974.
- Schulsinger, F., Kety, S.S., Rosenthal, D., & Wender, P.H. "A Family Study of Suicide". Dalam M. Schou & E. Stromgren (Eds.), *Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorder* (227-287). London: Academic Press. 1979.
- Schulsinger, F., Kety, S.S., Rosenthal, D., et al. *A Family Study of Suicide*. Paper Presented at the Third World Congress of Biological Psychiatry, Stockholm. 1981.
- Schwarz, J.R. *The Hillside Strangler: A Murderer's Mind*. New York: New American Library. 1981.
- Seligman, M.E.P. "Chronic Fear Produced by Unpredictable Shock". *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1968. 66, 402-411.
- Sendbuehler, J.M. "Suicide and Attempted Suicide Among the Aged". *Canadian Medical Association Journal*. 1977. 117, 418-419.
- _____, & Goldstein, S. "Attempted Suicide Among the Aged". *Journal of the American Geriatric Society*. 1977. 25, 245-248.
- Sengar, D., Waters, B., Dunne, J., & Bouer, J. "Lymphocyte Subpopulations and Mitogen Response to Lymphocytes in Manic Depressive Disorders". *Biological Psychiatry*. 1982. 17, 1017-1022.

- Shaffer, J.W., Duszynski, K.R., & Thomas, C.B. "Youthful Habits of Work and Recreation and Later Cancer Among Physicians". *Journal of Clinical Psychology*, 1982, 38, 893-900.
- Shapiro, D.H. *Meditation*. Chicago: Aldine. 1980.
- Shaw, D.M., Camps, F.E., Eccleston, E. "5-Hydroxytryptamine in the Hindbrain of Depressive Suiciders". *British Journal of Psychiatry*. 1967. 113, 1407-1411.
- Shekelle, R.B., Raynor, W.J., Ostfeld, A.M., Garron, D.C., Bieliauskas, L.A., Liu, S.C., Maliza, C., & Paul, O. "Psychological Depression and 17-Year Risk of Death from Cancer". *Psychosomatic Medicine*. 1981. 43, 117-125.
- Silver, M.A., Bohnert, M., Beck, A.T., & Marcus, D. "Relation of Depression to Attempted Suicide and Seriousness of Intent". *Archives of General Psychiatry*. 1971. 25, 573-576.
- Simonton, O.C. Mathews-Simonton, S.S., & Sparks, T.F. "Psychological Intervention in the Treatment of Cancer". *Psychosomatics*. 1980. 21, 226-233.
- Simonton, O.C., & Simonton, S.S. "Belief Systems and Management of the Emotional Aspects of Malignancy". *Journal of Transpersonal Psychology*. 1975. 7, 29-47.
- Sines, J.O. "Physiological and Behavioral Characteristics of Rats Selectively Bred for Susceptibility to Stomach Ulcer Development". *Journal of Neuropsychiatry*. 1963. 4, 396-398.
- Sizemore, C. *A Mind of My Own*. New York: Morrow. 1989.
- Sklar, L.S., & Anisman, H. "Stress and Cancer". *Psychological Bulletin*. 1981. 89, 369-406.
- Slater, E., & Shields, J. "Genetical Aspects of Anxiety". Dalam M.H. Lader (Eds.), *Studies of Anxiety* (62-71). Ashford, England: Headley Brothers. 1969.
- Slater, J., & Depue, R.A. "The Contribution of Environmental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder". *Journal of Abnormal Psychology*. 1981. 90, 275-285.
- Sloan, J.H., Rivara, F.P., Reay, D.T., James, A.F., Kellermann, A.L. "Firearm Regulations and Rates of Suicide: A Comparison of Two Metropolitan Areas". *The New England Journal of Medicine*. 1990. 322, 369-373.
- Smith, T., Turner, C., Ford, M., Hunt, S., Barlow, G., Stutts, B., Williams, R. "Blood Pressure Reactivity in Adult Male Twins". *Health Psychology*. 1987. 6, 209-220.

- Sokol, M.S., & Pfeffer, C.R. "Suicidal Behavior of Children". Dalam B. Bongar (Eds.), *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*. New York: Oxford University Press. 1992.
- Solomon, S., Holmes, D.S., & McCaul, K.D. "Behavior Control Over Aversive Events: Does Control that Requires Effort Reduce Anxiety and Physiological Arousal?" *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980. 39, 729-736.
- Spanos, N.P., Weekes, J.R., & Bertrand, L.D. "Multiple Personality: A Social Psychological Perspective". *Journal of Abnormal Psychology*. 1985., 94, 362-376.
- Stampfl, T.G., & Lewis, D.J. "Essentials of Implosive Therapy: A Learning-Theory-Based Psychodynamic Behavioral Therapy". *Journal of Abnormal Psychology*. 1967. 72, 496-503.
- _____. "Implosive Therapy: A Behavioral Therapy?" *Behavior Research and Therapy*. 1968. 6, 31-36.
- Stengel, E. *Suicide and Attempted Suicide*. New York: Viking Penguin. 1964.
- Suinn, R.M. "Pattern A Behavior and Heart Disease: Intervention Approaches". Dalam J.M. Ferguson & C.B. Taylor (Eds.), *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (Vol. I, 5-28). Jamaica, N.Y.: Spectrum. 1980.
- Sullivan, A.J., & McKell, T.E. *Personality in Peptic Ulcer*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1950.
- Tatai, K. "Japan". Dalam L.A. Headley (Eds.), *Suicide in Asia and the Near East*. Berkeley, CA: University of California Press. 1983.
- Taylor, G.R., & Dardano, J.R. "Human Cellular Immune Responsiveness Following Space Flight". *Aviation Space and Environmental Medicine*. 1983. 54 (Suppl. 1), S55-S59.
- Taylor, G.R., Neale, L.S. & Dardano, J.R. "Immunological Analyses of U.S. Space Shuttle Crewmembers". *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. 1986. 57, 213-217.
- The World Health Report, World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, 1995.
- Thigpen, C.H., & Cleckley, H.M. "A Case of Multiple Personality". *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1954. 49, 139-151.

- Thomas, C.B. "Precursors of Premature Disease and Death: The Predictive Potential of Habits and Family Attitudes". *Annals of Internal Medicine*. 1976. 85, 653-685.
- Tippin, J., & Henn, F.A. "Modified Leucotomy in the Treatment of Intractable Obsessional Neurosis". *American Journal of Psychiatry*. 1972. 139, 1601-1603.
- Torgersen, S. "Genetic Factors in Anxiety Disorders". *Archives of General Psychiatry*. 1983. 40, 1085-1089.
- _____. "The Nature and Origin of Common Phobic Fears". *British Journal of Psychiatry*. 1979. 119, 343-351.
- Tran, G.Q., & Chambless, D.L. "Psychopathology of Social Phobia: Effects of Subtype and of Avoidant Personality Disorder". *Journal of Anxiety Disorders*. 1995. 9, 489-501.
- Turner, S.M., & Beidel, D.C. "Social Phobia: Clinical Syndrome, Diagnosis, and Comor-bidity". *Clinical Psychology Review*. 1989. 9, 3-18.
- _____. *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Per-ga-mon Press. 1988.
- _____, & Nathan, R.S. "Biological Factors in Obsessive-Compulsive Disorders". *Psychological Bulletin*. 1985. 97, 430-450.
- Tyrer, P., Lee, I., & Alexander, J. "Awareness of Cardiac Function in Anxious, Phobic, and Hypochondriacal Patients". *Psychological Medicine*. 1980. 10, 171-174.
- Walton, D. "The Application of Learning Theory to the Treatment of a Case of Som-nam-bulism". *Journal of Clinical Psychology*. 1961. 37, 96-99.
- Warren, L.W., & McEachren, L. "Psychosocial Correlates of Depressive Symptomatology in Adult Women". *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. 92, 151-160.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. "Paradoxical Effects of Thought Suppression". *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. 53, 5-15.
- Weiner, H. *Psychobiology and Human Disease*. New York: Elsevier. 1977.
- _____, Thaler, M., Reiser, M.F., & Mirsky, I.A. "Etiology of Duodenal Ulcer: 1. Relation to Specific Psychological Characteristics to Rate of Gastric Secretion". *Psy-cho-somatic Medicine*. 1957. 17, 1-10.

- Weiss, J.M. "Effects of Coping Responses on Stress". *Journal of Comparative and Physio-lo-gi-cal Psychology*. 1968. 24, 409–414.
- _____. "Somatic Effects of Predictable and Unpredictable Shock". *Psychosomatic Medi-cine*. 1970. 32, 397–408.
- Weissman, M.M. "The Epidemiology Suicide Attempts, 1969–1971". *Archives of General Psychiatry*. 1974. 30, 737–746.
- _____. "The Psychological Melancholia". *Journal of the American Medical As-sociation*. 1979a. 242, 742–744.
- _____. , & Klerman, G.L. "Sex Differences in the Epidemiology of Depression". *Archives of General Psychiatry*. 1977. 43, 98–111.
- Wen-Shing Tseng., & Streltzer, J. "Culture and Psycgology and Psychotherapy: A. Guide to Clinical Practice" (Edited by Wen-Shing Tseng & Jon Streltzer). *American Psychiatric Press, Inc.* Washington, D.C., 2001.
- West, M.A. *The Psychology of Meditation*. Oxford: Oxford University Press. 1987.
- Wetzel, R. "Factor Structure of Beck's Suicide Intent Scales". *Psychological Reports*. 1977. 140, 295–302.
- Wheeler, L. "Toward a Theory of Behavioral Contagion". *Psychological Review*. 1966. 73, 179–192.
- Williams, S.L., Rappoport, A. "Cognitive Treatment in the Natural Envi-ronment for Agoraphobics". *Behavior Therapy*. 1983. 14, 299–313.
- Whitlock, F.A., & Siskind, M. "Depression and Cancer: A Follow-Up Study". *Psychological Medicine*. 1979. 9, 747–752.
- Williams, R.B., Haney, T.L., Lee, K.L., Hong Kong, Y., Blumenthal, J.A., & Whalen, R.E. "Type A Behavior, Hostility, and Coronary Atherosclerosis". *Psychosomatic Medicine*. 1980. 42, 539–549.
- Winokur, G. "Depression in the Menopause". *American Journal of Psychiatry*. 1973. 130, 92–93.
- Wittkower, E.D., & Dudek, S.Z. "Psychosomatic Medicine, the Mind-Body-Society Inter-action". Dalam B. Wolman (Ed.), *Handbook of General Psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1973.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1958.
- Yalom, I.D., Lunde, D.T., Moos, R.H., & Hamburg, D.A. "'Postpartum Blues' Syndrome: A Description and Related Variables". *Archives of General Psychiatry*. 1968. 18, 16–27.

- Zeisset, R.M. "Desensitization and Relaxation in the Modification of Psychiatric Patients, Interview Behavior". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1968. 73, 13-24.
- Zimmerman, M., Coryell, W., & Pfohl, B. "The Validity of the Dexamethasone Suppression Test as a Marker for Endogenous Depression". *Archives of General Psychiatry*. 1986. 43, 347-355.
- Zitrin, C.M., Klein, D.F., & Woerner, M.G. "Treatment of Agoraphobia with Group Exposure *in Vivo* and Imipramine". *Archives of General Psychiatry*. 1980. 37, 63-72.

DAFTAR ISTILAH

- Accelerated learner (dalam program akselerasi).** Sang anak lebih mampu menguasai dan mengintegrasikan bahan-bahan pelajaran yang kompleks (Lihat definisi pertama tentang anak berbakat dalam program akselerasi).
- Afek (afeksi).** Keadaan emosi atau perasaan terhadap objek-objek, ide-ide, atau pengalaman-pengalaman hidup.
- Agorafobia.** Ketakutan terhadap tempat-tempat yang terbuka.
- Akibat obat paradoksikal.** Fakta bahwa obat-obat stimulan dapat menimbulkan akibat yang menenangkan pada orang-orang yang mengalami gangguan hiperaktivitas dan kekurangan perhatian.
- Akibat samping.** Akibat tambahan dan yang tidak dikehendaki dalam merawat suatu penyakit (misalnya mulut kering dalam menggunakan obat antidepresan).
- Akrofobia.** Ketakutan terhadap tempat-tempat yang tinggi atau hal-hal yang tinggi.
- Aktivitas gelombang lambat (pada EEG).** Aktivitas gelombang otak yang ditemukan pertama-tama pada lobus temporalis dari orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial.
- Akselerasi.** (1) Kemajuan yang diperoleh di dalam program pengajaran dalam kecepatan yang lebih cepat atau usia yang lebih muda daripada yang konvensional (Pressey, 1949); (2) Salah satu bentuk pelayanan pendidikan yang diberikan bagi siswa dengan kecerdasan dan kemampuan luar biasa, untuk dapat menyelesaikan pendidikan lebih awal dari waktu yang telah ditentukan (Depdiknas 2001).
- Algolacni.** Kepuasan seksual yang diperoleh dengan memberi atau menerima rasa sakit (Lihat masokhisme seksual dan sadisme seksual).
- Alkohol.** Zat depresan yang dikembangkan dengan fermentasi.
- Alkoholisme.** Ketergantungan fisiologis pada alkohol yang menyebabkan gangguan fungsi personal, sosial, atau fisik.
- Alkoholisme primer.** Alkoholisme yang disebabkan oleh predisposisi biologis dan tidak ditengahi oleh faktor kepribadian antisosial.
- Alkoholisme sekunder (alkoholisme psikopatik).** Gangguan kepribadian antisosial yang kemudian mengarah kepada alkoholisme.
- Ambivalensi atau ambiguitas (Bleuler).** Istilah lain untuk kepribadian ganda (*multiple personality*).
- Amfetamin.** Tipe zat-zat stimulan seperti Deksedrin dan Benzedrin. Penyalahgunaan amfetamin dapat memicu psikosis yang menyerupai episode akut pada skizofrenia.

Amnesia psikogenik. Suatu gangguan ingatan yang ditandai oleh ketidakmampuan mengingat pengalaman-pengalaman masa lampau atau identitas pribadi.

Anak berbakat (intelektual). (1) (a) mereka yang mempunyai taraf inteligensi atau IQ di atas 140, atau (b) mereka yang oleh psikolog dan/atau guru diidentifikasi sebagai peserta didik yang telah mencapai prestasi yang memuaskan, dan memiliki kemampuan intelektual umum yang berfungsi pada taraf cerdas, dan keterikatan terhadap tugas yang tergolong baik serta kreativitas yang memadai (Depdiknas, 2001b); (2) Mereka yang diidentifikasi oleh orang-orang yang berkualifikasi profesional memiliki kemampuan luar biasa, mampu berprestasi tinggi. Anak-anak ini membutuhkan program pendidikan yang berdiferensiasi dan atau pelayanan di luar jangkauan program sekolah reguler, agar dapat merealisasikan kontribusi dirinya maupun masyarakat (United States Office of Education, 1972).

Anak-anak luar biasa. Anak-anak yang berbakat intelektual dan anak-anak yang cacat.

Anal eroticism (erotikisme anal). Sering disebut juga analisme seks, yakni melakukan persetubuhan melalui dubur.

Androgen. Hormon yang menyebabkan ciri khas pria.

Anestesia. Tidak ada sensasi atau kepekaan, bisa bersifat parsial atau total.

Angka konkordansi. Angka kookurensi dari suatu gangguan dalam pasangan orang tertentu, biasanya pada saudara kembar monozygot atau identik (MZ) atau saudara kembar bersaudara atau dizygot (DZ).

Angina. Perasaan sakit di sekitar jantung dan bahu di sebelah kiri yang disebabkan oleh berkurangnya persediaan darah ke urat-urat jantung.

Angioplasti (angioplasty). Teknik operasi di mana pipa yang lunak (mudah dilentur) dengan balon yang dipasang pada ujungnya dimasukkan ke dalam pembuluh nadi yang sudah menyempit karena ada gumpalan yang mengeras pada pembuluh nadi itu. Balon itu kemudian mengembung untuk menekan gumpalan itu ke dinding pembuluh nadi, dengan demikian darah bisa mengalir lebih banyak.

Anoksia (anoxia). Kekurangan oksigen; bila terjadi pada waktu kelahiran maka akan menyebabkan kerusakan otak.

Anorexia nervosa. Gangguan makan, terutama terjadi pada wanita yang masih muda, dengan ciri-cirinya adalah tetap menjaga supaya berat badan tetap rendah, distorsi-distorsi gambaran tubuh, sangat takut kalau berat badan naik, dan pada wanita yang lebih tua terjadinya amenorrhea.

Antidepresan. Tipe obat-obat yang berfungsi untuk menghilangkan depresi. Trisiklik dan MAO inhibitor merupakan dua kelompok obat antidepresan.

Antigen. Zat asing dalam tubuh yang menyebabkan meningkatnya aktivitas sistem kekebalan.

Anxiety states. Gangguan-gangguan di mana kecemasan berlebihan, menyebar, dan tidak terbatas pada situasi-situasi khusus (berbeda dengan gangguan-gangguan fobia).

Apnea tidur (sleep apnea). Suatu gangguan tidur yang berat dan lebih sulit ditangani di mana orang yang tidur untuk sementara berhenti bernapas dan hal ini menyebabkan orang yang tidur mendengkur dan merupakan salah satu penyebab sindrom kematian bayi yang terjadi secara tiba-tiba.

Arteriosklerosis. Penyakit kardiovaskular yang terjadi karena penumpukan lemak pada dinding-dinding pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah berkurang.

Asam phenylpyruvic. *Lih.* phenylalanine.

Asma. Gangguan pada saluran pernapasan di mana individu sulit bernapas karena otot-otot saluran pernapasan kejang dan terjadi penumpukan cairan darah pada jaringan sel selaput lendir dari saluran pernapasan. Serangan asmatis sering kali berakhir dengan batuk-batuk kejang. Penjelasan psikodinamik mengemukakan bahwa gangguan ini terjadi sebagai reaksi terhadap stres hidup tertentu dengan konflik emosi yang hanya sebagian disadari. Serangan asmatis merupakan usaha organisme untuk menghilangkan tegangan melalui cara yang tidak normal.

Astigmatisme. Cacat penglihatan di mana seseorang dapat melihat benda tetapi tanggapannya tidak sama dengan penglihatan.

Atetosis (*athetosis*). Gerakan lambat yang terjadi berulang-ulang dari lengan, kaki, dan terutama jari-jari tangan dan kaki yang disebabkan oleh gangguan saraf.

Autisme. (1) Kecenderungan pikiran-pikiran dan persepsi-persepsi seseorang yang dipengaruhi oleh hasrat dan keinginannya dalam fantasi dan khayalan-khayalan di mana kenyataan objektif tidak terlihat karena adanya kecenderungan melihat dunia secara subjektif; (2) Suatu gangguan pada masa kanak-kanak dengan ciri-cirinya adalah tidak dapat berhubungan dengan orang-orang lain, tidak dapat berbicara, gangguan tingkah laku motor, aktivitas dan minat-minat sangat terbatas; (3) Dalam pandangan Bleuler ini merupakan salah satu dari simptom-simtom utama skizofrenia.

Autisme kanak-kanak (*infantil*). Gangguan perkembangan pada masa bayi dan masa kanak-kanak yang segera kelihatan sesudah kelahiran. Ciri-cirinya adalah tidak responsif terhadap orang-orang lain, gangguan keterampilan verbal dan nonverbal, serta aktivitas dan minat-minat sangat terbatas.

Aversi (*aversion*). Sikap atau perasaan tidak senang terhadap sesuatu yang disertai dengan dorongan untuk menjauhkan diri.

Barbiturat. Suatu tipe obat depresan; suatu bentuk awal obat penenang.

Baroreseptor (*barore-ceptors*). Reseptor yang peka terhadap tegangan dan berada di sekitar pembuluh-pembuluh nadi yang berasal dari jantung dan berfungsi untuk mendeteksi peningkatan tekanan darah. Penting dalam perkembangan hipertensi.

Behavioral contagion. Suatu proses di mana hambatan-hambatan yang berhubungan dengan tingkah laku tertentu berkurang dengan mengamati orang lain melakukan tingkah laku itu tanpa akibat-akibat negatif.

Bell-and-pad procedure (*prosedur bel-dan-bantal*). Prosedur yang dilakukan untuk merawat enuresis. Bantal yang peka terhadap basah atau lembab ditempatkan pada kasur, dan bila anak kencing pada waktu tidur, bantal itu mendeteksi air kencing itu dan membunyikan bel yang membangunkan anak.

Bentuk primer APD (*antisocial personality disorder*). Tipe gangguan kepribadian antisosial di mana individu kelihatan tidak mampu mengalami kecemasan dan tidak belajar menghindarinya (kecemasan).

Bentuk sekunder APD (*antisocial personality disorder*). Tipe gangguan kepribadian antisosial di mana individu mampu mengalami kecemasan tetapi telah belajar menghindarinya.

Benzodiazepin. Suatu kelompok obat-obat yang digunakan untuk merawat kecemasan. Obat-obat ini mengurangi kecemasan dengan meningkatkan tingkat-tingkat GABA. Obat yang terkenal dari tipe ini adalah Valium.

Berpakaian lawan jenis (*cross-dressing*). Mengenakan pakaian dari orang tidak sejenis untuk memperoleh kepuasan seksual.

Bestialitas. Penyimpangan seksual di mana seseorang mendapatkan kepuasan seksual dengan melakukan persetubuhan dengan binatang (*bestia* = binatang).

Bicara kekanak-kanakan. Cara berbicara seperti bayi di mana banyak kata dihilangkan atau diabaikan, atau lafal sangat tidak jelas.

Binge type alcoholism. Pola meminum minuman alkohol secara berlebihan dalam periode yang agak singkat yang berbeda pada periode-periode tidak minum.

Borok lambung (*gastric ulcers*). Lubang-lubang pada dinding lambung karena rendahnya tingkat getah (lendir) yang melindungi lambung.

Bulimia nervosa. Gangguan makan dengan simptom utamanya adalah makan berlebihan (makan banyak), dan kemudian dikeluarkan lagi (misalnya memuntahkan makanan yang sudah dimakan atau menggunakan obat pencahar).

Bunuh diri tersembunyi (*covert suicide*). Bunuh diri yang kelihatannya tersamar (tersembunyi) sebagai suatu kecelakaan atau kematian yang biasa.

Cacat mental. Keyakinan bahwa retardasi mental disebabkan oleh cacat otak dan bukan karena perkembangan terlambat.

Cannabis. Halusinogen yang ringan; marijuana.

Cannabinoids. Ramuan-ramuan (bahan-bahan) aktif dalam cannabis (marijuana).

Cardiac neurosis. Sejumlah simptom yang berhubungan dengan jantung dan penyebabnya adalah psikogenik

Clitor. Jaringan tubuh yang sangat sensitif yang terletak di atas lubang vagina. Perangsangan clitoris adalah penting untuk mencapai orgasme.

Cognitive flooding. Teknik untuk merawat kecemasan di mana individu diarahkan untuk berpikir tentang objek-objek atau situasi-situasi yang menimbulkan kecemasan. Apabila pikiran-pikiran itu tidak diikuti oleh akibat-akibat yang menakutkan sebagaimana diharapkan maka sudah pasti respons kecemasan itu akan padam.

Coitus interfemoral (*interfemoral coitus*). Memanipulasikan zakar di sela-sela antara kedua paha.

Coitus interruptus (*jimak terputus*). Praktek persetubuhan dengan menarik penis sebelum ejakulasi.

Cretinisme (*hipotiroidisme*). Metabolisme dan perkembangan yang lambat karena gen resesif yang mengganggu (menghambat) produksi tiroksin. Simtom-simtomnya adalah badan pendek dan retardasi mental.

Cunnilingus. Stimulus oral pada vagina.

Deklasifikasi (*orang-orang yang mengalami retardasi mental*). Suatu gerakan untuk tidak menyebut orang-orang yang mengalami retardasi sebagai orang yang cacat karena diagnosis dan fakta tidak tepat untuk menyebut mereka sebagai orang-orang yang mengalami retardasi.

Deksedrin (*Dekstroamfitamin*). Obat stimulan yang kadang-kadang digunakan untuk merawat gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity*).

Delirium tremens yang disingkat DT's. Suatu sindrom putus zat yang sering terjadi sesudah mengurangi atau sama sekali berhenti minum alkohol pada orang-orang yang kecanduan

alkohol kronis dengan ciri-cirinya adalah sangat gelisah (sama sekali tidak tenang), berkeringat, mengalami disorientasi, dan halusinasi.

Delusi. Tetap berpegang pada suatu keyakinan yang aneh meskipun ada bukti kuat bahwa keyakinan itu tidak didukung oleh kenyataan (fakta). Simtom ini sering kelihatan pada orang-orang yang menderita skizofrenia.

Delusi dikejar-kejar (*delusion of persecution*). Delusi bahwa orang-orang berkomplot melawan individu. Gangguan ini kelihatan pada orang yang mengalami gangguan delusional atau kadang-kadang pada orang-orang yang menderita skizofrenia.

Dementia. Hilangnya kemampuan intelektual dan penyebabnya adalah faktor organik.

Dementia primer. Deteriorasi fungsi kognitif sebagai akibat dari gangguan otak organik (misalnya stroke).

Dementia sekunder. Dementia sebagai akibat samping dari suatu gangguan lain (misalnya depresi) dan bukan akibat dari suatu gangguan organik.

Depo-Provera. Obat antiandrogen yang digunakan untuk mereduksikan hasrat seksual.

Depresan (obat depresan). Sekelompok obat yang meliputi alkohol, barbiturat, dan benzo-diazepin. Pengaruhnya yang utama adalah mereduksikan aktivitas neurologis.

Depresi. Respons emosional dengan ciri-cirinya adalah keputusan dan kesedihan, penghargaan terhadap diri rendah, pesimisme; motivasi berkurang; proses pikiran lambat; retardasi psikomotor; gangguan-gangguan selera makan, tidur, dan hasrat seksual.

Depresi agitatif. Depresi yang ditandai oleh aktivitas yang tinggi tanpa tujuan, seperti berjalan bolak-balik.

Depresi berat (*major depression*). Gangguan suasana hati yang berat dan ditandai oleh terjadinya episode-episode depresif yang berat sedangkan episode-episode manik tidak ada. Depresi berat itu memperlihatkan sejumlah ciri-ciri, seperti suasana hati yang murung, tidak berminat untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang biasa, tidak ada energi atau motivasi, dan selera makan dan pola-pola tidur berubah.

Depresi endogen. Depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor fisiologis.

Depresi eksogen. Depresi yang disebabkan oleh faktor-faktor psikososial.

Depresi involusional (*involutional depression*). Depresi yang berkaitan dengan orang yang sudah berusia tua; tidak digunakan lagi sebagai kondisi diagnostik formal yang terpisah dari depresi-depresi lain.

Depresi lamban atau lambat (*retarded depression*). Depresi yang ditandai oleh gerakan dan pikiran lamban (lawan dari depresi agitatif).

Depresi postamfetamin. Depresi yang terjadi bila seseorang berhenti menggunakan amfetamin.

Depresi postpartum. Depresi yang terjadi segera setelah seorang wanita melahirkan.

Depresi primer. Depresi yang tidak disebabkan oleh gangguan lain, obat, atau perawatan (berbeda dengan depresi sekunder). Diazepam. Benzodiazepin yang umumnya digunakan untuk merawat kecemasan.

Depresi sekunder. Depresi sebagai akibat samping dari obat atau gangguan lain.

Desensitisasi sistematis. Prosedur perawatan di mana respons relaksasi berpasangan dengan stimulus yang menimbulkan kecemasan dalam usaha kontrapengondisian (*counterconditioning*).

Diagnosis. Proses klinis yang mengidentifikasi sifat dan klasifikasi dari setiap gangguan dengan menganalisis simtom-simtom.

- Diazepam (Valium).** Benzodiazepin yang digunakan secara luas untuk merawat kecemasan.
- Disfungsi.** Gangguan atau abnormalitas dalam fungsi suatu organ.
- Disfungsi otak sangat kecil.** Tingkat kerusakan otak yang biasanya terlalu kecil tetapi berpengaruh terhadap tingkah laku. Disfungsi itu dilihat sebagai penyebab gangguan-gangguan, seperti gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity disorder*).
- Disfungsi seksual.** Kelompok gangguan yang berhubungan dengan seks yang meliputi gangguan hasrat seksual, rangsangan seksual, dan orgasme.
- Disleksia (*dyslexia*).** Suatu tipe ketidakmampuan belajar yang ditandai oleh gangguan kemampuan membaca.
- Distres.** Stres yang menyakitkan atau tidak menyenangkan, contohnya adalah kecemasan dan ketakutan.
- Diuretik.** Obat yang digunakan untuk mereduksi tekanan darah dengan mengurangi volume cairan-cairan tubuh.
- Dopamin.** Suatu neurotransmitter; aktivitas dopamin yang tinggi ada hubungannya dengan skizofrenia, sedangkan aktivitas dopamin yang rendah ada hubungannya dengan Parkinson's disease.
- Down syndrome.** Retardasi mental yang disebabkan oleh kromosom tambahan pada sepasang kromosom 21. Down syndrome disebut juga Down's syndrome atau mongolisme. Disebut mongolisme karena memberi kesan seperti orang Mongol yang bermata sipit.
- DSM-II.** Edisi kedua dari Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders yang mengklasifikasi masalah-masalah dan gangguan-gangguan psikologis.
- DSM-III-R.** Edisi ketiga dari Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders yang direvisi dan mengklasifikasi masalah-masalah dan gangguan-gangguan psikologis.
- DSM-IV.** Edisi keempat dari Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, yakni suatu sistem yang diterima secara luas di Amerika dan di seluruh dunia untuk mengklasifikasi masalah-masalah dan gangguan-gangguan psikologis.
- DST (*dexamethasone suppression test*).** Tes yang digunakan untuk menetapkan apakah depresi itu endogen atau eksogen.
- Dualisme jiwa-badan.** Gagasan bahwa jiwa dan badan beroperasi secara terpisah. Pandangan ini ditolak oleh evidensi yang menghubungkan faktor-faktor psikologis dengan penyakit fisik.
- Dukana atau obscenity.** Tingkah laku, gerak-gerik, perkataan-perkataan dan ekspresi lainnya yang bersifat erotik, yang berlangsung secara tidak sopan, jorok, menjijikkan.
- Dukungan sosial.** Dukungan dari orang-orang lain dan telah diperlihatkan bahwa akibat-akibat stres dapat berkurang.
- Duodenal ulcer.** Borok pada lapisan duodenum (usus dua belas jari, yakni bagian pertama dari usus kecil) yang disebabkan oleh kadar asam lambung tinggi.
- Dyspareunia.** Terus-menerus rasa sakit yang dialami pada waktu atau sesudah persetubuhan.
- Effort syndrome.** Suatu tipe neurosis kecemasan yang ditandai oleh gangguan palpitasi (jantung berdebar), peredaran darah, dan pernapasan.
- EEG (*encephalograph*).** Alat yang mengukur aktivitas listrik dari otak.
- Ejakulasi dini (*premature ejaculation*).** Gangguan orgasme pada pria dengan cirinya adalah mencapai kepuasan seksual terlalu cepat (sebelum waktunya).

Ekolalia (*echolalia*). Suatu simptom autisme kanak-kanak di mana anak mengulangi apa saja yang dikatakan kepadanya.

Eksibisionisme. Parafilia di mana kenikmatan seksual diperoleh pada waktu memperlihatkan alat kelamin.

Embolisme. Gumpalan yang menghambat aliran darah melalui pembuluh nadi.

Emosi. Suatu respons terhadap suatu stimulus yang melibatkan rangsangan fisiologis, perasaan subjektif, interpretasi kognitif, dan tingkah laku.

Encopresis. Gangguan eliminasi dengan simptomnya adalah tidak dapat mengontrol buang air besar.

Endorfin. Zat yang sama seperti opium yang diproduksi oleh tubuh dan berfungsi untuk mengurangi transmisi sinaptik dan mengurangi rasa sakit.

Enriched learner (dalam program akselerasi). Anak yang tidak menaruh perhatian terhadap prestasi, tetapi anak tersebut memiliki ciri-ciri kepribadian yang lebih imajinatif, sangat emosional, secara internal termotivasi, rasa ingin tahu besar, dan terdorong untuk melakukan eksplorasi dan eksperimen (Lihat definisi kedua anak berbakat dalam program akselerasi).

Enuresis. Gangguan eliminasi dengan simptomnya adalah tidak dapat mengontrol kencing (buang air kecil).

Enuresis primer. Enuresis di mana individu tidak dapat mengontrol kencingnya selama lebih dari 1 tahun.

Enuresis sekunder. Enuresis di mana individu sanggup mengontrol kencingnya sekurang-kurangnya selama 1 tahun, tetapi kemudian kencing lagi karena ada sesuatu yang merusak atau mengganggu kontrol itu.

Epinefrin. Katekolamin yang beredar; juga disebut adrenalin.

Faktor-faktor yang mempredisiposikan. Faktor-faktor genetik, fisiologis, atau psikologis yang membuat individu memiliki kemungkinan yang lebih besar mengembangkan suatu gangguan.

Fantasi. Suatu mekanisme pertahanan di mana individu melarikan diri dari kegagalan-kegagalan atau kesulitan-kesulitan hidup sehari-hari dengan menciptakan kepuasan-kepuasan khayalan.

Fella-tio. Stimulus oral pada penis/zakar.

Fetishisme. Parafilia di mana kepuasan seksual diperoleh dari objek yang bukan manusia (misalnya sepatu atau BH).

Fetishisme transvestis. Parafilia di mana individu memperoleh kenikmatan seksual dengan memakai pakaian dari orang yang tidak sejenis.

Fiksasi. Suatu mekanisme pertahanan yang terjadi bila energi psikis terhambat pada satu tingkat perkembangan, dengan demikian membuat perubahan atau pertumbuhan psikologis sulit. Bila Freud menggunakan istilah "fiksasi anal" maksudnya adalah kelekatan pada objek-objek atau tingkah laku-tingkah laku yang bercirikan tahap anal.

Flooding. Teknik untuk merawat kecemasan di mana individu diminta membayangkan suatu stimulus yang menimbulkan ketakutan. Bila akibat-akibat negatif tidak terjadi maka respons terhadap ketakutan itu sudah terhapus.

Fobia. Ketakutan yang eksekif dan akut terhadap situasi-situasi atau objek-objek tertentu walaupun tidak ada dasarnya dalam kenyataan.

Fobia biasa. Gangguan yang merupakan ketakutan irasional yang berbeda dengan agorafobia dan fobia sosial.

Fobia sosial. Gangguan yang ditandai oleh ketakutan bertingkah laku dalam cara yang memalukan dan dikritik. Akibatnya ialah menjauhi orang-orang lain.

Fragile X syndrome. Penyebab kedua (penyebab pertama adalah Down syndrome) retardasi mental yang sangat umum dan dapat diidentifikasi pada pria. Dikatakan fragile X karena suatu bagian yang kecil pada ujung kromosom X kelihatannya rentan terhadap kerusakan dalam kondisi-kondisi tertentu.

Frottage. Parafilia di mana kepuasan seksual diperoleh dengan cara menggosok-gosok atau merab-raba orang lain yang disenangi.

Fugue psikogenik. Gangguan disosiatif di mana individu berpindah ke tempat lain dan mengembangkan identitas baru.

GABA (*gamma-aminobutyric acid*). Neurotransmitter yang penting untuk fungsi neuron inhibitori. GABA yang rendah ada hubungannya dengan tingkat kecemasan yang tinggi.

Gangguan amnestik alkohol. Lih. Korsakoff's syndrome.

Gangguan artikulasi. Tidak dapat menggunakan bunyi-bunyi huruf seperti p, b, dan t, oleh anak yang berusia 3 tahun dan kedengarannya seperti bunyi r dan sh oleh anak yang berusia 6 tahun.

Gangguan asperger (*asperger's disorder*). Gangguan perkembangan pervasif dengan kerusakan yang berat dan berlangsung terus-menerus (tetap bertahan) pada interaksi sosial dan perkembangan pola tingkah laku serta aktivitas-aktivitas yang diulang-ulang. Sama dengan autisme.

Gangguan aversi seksual. Gangguan di mana individu selalu menolak atau enggan melakukan hubungan seksual genital dan menghindari semua atau hampir semua hubungan genital dengan mitranya.

Gangguan bahasa dan bicara. Gangguan di mana anak sulit berkomunikasi dengan orang-orang lain karena mengalami kesulitan dalam berbahasa dan berbicara.

Gangguan bahasa ekspresif. Gangguan di mana penggunaan bahasa lisan anak berada di bawah harapan yang didasarkan pada IQ-nya.

Gangguan bahasa reseptif. Gangguan di mana anak mengalami kesulitan dalam memahami bahasa lisan. Bahasa lisan yang digunakan berada di bawah harapan yang didasarkan pada IQ-nya.

Gangguan belajar. Perkembangan yang tidak adekuat dalam berhitung, menulis, membaca, berbahasa, atau berbicara. Anak laki-laki lebih sering mengalami gangguan ini daripada anak perempuan.

Gangguan berhitung. Gangguan pada masa kanak-kanak di mana anak tidak dapat mengembangkan keterampilan-keterampilan berhitung walaupun penyebab lain tidak ada, seperti retardasi.

Gangguan bipolar. Lih. gangguan manik-depresif.

Gangguan depersonalisasi. Gangguan disosiatif di mana dalam waktu yang singkat individu mengalami distorsi diri (misalnya perasaan seakan-akan ukuran dari kaki dan tangan telah berubah atau ia berada di luar tubuhnya sendiri).

Gangguan depresif (unipolar). Lih. gangguan unipolar.

- Gangguan disintegratif masa kanak-kanak.** Gangguan perkembangan pervasif yang terjadi dua tahun sesudah perkembangan normal dalam komunikasi, hubungan-hubungan sosial, dan tingkah laku adaptif.
- Gangguan disosiatif.** Sekelompok gangguan yang meliputi gangguan integratif dari ingatan, identitas, dan kesadaran. Gangguan-gangguan itu adalah amnesia, fugue, kepribadian ganda, depersonalisasi, dan kesurupan/*trance*.
- Gangguan dismorfik (*dysmorphic disorder*).** Gangguan somatoform di mana individu terlalu memikirkan suatu cacat yang dibayangkan dalam penampilan fisiknya.
- Gangguan distimik (*dysthymic disorder*).** Suatu bentuk gangguan unipolar (depresif) yang kurang berat.
- Gangguan eliminasi.** Enuresis dan encopresis.
- Gangguan fobia.** Gangguan kecemasan di mana individu mengalami ketakutan yang tidak tepat terhadap objek atau situasi tertentu.
- Gangguan hasrat (seksual).** Disfungsi seksual dengan cirinya adalah tidak ada hasrat seksual; akan tetapi bila cukup terangsang maka individu dapat mencapai rangsangan seksual.
- Gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyper-activity disorder*).** Gangguan pada masa kanak-kanak di mana simptom-simtomnya yang utama adalah ketidakmampuan mempertahankan perhatian dan tingkat aktivitas tinggi.
- Gangguan identitas gender.** Gangguan di mana individu mempersepsikan bahwa jenis kelamin fisiologisnya tidak cocok dengan perasaannya menjadi wanita atau laki-laki.
- Gangguan kardiovaskular.** Penyakit sistem kardiovaskular, seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, dan arteriosklerosis.
- Gangguan kecemasan.** Kelompok gangguan yang terdiri dari *anxiety states*, dan gangguan-gangguan fobia.
- Gangguan kecemasan akan perpisahan.** Gangguan kecemasan pada masa kanak-kanak, di mana anak takut kalau dipisahkan dari orang tua atau orang-orang dewasa lain yang penting baginya.
- Gangguan kecemasan menyeluruh (*generalized anxiety disorder*).** Gangguan di mana individu menjadi cemas tanpa menghiraukan situasi stimulus. Kecemasan itu dikatakan mengambang (*freefloating*).
- Gangguan kecemasan yang berlebihan.** Gangguan kecemasan pada masa kanak-kanak yang ditandai oleh kecemasan yang berlebihan tentang peristiwa-peristiwa masa depan, tingkah laku masa lampau, dan kemampuan. Sama dengan kecemasan yang ditemukan pada masa dewasa.
- Gangguan kepribadian.** Tipe pola-pola tingkah laku abnormal dengan ciri-cirinya adalah pola tingkah laku atau cara-cara yang sangat kaku dalam berhubungan dengan orang-orang lain yang pada akhirnya merusak diri sendiri. Karena sifat yang kaku itu menyebabkan seseorang tidak dapat menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan eksternal. Meskipun demikian, gangguan tingkah laku ini masih dianggap kurang menyimpang dibandingkan dengan sebagian besar tingkah laku yang disebabkan oleh gangguan-gangguan lain. Contohnya adalah gangguan kepribadian antisosial, gangguan-gangguan obsesif-kompulsif, dependen, narsistik, paranoid, dan perbatasan.

- Gangguan kepribadian antisosial.** Gangguan kepribadian di mana individu tidak mengalami kecemasan dan tidak memiliki suara hati serta akibatnya melakukan tingkah laku antisosial yang tidak bertanggung jawab. Gangguan ini disebut juga psikopati atau sosiopati.
- Gangguan kepribadian dependen.** Gangguan kepribadian di mana individu membiarkan orang-orang lain mengambil keputusan untuk dirinya sendiri.
- Gangguan kepribadian ganda.** Gangguan disosiatif di mana individu memiliki dua atau lebih kepribadian yang sangat berbeda antara yang satu dengan yang lainnya.
- Gangguan kepribadian histrionik (*histrionic personality disorder*).** Gangguan dengan ciri-cirinya adalah kebutuhan eksekusif untuk menjadi pusat perhatian dan menerima dukungan, dan persetujuan dari orang-orang lain. Orang-orang yang mengalami gangguan ini sering kelihatan sangat dramatis dan emosional dalam tingkah lakunya.
- Gangguan kepribadian narsistik.** Gangguan di mana individu merasa dirinya sangat penting dan selalu hidup dengan fantasi-fantasi tentang keberhasilan, kekuatan, atau kecantikan dirinya sendiri.
- Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif.** Gangguan yang ditandai dengan obsesi dan/atau kompulsi dengan ciri-cirinya adalah cara-cara yang kaku dalam berhubungan dengan orang-orang lain, kecenderungan-kecenderungan yang perfeksionistik, tidak spontan, dan sangat memperhatikan hal yang kecil-kecil.
- Gangguan kepribadian paranoid.** Gangguan yang ditandai oleh kecurigaan tanpa alasan dan ketidakpercayaan terhadap orang-orang lain. Berbeda dari gangguan delusi (paranoia) karena tidak ada bentuk delusi yang jelas.
- Gangguan kepribadian pasif-agresif.** Gangguan kepribadian di mana individu tidak mau menerima tuntutan-tuntutan dari orang-orang lain secara pasif dan tidak secara aktif.
- Gangguan kepribadian perbatasan (*borderline personality disorder*).** Gangguan kepribadian dengan cirinya adalah individu sama sekali tidak stabil. Beraneka ragam simptom kelihatan dalam gangguan ini menunjukkan bahwa gangguan ini mendekati atau tumpang tindih dengan beberapa gangguan lain.
- Gangguan kepribadian sadistik.** Gangguan kepribadian dengan ciri-cirinya adalah pola respons yang tetap, kejam, merendahkan martabat dan agresif terhadap orang-orang lain dan sering memperoleh kenikmatan (rasa senang) dari respons ini.
- Gangguan kepribadian skizoid (*schizoid personality disorder*).** Gangguan kepribadian yang ditandai oleh tidak adanya minat (perhatian) terhadap orang-orang lain dan hanya memiliki emosi yang sedikit. Tidak adanya halusinasi, delusi, dan masalah-masalah dengan proses pikiran membedakannya dari skizofrenia.
- Gangguan kepribadian skizotipal (*schizotypal personality disorder*).** Gangguan yang melibatkan beberapa simptom skizofrenia tetapi tidak cukup berat untuk didiagnosis sebagai skizofrenia (misalnya pasien berkata: "Saya merasa seolah-olah saya sedang mendengar suara-suara", bukan "Saya sedang mendengar suara-suara".)
- Gangguan kepribadian yang menghindar (menjauh).** Suatu tipe gangguan kepribadian dengan cirinya adalah menjauhi hubungan-hubungan sosial karena takut ditolak.
- Gangguan kepribadian yang merusak diri sendiri.** Gangguan di mana individu menjauhi atau meremehkan pengalaman-pengalaman yang menyenangkan dan kelihatannya mencari kegagalan personal dan sosial.
- Gangguan kesurupan/trance.** Gangguan disosiatif di mana kesadaran berkurang (*trance*) atau di mana orang yakin bahwa ia telah dirasuki oleh roh atau orang (kesurupan).

- Gangguan keterampilan motor.** Gangguan yang dialami anak dalam koordinasi motor dan bukan disebabkan oleh retardasi mental atau gangguan fisik lainnya.
- Gangguan konversi.** Gangguan di mana individu mengalami satu atau lebih simtom fisik dan penyebab organiknya tidak ditemukan. Simtom-simtomnya mengganggu fungsi individu. (Lihat juga arti konversi pada daftar istilah pada Buku Jilid I).
- Gangguan koordinasi.** Gangguan perkembangan di mana keterampilan-keterampilan motor tidak berkembang dengan tepat.
- Gangguan makan.** Sekelompok gangguan yang meliputi anorexia, bulimia, pica, ruminasi (rumination).
- Gangguan manik-depresif.** Istilah awal untuk apa yang sekarang disebut gangguan bipolar.
- Gangguan membaca.** Gangguan keterampilan-keterampilan akademik pada anak dengan cirinya adalah kemampuan membaca berada di bawah inteligensinya.
- Gangguan menghindar/menjauh (pada masa kanak-kanak).** Gangguan dengan cirinya adalah menjauhkan diri dari hubungan dengan orang yang tidak dikenal, dengan demikian ada suatu gangguan fungsi sosial.
- Gangguan menulis.** Gangguan di mana kemampuan menulis anak berada lebih rendah daripada apa yang diharapkan menurut IQ.
- Gangguan menentang dan melawan (*oppositional defiant disorder*).** Gangguan pada masa kanak-kanak di mana individu bersikap negativistik, menentang, suka berdebat, bermusuhan, dan umumnya melawan orang-orang lain.
- Gangguan orgasme.** Disfungsi seksual di mana wanita tidak mencapai orgasme dan laki-laki mengalami ejakulasi dini.
- Gangguan orgasme primer.** Gangguan di mana seorang wanita tidak mengalami orgasme pada waktu melakukan masturbasi atau persetubuhan.
- Gangguan orgasme sekunder.** Disfungsi seksual di mana seorang wanita dapat mencapai orgasme melalui masturbasi tetapi tidak melalui persetubuhan.
- Gangguan panik.** Gangguan kecemasan dengan simtom utamanya adalah serangan-serangan panik.
- Gangguan penghindaran masa kanak-kanak atau masa remaja.** Tingkah laku masa kanak-kanak atau masa remaja dengan cirinya adalah sangat takut dan menjauhi orang-orang yang tidak dikenal.
- Gangguan perkembangan.** Suatu kelompok gangguan yang dimulai pada masa bayi atau masa kanak-kanak. Gangguan ini meliputi gangguan autisme pervasif dan gangguan-gangguan perkembangan khusus (keterampilan bahasa, keterampilan akademik, dan keterampilan motor).
- Gangguan perkembangan pervasif.** Suatu tipe gangguan yang berat pada masa bayi dan masa kanak-kanak termasuk autisme.
- Gangguan pola kepribadian.** Kelompok tipe-tipe kepribadian di mana individu tidak dapat menyesuaikan diri yang terungkap dalam pola tingkah laku abnormal sepanjang hidup. Orang yang mengalami gangguan ini lebih mirip dengan orang yang mengalami gangguan psikotik daripada yang mengalami gangguan neurotik tetapi ia mungkin memperlihatkan beberapa ciri tertentu dari keduanya. Orang yang mengalami gangguan ini sering disebut sebagai orang yang mengalami gangguan prapsikotik.
- Gangguan psikofisiologis.** *Lih.* gangguan psikosomatik.

- Gangguan psikosomatik.** Istilah yang pernah digunakan untuk menggambarkan gangguan fisik (misalnya borok bernanah pada lambung) yang disebabkan oleh faktor-faktor psikologis. Gangguan ini sekarang disebut gangguan psikofisiologis.
- Gangguan rangsangan (seksual).** Disfungsi seksual di mana individu tidak dapat mencapai atau mempertahankan rangsangan seksual meskipun selera (hasrat) seksual ada.
- Gangguan rasa sakit idiopatik (*idiopathic pain disorder*).** Gangguan somatoform dengan simtom utamanya adalah rasa sakit tetapi penyebab fisiologisnya tidak ada.
- Gangguan rasa sakit seksual.** Merasa sakit pada waktu mengadakan persetubuhan.
- Gangguan retardasi mental karena lingkungan prenatal.** Cacat kelahiran yang disebabkan oleh faktor-faktor prenatal.
- Gangguan rett (*rett's disorder*).** Gangguan ini hanya terdapat pada anak-anak perempuan. Gangguan perkembangan pervasif ini kelihatan sesudah periode perkembangan motor yang normal. Ciri-cirinya adalah gerakan-gerakan tangan tanpa tujuan, tidak tertarik pada kegiatan-kegiatan sosial, dan gangguan bahasa.
- Gangguan ruminasi (*rumination*).** Gangguan makan pada masa kanak-kanak dengan cirinya adalah memuntahkan berkali-kali makanan yang dimakan.
- Gangguan selera seksual.** Gangguan seksual dengan cirinya adalah tidak ada selera seksual, akan tetapi bila cukup terangsang maka individu akan mencapai rangsangan seksual.
- Gangguan selera seksual hipoaktif.** Tidak memiliki selera dan fantasi seksual meskipun tidak menolak atau jijik terhadap seks.
- Gangguan sifat kepribadian.** Suatu kelompok gangguan kepribadian yang berkisar di sekitar sifat yang mengganggu fungsi pribadi atau menyebabkan individu mengalami distress. Contohnya adalah gangguan obsesif-kompulsif, gangguan dependen, gangguan pasif-agresif, dan gangguan sadistik.
- Gangguan siklotimik (*cyclothymic disorder*).** Suatu bentuk gangguan bipolar yang kurang berat.
- Gangguan somatisasi.** Gangguan somatoform di mana individu melaporkan sejumlah besar simtom-simtom fisik tetapi penyebab fisiknya tidak ditemukan.
- Gangguan somatoform.** Sekelompok gangguan yang terdiri dari gangguan-gangguan somatisasi, hipokondriasis, konversi, rasa sakit idiopatik, dan dismorfik.
- Gangguan stres posttraumatik.** Gangguan kecemasan dengan simtom utamanya adalah mengalami lagi perasaan-perasaan yang ada hubungannya dengan peristiwa traumatik sebelumnya (misalnya perang, bencana alam, serangan fisik).
- Gangguan suasana hati (*mood*).** Gangguan psikologis di mana seseorang mengalami kekacauan yang berat dalam suasana hati atau keseimbangan emosi.
- Gangguan tic.** Gangguan yang ditandai oleh kontraksi otot-otot yang terjadi berulang-ulang dan tidak dapat dikendalikan yang menyebabkan tubuh atau muka tersentak-sentak. Termasuk di sini juga Tourette's disorder dengan cirinya yang melibatkan tic vokal.
- Gangguan tidur.** Gangguan-gangguan yang terjadi pada waktu orang tidur. Gangguan-gangguan ini berupa somnambulisme, mimpi buruk dan teror tidur, narkolepsi, insomnia dan apnea tidur.
- Gangguan tingkah laku (*conduct disorders*).** Kelompok gangguan di mana individu melakukan tingkah laku yang sangat buruk. Gangguan ini harus dibedakan dari gangguan kepribadian antisosial.

- Gangguan tingkah laku disruptif.** Suatu kelompok gangguan pada masa bayi, masa kanak-kanak, dan masa remaja yang meliputi gangguan hiperaktivitas dan kekurangan perhatian (*attention-deficit hyperactivity disorder*) dan gangguan-gangguan tingkah laku.
- Gangguan tingkah laku tipe kelompok (*group-type conduct disorder*).** Kegiatan antisosial yang dilakukan oleh seorang individu sebagai bagian dari suatu kelompok.
- Gangguan tingkah laku tipe solitari-agresif (*solitary-aggressive-type conduct disorder*).** Gangguan tingkah laku di mana individu melakukan tingkah laku antisosial tanpa dukungan dari teman-teman sebaya.
- Gangguan unipolar.** Gangguan suasana hati dengan ciri-cirinya adalah perasaan sedih, keputusasaan, pesimisme, proses pikiran berjalan lambat, dan retardasi motor atau agitasi.
- Ganja.** *Lih.* marijuana.
- Gen.** Satuan-satuan yang ditemukan dalam kromosom-kromosom yang membawa hereditas.
- Genetika.** Ilmu tentang hereditas.
- Gerak isyarat bunuh diri.** Tingkah laku yang kelihatannya seseorang berusaha untuk bunuh diri tetapi sesungguhnya untuk memperlihatkan distress kepada orang-orang lain ("meminta bantuan") atau untuk memanipulasi orang-orang lain.
- Geronto-seksualitas.** Gejala seorang pemuda atau seorang pemudi lebih senang melakukan hubungan seksual dengan wanita tua atau pria tua yang sudah berusia lanjut.
- Glove anesthesia.** Gangguan konversi di mana individu kehilangan perasaan pada tangan.
- Glukosa.** Zat gula dalam darah.
- Gonadotropin.** Hormon yang dilepaskan oleh kelenjar pituitaria yang merangsang testes laki-laki untuk memproduksi testosteron yang menimbulkan rangsangan seksual.
- Granulosit.** Sel darah putih yang sitoplasmanya mengandung partikel-partikel yang kecil.
- G. spot.** Daerah pada vagina yang diduga sangat sensitif terhadap perangsangan.
- Halusinasi.** Pengalaman sensorik (misalnya bunyi, perasaan, dan bau) yang tidak ada dalam kenyataan.
- Halusinogen.** Obat-obat seperti LSD yang menyebabkan distorsi perseptual.
- Hashish.** Damar yang dikeringkan dari pucuk tanaman marijuana betina. Pengaruhnya lebih kuat daripada marijuana.
- HDL (*high density lipoprotein*).** Tipe kolesterol yang baik yang mengangkut LDL (*low density lipoprotein*) sebelum ia menutupi pembuluh nadi.
- Heroin.** Suatu tipe opium atau obat narkotik yang diperoleh dari morfin dan yang mengandung sifat-sifat yang sangat adiktif.
- Herpes simplex.** Campak yang menyerang daerah di sekitar bibir, hidung, alat kelamin, dan penyebabnya adalah virus.
- Hierarki (urutan) ketakutan.** Suatu daftar objek-objek atau situasi-situasi yang ditakuti, diurut dari yang sangat kurang ditakuti sampai pada yang paling ditakuti, dan ini digunakan dalam desensitizasi sistematis.
- Hilang secara spontan.** Gangguan hilang tanpa perawatan. Sering kelihatan pada orang-orang yang mengalami depresi.
- Hiperaktivitas.** Pola tingkah laku abnormal yang sangat sering ditemukan pada anak laki-laki muda dengan cirinya adalah sulit mempertahankan perhatian dan sangat resah.

- Hipertensi.** Tekanan darah tinggi dan biasanya didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik dengan tingginya di atas 144 mm atau tekanan darah diastolik dengan tingginya di atas 90 mm.
- Hipertensi sekunder.** Tekanan darah tinggi sebagai akibat dari suatu faktor fisik yang tidak diketahui.
- Hipoglisemia (*hypoglycemia*).** Kadar gula dalam darah rendah.
- Hipokondriasis.** Gangguan somatoform di mana individu terlalu memikir-mikirkan dan merisaukan penyakit-penyakit fisik yang ringan.
- Hipotalamus.** Daerah otak yang berfungsi untuk proses tubuh, seperti makan, minum, tidur, dan tingkah laku seksual.
- Hipotensi.** Tekanan darah rendah.
- Histeria (gangguan histerikal).** Suatu istilah yang lebih awal bagi apa yang dinamakan dewasa ini sebagai gangguan somatoform dan gangguan disosiatif.
- Homoseksualitas.** Orientasi seksual dengan cirinya adalah daya tarik erotik dengan orang yang sejenis dan mengembangkan hubungan romantik dengannya.
- Hydrocephaly (*hydrocephalus*).** Suatu kondisi abnormal cairan pada kepala di mana terlalu banyak cairan yang menekan kepala ke dalam dan ke luar sehingga tengkorak kepala membesar dan terjadi kerusakan otak. Juga disebut kepala busung (*hydro* = air; *cephaly* = kepala).
- Identifikasi jenis kelamin fisiologis.** Pengetahuan objektif individu (berdasarkan organ kelamin) tentang menjadi laki-laki atau wanita (berbeda dengan identitas gender psikologis).
- Identifikasi silang.** Identifikasi dengan salah satu orang tua yang tidak sejenis.
- Identitas gender psikologis.** Perasaan psikologis tentang menjadi laki-laki atau wanita. Bila terjadi konflik dengan identifikasi jenis kelamin maka timbul gangguan identitas gender.
- Idiot.** Orang yang mengalami retardasi mental dengan IQ berada di bawah 25 dan rentang usia mental 0-3 tahun.
- Idiot savant.** Orang yang mengalami cacat mental tetapi memiliki bakat yang sangat khusus dalam bidang-bidang tertentu (misalnya, ingatan yang kuat, dapat menghitung dengan cepat, atau memiliki bakat musik yang luar biasa).
- Ilusi.** Persepsi yang tidak sesuai dengan kenyataan objektif yang terjadi bila sensasi didistorsikan.
- Imbisil.** Orang yang mengalami retardasi mental dan berada dalam rentang IQ 25-50 dan rentang usia mental 3-6 atau 7 tahun.
- Incest.** Hubungan seks di antara pria dan wanita di dalam atau di luar ikatan perkawinan, di mana mereka terkait dalam hubungan kekerabatan atau keturunan yang dekat sekali.
- Indoleamin.** Kelompok neurotransmitter yang meliputi serotonin.
- Infark (*infarct*).** Daerah jaringan jantung yang telah mati.
- Infarksi miokardial (*myocardial infarction*).** Otot jantung mati karena persediaan darah tidak cukup; juga disebut serangan jantung.
- Insomnia.** Ketidakmampuan kronis untuk tidur.
- Inteligensi.** Kemampuan kognitif yang digunakan dalam memperoleh, mengingat, dan menggunakan pengetahuan untuk memecahkan masalah-masalah sehari-hari, dan untuk beradaptasi dan berfungsi dalam lingkungan yang stabil (tetap) dan berubah.
- Inteligensi performansi (*performance intelligence*).** Skor tes inteligensi yang didasarkan pada kemampuan melakukan bermacam-macam tugas, seperti menyelesaikan persoalan-

persoalan yang sulit dipecahkan atau menyusun balok-balok berwarna untuk menciptakan suatu pola.

Inteligensi verbal. Inteligensi yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk mendefinisikan kata-kata, memberikan informasi, menjelaskan kesamaan-kesamaan, mengerjakan soal-soal berhitung, dan mengingat daftar dari bilangan.

Interfemoral coitus. Memanipulasikan zakar di sela-sela ruangan di antara kedua paha.

Introversi. Sikap di mana individu mengarahkan energi psikis ke dalam dirinya sendiri dengan orientasi kepada hal yang subjektif.

Involusi. Perubahan yang memburuk dalam perkembangan yang disebabkan oleh deteriorasi dalam fungsi-fungsi fisiologis dan psikologis.

IQ (*Intelligence Quotient*). Skor pada tes yang bertujuan untuk mengukur kemampuan-kemampuan verbal dan kuantitatif. Pada tes inteligensi Stanford-Binet, IQ diperoleh dari usia mental yang dibagi dengan usia kronologis dan dikalikan dengan 100.

Isyarat bunuh diri. Tingkah laku yang kelihatannya mau berusaha bunuh diri tetapi sesungguhnya dirancang untuk mengkomunikasikan distres (meminta bantuan) atau memanipulasi orang lain.

Jaringan erektile. Jaringan pada penis dan clitor yang berisi darah pada waktu terjadi rangsangan seksual.

Jenjang persentil (*percentile rank*). Jenjang yang perhitungannya didasarkan atas 100 angka dalam distribusi menurut literatur statistik. Perhitungannya adalah jenjang persentil yang terendah terdapat pada distribusi bagian bawah, sedangkan persentil yang tertinggi terdapat pada distribusi bagian atas.

Kafein. Suatu zat stimulan yang paling kuat dalam kelompok yang dikenal sebagai methylxanthines.

Kanker. Penyakit yang terjadi karena reproduksi (pengembangbiakan) sel-sel secara tidak tepat.

Karakter pra-abnormal (*premorbid character*). Kepribadian dari seorang individu sebelum munculnya gangguan.

Karsinogen. Faktor yang dapat menyebabkan kanker, sering dengan mengubah struktur-struktur gen.

Katarsis. Melepaskan tegangan, sering kali dilakukan dengan berbicara tentang suatu masalah.

Ketakutan akan kastrasi. Lihat kecemasan kastrasi (Freud) dalam daftar istilah pada Buku Jilid I.

Katekolamin. Suatu kelompok neurotransmitter yang meliputi norepinefrin dan dopamin.

Katekolamin yang beredar (*circulating catecholamine*). Katekolamin (epinefrin, norepinefrin) yang dilepaskan ke dalam aliran darah sebagai bagian dari respons terhadap stres. Katekolamin itu menimbulkan rangsangan dan dapat menyebabkan kolesterol.

Kebencian. Faktor yang penting dalam pola tingkah laku Tipe A yang berkenaan dengan perkembangan penyakit pembuluh nadi koroner.

Kecemasan kognitif. Simtom-simtom kecemasan yang disebabkan oleh pikiran-pikiran yang merangsang dan bukan oleh rangsangan somatik.

Kehilangan (*hilang*). Konsep yang dianggap Freud sangat penting untuk perkembangan depresi.

- Kehilangan libido.** Istilah psikodinamik untuk dorongan seksual yang berkurang pada orang yang mengalami depresi.
- Kekurangan dalam pengondisian klasik (*deficit in classical conditioning*).** Pandangan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial memiliki kemampuan yang terbatas dalam mengembangkan respons-respons yang terkondisi secara klasik dan dengan demikian tidak mengembangkan kecemasan.
- Kelenjar pituitaria.** Kelenjar endokrin yang sangat kompleks yang berukuran seperti kacang polong dan terletak pada dasar otak.
- Kemampuan kekebalan (*immunocompetence*).** Tingkatan kecekatan dari sistem kekebalan.
- Kemampuan kognitif (*cognitive sets*).** Suatu predisposisi untuk memperhatikan atau menginterpretasikan hal-hal dalam suatu cara yang khusus.
- Kemampuan kognitif negatif.** Struktur pikiran yang menggambarkan kecenderungan untuk melihat hal-hal dalam sisi negatif dan mengharapkan sesuatu yang paling buruk. Para teoretikus kognitif mengasumsikan bahwa kemampuan ini berkaitan dengan perkembangan depresi.
- Kemampuan kognitif yang memperbesar ancaman (*threat-magnifying cognitive sets*).** Keyakinan-keyakinan yang salah di mana sifat dari situasi yang dapat mengancam dilebih-lebihkan. Pikiran dalam pandangan para teoretikus kognitif dilihat sebagai penyebab kecemasan.
- Kemarahan yang dialihkan ke dalam.** Salah satu dari penjelasan-penjelasan yang dikemukakan Freud untuk depresi.
- Kematangan.** Keadaan pertumbuhan dan perkembangan yang meningkatkan penyesuaian diri organisme secara adekuat.
- Kepribadian.** Konsep umum yang mengacu pada semua sifat, disposisi atau karakteristik-karakteristik yang relatif permanen dalam individu yang memberikan suatu kadar konsistensi kepada tingkah lakunya.
- Kepribadian ganda (*multiple personality*).** Gangguan disosiatif di mana beberapa kepribadian ada dalam individu yang sama.
- Kepribadian yang terpecah (*split personality*).** Sebutan yang populer untuk kepribadian ganda dan bukan istilah diagnostik.
- Keputusan.** Sikap yang simtomatik dari depresi dan bunuh diri.
- Kesedihan wanita bersalin (*maternity blues*).** Depresi ringan yang menimpa banyak wanita segera setelah mereka melahirkan.
- Ketegaran/kekakuan kognitif (*cognitive rigidity*).** Tidak dapat memikirkan alternatif-alternatif, dan sering kelihatan pada orang-orang yang bunuh diri.
- Ketergantungan (zat).** Kebutuhan untuk menggunakan zat atau obat untuk menghindari simtom-simtom putus zat.
- Ketergantungan fisik (*physical dependence*).** Suatu keadaan penyesuaian (*adaptive state*) yang timbul pada penggunaan zat secara terus-menerus dan individu yang menggunakannya akan mengalami gangguan fisik apabila ia tidak lagi menggunakan zat tersebut atau tetap menggunakan zat itu tetapi kadarnya dikurangi.
- Ketergantungan psikologis.** Suatu keadaan di mana individu mengalami suatu dorongan psikis yang memaksa individu untuk memakai zat secara periodik atau terus menerus (ketagihan).

- Ketidakberdayaan yang dipelajari.** Pandangan bahwa jika orang tidak dapat mengontrol akibat-akibat yang diperoleh maka ia akan mengembangkan perasaan tidak berdaya yang akan menimbulkan depresi.
- Keuntungan primer.** Dalam teori psikodinamik, seseorang akan merasa lega dari kecemasan karena ia mengembangkan simptom neurotik.
- Keuntungan sekunder.** Keuntungan samping yang ada hubungannya dengan neurosis atau gangguan-gangguan lain, seperti mengungkapkan rasa simpati, bertambahnya perhatian dari orang-orang lain, dan bebas dari tanggung jawab yang biasa.
- Kilas balik (flash back).** Pengalaman LSD kambuh lagi walaupun sekarang tidak menggunakan obat. Hal ini terjadi pada orang-orang menggunakan LSD pada saat-saat sebelumnya.
- Klimakterik.** Gangguan di mana individu pada akhir usia setengah baya (setengah tua) tidak mampu memiliki keturunan sebagai akibat perubahan-perubahan tertentu pada kelenjar-kelenjar seks. Dorongan seksual dan kemampuan untuk mengadakan hubungan seks yang memuaskan tetap ada, tetapi kekuatannya sudah mulai berkurang.
- Klinefelter's syndrome.** Retardasi mental pada pria yang disebabkan oleh adanya satu atau lebih tambahan kromosom X (wanita).
- Kodein.** Salah satu dari unsur-unsur aktif dalam opium (kurang manjur dibandingkan dengan morfin).
- Kokain (cocaine hydrochloride).** Zat stimulan yang berasal dari daun koka, dapat mereduksikan rasa sakit dengan menghambat impuls saraf melintasi akson, dan menyebabkan perasaan euforia karena mereduksikan penyerapan kembali neurotransmitter.
- Kompulsi.** Suatu impuls yang tidak tertahankan untuk mengulangi suatu tindakan tertentu atau tingkah laku ritualistik, dan biasanya maladaptif. Misalnya, selalu ada dorongan terus-menerus untuk membasuh tangan.
- Kondisi eksperimental.** Kondisi dalam eksperimen di mana variabel independen dimanipulasi.
- Kondisi kontrol.** Kondisi di mana subjek tidak menjadi objek eksperimen atau dimanipulasi.
- Konflik.** Situasi yang terjadi bila individu mengalami tuntutan-tuntutan atau keinginan-keinginan yang tidak cocok atau bertentangan. Atau juga, akibat yang terjadi bila seorang individu atau kelompok mempersepsikan bahwa individu atau kelompok lain telah menyebabkan atau akan menyebabkan kerugian.
- Kongenital.** Hal yang berkenaan dengan sesuatu (biasanya suatu kondisi atau karakteristik) yang berasal pada waktu kelahiran atau pada waktu janin berkembang dalam rahim.
- Kontrapengondisian (counterconditioning atau deconditioning).** Terapi tingkah laku di mana suatu respons yang tidak diinginkan diganti dengan mengondisikan suatu respons baru yang cocok dengannya.
- Korelasi koefisien (r).** Statistik yang menggambarkan kekuatan atau arah (apakah positif atau negatif) dari relasi antara dua variabel.
- Korsakoff's syndrome.** Bentuk kerusakan otak yang tidak dapat diubah lagi, dan ada hubungannya dengan kerusakan kronis tiamin, seperti yang terjadi pada pecandu alkohol kronis. Ciri-cirinya adalah hilangnya ingatan, disorientasi, dan kecenderungan menciptakan ingatan-ingatan yang salah. Juga disebut gangguan amnestik alkohol (*alcohol amnesic disorder*).
- Korteks.** Selaput otak.
- Kortisol.** Hormon yang diproduksi oleh kelenjar adrenal pada waktu stres dan akan menyebabkan meningkatnya produksi glukosa.

- Krisis hipertensif (*hypertensive crisis*).** Gangguan hipertensi yang terjadi karena orang menggunakan obat penghambat MAO, memakan makanan yang mengandung *tiramin* dalam jumlah yang besar, atau menggunakan obat-obat lain.
- Kromosom.** Struktur-struktur yang ditemukan dalam inti dari semua sel tubuh yang membawa elemen-elemen genetika atau gen-gen.
- Kurang rangsangan kortikal.** Rendahnya tingkat-tingkat rangsangan pada daerah-daerah otak yang berperan untuk emosi. Dilihat sebagai sesuatu yang penting dalam perkembangan kepribadian antisosial.
- La belle indifference.** Suatu istilah dalam bahasa Perancis yang menggambarkan kurangnya perhatian (masa bodoh) terhadap simptom-simptom yang dialami oleh orang-orang yang menderita gangguan konversi.
- Latihan asertif.** Sejumlah teknik dalam terapi tingkah laku dan pada umumnya berupa modeling (percontohan), latihan tingkah laku, dan *feed-back* yang bertujuan untuk melatih klien supaya lebih berani dan tegas mengungkapkan pikirannya.
- Latihan biofeedback.** Prosedur di mana individu langsung diberikan *feed-back* (umpan balik) tentang perubahan-perubahan dalam beberapa respons fisik (misalnya denyut jantung, tekanan darah, dan tegangan otot) sehingga orang mempelajari bagaimana caranya mengontrol respons.
- Latihan biofeedback (umpan balik) elektromiograf.** Suatu cara di mana orang (individu) diberikan *feedback* untuk belajar mengendurkan otot atau mengontrol kembali otot-otot sesudah stroke atau kecelakaan.
- Latihan menangani stres.** Prosedur mengajar orang-orang untuk menangani stres, seperti pengenduran otot, strategi-strategi penanggulangan, dan pengaturan waktu.
- LDL (*low density lipoprotein*).** Tipe yang buruk dari kolesterol yang menghambat aliran darah pada pembuluh nadi.
- Leukosit.** Sel darah putih, komponen utama dari sistem kekebalan.
- Limfosit.** Suatu kelompok leukosit yang meliputi sel B dan sel T (pembunuh, penolong, dan penekan).
- LSD (*lysergic acid diethylamide*).** Obat halusinogen.
- Mantra.** Dalam meditasi transendental, suatu kata yang berbunyi gaung, atau suara yang diulang berkali-kali untuk menghasilkan keadaan relaksasi dan pembatasan kesadaran.
- MAO inhibitors.** Kelompok obat antidepresan yang meningkatkan neurotransmitter dengan menghambat aktivitas agen-agen (zat-zat) kimiawi (pengoksidasi monoamin) yang akan membinasakan neurotransmitter.
- Marijuana.** Obat yang bertipe halusinogenik yang diperoleh dari tumbuhan *cannabis sativa*.
- Masokhisme seksual.** Parafilia di mana individu memperoleh kepuasan seksual dengan menderita rasa sakit.
- Masturbasi.** Mencapai kepuasan seksual (orgasme) dengan merangsang alat kelamin dengan tangan atau secara mekanik.
- Meditasi.** Strategi untuk relaksasi dengan menggunakan mantra.
- Meditasi transendental.** Bentuk meditasi yang dipraktikkan secara luas di mana individu diduga dapat melampaui kesadaran normal.

- Melepaskan hormon.** Hormon yang dilepaskan oleh hipotalamus pada waktu rangsangan seksual yang merangsang kelenjar pituitaria.
- Mengalihkan perhatian (*distraction*).** Suatu strategi untuk mereduksikan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian dari faktor yang menimbulkan kecemasan. Juga dilihat sebagai sesuatu yang menyebabkan gangguan pikiran pada orang mengalami skizofrenia.
- Menggagap.** Suatu kondisi bicara yang patologik di mana aliran kata-kata terhambat karena ragu-ragu, bicara terputus-putus, kata diulang-ulang, otot kejang, yang tergantung pada beratnya kondisi yang dialami.
- Menopause.** Akhir dari siklus menstruasi dalam kehidupan wanita sebagai tanda berakhirnya periode reproduktif.
- Meskalin.** Obat halusinogen.
- Metabolisme.** Proses dengan mana suatu zat berubah atau pecah menjadi zat-zat lain.
- Metadon.** Obat yang dapat mencegah simtom-simtom putus zat dari ketergantungan heroin dan dapat mengurangi pengaruh-pengaruh heroin. Digunakan dalam perawatan ketergantungan heroin.
- Metastasis.** Proses untuk melepaskan dan menyebarkan sel-sel.
- Metilsantin (*methylxanthine*).** Kelompok zat-zat stimulan, dan di antaranya yang paling kuat adalah kafein. Ditemukan dalam kopi, teh, dan coklat.
- Microgyria.** Lilitan yang abnormal dan kecil sekali pada otak.
- Mimpi buruk (*night—mares*).** Mimpi yang menggambarkan peristiwa-peristiwa yang menakutkan.
- Minyak hash (*Hash oil*).** Satu bentuk yang kental dari hashish (sari dari has-hish).
- Miokardia (*myocardia*).** Otot-otot jantung.
- Misofilia, koprofilia, urofilia.** Gejala di mana seseorang senang melakukan persetubuhan dibarengi dengan kesenangan pada kotoran-kotoran (hal-hal yang jorok), tahi, dan air kencing.
- Modeling (percontohan).** Suatu metode belajar dengan cara mengamati orang-orang lain.
- MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).** Tes kepribadian yang digunakan secara luas, dan tes ini berisi lebih dari 500 pertanyaan.
- Monosit.** Leukosit (sel darah putih) yang besar di mana intinya berbentuk sepatu kuda.
- Morfin.** Obat narkotik dan sangat adiktif yang diperoleh dari opium dengan fungsinya adalah menghilangkan rasa sakit dan menyebabkan perasaan-perasaan sejahtera.
- Moron.** Orang yang mengalami lemah mental berada dalam rentang IQ 50-70 dan rentang usia mental 6 atau 7 sampai 11 tahun
- MPA (*medroxyprogesterone acetate*).** Depo-Provera.
- Narkolepsi.** Kondisi patologik di mana seseorang memiliki suatu keinginan yang tak terkendalikan untuk tidur serta memiliki periode-periode tidur yang berulang-ulang antara beberapa menit sampai beberapa jam.
- Narkotika.** Kelompok obat yang berasal dari opium, morfin, dan heroin yang berpengaruh untuk membuat pancaindra mati rasa.
- Narkotika golongan I (menurut UU No. 22 Tahun 1997 tentang narkotika).** Narkotika yang hanya digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta berpotensi sangat tinggi untuk mengakibatkan ketergantungan.

- Narkotika golongan II (menurut UU No. 22 Tahun 1997 tentang narkotika).** Narkotika yang digunakan untuk pengobatan tetapi hanya sebagai pilihan terakhir dan dapat juga digunakan dalam terapi atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan. Narkotika dari golongan II ini juga berpotensi untuk mengakibatkan ketergantungan.
- Narkotika golongan III (menurut UU No. 22 Tahun 1997 tentang narkotika).** Narkotika yang digunakan untuk pengobatan dan terapi serta/atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan. Narkotika dari golongan ini berpotensi ringan untuk mengakibatkan ketergantungan.
- Nekrofilia.** Mengalami kepuasan seksual dengan melakukan persetubuhan dengan mayat.
- Neuron.** Sel saraf yang berfungsi untuk mengantar pesan-pesan ke seluruh tubuh.
- Neuron inhibitori.** Neuron yang pembakarannya menghambat pembakaran neuron-neuron lain. Aktivitas neuron inhibitori yang rendah ada hubungannya dengan kecemasan.
- Neuron presinaptik.** Neuron yang terbakar dan melepaskan neurotransmitter ke dalam sinapsis sehingga saraf berikutnya (postsinaptik) dapat dirangsang.
- Neurosis (psikoneurosis).** Gangguan-gangguan yang ringan sebagai yang berlawanan dengan reaksi-reaksi psikotik yang lebih berat. Neurosis pada umumnya ditandai oleh satu atau lebih gangguan berikut: kecemasan, histeria, fobia, reaksi-reaksi obsesif-kompulsif, depresi, kelelahan kronis, dan reaksi-reaksi hipokondriakal.
- Neurotransmitter.** Zat-zat (bahan-bahan) kimia (misalnya norepinefrin, dopamin, serotonin) yang dilepaskan oleh neuron presinaptik dan berjalan melalui sinapsis dan merangsang neuron postsinaptik. Tingkat neurotransmitter yang tinggi atau rendah akan mempengaruhi tingkat aktivitas neurologis dan mengakibatkan tingkah laku abnormal.
- Nikotin.** Zat stimulan yang terutama ditemukan dalam tembakau. Penggunaannya akan mengakibatkan ketergantungan yang kuat.
- Norepinefrin.** Neurotransmitter yang memainkan peran dalam depresi. Juga disebut noradrenalin.
- Novakain.** Kokain sintetis yang tidak mengandung sifat-sifat stimulan dan sering digunakan sebagai pembiusan pada perawatan gigi.
- Obat (zat).** Bahan atau substansi yang jika masuk ke dalam badan organisme yang hidup dapat menyebabkan perubahan fungsi (fungsi-fungsi) organisme tersebut.
- Obat penenang.** Obat yang digunakan untuk mereduksikan rangsangan dan tegangan.
- Obat psikoaktif.** Obat (zat) yang mengubah suasana hati, kesadaran tentang lingkungan eksternal atau kesadaran tentang lingkungan internal.
- Obat stimulan psikomotor.** Obat yang meningkatkan produksi neurotransmitter dan dengan demikian meningkatkan suasana hati dan aktivitas. Akan terjadi depresi bila obat ini tidak digunakan, dengan demikian jarang obat ini digunakan untuk merawat depresi.
- Obsesi.** Pikiran atau gambaran yang berulang-ulang dan tidak hilang-hilang serta individu tidak mampu untuk mengontrolnya.
- Opiat.** Suatu tipe obat depresan dengan sifat-sifatnya yang sangat adiktif dan berasal dari bunga opium serta berfungsi untuk menghilangkan rasa sakit dan membangkitkan perasaan euforia.
- Opium.** Obat narkotik yang juga menjadi dasar untuk morfin dan heroin.
- Oral eroticism (erotikisme oral).** Mencapai kenikmatan dengan aktivitas-aktivitas mulut, lidah atau bibir, seperti mengisap, menggigit, menjilat, dan sebagainya.

Organisme. Suatu bentuk kehidupan yang mempunyai kesanggupan melaksanakan fungsi-fungsi spesifik serta terkoordinasi serta biasanya sanggup memelihara dirinya sebagai suatu sistem. Dalam psikologi istilah ini biasanya digunakan untuk makhluk bertingkat lebih, termasuk manusia.

Parafilia. Gangguan seksual yang menggunakan cara-cara yang menyimpang untuk mencapai rangsangan seksual. Misalnya masokhisme, fetishisme, dan esibisionisme.

Parencephaly. Jaringan lunak pada kepala.

Pedofilia. Parafilia di mana individu memperoleh kepuasan seksual dengan melakukan aktivitas-aktivitas seksual dengan anak-anak.

Pemahaman empati yang tulus. *Lih.* empati dalam daftar istilah pada Buku Jilid I.

Pembalikan kata ganti orang (pronoun reversal). Ciri khas pembicaraan yang kelihatan pada anak-anak autisme, di mana mereka membalikkan jenis kata ganti orang (misalnya "kamu" untuk menyebut "saya", dan "saya" untuk menyebut "kamu").

Pembedahan lintas koroner (coronary bypass surgery). Pembedahan di mana potongan pembuluh nadi yang menghambat aliran darah dipindahkan ke pembuluh nadi lain sehingga darah dapat mengalir dengan lancar ke jantung.

Pembedahan mengubah jenis kelamin (sex reassignment surgery). Prosedur di mana seseorang yang mengalami gangguan transeksual diubah dengan pembedahan supaya berpenampilan dan memiliki beberapa fungsi jenis kelamin yang berlawanan. Sering juga disebut operasi mengubah jenis kelamin (*sex-change operation*).

Pendekatan belajar (teori belajar). Suatu pendekatan (teori) yang mengemukakan bahwa terjadinya perubahan yang relatif permanen dalam tingkah laku sebagai akibat dari praktek atau pengalaman.

Pendekatan fisiologis. Pendekatan yang mengemukakan bahwa gangguan-gangguan pada tubuh menyebabkan gangguan-gangguan tingkah laku.

Pendekatan kognitif. Segi pandangan yang mengemukakan bahwa tingkah laku adalah akibat dari proses informasi dan pemecahan masalah. Penekanannya terletak pada proses mental yang disadari atau dengan mudah disadari individu.

Pendekatan psikodinamik (teori psikodinamik). Pendekatan teoretis dari Freud dan para pengikutnya di mana tingkah laku dilihat sebagai produk dari kekuatan-kekuatan yang bertentangan dalam kepribadian.

Pendekatan multidimensional (program akselerasi anak berbakat). Kriteria yang digunakan tidak hanya satu saja (dalam kemampuan intelektual anak memiliki skor IQ di bawah 140 tetapi tidak kurang dari 125), tetapi lebih dari satu (seperti kreativitas dan pengikatan diri pada tugas tergolong baik serta masukan dari psikolog tentang pemeriksaan psikologis).

Pendekatan unidimensional (program akselerasi anak berbakat). Kemampuan intelektual umum atau kecerdasan umum (memiliki skor IQ 140) dipakai sebagai satu-satunya ukuran untuk anak berbakat tanpa melihat faktor-faktor lain.

Penelitian anak angkat (yang diadopsi - dalam bidang genetika). Suatu metode untuk menentukan sumbangan genetik bagi suatu gangguan dengan membandingkan antara angka dari gangguan itu di kalangan anak-anak yang diadopsi di mana orang tua biologis mereka menderita gangguan itu dengan angka di kalangan anak-anak yang diadopsi di mana orang tua biologis mereka tidak menderita gangguan itu.

- Penelitian eksperimental yang terkontrol.** Penelitian yang menggunakan kondisi eksperimental dan kondisi kontrol. Konklusi mengenai penyebab dapat ditarik dari tipe penelitian ini.
- Penelitian keluarga (dalam bidang genetika).** Sarana untuk menetapkan sumbangan genetik untuk suatu gangguan dengan meneliti sejauh mana sanak-saudara yang berhubungan secara biologis (sebagai yang berlawanan dengan sanak-saudara yang tidak berhubungan secara biologis) mengalami gangguan itu.
- Penelitian saudara kembar (dalam bidang genetika).** Suatu teknik di mana angka konkordansi suatu gangguan dibandingkan dalam saudara kembar monozygot dan saudara kembar dizygot dalam usaha untuk menetapkan pengaruh-pengaruh genetik dan lingkungan.
- Penelitian studi kasus (*case study research*).** Penelitian yang bertumpu pada studi intensif tentang satu orang individu. Generalisasi dan konklusi tentang penyebabnya tidak bisa berlaku untuk kasus-kasus lain.
- Pengalihan perhatian (*distraction*).** Strategi untuk mereduksikan kecemasan dengan mengalihkan perhatian dari faktor yang menimbulkan kecemasan. Juga merupakan suatu proses yang dilihat sebagai faktor yang menyebabkan gangguan pikiran pada orang yang mengalami gangguan skizofrenia.
- Pengaruh buruk tingkah laku (*behavioral contagion*).** Proses dengan mana hambatan-hambatan yang ada hubungannya dengan tingkah laku tertentu direduksikan dengan mengamati orang lain yang melakukan tingkah laku tanpa akibat-akibat yang negatif.
- Pengeksposan in vitro (*in vitro exposure*).** Pengeksposan pada stimulus yang ditakuti dengan imajinasi pada waktu terapi (desensitisasi).
- Pengeksposan in vivo (*in vivo exposure*).** Pengeksposan aktual pada stimulus yang ditakuti pada waktu terapi.
- Penghambat beta (*beta blockers*).** Suatu kelompok obat yang digunakan untuk mereduksikan denyut jantung.
- Penghapusan (*extinction*).** Eliminasi respons yang terkondisi secara klasik dengan berulang-ulang menyajikan stimulus terkondisi tanpa stimulus yang tidak terkondisi atau eliminasi respons yang terkondisi secara operan dengan tidak menyajikan lagi hadiah sesudah respons.
- Penghargaan positif tanpa syarat.** Kebutuhan untuk diterima dan dihargai oleh orang lain tanpa adanya pembatasan dan kualifikasi-kualifikasi.
- Pengondisian penghindaran (*avoidance conditioning*).** Cara di mana suatu stimulus berpasangan dengan akibat-akibat negatif, dan dengan demikian oleh kombinasi pengondisian klasik dan pengondisian operan individu belajar menjauhi stimulus.
- Penyakit kulit.** Peradangan kulit, seperti eksem, galegata, jerawat, gatal-gatal, neurodermatosis (penyakit gatal-gatal pada kulit yang sudah kronis), gangguan pada selaput lendir mulut dan bibir, dan scleroderma (penyakit parah yang menyebabkan semua lapisan kulit mengeras dan kaku). Pandangan psikodinamik mengemukakan bahwa gangguan itu adalah gangguan psikosomatik.
- Penyakit otot kerangka.** Gangguan psikosomatik yang disalurkan lewat otot kerangka. Pandangan psikodinamik mengemukakan bahwa gangguan ini disebabkan oleh stres emosional yang disalurkan lewat otot. Gangguan ini berupa radang sendi rematik, sakit punggung, dan kejang otot.
- Penyakit pembuluh darah koroner.** Proses penyakit di mana aliran darah ke otot-otot jantung berkurang karena lemak tertimbun (kolesterol) pada dinding-dinding pembuluh darah.

- Penyalahgunaan zat psikoaktif.** Gangguan di mana orang tidak hanya tergantung pada zat (obat), tetapi juga melakukan tingkah laku maladaptif sebagai akibat dari penggunaan zat (obat), atau munculnya simptom-simtom putus zat bila zat itu tidak digunakan.
- Penyembuhan secara spontan.** Penyakit hilang secara spontan.
- Peptic ulcer.** Borok-borok bernaah yang terjadi pada sistem pencernaan. Ada dua macam peptic ulcer, yakni duodenal ulcer dan gastric ulcer (lihat penjelasan mengenai duodenal ulcer dan gastric ulcer).
- Perasaan.** Keadaan atau pengalaman sadar yang sangat umum (keadaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan).
- Perawatan (*treatment*).** Intervensi-intervensi yang bertujuan untuk menangani gangguan-gangguan emosional, kognitif, behavioral. Lihat juga terapi.
- Pergeseran katup jantung.** Katup jantung antara ventrikulus kiri dan bilik jantung kiri tidak tertutup secara sempurna yang menyebabkan sebagian darah kembali lagi (mengalir balik) ketika jantung berdenyut. Kadang-kadang hal ini dihubungkan dengan kecemasan, tetapi hubungan yang demikian tidak jelas.
- Perkabungan (*mourning*).** Perasaan kesedihan dan kehilangan setelah kematian orang yang dicintai. Freud melihat hubungan antara perkabungan dan depresi.
- Perkembangan kortikal yang lambat.** Ide bahwa tingkat rangsangan korteks yang rendah pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial (sama dengan yang kelihatan pada anak-anak yang masih kecil) disebabkan oleh perkembangan yang terlambat.
- Perkembangan terlambat.** Ide bahwa retardasi mental disebabkan oleh perkembangan yang terlambat dan bukan karena cacat mental.
- Perkosaan.** Melakukan persetubuhan dengan kekerasan atau paksaan.
- Permusuhan.** Perasaan atau sikap, sering tidak disadari, yang melibatkan tingkah laku yang merusak bagi orang-orang atau kelompok orang-orang kepada siapa tingkah laku itu diarahkan.
- Persistent type of alcoholism.** Pola tetap meminum minuman alkohol dalam tingkat yang sedang sampai tingkat yang berat tetapi dalam jumlah yang sedikit (terbatas). Dianggap karena rendahnya tingkat rangsangan maka individu menormalisasikannya dengan meminum minuman alkohol dalam jumlah yang sedikit. [Kebalikannya, lihat binge drinking].
- Perubahan kognitif (*cognitive restructuring*).** Strategi untuk merawat tingkah laku abnormal yang tujuannya adalah untuk mengubah tingkah laku dengan mengubah cara berpikir individu tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkah laku.
- Perzinahan.** Hubungan seksual di antara pria yang sudah kawin dengan wanita yang bukan mitra legalnya (istri orang lain, gadis, atau janda binal).
- Phenylalanine.** Asam amino yang bila tidak dihancurkan akan membentuk asam phenylpyruvic yang merusak otak pada bayi dan mengakibatkan retardasi mental yang disebut phenylketonuria.
- Phenylketonuria (PKU).** Retardasi mental yang terjadi karena tingginya tingkat asam phenylpyruvic yang merusak otak.
- Pica.** Gangguan makan dengan cirinya adalah tetap memakan zat-zat yang bukan makanan, seperti kotoran, rambut, atau kain.
- Pikiran yang menghindar (*avoidant thinking*).** Strategi dengan mana seseorang menghindari (menjauhi) kecemasan dengan cara yang dilakukan dengan sengaja untuk tidak berpikir tentang objek atau situasi yang menimbulkan kecemasan.

- Placebo.** Zat yang tidak menghasilkan akibat-akibat fisiologis dan digunakan sebagai teknik kontrol biasanya dalam penelitian obat.
- Placebo effect.** Gejala di mana terdapat harapan bahwa suatu perawatan akan menghasilkan suatu akibat (pengaruh) yang khusus, mungkin benar-benar menghasilkan akibat sebagaimana diharapkan itu meskipun perawatan itu sendiri secara teknis tidak aktif.
- Pola tingkah laku Tipe A.** Tingkah laku dengan ciri-cirinya adalah selalu merasa berada dalam keadaan yang mendesak, tidak sabar, permusuhan yang mudah terangsang, terlalu sibuk bekerja, gaya berbicara yang keras dan cepat.
- Pola tingkah laku Tipe B.** Pola tingkah laku dengan ciri-cirinya adalah lebih relaks, sikap yang tidak suka repot-repot atau gampang-gampang. Individu dengan pola tingkah laku Tipe B juga kurang kompetitif, dan kurang bersikap tergesa-gesa seperti halnya dengan individu yang bertingkah laku pada Tipe A.
- Populasi.** Seluruh pengelompokan orang, organisme-organisme lain, atau peristiwa-peristiwa.
- Pornografi.** Gambar-gambar dari aktivitas seksual yang jelas dan bertujuan untuk merangsang hasrat seksual orang yang mengamatinya.
- Post power syndrome.** Suatu neurosis kecemasan di mana individu mengalami reaksi somatik berupa sekumpulan simptom penyakit, luka-luka, dan kerusakan fungsi-fungsi jasmaniah dan rohaniyah yang bersifat progresif dan penyebabnya ialah pensiun atau karena sudah tidak mempunyai jabatan dan kekuasaan lagi.
- Progesteron.** Hormon yang berkaitan dengan karakteristik-karakteristik wanita. Kelenjar ini juga menyebabkan pertumbuhan organ-organ reproduksi wanita dan melindungi kehamilan.
- Prognosis.** Prediksi yang berdasarkan diagnosis tentang jalannya suatu penyakit atau akibat yang muncul dari suatu penyakit.
- Proram akselerasi.** Program percepatan belajar bagi anak berbakat intelektual.
- Promiskuitet.** Hubungan seks secara bebas dengan siapa pun juga dan dilakukan dengan banyak orang.
- Propanediol.** Obat yang mula-mula digunakan untuk orang-orang yang mengalami gangguan mental. Obat ini bermanfaat sebagai obat penenang dan tidak mengobati masalah-masalah yang mendasari gangguan itu.
- Prosedur double-blind (*double-blind procedure*).** Suatu prosedur yang digunakan dalam penelitian eksperimental di mana baik subjek maupun yang melakukan eksperimen tidak mengetahui apakah subjek telah dihadapkan pada prosedur eksperimental atau prosedur kontrol. Prosedur itu mengurangi bias.
- Proses kognitif.** Proses yang ada hubungannya dengan pikiran dan keyakinan. Penting untuk tingkah laku abnormal sejauh pikiran mempengaruhi tingkah laku.
- Psikoanalisis.** Perawatan yang dikembangkan oleh Freud yang pertama-tama memusatkan perhatian pada pengidentifikasian penyebab-penyebab tak sadar dari tingkah laku abnormal dengan menggunakan teknik seperti asosiasi bebas dan analisis mimpi.
- Psikobedah (*psychosurgery*).** Prosedur di mana bagian-bagian dari otak dihilangkan atau dihancurkan dalam usaha untuk merawat gangguan-gangguan mental (*Lih.* prefrontal lobotomy pada Buku Jilid III).
- Psikosis.** Gangguan kepribadian yang berat sebagai yang berlawanan dengan reaksi-reaksi neurotik yang lebih ringan. Psikosis sangat mengganggu fungsi-fungsi kehidupan biasa dan meliputi gangguan otak organik dan gangguan fungsional.

- psikosis amfetamin.** Keadaan psikosis yang disebabkan oleh penggunaan amfetamin.
- psikoterapi.** Perawatan gangguan-gangguan mental, dengan menyelidiki penyebab dan pemecahan gangguan mental itu dengan berbicara.
- psikoterapi client-centered.** *Lih.* person-centered therapy dalam daftar istilah pada Buku Jilid I.
- psikotropika.** Obat-obat yang digunakan untuk merawat gangguan-gangguan emosi yang pengaruh utamanya bersifat psikologis atau behavioral.
- psikotropika golongan I (menurut UU No.5 Tahun 1997 tentang psikotropika).** Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta berpotensi sangat kuat untuk mengakibatkan sindrom ketergantungan.
- psikotropika golongan II (menurut UU No.5 Tahun 1997 tentang psikotropika).** Psikotropika yang digunakan dalam pengobatan terapi serta/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan dan berpotensi kuat untuk mengakibatkan sindrom ketergantungan.
- psikotropika golongan III (menurut UU No.5 Tahun 1997 tentang psikotropika).** Psikotropika yang digunakan dalam pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi serta/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan dan berpotensi sedang untuk mengakibatkan sindrom ketergantungan.
- Psikotropika golongan IV (menurut UU No.5 Tahun 1997 tentang psikotropika).** Psikotropika yang digunakan dalam pengobatan dan dalam terapi serta/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan dan berpotensi ringan untuk mengakibatkan ketergantungan.
- Psilosibin.** Obat halusinogen
- Pura-pura sakit (*malingering*).** Sakit yang dibuat-buat supaya terhindar dari tanggung jawab terhadap pekerjaan atau tugas atau untuk memperoleh keuntungan lain.
- Putus zat.** Kelompok simtom, seperti muak, muntah yang terjadi bila seseorang berhenti menggunakan obat (zat).
- Rangsangan elektrokortikal.** Tingkat aktivitas listrik pada otak yang diukur dengan elektroensefalograf (*electroencephalograph*).
- Reaksi hiperkinetik.** Istilah awal untuk gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity disorder*).
- Reaksi kebiasaan.** Suatu kelompok gangguan tingkah laku, yang terdiri dari tic, mengisap jempol, menggigit kuku, dan menjilat bibir yang diperoleh dan dimanifestasikan secara otomatis dan konsisten.
- Redefinisi situasi.** Memikirkan kembali situasi yang mengancam sebagai yang tidak mengancam (misalnya ujian dilihat sebagai peluang untuk belajar).
- Relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation*).** Prosedur relax-sasi di mana seseorang disuruh mengendurkan otot, biasanya mulai dari kepala sampai ke kaki.
- Releasing hormone.** Hormon yang dilepaskan oleh hipotalamus pada waktu rangsangan seksual yang merangsang kelenjar pituitaria.
- Reliabel.** Berkenaan dengan tes-tes atau alat-alat pengukuran yang konsisten.
- Reliabilitas.** Konsistensi suatu alat pengukuran dalam penilaian psikologis, seperti tes psikologi atau *rating scale*.
- Reseptor.** Ujung saraf dalam kulit atau organ indra khusus yang sangat peka terhadap stimulus tertentu dan menimbulkan impuls-impuls neural. Melalui kegiatan reseptor ini, kita dapat mengetahui kejadian-kejadian di sekitar kita.

Respons. Reaksi terhadap stimulus.

Respons relaksasi (*relaxation response*). Suatu tipe meditasi.

Retardasi mental. Keterlambatan atau gangguan menyeluruh pada perkembangan intelektual dan adaptif.

Retrograde amnesia. Kehilangan ingatan terhadap peristiwa-peristiwa sekarang dan makin lama makin tidak mengingat lagi peristiwa-peristiwa yang lebih jauh. Kadang-kadang hal ini terjadi pada terapi elektrokonvulsif terutama bila digunakan elektroda bipolar.

Ritalin (metilpenidat). Obat stimulan yang digunakan untuk merawat gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity disorder*).

Rubella (campak Jerman). Penyakit menular yang bila dialami oleh ibu yang sedang hamil dapat menyebabkan peradangan otak dari janin yang kemudian menyebabkan degenerasi otak dan retardasi mental.

Sadisme seksual. Parafilia di mana individu mencapai kepuasan seksual dengan menyakiti mitranya.

Sakit kepala karena tegangan (kontraksi otot). Sakit kepala yang disebabkan oleh kontraksi otot-otot pada leher sampai kepala.

Sakit kepala migrain. Sakit kepala berat yang disebabkan oleh pembesaran pembuluh nadi di luar tengkorak kepala yang menekan saraf-saraf sekitarnya yang peka terhadap rasa sakit.

Saliroma. Mendapatkan kepuasan seks dengan jalan mengotori atau menodai badan dan pakaian wanita atau barang-barang yang ada hubungannya dengan kaum wanita.

Saudara kembar dizygot. Saudara kembar yang berkembang dari telur berbeda yang sudah dibuahi. Juga disebut saudara kembar bersaudara, yang disingkat menjadi Saudara kembar DZ. Berbeda dengan saudara kembar monozygot dalam penelitian mengenai peranan dari hereditas dari sifat-sifat atau gangguan-gangguan tertentu.

Saudara kembar monozygot. Saudara kembar yang berkembang dari telur sama yang sudah dibuahi dan dengan demikian memiliki gen-gen yang sama, yang disingkat menjadi saudara kembar MZ. Berbeda dengan saudara kembar DZ.

Seduksi. Membujuk atau menggoda lawan jenis untuk melakukan persetubuhan. Biasanya pihak wanita mendapat janji-janji yang indah untuk dikawini dan ditanggung nasibnya.

Sel B. Tipe limfosit yang membinasakan antigen dengan mengepungnya dan mengeluarkan zat-zat yang melumpuhkan antigen (dengan meracuninya).

Sel pembunuh (*killer cell*). Sel limfosit T dalam sistem kekebalan yang membunuh antigen.

Sel penekan (*suppressor cell*). Sel limfosit T yang mereduksikan aktivitas sistem kekebalan kalau antigen tidak ada.

Sel penolong (*helper cell*). Sel limfosit T dalam sistem kekebalan yang mengidentifikasi antigen dan memberi sinyal kepada bongkol limpa untuk memproduksi sel pembunuh.

Sel T. Limfosit dengan tujuan khusus, yang meliputi sel pembunuh, sel penolong, dan sel penekan.

Selaput adrenal. Selaput luar dari kelenjar adrenal. Lihat juga kelenjar adrenal dalam daftar istilah pada Buku Jilid I.

Senam aerobik (*aerobic fitness*). Senam berupa gerak badan seperti berlari dengan kecepatan yang tetap dan perlahan-lahan (*jogging*), berenang, dan bersepeda di mana denyut jantung bertambah dalam jangka waktu yang lama.

- Sensasi (pendriaan).** Proses pasif di mana stimulus-stimulus diterima oleh reseptor-reseptor pancaindra dan diubah menjadi impuls-impuls neural yang dapat dibawa ke sistem saraf. Sensasi merupakan tahap pertama dalam menyadari lingkungan.
- Serotonin.** Suatu neurotransmitter; tingkat yang rendah dari serotonin menyebabkan depresi.
- Simtom.** Manifestasi fisiologis atau psikologis yang dapat diamati dari suatu penyakit, sering terjadi dalam suatu kelompok simtom yang terpolakan sehingga terbentuk suatu sindrom.
- Sinapsis.** Celah di antara neuron-neuron yang dilintasi oleh neurotransmitter dalam proses transmisi neural.
- Sindrom.** Suatu kelompok atau pola simtom-simtom yang cenderung terjadi bersama-sama dalam suatu penyakit tertentu.
- Sindrom alkohol fetal (*fetal alcohol syndrome* - FAS).** Anak mengalami retardasi mental karena ibu pada waktu hamil meminum alkohol.
- Sindrom kematian bayi yang terjadi tiba-tiba (*sudden infant death syndrome*- SIDS) atau "crib death".** Bayi yang mati secara mendadak karena pernapasan untuk sementara berhenti.
- Sindrom putus zat.** Sekelompok khusus simtom putus zat yang menyusul sesudah mengurangi secara tiba-tiba atau berhenti secara mendadak dari penggunaan zat psikoaktif di mana seseorang sudah tergantung secara psikologis pada zat itu.
- Sindrom XYY.** Kondisi genetik di mana seorang laki-laki memiliki kromosom wanita tambahan; pernah dipikirkan bahwa ada hubungannya dengan tingkah laku antisosial yang kejam (bengis).
- Sistem kekebalan.** Sistem tubuh yang berjuang melawan penyakit.
- Sistem limbik.** Struktur otak pada bagian yang lebih rendah dari cerebrum yang berfungsi untuk ingatan dan motivasi.
- Sistem saraf.** Semua neuron dalam tubuh; sistem saraf manusia membawa pesan-pesan dari organ-organ pancaindra ke otak, menyimpan informasi, dan membawa keputusan pada otot untuk bertindak.
- Skizofrenia.** Psikosis dengan ciri-cirinya adalah kekacauan dalam pikiran dan kepribadian, yakni adanya fantasi, regresi, halusinasi, delusi dan penarikan diri dari lingkungan.
- Somnambulisme.** Gangguan di mana individu berjalan sementara tidur. Orang yang mengalami gangguan somnambulisme keluar dari tempat tidur dengan mata setengah terbuka atau terbuka tetapi tidak sadar dan kelihatannya berusaha mencapai suatu tujuan tertentu.
- Somnambulisme monodeik.** Somnambulisme di mana individu selalu diganggu hanya oleh satu ide saja sehingga bentuk tingkah lakunya selalu sama.
- Somnambulisme polideik.** Somnambulisme di mana individu selalu diganggu oleh ide-ide yang berbeda-beda sehingga tingkah lakunya juga berbeda-beda pada waktu yang berlainan.
- Sosiopat.** Istilah awal untuk apa yang disebut sekarang gangguan kepribadian antisosial. Terkandung dalam istilah itu keyakinan bahwa gangguan itu disebabkan oleh faktor psikologis sosial.
- Stanford-Binet.** Tes individual yang digunakan untuk anak-anak sekolah.
- Start-stop technique.** Suatu teknik yang efektif untuk menangani ejakulasi dini.
- Start-squeeze technique.** Suatu teknik yang efektif untuk menangani ejakulasi dini.
- Stereotipi respons (*response stereotypy*).** Tingkah laku abnormal yang diulang-ulang yang terjadi bila kepada orang yang mengalami gangguan hiperaktivitas (*attention-deficit hyperactivity*) diberikan dosis obat stimulan yang terlalu tinggi.

Stimulan. Kelompok zat yang terdiri dari amfetamin, kokain, kafein, dan nikotin, yang mengakibatkan peningkatan neurotransmisi.

Stimulus. (1) Suatu aspek dari lingkungan yang menghasilkan perubahan dalam tingkah laku organisme (suatu respons); (2) Suatu bentuk energi fisik, seperti bunyi, atau cahaya yang mengenai pancaindra.

Stimulus oral. Melakukan rangsangan seksual di mana perempuan mengisap penis laki-laki, atau laki-laki menjilat vagina perempuan.

Stres (kronis dan akut). Respons psikologis dan fisiologis terhadap perubahan-perubahan yang terlalu berat yang menimbulkan respons, seperti kecemasan, depresi, dan rangsangan fisiologis yang meningkat.

Stresor. Tantangan lingkungan, ancaman, atau tuntutan.

Stroke. Infarksi otak (sel-sel otak mati) karena darah tidak mengalirkan oksigen ke otak (persediaan oksigen dalam darah tidak ada).

Suasana hati (*mood*). Keadaan emosi yang terjadi berulang-ulang selama hidup dan biasanya ringan dan bersifat sementara, seperti dalam suasana hati depresi, suasana hati cemas, dan suasana hati gembira.

Tahap prodromal (*prodromal phase*). Tahap gangguan sebelum simtom-simtom.

Tay-Sachs disease. Penyakit ini menyebabkan degenerasi sistem saraf secara progresif. Kematian biasanya terjadi sebelum anak berusia 4 tahun. Anak-anak yang menderita penyakit ini secara berangsur-angsur tidak dapat mengontrol otot, dan akan menjadi tuli, buta, dan mengalami retardasi serta kelumpuhan. Penyakit ini disebabkan oleh gen resesif dan pada umumnya menimpa orang-orang Yahudi yang nenek moyangnya berasal dari Eropa Timur.

Tekanan darah diastolik. Tingkat terendah tekanan darah dalam sistem peredaran darah antara denyutan-denyutan jantung; tinggi dari tekanan darah itu biasanya 80 mm.

Tekanan darah sistolik. Tingkat tertinggi tekanan darah yang terjadi sesudah setiap denyutan jantung. Biasanya tingginya adalah kira-kira 120 mm.

Tekanan darah tinggi primer (esensial). Tekanan darah tinggi karena faktor-faktor psikologis.

Tekanan darah tinggi sekunder. Tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh faktor fisik.

Tempat-tempat reseptor atau titik-titik tangkap (*receptor sites*) (dalam sistem saraf). Daerah-daerah pada neuron postsinaptik yang bila dirangsang oleh neurotransmitter menyebabkan neuron itu terbakar.

Terapi aversi. Perawatan yang didasarkan pada pengondisian klasik di mana akibat-akibat yang tidak menyenangkan (guncangan, perasaan muak) diberi secara berpasangan dengan suatu stimulus atau aktivitas (objek fetish, minuman) sehingga pada akhirnya stimulus atau aktivitas itu akan menimbulkan kecemasan dan akan dihindari (dijauhi).

Terapi elektrokonvulsif (*electroconvulsive therapy* - ECT). Suatu perawatan untuk depresi di mana muatan listrik dilepaskan ke otak dan menyebabkan konvulsi-konvulsi.

Terapi implosi (*implosion therapy*). Psikoterapi untuk kecemasan yang didasarkan pada *flooding* (*lih. flooding*).

Terapi keluarga. Strategi perawatan di mana usaha diadakan untuk mengatasi masalah-masalah dalam keluarga (misalnya stres) yang ikut menyebabkan gangguan-gangguan mental.

- Terapi kognitif.** Pendekatan yang digunakan dalam perawatan di mana diadakan usaha untuk mengubah cara seseorang berpikir tentang situasi-situasi (misalnya mengubah kemapanan kognitif) dan dengan demikian mengubah tingkah laku.
- Terapi rasional-emotif (TRE).** Terapi kognitif dari Albert Ellis yang memberikan bantuan kepada klien untuk menantang dan memperbaiki keyakinan-keyakinan irasional yang dianggap menimbulkan kesulitan-kesulitan emosional dan behavioral.
- Terapi tingkah laku-kognitif (*cognitive-behavior therapy*).** Suatu bentuk terapi yang merupakan integrasi dari pendekatan kognitif dan pendekatan behavioral untuk merawat gangguan mental. Juga disebut modifikasi tingkah laku kognitif.
- Tergantung pada dosis (*dose-dependent*).** Memiliki pengaruh-pengaruh atau akibat-akibat yang berbeda pada tingkat-tingkat dosis yang berbeda.
- Teror tidur (*night terrors*).** Reaksi ketakutan yang umumnya terjadi pada anak-anak pada waktu tidur malam hari di mana individu mengalami halusinasi tentang orang-orang atau binatang-binatang yang aneh dengan berlari dan berteriak-teriak.
- Tes inteligensi.** Tes yang dirancang untuk mengukur sejumlah besar abilitas mental. Tes inteligensi sering digunakan untuk memprediksikan keberhasilan akademik pada masa yang akan datang.
- Testosterone replacement therapy.** Pemberian testosteron sebagai perawatan terhadap gangguan selera seksual pada pria.
- Tic.** Kejang otot yang tidak dapat dikendalikan, dan kadang-kadang disertai dengan bunyi atau suara (*lih. vocal tics*).
- Tingkah laku antisosial orang dewasa.** Tingkah laku yang tidak disebabkan oleh gangguan mental. Tingkah laku ini diklasifikasikan dengan "kode V" oleh DSM-III-R. Contohnya adalah tingkah laku para pencuri profesional, para penjual obat, atau para pemeras.
- Tipe.** (1) Pengelompokan individu-individu yang dibedakan dari semua orang lain karena memiliki sifat tertentu; (2) Individu yang memiliki semua atau sebagian terbesar dari karakteristik-karakteristik dari suatu kelompok; (3) Suatu pola karakteristik-karakteristik yang berfungsi sebagai pedoman untuk menempatkan individu-individu dalam kategori-kategori atau kelompok; (4) Ujung dari suatu continuum (rangkaihan kesatuan) atau distribusi seperti terkandung dalam istilah-istilah tipe agresif atau tipe sosial.
- Tipe agresif soliter (*solitary aggressive type*).** Gangguan tingkah laku di mana individu melakukan tingkah laku antisosial tanpa melibatkan kawan-kawan sebaya (kelompok).
- Tiramin.** Amin yang mengkristal yang ditemukan dalam keju yang tidak steril, daging atau sosis yang sudah lama disimpan, atau anggur, bir, buah avokad, dan sebagainya.
- Tiroksin.** Hormon yang diproduksi oleh kelenjar tiroid (kelenjar gondok). Kalau produksi dari kelenjar ini kurang maka akan menyebabkan cretinisme (hipotiroidisme).
- Titik lancip positif (*positive spiking*) pada EEG.** Ledakan abnormal yang terjadi tiba-tiba dari aktivitas EEG, yang sering kelihatan pada orang-orang yang mengalami gangguan kepribadian antisosial dan dilihat sebagai hal yang berhubungan dengan ledakan agresi.
- Toleransi terhadap obat atau zat.** Gejala di mana tingkat dosis tertentu dari suatu obat kurang efektif (kurang berpengaruh) setelah berkali-kali diberikan.
- Toleransi silang (*cross-tolerance*) terhadap obat atau zat.** Perkembangan toleransi untuk satu obat menyebabkan toleransi untuk obat lain dalam kelompok obat yang sama.

- Trait anxiety (kecemasan karena sifat).** Kecemasan yang merupakan sifat kepribadian pervasif dan bukan merupakan respons terhadap suatu situasi tertentu (sebaliknya, lihat *state anxiety*).
- Transferensi rangsangan.** Ide bahwa rangsangan dapat dipindahkan kepada emosi-emosi yang berbeda seperti ketakutan dan seks.
- Transeksualisme.** Bentuk yang ekstrem dari gangguan identitas gender yang berpegang pada kenyataan bahwa orang sesungguhnya merupakan anggota dari orang yang tidak sejenis.
- Triarchic theory of intelligence.** Teori inteligensi dari Robert Sternberg yang mengemukakan bahwa ada tiga aspek inteligensi yang berbeda tetapi saling berhubungan, yakni aspek internal (hubungan inteligensi dengan dunia internal individu), aspek eksperiensial, (penggunaan aspek internal untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan), dan aspek kontekstual (penerapan pengalaman masa lampau pada situasi kehidupan yang real).
- Trisiklik.** Kelompok obat yang digunakan secara luas untuk merawat depresi.
- Troilisme/triolisme/group sex.** Gejala seseorang yang melakukan persetubuhan dengan mitra seksnya dengan cara mengikutsertakan orang lain untuk menonton dirinya.
- Trombus.** Gumpalan yang menghambat peredaran darah melalui pembuluh nadi.
- Tukar istri/wifewapping.** Praktek yang dilakukan di kalangan para anggota suatu perkumpulan yang dinamakan Klub Kunci (*Sleutel Club*) di mana para suami mengundi kunci-kunci dari semua kamar beserta isinya (istri masing-masing suami) dan dengan cara tersebut mereka mengadakan hubungan seksual dengan wanita yang bukan istrinya.
- Tumor ganas (*malignant tumor*).** Pertumbuhan kanker yang dapat melepaskan sel-sel yang menyebarkan pertumbuhan kanker pada bagian-bagian lain dari tubuh.
- Tumor yang bukan kanker (*benign tumor*).** Tumor ini tidak menyerang jaringan-jaringan yang ada di sekitarnya dan tidak melepaskan sel-sel yang menyebar ke bagian-bagian lain tubuh (lawannya adalah tumor ganas).
- Turner's syndrome (*gonadal dysgenesis*).** Gangguan yang terbatas pada wanita yang kadang-kadang menyebabkan retardasi mental pada anak yang dilahirkan. Gangguan ini terjadi karena satu kromosom wanita (X) tidak ada.
- Urutan konflik – kecemasan – simptom-simtom – pertahanan.** Urutan peristiwa-peristiwa yang dalam pandangan Freud menimbulkan tingkah laku abnormal.
- Usia mental (*mental age*).** Tingkat perkembangan mental yang diperlihatkan oleh seorang individu dalam kaitannya dengan usia kronologis yang diberikan pada sebuah tes inteligensi. Misalnya, seseorang dikatakan memiliki usia mental 8 jika kemampuannya dalam tes inteligensi sama dengan kemampuan anak rata-rata yang berusia 8 tahun.
- Validitas.** (1) Berkenaan dengan tes, sejauh manakah keabsahan suatu tes mengukur sifat-sifat atau gagasan-gagasan yang hendak diukur oleh tes itu; (2) Berkenaan dengan eksperimen, sejauh manakah suatu eksperimen memberikan hasil-hasil yang akurat dan dapat dipertahankan secara ilmiah.
- Variabel.** Kondisi (kondisi-kondisi) yang diukur (variabel dependen) atau dimanipulasi (variabel independen) dalam penelitian ilmiah.
- Variabel dependen.** Tingkah laku atau respons yang diukur, dan tingkah laku atau respons tersebut tergantung pada variabel independen.

Variabel independen. Kondisi dalam suatu eksperimen yang dikontrol dan dimanipulasi oleh orang yang melakukan eksperimen. Kondisi itu merupakan stimulus yang akan menyebabkan respons.

Vasodilator. Obat yang digunakan untuk membesarkan pembuluh darah, dan dengan demikian mereduksikan tekanan darah.

Vocal tics. Dengkuran, suara, kadang-kadang kata-kata, yang disebabkan oleh kontraksi-kontraksi diafragma (sekat rongga badan antara dada dan perut) yang tidak dapat dikendalikan.

Voyeurisme. Parafilia di mana individu memperoleh kepuasan seksual dengan melihat orang-orang lain yang telanjang atau menanggalkan pakaian.

Wawancara (interview) yang tersusun. Suatu interview yang terbatas pada sejumlah pertanyaan tertentu.

DAFTAR NAMA

- Binet, Alfred.** Orang yang mengembangkan salah satu dari tes-tes pertama inteligensi. Tes ini digunakan untuk memprediksikan performansi akademik (*academic performance*).
- Charcot, Jean Martin.** Dokter awal yang berpendapat bahwa gangguan-gangguan somatoform (histerikal) terjadi karena sistem saraf lemah dan gangguan tersebut dirawat dengan sugesti (hipnosis).



INDEKS NAMA

A

Abeloff, M.D., 510
 Abikoff, H., 165, 216, 224
 Ablon, S., 233
 Abraham, 193
 Abrahamson, D.J., 151
 Abramowitz, S.I., 85, 136
 Adamopoulos, D.A., 147
 Addiego, F., 76, 136
 Ader, R., 504
 Adler, J., 155, 212
 Adressor, V.J., 146
 Akesson, H.O., 276
 Akiskal, H.S., 412, 504
 Al Bachri Husin, 136
 Albee, G., 147
 Aldwin, C., 509
 Alegria, M., 217
 Alessandri, S.M., 216
 Allain, A.N., 123, 153
 Alterman, A., 154
 Alzate, H., 76, 137
 Anand, B.K., 193, 216
 Andersen, A., 223
 Andrasik, F., 303
 Andreasen, N.C., 288, 409, 505
 Andrykowski, M.A., 498, 525
 Anisman, H., 497, 530
 Annable, L., 518
 Antoni, M.H., 512
 Apple, M., 154
 Appleby, I.L., 346, 505, 519
 Applegate, B., 146
 Arana, G.W., 407, 505
 Arato, M., 505
 Ardlie, N.G., 472, 505

Arick, J.R., 231
 Arieti, S., 137, 337, 411, 505
 Arkonak, O., 388, 505
 Arthur, R.J., 243, 525
 Arvey, R.D., 241, 303
 Asberg, M., 137
 Astrachan, B.M., 449
 Auerbach, R., 79, 145
 August, G.J., 160, 163, 177, 219
 Avard, J., 481, 537
 Azerrad, J., 195, 216
 Azwar, S., 303

B

Babigian, H.M., 443
 Babor, T.F., 151
 Bacon, T.H., 220, 223, 510
 Baer, D., 294, 303
 Bailey, J.M., 217
 Bak, R.C., 57, 137
 Bakwin, H., 200, 217
 Baldessarini, R.J., 505
 Balint, M., 58, 147
 Baller, W.R., 199, 217
 Bancroft, J., 68, 137, 140, 148
 Bandura, A., 217
 Banki, C.M., 450, 505
 Bansal, S., 155
 Bar-On, R., 304
 Barcaï, A., 220
 Barefoot, J.C., 471, 505
 Barker, R.G., 300, 304
 Barkley, R.A., 165, 217, 220, 312
 Barmann, B.C., 294
 Barry, R., 173, 226
 Bartak, L., 175, 217, 220, 232

- Bartko, J., 146, 154, 231
 Bartrop, R., 489, 505
 Battle, E.S., 290
 Bauer, L.O., 227
 Bauermeister, J.J., 217
 Baum, A., 149, 419, 506
 Beere, P.A., 473, 506
 Beidel, D.C., 153, 358, 374
 Belzer, E.G., 136
 Bemis, K.M., 193, 218
 Bemporad, J., 411, 505
 Ben-David, M., 513
 Bender, M.E., 230
 Benfeldt, F., 519
 Benjamin, H., 82, 138
 Bennett, D., 363, 506
 Benowitz, N., 115, 158
 Benson, H., 366, 506, 516
 Bentler, P.M., 82, 150
 Berberich, J.P., 227
 Berger, M., 222, 232
 Bergin, A.E., 507, 511, 523
 Bergler, E., 137
 Bergman, E., 522
 Berlin, F., 58, 63, 137
 Berry, H.K., 281
 Bertelsen, A., 427, 506
 Bertilsson, L., 345, 506, 520
 Bertrand, L.D., 399, 531
 Bessler, A., 147
 Bettelheim, B., 172, 218
 Beumon, 193
 Bialer, I., 232
 Bianchi, G.N., 388, 399, 400, 401, 506
 Bibfeld, P., 514
 Bickett, L., 218
 Bieber, I., 57, 137
 Biederman, J., 231, 233
 Bieliauskas, L.A., 530
 Billings, A.G., 419, 507
 Biran, M., 358, 507
 Bird, H.R., 217
 Birmacher, B., 513
 Birmaher, B., 230
 Birnbauer, J.S., 294, 304
 Blackman, D.E., 370, 528
 Blackstone, E., 173, 218
 Blanchard, E.B., 363, 526
 Blaney, P.H., 512
 Blankstein, K.R., 527
 Bliss, E.L., 398, 399, 507
 Bliwise, D., 223
 Bloodstein, O., 218
 Bloom, L., 455, 507
 Blumberg, E.M., 494, 507
 Blumenthal, J.A., 533
 Bobrow, D., 217
 Bock, R.D., 279
 Bodlund, O., 141
 Bohman, M., 40, 131, 138, 140
 Bohnert, M., 530
 Bollen, K.A., 437, 445, 507
 Bologna, N., 230
 Bonagura, N., 224
 Bond, I.K., 61, 138, 372
 Bongar, B., 520, 531
 Boodoo, G., 310
 Booth, S., 230, 520
 Borden, M.C., 171, 218
 Borgstedt, A.D., 227
 Borhani, N.O., 527
 Borkovec, T.D., 218, 361
 Bortner, R.W., 520
 Bostock, T., 446, 507
 Bouchard, T.J., 310
 Bouer, J., 529
 Bower, G.H., 401, 402, 507
 Bowlby, J., 441, 507
 Bowling, A., 138, 218, 304, 507
 Boykin, A.W., 310
 Bracken, B.A., 311
 Brammer, G.L., 525
 Brand, R.J., 527
 Brandsma, J.M., 519
 Braucht, G., 442
 Braude, M.C., 117, 138, 145
 Bravo, M., 217
 Bravo-Valdiviesco, L., 304
 Breakefield, X.O., 138
 Breaux, A., 307
 Brehm, S.S., 419, 507
 Breier, A., 449
 Brenesova, V., 110, 138
 Bridge, J., 230
 Brier, N., 181, 304
 Brink, M., 278

- Briquet, P., 378
 Bristol, M.M., 169, 218
 Brobeck, J.R., 193, 216
 Brody, N., 310
 Brotman, A.W., 191
 Bruch, H., 192, 195, 218
 Brumaghim, J.T., 227
 Brunner, H.G., 138, 145, 308, 527
 Bryson, S.E., 169, 219, 309
 Bucha, 288
 Buchsbaum, M.S., 231, 450, 508
 Buhler, R.R., 518
 Buhrich, N., 58, 62, 138
 Bunney, W.E., 231, 507
 Burdow, M., 230
 Burish, T., 484, 486, 498, 507
 Burish, T.G., 484, 486, 498, 507, 508, 515, 520
 Burke, J.C., 227
 Burroughs, J., 219
 Burt, D.B., 304
 Burti, L., 149, 229, 309, 522
 Busto, U., 373, 508
 Byck, R., 108, 142, 153
 Byron, 101

C
 Caddel, J., 230
 Caddy, G.R., 403, 508
 Caffey, E.M., 525
 Calhoun, K.S., 137
 Callahan, L.F., 524
 Camargo, C.A., 140
 Camerino, M., 528
 Camps, F.E., 530
 Canino, G., 217
 Cantwell, D.P., 43, 151, 159, 163, 173, 181, 195, 219
 Cappell, H., 508
 Carey, M.P., 349, 498, 508
 Carlson, N.R., 207, 220
 Carlsson, A., 105, 139
 Carmelli, D., 474, 508
 Carmichael, L., 304
 Carr, A.T., 341, 508
 Carrington, P., 508
 Carstensen, L.L., 524
 Casey, R.J., 211, 220
 Cashman, J., 139

 Cattell, R., 240
 Ceci, S.J., 310
 Cerny, J.A., 70, 139
 Chambering, H.R., 304
 Chamberlain, K., 274, 304, 379, 518
 Chambless, D.L., 532
 Chang-Liang, R., 362, 509
 Charcot, J.M., 375, 376, 377, 567
 Charles, E., 239, 493, 516, 531
 Chatoor, I., 226
 Cheang, A., 493, 509
 Chesno, F., 38, 139
 Chess, S., 284
 Chesser, E., 139
 Chiles, J.A., 519
 Chin, P.L., 140, 221, 304, 305, 510
 Chopra, I.C., 117, 139
 Chouinard, G., 513
 Christiansen, K.O., 39, 139
 Chuang, A., 304
 Chui, H., 220
 Ciaranello, R.D., 232, 310
 Ciminero, R.A., 137
 Claghorn, J.L., 518
 Clark, G.R., 150, 221, 306, 310
 Clarkin, J.F., 139
 Clarren, S., 304
 Cleland, C.C., 304
 Cloninger, C.R., 40, 125, 127, 131, 132, 133, 138, 140
 Clum, G., 447, 448, 524, 529
 Coombs, R.B., 136, 143
 Cobb, S., 463, 477, 509
 Coble, P.A., 518
 Cochrane, R., 442, 509
 Colburn, R.W., 507
 Cole, J.O., 140, 509
 Coleridge, S., 101
 Columbus, 111
 Combs, G., 403, 509
 Comolli, J., 136
 Conger, J.J., 127, 140
 Conners, C.K., 161, 163, 166, 177, 220, 226, 233
 Conrad, P., 159, 220
 Contreras, A., 230
 Cook, M., 340, 509, 522
 Coons, H.W., 227

Cooper, C.L., 493, 509
 Coote, M., 199, 228
 Coppen, A., 507
 Corbitt, E., 154
 Corey, G., 432, 509
 Coryell, W., 534
 Cossairt, A., 228
 Costa, E., 345, 509, 520
 Costain, D.W., 434, 513
 Costello, E.J., 218, 228
 Coursey, D., 508
 Cowie, D., 78
 Cox, A., 173, 217, 220, 232
 Cox, T., 494, 509
 Coyle, J.T., 305
 Coyne, J.C., 419, 509
 Craigen, D., 33, 143
 Craighead, W.E., 149, 422, 523
 Crapo, L., 146
 Crawford, A., 138
 Crisp, A.H., 193, 220
 Crnic, K.A., 220, 294, 295, 305
 Cronkite, R.C., 507
 Cross, P.K., 48, 140, 233, 307, 528
 Crowley, P.H., 279
 Cruickshank, W.M., 305, 312
 Cuñillar, I., 140, 220, 305, 509
 Cummings, C., 234
 Cutting, R.T., 521
 Czaczkes, J.W., 472, 510

D

Da Costa, J.M., 347, 510
 Dahlan, W.W., 305
 Dahlstrom, W.G., 505
 Daley, D.C., 140, 220, 305, 510
 Dalgaard, O.S., 39, 140
 Dalton, K., 411, 510
 Damrav, F., 78, 140
 Daniell, H.W., 112, 140
 Danielson, V., 235
 Dardano, J.R., 531
 Dattore, P.J., 494
 David, O.J., 163, 221, 243, 391, 513
 Dawson, G., 221
 de Blois, C.S., 234
 De France, F.F., 345, 511
 De Haan, 263

De La Cancela, 140, 221, 305, 510
 de Reuck, A.V.S., 139
 de Silva, P., 342, 525
 DeFries, J.C., 184, 310
 Dembroski, T.M., 520, 521, 527
 Dement, W.C., 233
 DeMeyer, M.K., 173, 228
 Deminski, S., 518
 Demming, B., 148
 Denckla, M., 218
 Denney, D.R., 362, 489, 490, 509, 510
 Depue, R.A., 442, 443, 530
 Derogatis, L.R., 494, 510
 DeSanto, N.A., 153
 Desjarlais, R., 141, 221, 305, 510
 Detre, T., 527
 Deutsch, M., 289, 290
 Dews, P., 528
 Di Mascio, A., 513, 517
 Dibble, E.D., 223
 Dillon, D., 512, 519
 Dimsdale, J.E., 477, 510, 520, 521
 Djojonegoro, Wardiman, 256
 Dobbins, K., 518
 Doleys, D.M., 201, 221
 Domino, E., 115
 Donnellan, A.M., 221
 Douglas, V.I., 226
 Dove, G.A., 147
 Dow, S., 74
 Drew, C.P., 304
 Dreyfuss, F., 472, 510
 Drummond, T., 236
 Du Pont, R.L., 141, 150
 Dua, S., 10, 36, 84, 131, 132, 157, 216, 287,
 291, 335, 342, 363, 401, 409, 439, 451, 486,
 493, 494
 DuBoff, E., 513
 Dudek, S.Z., 533
 Dunne, J., 529
 Durkheim, E., 440
 Duszynski, K.R., 494, 510, 530
 Dykens, E., 305

E

Eaglestone, J.R., 509
 Eaves, L.J., 147
 Eberhard, G., 465, 510

Ebert, M., 223
 Eccleston, E., 530
 Eckberg, T.J., 218
 Eckblad, M., 139
 Eckert, E.D., 191
 Edelbrock, C., 217
 Edell, W.S., 139
 Edison, Th., 107
 Edwards, A.J., 490, 510
 Eggert, M., 154
 Ehrhardt, A., 84, 141
 Eichler, L.S., 513
 Einfeld, S.L., 306
 Eisenberg, L., 141, 170, 220, 221, 305, 510
 Eiserman, W.D., 296, 306
 Eisler, R.M., 149
 Ekselius, L., 141
 Elashoff, J.D., 291
 Ellinwood, E.H., 108, 142
 Ellis, F.W., 507, 563
 Elman, M., 235
 Elms, C.A., 510
 Emery, G., 342, 364, 506
 Emmelkamp, P.M., 357, 358, 361, 511
 Emms, E.M., 524
 Engelhardt, D., 178, 221
 Enna, S.J., 345, 511
 Epstein, R., 141
 Erhardt, D., 221
 Erickson, M.T., 221
 Erne, P., 518
 Ernster, V.L., 493, 511
 Eron, L.D., 144, 411, 517
 Errera, J., 228
 Evans, J.A., 306, 372
 Evans, R.L., 511

F

Fagan, P.J., 75, 141
 Fairburn, C.G., 196, 222
 Fakhruddin, M., 306
 Falkner, S., 527
 Faraone, S.V., 147, 233
 Farberow, N.L., 437, 439, 450, 511
 Feagans, L., 306
 Fein, D., 173, 222, 225
 Feinberg, M., 408, 511
 Feingold, B.F., 163, 222

Feinleib, M., 514, 527
 Feinstein, C., 225
 Felder, M., 510
 Feldhusen, J., 263, 306
 Felton, D.L., 504
 Fenichel, O., 31, 45, 123, 142, 199, 222
 Ferguson, J.M., 531
 Ferris, S., 219
 Ferster, C.B., 173, 222
 Fiedler, J.E., 439, 509
 Fiello, R.A., 294
 Finegran, J., 174, 222
 Fink, M., 346, 511
 Firestone, P., 162, 222
 Fish, N., 155
 Fishman, M., 523
 Fitzpatrick, P.A., 227
 Flood, R., 443
 Fodor, O., 465, 511
 Folkman, S., 455
 Folstein, S., 175, 176, 222
 Fontaine, P., 143
 Forehand, R., 181, 308
 Frankel, R.J., 194, 222
 Freeman, Joan, 306
 Freud, S., 26, 31, 56, 57, 107, 124, 192, 199, 223, 315, 334-337, 353, 354, 375-377, 385, 386, 402, 418, 441, 442, 451
 Freund, L., 305
 Frick, P.J., 146
 Friedrich, W.N., 294, 305
 Fuchs, C.Z., 422, 512, 526
 Fuller, P., 221
 Furh, R., 70, 142
 Furham, A., 221
 Furst, S.S., 443

G

Gabrielli, W.F., 40, 148
 Gadlow, K., 232
 Gadow, K.D., 295, 306
 Gadpaille, W.J., 223
 Gaerlan, 452
 Galbraith, J., 311
 Gallagher, J.J., 259, 308
 Galton, 255
 Ganellen, R.J., 415, 508
 Gange, P., 63, 142

Garattini, S.S., 12
 Garfield, S.L., 507, 511, 523
 Garfinkel, P.E., 223
 Garrison, B., 506
 Garron, D.C., 530
 Garry, H.E., 512
 Gatchel, R.J., 506
 Gautani, A., 512
 Gawin, F.H., 108, 142
 Gearhart, L., 305
 Geer, J.H., 70, 142, 152
 Gelder, M.G., 59, 148
 George, A., 219
 Germer, R.H., 194, 223, 225
 Gershon, E.S., 195, 223, 426, 427, 523
 Giampino, T.L., 148
 Gibbs, M.V., 278
 Giles, D.K., 294
 Gilland, R., 149
 Gillin, 200, 224
 Gilman, S., 527
 Gilmore, M., 139
 Gittelman, R., 159, 165, 211, 216, 224
 Gittelman-Klein, R., 165, 224
 Glagov, S., 506
 Glaser, R., 489, 490, 517
 Glew, G., 505
 Gloger, S., 513
 Gloisten, A., 224
 Goechner, D.J., 146
 Goetz, R.R., 512
 Goldfried, M.R., 362, 512
 Goldhamer-Marshall, 252
 Golding, J.M., 379, 507
 Goldsmith, H.H., 39, 142
 Goleman, D., 66, 306
 Gomberg, E., 122, 123, 155
 Good, B., 141, 221, 305, 510
 Goodell, H., 438, 521
 Goodkin, K., 493, 512
 Goodman, J., 164, 228
 Goodstein, J.L., 519
 Gorman, J.M., 346, 347, 512, 519
 Gosling, A., 307
 Gottesman, I.I., 39, 142, 175, 225
 Gottfries, G.G., 450, 512
 Gould, M., 512
 Goy, R.W., 155

Grant, I., 129, 143
 Graunke, D.P., 143
 Greenbaum, C.W., 233
 Greenblatt, D.J., 369, 370, 371, 513
 Greengard, P., 345, 509
 Greenhill, L., 230, 235
 Greenleaf, W.J., 146
 Greer, S., 494, 513, 524
 Grega, D.M., 216
 Greist, J.H., 373, 509, 513, 523
 Grim, C.E., 527
 Grinspoon, L., 117, 143, 512
 Grossman, F.K., 411, 513
 Grundling, E.M., 278
 Grunhaus, L., 346, 513
 Gualtieri, T., 162, 174, 224
 Guare, J., 181, 312
 Gubbay, S.S., 224
 Guijarro, M.L., 522
 Guilford, J.P., 148, 217, 219, 220, 230, 239, 240,
 253, 255, 305, 306, 312, 313, 506, 519, 522,
 523, 525, 528
 Guilleminault, C., 207, 224
 Gunnoe, C., 229
 Guroff, J.J., 525
 Guttmacher, L.B., 346, 513
 Guze, S.B., 142, 223, 388, 443, 505
 Gwirtsman, H.E., 194, 223, 225
 Gyafas, K., 523

H

Haberlandt, W., 451, 513
 Hack, S., 523
 Hadaway, P.F., 121, 136, 143
 Haefely, E.E., 345, 369, 514
 Hagerman, R., 305
 Halaris, A., 513
 Hales, R.E., 149, 153
 Hall, R.P., 512
 Hallahan, D.P., 186, 306
 Hallet, A.J., 522
 Halmi, K.A., 195, 225
 Halpern, D., 379, 518
 Halpern, D.F., 310
 Hamburg, D.A., 533
 Hammen, C., 197, 227, 244, 271, 375, 379, 394,
 517
 Hammerton, J.L., 306

- Hamovit, J.R., 223
 Hanback, J.W., 389, 514
 Haney, T.L., 533
 Hanksworth, H., 395, 514
 Hanson, D.R., 175, 225, 283
 Harburg, E., 512
 Hare, R.D., 33, 42, 143, 148, 153, 154
 Harmatz, J.S., 231
 Harpur, T.J., 143
 Harrington, A., 144
 Hartford, R.B., 235
 Hartono, Hd., 144
 Harvey, S.H., 520
 Hassan, Shadily, 150
 Hauck, M., 225
 Hauge, M., 506
 Havald, B., 506
 Havighurst, 263
 Hay, W., 155
 Hayes, P.C., 526
 Haynes, S.G., 469, 514, 527
 Haywood, H.C., 296, 307
 Headley, L.A., 514, 530, 531
 Healey, S., 296, 306
 Heape, C.L., 150
 Heather, N., 129, 151
 Hedfors, E., 490, 514
 Heilbron, D.C., 522
 Heim, N., 62
 Heimberg, R.G., 144
 Heinman, J.R., 71, 149
 Hejhal, L., 149
 Heller, K.A., 307
 Helwig, C., 220
 Helzer, J.E., 151
 Henden, B., 295, 307
 Henker, B., 161, 225
 Henn, F.A., 374, 532
 Henson, D.E., 70, 144
 Hermansen, L., 142
 Hermelin, B., 229
 Hersh, S.P., 234
 Hervig, L., 525
 Herz, A., 153
 Herzog, D.B., 191, 192, 231
 Hewitt, J.K., 508
 Heywood, E., 139
 Hier, D., 173, 225
 Hines, E.A., 521
 Hinshaw, S.P., 165, 221, 225
 Hirschfeld, R.A., 412, 504, 514
 Hirst, W., 392, 514
 Hoch, Z., 76, 137
 Hodapp, R.M., 305
 Holbrook, W., 307
 Holliday, J., 517
 Hollinger, P.C., 514
 Hollingworth, 249
 Hollon, S.D., 431, 514
 Holm, G., 514
 Holmgren, S., 195, 225, 233
 Holmstein, R.D., 521
 Holt, C.S., 144, 146, 217
 Hong Kong, Y., 257, 533
 Hook, E.B., 307
 Hooker, E., 144
 Hopkins, J., 141, 219, 226, 410, 411, 515, 521
 Horn, J.M., 165, 515
 Horn, W.F., 165, 226, 474
 Horne, R.L., 493, 515
 Horney, K., 377, 515
 Hornykiewicz, O., 450, 515
 Horowitz, M.J., 120, 144
 Horwitz, A.V., 144, 226, 307, 515
 Houseworth, S., 231
 Houston, B.K., 456, 470, 507, 516
 Houts, A.C., 226
 Howland, E.W., 144
 Hucker, S., 146
 Hudson, J.I., 194, 226
 Huffman, K., 206, 207, 208, 226, 242
 Hull, J., 127, 144
 Hunt, S., 530
 Hurt, S., 139
 Hutchings, B., 40, 148
 Hutchinson, H.C., 61, 138

I
 Iaboni, F., 226
 Iker, H.P., 493, 494, 529
 Ince, S., 226
 Ing, P., 183
 Insel, T.R., 513
 Irwin, S., 145
 Ismael, A.A., 147
 Israel, A.C., 181, 292, 313, 477

Ivansen, M., 514
Izinar Adi Tobing, 257

J

Jacob, H.E., 109, 145
Jacobson, J.W., 290, 294, 307
Jameson, D.H., 519
Janet, P., 332, 375, 376, 377, 451
Jang, K., 147
Jarvik, M.E., 113, 145
Jatlow, P.I., 142
Jefferson, J.W., 509, 513, 523
Jellinek, E.M., 145
Jemmott, J.B., 489, 516
Jensen, J., 519
Jobes, D.A., 506
Johansen, B.M., 225
Johansson, E., 224
Jokosuyono, 145
Jorgensen, Ch., 85
Josephs, R.A., 127, 152
Judono, R.H., 145
Juster, R.P., 522
Justice, A., 497, 516

K

Kagan, V., 174, 175, 226
Kahl-Iversen, E., 143
Kahn, D., 477
Kalat, J.W., 208, 226
Kalin, R., 148
Kallen, R., 218
Kannel, W.B., 514
Kaplan, H.S., 70, 78, 145
Kapistins, E.E., 512
Kappes, B.M., 363, 516
Karacan, I., 411, 516
Karlen, A., 145
Karpman, B., 58, 145
Kartono, K., 145, 192, 226
Kasa, K., 426, 516
Kashima, K.J., 294, 303
Kaslow, F., 303
Kates, W., 224
Kathena, Joe, 308
Katz-Garris, L., 308
Katzelnik, D.J., 513
Kaye, W., 223

Kazdin, A.E., 149, 218, 232, 308, 310, 312, 361, 517
Kburus, J., 145
Keats, 101
Keir, R., 522
Kellermann, A.L., 530
Kellner, R., 371, 517
Keltikangas-Jarvinen, d., 525
Kemper, K., 231
Kendall, P.C., 164, 226, 244, 271, 313, 375, 379, 394, 514, 517
Keogh, B., 296, 312
Keogh, B.K., 185, 308
Kephalis, T.A., 116, 145
Keskivaara, P., 525
Kety, S.S., 427, 517, 529
Keyes, D., 395, 517
Keysor, C.S., 146
Khantzian, E.J., 126, 127, 145
Kiecolt-Glaser, J.K., 489, 490, 517
Killam, K., 513, 517
Killias, M., 517
Kiloh, L., 505
Kim, S.W., 513
Kimberling, W.J., 183
Kimura, D., 184
King, D.L., 512
Kingerlee, P., 224
Kirby, D.E., 308
Kirk, Samuel A., 237, 308
Kirkham, E.E., 147
Kitano, M.K., 308
Kivitz, M.S., 310
Klatskin, E.H., 411, 517
Kleber, H.D., 136, 142
Klerman, G.L., 219, 409, 412, 434, 514, 517, 518, 533
Klett, C.J., 525
Klinger, L.G., 221
Klorman, R., 161, 227, 230
Kluft, R.P., 399, 403, 517
Kneedler, R.D., 186, 306
Kneier, A.W., 494, 518
Kobak, K.A., 513
Koegel, R.L., 173, 227
Koepke, J.P., 519
Kolakowski, D., 279
Konig, P.H., 148

Koran, L., 513
 Kornblith, S.J., 526
 Kornetsky, C., 146
 Kosson, D.S., 144, 146, 149
 Kosten, T.R., 142
 Kovacs, M., 506
 Kraemer, H.C., 218
 Kraft, D.P., 443
 Kramar, R., 149
 Krantz, D.S., 474, 518, 521
 Krasnegor, N.E., 145
 Kratochwill, T.R., 294
 Kreuz, L.E., 69, 146
 Kricheff, I., 219
 Kringlen, E., 39, 140
 Kroll, P., 379, 518
 Kronenberger, W., 181, 312
 Kronfol, Z., 489, 490, 518
 Krout, E., 63, 137
 Krozely, M.G., 520
 Kruesi, M.J.P., 146
 Krug, D.A., 231
 Kruger, E., 235
 Kuehnle, J.C., 151
 Kulhanek, F., 110, 146
 Kuller, L.H., 520
 Kullgren, G., 141
 Kultermann, J., 154
 Kupfer, D.J., 408, 518
 Kurcz, M., 505
 Kuroda, H., 516
 Kusumanto, R. Setyonegoro, 146
 Kwan, M., 68, 146
 Kwapil, T.R., 139

L

Laakso, R., 500, 501, 526
 Laberg, J.C., 137
 Lachiewicz, A., 305
 Lachman, S.J., 518
 Ladas, A.K., 76, 146
 Lader, M.H., 368, 530
 Laffer, P.S., 226
 LaFromboise, T.D., 144
 Laitsch, K., 509
 Lamontagne, Y., 363, 518
 Lanawati, S., 308
 Landen, S.J., 294, 303
 Landmann, R.M., 518
 Landon, P.B., 42, 43, 153
 Lang, A.R., 96, 146, 523
 Lange-Eichbaum, W., 251, 253
 Langer, D.H., 231
 Langevin, R., 63, 64, 146
 LaPadula, M., 147
 Lapey, K., 233
 Lapouse, R., 165, 227
 Largen, J.W., 485, 518
 Last, K.A., 508
 Latane, B., 38, 43, 152
 Lau Chin, J., 140, 221, 305, 510
 Lavallée, Y.J., 518
 Laws, D.R., 70, 147
 Lawson, D.M., 96, 155
 Lazare, A., 412, 518
 Lazarus, L., 455, 505, 509
 Le May, M., 225
 Le Shan, L., 493, 519
 Lechleiter, S.L., 520
 Leckman, J.F., 305
 Leenaars, A.A., 519
 Leitenberg, H., 147, 304
 Lennon, S., 230
 Lenzenweger, M.F., 147
 LePage-Lees, P., 308
 Lesser, G., 289
 Lester, D., 506, 519
 Levenson, R.W., 127, 152
 Levin, S., 514
 Leviton, A., 229
 Levitt, E.E., 177, 227
 Levitt, M., 505, 519
 Levy, B.I., 116, 141
 Levy, G., 519
 Lewinsohn, P.M., 420, 519
 Lewy, A., 221
 Libet, 420
 Liebenstein, N.L., 181, 312
 Liebowitz, M., 346, 347, 512, 513, 519
 Lief, H.I., 66
 Light, K.C., 519
 Lilienfeld, S.O., 147
 Linde, O.K., 146
 Lindstrom, E., 141
 Linehan, M.M., 449, 519
 Linnoila, M., 144, 154

- Litrownik, A.J., 227
 Liu, S.C., 530
 Livesley, W., 147
 Lloyd, J.W., 186, 306
 Lo Piccolo, J., 67, 68, 71, 73, 78, 79, 147, 152
 Lobascher, M., 224
 Loberg, T., 148
 Lobitz, W.C., 422, 519
 Locke, S.E., 489, 516
 Lockyer, L., 175, 232
 Loehlin, J.C., 310
 Logan, D.R., 304
 Lohr, J.M., 195, 229
 Loiselle, D., 224
 Loland, S., 58, 147
 Loney, J., 160, 229
 Long, J.S., 116, 141, 153, 222, 227, 234, 235, 508
 Loraine, J.A., 147
 Loranger, A.W., 147
 Lord, C., 168, 169, 227, 228
 Lotspeich, L., 232, 310
 Loudon, J., 138
 Lovaas, O.I., 173, 177, 227
 Loveland, K., 304
 Lovibond, S.H., 199, 228
 Luckhurst, E., 505
 Ludlow, C., 231
 Ludwig, A.M., 395, 403, 509, 519
 Lunde, D.T., 533
 Luscomb, R., 524
 Lutkins, S.G., 410, 526
 Lydiard, R.B., 513
 Lyles, J.N., 498, 520
 Lyon, F.R., 186
 Lyons, M.J., 40, 147
- M**
- MacCulloch, M.J., 42, 147
 MacDougal, J.M., 471, 520
 Mace, F., 294
 Mackay, C., 494, 509
 MacKieth, R., 201, 228
 MacMillan, D.L., 296, 308
 Mahan, J.L., 525
 Maher, C., 229
 Mahesh Yogi, M., 366, 520
 Mahoney, M.J., 149
 Malamud, M., 155
 Maliza, C., 530
 Malloy, P., 147
 Maltzberger, J.T., 519
 Manchi, M., 228
 Mann, J., 146
 Mannuzza, S., 147, 148, 224
 Mao, C.C., 345, 369, 520
 Marangos, P.J., 150
 March, V., 140, 235, 520
 Marchione, K., 522
 Marco, E., 520
 Marcone, I.J., 223
 Marcucci, F., 512
 Mardjono, Reksodiputro, 148
 Margono, Untung, 153
 Markovitz, J.H., 477, 520
 Marlatt, G.A., 128, 129, 146, 148
 Marlowe, M., 163, 228
 Mash, E.J., 217, 220, 305, 312
 Maslim, Rusdi, 228
 Mason, J.W., 151, 298
 Masserman, J.H., 228, 520
 Mateer, C.A., 184
 Mathew, R.J., 518
 Mathews-Simonton, S.S., 530
 Mathiesen, F.R., 72, 149
 Matindas, R., 309
 Matthews, K.A., 470, 471, 474, 520, 527
 Mattlin, M.W., 309
 Maulwi Saelan, 257
 Mavissakalian, M., 358, 521, 522
 May, R., 225, 306, 521
 Mc Clelland, D.C., 128, 516
 Mc Clure, J.N., 345, 525
 McAdoo, W.G., 173, 228
 McCabe, K.D., 234
 McCallum, R.S., 311
 McCaul, K.D., 531
 McConnell, R.B., 465, 521
 McCubbin, J.A., 521
 McDaniel, L.K., 505
 McDavid, J.D., 150
 McDermott, S., 148
 McDougall, J.M., 521
 McEachren, L., 419, 532
 McGilley, B.M., 420, 480, 481, 515, 521
 McGuiness, D., 184

- McGuire, M.T., 525
 McHugh, P.R., 438, 521
 McIlhany, M.L., 474, 521
 McIlvane, W.J., 218
 McInnis, E.T., 227
 McKell, T.E., 531
 McKinney, J.D., 306
 McKinnon, W.R., 149
 McLaren, J., 309
 McLennan, J.M., 169, 228
 McMurray, M.B., 217
 McNamara, S.S., 482, 521
 McNeel, A., 228
 McPherson, L.M., 143
 Medenis, R., 218
 Mednick, S.A., 40, 148
 Mehlman, P.T., 144
 Meichenbaum, D., 164, 228, 365, 521
 Meilahn, F., 520
 Meinecke, C., 58, 63, 137
 Meisenberg, G., 146
 Melisaratos, N., 510
 Mello, N.K., 142
 Mendels, J., 235
 Mendelson, B.A., 160, 228, 229
 Mendleson, J.H., 142, 151
 Menninger, K.A., 231, 441
 Merckelbach, H., 337, 521
 Mercy, J., 512
 Merikangas, K.R., 149
 Mesibov, G.B., 228
 Metz, P., 72, 149
 Meyers, C.E., 296, 307
 Meyerson, A.T., 529
 Michael, C.M., 145
 Michal, V., 72, 149
 Michelman, J., 230
 Michelson, L., 358, 521, 522
 Mignot, E., 233
 Mikach, S., 217
 Mikkelsen, E.J., 231, 279
 Milich, R., 160, 218, 229
 Mindham, R.H.S., 433, 434, 522
 Mineka, S., 340, 509, 522
 Miniszek, N.A., 278
 Minkoff, K., 447, 449, 522
 Minton, J., 175, 229
 Miranda, 309
 Miras, C.J., 145
 Mirin, S.M., 107, 109, 154
 Mitchell-Heggs, N., 517
 Mittelman, B., 465, 522
 Mizes, J.S., 195, 229
 Moats, L.K., 186
 Moger, W., 136
 Moller, N., 142
 Molot, M.A., 521
 Money, J., 63, 84, 141, 143, 149
 Monk, M.A., 165, 227
 Moon, C., 228
 Moore, B.C., 278
 Moorer, S.H., 230
 Moos, R.H., 507, 533
 Mordock, J.B., 309
 Morgan, C., 142
 Morokoff, P.J., 71, 72, 149
 Morpheus, 101
 Morris, R.D., 180, 309
 Morris, T., 494, 513
 Morrison, J.R., 163, 229
 Mortimer, H., 296
 Mosher, L.R., 149, 229, 309, 522
 Moss, D.H., 274, 304
 Motto, J.A., 439, 440, 447, 522
 Mougey, E.H., 151
 Mowrer, O.H., 199, 229, 523
 Moyer, S., 508
 Mullaney, J.A., 413, 523
 Muller, F.B., 518
 Mullinix, J.M., 484, 523
 Munandar, Utami, S.C., 256, 257, 306, 309, 311
 Muris, P., 337, 521
 Murray, W.J., 294
 Muslin, H.L., 493, 523
 Mussini, E., 512
 Myles, B.S., 229

N
 Naeye, R.L., 208, 229
 Nahas, G.G., 145, 151
 Naranjo, C.A., 508
 Nasichin, 310
 Nay, S.M., 185, 311
 Neal, K., 520
 Needleman, H.L., 163, 229
 Neisser, U., 310

Nelson-Gray, R.O., , 141, 142, 181, 224, 230,
292, 313, 422, 523
Neuringer, C., 447, 523
Nevid, J.S., 150, 231, 310, 525
Nichols, M., 276
Nielsen, S.L., 519
Nies, A., 434, 523
Nilsson, D., 230
Nishino, S., 233
Noel, B.J., 513
Norman, P.A., 222
Norring, C., 225, 233
Novak, C., 220
Nowlin, N.S., 195
Nurco, D.N., 150
Nurnberger, J.I., 223, 426, 427, 523

O

O'Brien, M., 236
O'Carroll, P., 512
O'Donohue, W.T., 152
O'Gorman, T.W., 139
O'Hara, M., 411, 523
O'Neal, P., 526, 529
O'Neill, R.E., 227
Obrist, P.A., 519
Ochtil, H., 390, 523
Oden, M.H., 251, 252, 253, 312
Offer, D., 437, 514
Offir, C.W., 76, 150
Ogawa, N., 516
Ohman, A., 137, 523
Ohnell, B., 514
Ojemann, G.A., 184
Oldham, R.K., 520
Oliver, 288
Ollendick, T.H., 171, 218, 361, 523
Oreland, L., 512
Ornitz, E., 230
Ornstein, M., 505
Ort, S., 305
Osler, W., 468, 523
Oster-Granite, D., 305
Ostfeld, A.M., 530
Ostow, M., 443
Oswald, I., 138
Otsuki, S., 516

P

Padidakis, D.P., 145
Pagano, R., 152
Paitisch, D., 146
Palij, M., 519
Palmer, C., 513
Paluchowski, C., 230
Paniagua, F.A., 140, 220, 305, 509
Papp, Z., 505
Parragioticles, H., 221
Passow, A.H., 259
Patmohoedodojo, P.G., 150
Patsiokas, A., 447, 524
Patterson, M., 144
Paykel, E.S., 411, 419, 442, 517, 522, 523, 524,
525, 528
Peak, R., 228
Pelham, W.E., 164, 165, 230
Peloquin, L.J., 161, 227, 230
Pelson, R.O., 231
Pemberton, J.S., 106
Penick, E., 510
Penney, R., 505
Pennington, B.F., 183, 184
Peresie, H., 229
Perini, C., 518
Perlmuter, R.A., 227
Perloff, B.F., 227
Perloff, R., 310
Peters, S., 222
Peterson, C., 424, 524
Petrakis, N.L., 511
Petti, T., 219
Pettijohn, T.F., 230
Pettingale, K.W., 495, 524
Peveler, R.C., 222
Pfeffer, C.R., 531
Pfeiffer, S.I., 230
Pflanz, M., 463, 524
Pfohl, B., 534
Phillips, D.P., 437, 445, 507, 524
Phoenix, S.H., 155
Picard, R.S., 493, 515
Pieper, W.J., 523
Pierce, C., 510
Pilkonis, P.A., 150
Pillard, R.C., 217

Pincus, J.H., 230
 Pincus, T., 500, 524
 Pitt, B., 410, 411, 525
 Plomin, R., 310, 515
 Ploof, D., 307
 Poe, R.O., 151
 Pokorny, A.D., 440, 443, 525
 Polen, S.B., 184
 Polivy, J., 527
 Polizos, P., 221
 Poppen, R., 363, 528
 Porter, L.W., 307
 Pospichal, J., 149
 Poter, S., 139
 Potts, R.C., 526
 Pressey, 258, 535
 Prien, R.F., 434, 525
 Prince, V., 82, 150, 395
 Pringgodigdo, A.G., 150
 Prior, M., 159, 230
 Proietti, J.M., 150
 Prusoff, B.A., 517, 524
 Pry, G., 526, 528
 Pueschel, S.M., 278, 282
 Putnam, F.W., 399, 525

Q

Quarrington, B., 174, 222
 Quay, H.C., 165, 167, 220, 224, 230, 235
 Quinn, M.J., 33, 143
 Quintana, H., 178, 230

R

Rabkin, K., 505
 Rahe, R.H., 453, 474, 489, 515, 525, 527
 Raine, A., 150
 Raleigh, M.J., 408, 525
 Ramesar, K.C., 526
 Ramsay, G., 146
 Randall, L., 512
 Rapoport, J.L., 146, 161, 224, 231
 Rappoport, A., 365, 366, 533
 Rapport, M.D., 231
 Raskin, M.J., 529
 Rasmussen, S., 513
 Rassaby, E.S., 524
 Rathus, S.A., 74, 150, 231, 310, 525
 Ravaja, N., 525

Rawlings, R., 154
 Ray, J., 228
 Raymond, C., 231, 240
 Raynor, W.J., 530
 Reay, D.T., 530
 Redd, W.H., 498, 525
 Reed, R., 229
 Rees, D., 410, 526
 Regal, R.R., 307
 Reimherr, F., 235
 Reiser, M.F., 532
 Reiss, A., 305
 Revelle, W., 88, 389, 514
 Revuelta, A., 520
 Rice, K.M., 363, 526
 Rickels, K., 369, 526
 Rieber, I., 62, 150
 Riley, V., 497, 526
 Rimland, B., 171, 177, 231
 Rimon, R., 500, 501, 526
 Risley, T., 235, 294, 303
 Rist, R.C., 291
 Ritter, E., 446, 526
 Ritvo, E., 175, 231
 Rivara, F.P., 530
 Rivier, M., 222
 Rivinus, T.M., 195, 231
 Robbins, K., 217
 Roberts, A.H., 363, 526
 Rollnick, S., 129, 151
 Romanczyk, R., 310
 Romano, J.M., 526
 Ronnei, M., 230
 Ropers, H.H., 138
 Rose, R.J., 69, 151, 474, 527
 Rose, R.M., 146, 463, 477, 509
 Rosenberger, P., 225
 Rosenbloom, S., 219
 Rosenblum, S.M., 173, 231
 Rosenhall, U., 224
 Rosenman, R.H., 469, 470, 471, 474, 508, 509,
 511, 520, 525, 527
 Rosenthal, D., 219, 280, 290, 529
 Rosenzweig, M.R., 307
 Roskies, E., 481, 482, 527
 Rosmark, B., 225, 233
 Rosnik, H., 525
 Rotter, J.B., 290

- Rounsaville, B.J., 142
 Roviato, S., 481
 Roy, A., 448, 450, 528
 Rozensky, R.H., 422, 526, 528
 Rubenstein, J.L.R., 310
 Rubin, H.B., 70, 144, 147
 Rubio-Stipec, M., 217
 Rudestam, K.E., 438, 528
 Ruff, G.A., 78, 151
 Rush, A.J., 506
 Russell, C.D., 294, 313
 Russo, M.F., 146
 Rutherford, M., 154
 Rutter, M., 167, 168, 169, 172, 175, 176, 217,
 219, 220, 222, 225, 227, 228, 232, 311
 Ryan, R.M., 227
- S**
- Sacco, K.A., 307
 Sachar, E., 425, 528
 Sacks, S.T., 511
 Sade, M.D.A.F., 27
 Safer, D.J., 160, 232
 Sakheim, D.K., 71, 151
 Salimenk, C.A., 116, 151
 Salkin, B., 219
 Salloum, I.M., 140, 220, 305, 510
 Salom, S., 223
 Salomon, M., 236
 Samit, C., 229
 Sanchez-Craig, M., 508
 Sanders, J.D., 528
 Sanger, D.J., 370, 528
 Sanson, A., 159
 Sardjono, O. Santoso., 151
 Sato, M., 516
 Satterfield, J.H., 43, 151
 Saul, R.A., 283
 Sawrey, J.M., 312
 Scarr, S., 311
 Schachar, R., 160, 232
 Schalling, D., 148, 153
 Schar, E.J., 505
 Scharf, M., 522
 Scheid, T.L., 144, 226, 307, 515
 Schepank, H.G., 195
 Schilling, D.J., 363, 528
 Schlegel, P., 144
 Schleifer, S.J., 417, 489, 528, 529
 Schmale, A.H., 493, 494, 529
 Schmitz, C.C., 311
 Schnedler, R.W., 230
 Schneider, D.J., 532
 Schneidman, E.S., 437, 439
 Schoenberg, K., 216
 Schoenfeld, D., 510
 Schopler, E., 168, 169, 222, 228, 232
 Schorsch, E., 63, 152
 Schotte, D., 447, 448, 529
 Schou, M., 506, 529
 Schover, L., 67, 152
 Schreibman, L., 173, 227, 232
 Schuckit, M.A., 129, 130, 131, 152
 Schull, 74
 Schulsinger, F., 40, 142, 152, 427, 451, 529
 Schultz, E., 165, 232
 Schwab, J.J., 419
 Scotch, N., 514
 Seager, C., 443
 Searles, J.S., 130, 152
 Seeley, K., 306
 Sellers, E.M., 508
 Selvin, S., 511
 Semans, J., 79
 Semiawan, Conny, A.S., 257, 309, 310, 311
 Sendbuehler, J.M., 409, 529
 Sengar, D., 489, 529
 Serlin, R.C., 513
 Shader, R.I., 371, 513
 Shaffer, J.W., 222, 494, 510, 521, 530
 Shapiro, D.H., 366, 530
 Shekelle, R.B., 494, 530
 Shelley, 101
 Shelton, J., 233
 Shen, D., 224
 Shenker, R., 224
 Shepperdson, B., 311
 Sher, K.J., 127, 152
 Shisler, L., 296, 306
 Sholberg, S., 233
 Sholtz, R.I., 527
 Shott, S., 230
 Shulman, C., 233
 Sidi, I., 311
 Siegel, J.M., 206, 233
 Sigman, M., 218

- Sigusch, V., 63, 150
 Sigvardsson, S., 40, 138, 140
 Sikes, C., 513
 Silva, J., 342, 518, 525
 Silver, M.A., 438, 530
 Simpson, R.L., 229
 Sims, J., 508
 Sines, J.O., 465, 530
 Singer, S., 234, 298
 Singh, N.N., 295, 303
 Siskind, M., 494, 533
 Sivage, C., 236
 Sizemore, C., 395, 530
 Sjoquist, F., 139
 Sklar, L.S., 497, 530
 Skutle, A., 137
 Slama, K.M., 218
 Sloan, J.H., 530
 Slotnick, P., 150
 Small, A.M., 216, 219
 Smalley, S.L., 233
 Snell, L.M., 513
 Soares, J.J.F., 523
 Soddy, K., 281
 Sohlberg, S., 195, 225
 Sokol, M.S., 531
 Solanto, M.V., 162, 165, 166, 233
 Sommervill, J.W., 218
 Soriano, F.I., 144
 Southern, W.Th., 259, 260, 311
 Southwick, L., 152
 Spanos, N.P., 399, 400, 401, 531
 Sparks, T.F., 530
 Spearman, Ch., 239
 Speicher, C., 517
 Spence, M.A., 218
 Spencer, T., 233
 Spenkle, T., 74
 Spevack, M., 527
 Spielman, A., 206, 208, 233
 Spiess, W.F., 78, 152
 Spiker, D.G., 518
 Spiridigliozzi, G., 305
 Spitz, R., 233
 Stafford, R.L., 195, 216
 Stampfl, T.G., 357, 531
 Stanley, E., 78, 152
 Starfield, B., 199, 200, 233
 Starzl, T.E., 492, 524
 State, R.C., 218, 224, 225, 312, 313
 Stedje, D., 230
 Steele, C.M., 127, 152
 Steer, R., 506
 Stehbins, J.A., 199, 234
 Steinberg, R., 240, 241
 Steller, E., 193, 234
 Stene, J., 279
 Stengel, E., 450, 531
 Stephenson, L.A., 510
 Stern, T.A., 191, 238, 242
 Sternberg, R.J., 310, 311
 Stillman, R.C., 117, 140
 Stock, W.E., 71, 78, 79, 147
 Stodolsky, S., 289
 Stoff, B., 222
 Stoller, R., 82, 152
 Stone, M.H., 153
 Straus, R., 527
 Strauss, J., 227
 Streissguth, A.P., 286
 Streltzer, J., 154, 235, 312, 533
 Stremple, J.F., 521
 Strober, M., 192
 Stromgren, E., 506, 529
 Stubbs, E.G., 231
 Sturup, G.K., 143
 Sturzenberger, S., 219
 Stutts, B., 530
 Sudjono, D., 153
 Suedfeld, P., 42, 43, 153
 Suinn, R.M., 481, 531
 Suomi, S.J., 144
 Surkis, A., 527
 Surwitt, R.S., 521
 Sutker, P.B., 123, 153
 Swanson, H.L., 312
 Switzky, H.N., 296, 307
 Sykora, K., 508
 Szara, S., 117, 138, 145
- T**
 Tafti, M., 233
 Tannenbaum, 259
 Tanner, J., 419, 524
 Tarnowski, K.J., 185, 311
 Tasman, A., 153

Tatai, K., 531
 Taub, D.M., 144
 Tavis, C., 153
 Teasdale, J.D., 504
 Tee, D.E.H., 524
 Teitelbaum, P., 193, 234
 Telford, C.W., 312
 Temoche, A., 443
 Temoshok, L., 494, 518
 Terdal, L., 305
 Terman, L.M., 241, 243, 244, 245, 246, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 312
 Teschemacher, H., 103, 153
 Thaler, M., 532
 Theile, H., 138
 Thigpen, C.H., 395, 531
 Thomas, C.B., 107, 494, 510, 530, 531, 532
 Thoren, P., 137
 Thorley, G., 159, 234
 Thornton, J., 528
 Thorpe, J.G., 278
 Thuline, H.C., 278
 Thurstone, L.L., 239, 240, 312
 Tinklenberg, J.R., 117, 149, 153
 Tippin, J., 374, 532
 Tirtonegoro, S., 312
 Toro, P.A., 181, 312
 Torrance, E.P., 312
 Torrey, E.F., 174, 234
 Totitie, M., 139
 Towbin, A., 162, 234
 Townsley, R.M., 153
 Tran, G.Q., 532
 Traskman, L., 137
 Traxler, W.T., 223
 Tredgold, A.F., 281
 Trexler, L., 506
 Trier, C.S., 362, 512
 Tripp, C.A., 153
 Troughton, E., 139
 Troup, C.W., 200, 234
 Troyer, I.E., 516
 True, W.R., 147
 Tsai, L., 175, 234
 Tsuang, M.T., 147
 Tuckman, J., 439
 Tupling, C., 232
 Tyrer, P., 388, 532

U

Uhlenhuth, E.H., 517
 Ulrich, R., 518
 Urbina, S., 310
 Urcan, S., 511

V

Vaillant, G.E., 175, 234
 van den Hout, M.A., 337, 521
 Van Dyke, C., 108, 153
 Van Kammern, W.B., 227
 van Oost, B.A., 138
 Van Tassel-Baska, J., 306
 Vandenberg, S.G., 312
 Varley, C.K., 161, 234
 Vaughn, W.D., 524
 Verardi, R., 510
 Verne, J., 107
 Vestea, S., 511
 Vickers, J.H., 144
 Vietor, W.P., 42, 153
 Virkunnen, M., 154
 Voeller, K., 221
 Vogler, G.P., 184
 Volavka, J., 511
 Volkmar, F.R., 234
 Vrana, S., 155

W

Wahjono, 257
 Wahren, J., 514
 Waldman, I.D., 147
 Wallenstein, S., 512
 Walton, D., 403, 532
 Wanner, E., 148
 Warren, L.W., 223, 226, 419, 532
 Waters, B., 529
 Watterson, D., 37, 149, 592
 Wechsler, D., 241, 243, 244, 311
 Weekes, J.R., 399, 531
 Wegner, D.M., 342, 532
 Weil, A.T., 115, 116, 154
 Weinberg, R.A., 311
 Weiner, H., 465, 500, 532
 Weissberg, R.P., 181, 312
 Wekstein, L., 442
 Weller, R., 510

Wells, H.G., 107
 Wen-Shing Tseng, 154, 235, 312, 533
 Wender, P.H., 161, 166, 235, 529
 Werman, D.S., 154
 Wesp, M., 518
 Westermeyer, J., 154
 Wetzel, R., 447, 533
 Whalen, R.E., 161, 225, 533
 Wheeler, L., 445, 533
 Whipple, B., 76, 136, 146, 150
 White, Eve, 146, 311, 395, 513, 532
 Whitlock, F.A., 494, 533
 Whitsett, S.F., 516
 Wiberg, A., 512
 Wicks-Nelson, R., 181, 292, 313
 Widiger, T.A., 139, 154
 Widjono, Erwin, 146
 Widmer, R., 139
 Wikler, 136
 Wilbur, C.B., 519
 Wilcoxon, L.A., 361, 422, 517
 Willis, P.A., 519
 Winblad, B., 512
 Wincze, J., 63, 64, 155
 Wing, R.R., 520
 Winickoff, S.A., 513
 Winokur, G., 142, 195, 235, 409, 533
 Wise, R.A., 128, 155
 Wittkower, E.D., 533
 Woerner, M.G., 534
 Wolf, M., 177, 235, 294, 303
 Wolff, H.G., 522
 Wolkenstein, B., 509
 Wolman, B., 533
 Wolpe, J., 61, 70, 155, 359, 533
 Wong, B.Y.L., 185, 186, 313

Woodworth, G., 139, 241, 250
 Woody, G.G., 154
 Wright, J.M., 127
 Wright, Beatrice A., 313
 Wu, F.C., 68, 137
 Wurm, M., 527

Y

Yalom, I.D., 84, 155, 411, 533
 Yamamoto, M., 516
 Yamamura, H.I., 511
 Yankofsky, L., 128, 155
 Yaw, A., 138
 Yepsen, L.N., 313
 Yerevanian, B.I., 504
 Yesavage, J., 223
 Yirmiya, N., 233
 Yufit, R.I., 519
 Yule, W., 232
 Yuwiler, A., 525

Z

Zahn, T.P., 146, 231
 Zanarini, M., 154
 Zarins, C.K., 506
 Zeiss, A.M., 414, 516
 Zeisset, R.M., 362, 534
 Zentall, S.S., 159, 236
 Zhang, Q., 146
 Zigmond, N., 236
 Zinberg, N.E., 116, 154
 Zinser, M.C., 139
 Zitrin, C.M., 534
 Zorick, F., 208, 231
 Zucker, R., 122, 123, 155

DAFTAR ISI KESEHATAN MENTAL 1

PENGANTAR

PENDAHULUAN

BAB 1 ILMU KESEHATAN DAN OBJEK FORMALNYA

- Definisi Ilmu Kesehatan Mental
- Pentingnya Ilmu Kesehatan Mental
- Segi-Segi Ilmu Kesehatan Mental
- Hubungan Ilmu Kesehatan Mental dan Disiplin-Disiplin Lain
- Konsep Penyesuaian Diri
- Kriteria Penyesuaian Diri
- Konsep Kesehatan Mental
- Kriteria Kesehatan Mental
- Normalitas dan Abnormalitas
- Kepustakaan

BAB 2 SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL

- Zaman Prasejarah
- Peradaban-Peradaban Awal
- Abad Pertengahan
- Zaman Renaisans
- Abad XVII – Abad XX
- Psikiatri
- Kepustakaan

BAB 3 PANDANGAN TEORITIS MENGENAI TINGKAH LAKU MALADAPTIF (ABNORMAL)

- Pendekatan Psikodinamik
- Pendekatan Behavioral

Pendekatan Kognitif
Pendekatan Fisiologis
Pendekatan Humanistik-Eksistensial
Pendekatan Sosio-Budaya
Kepustakaan

BAB 4 KEPRIBADIAN DAN PENYESUAIAN DIRI

Arti Kepribadian
Kepribadian pada Masa Bayi
Kepribadian pada Awal Masa Kanak-Kanak
Kepribadian pada Akhir Masa Kanak-Kanak
Kepribadian pada Masa Remaja
Kepribadian pada Masa Awal Dewasa
Kepribadian pada Masa Usia Setengah Tua
Kepribadian pada Masa Usia Lanjut
Kepustakaan

BAB 5 DIRI: ARTI DAN ASALNYA

Pertimbangan-Pertimbangan Dasar
Empat Teori tentang Diri
Faktor-Faktor pada Perubahan-Perubahan Penting dalam
Persepsi Diri
Distorsi dan Pemenuhan
Kepustakaan

BAB 6 DINAMIKA KEPRIBADIAN

Motivasi
Frustrasi dan Konflik
Tegangan Emosi
Respons
Reduksi Tegangan
Akibat-Akibat
Kepustakaan

BAB 7 MEKANISME-MEKANISME PERTAHANAN DAN PENYESUAIAN DIRI

Mekanisme-Mekanisme Pertahanan
Teknik-Teknik Penarikan Diri

Teknik-Teknik Kapitulatif
Kepustakaan

DAFTAR ISTILAH

DAFTAR NAMA

INDEKS NAMA

DAFTAR ISI KESEHATAN MENTAL 3

PENGANTAR

PENDAHULUAN

BAB 12 PSIKOSIS FUNGSIONAL

Gangguan Skizofrenik
Gangguan Bipolar
Gangguan-Gangguan Psikotik Lain
Kepustakaan

BAB 13 PSIKOSIS ORGANIK

Psikosis Senile
Psikosis Akibat atau Berhubungan dengan Infeksi
Psikosis-Psikosis Lain yang Berhubungan dengan Otak
Psikosis Akibat Keracunan
Psikosis Akibat Gangguan Metabolisme, Pertumbuhan,
Makanan atau Fungsi Endokrin
Psikosis Akibat Hereditas atau Penyebabnya tidak Diketahui
tetapi Berhubungan dengan Perubahan Organik
Kepustakaan

BAB 14 SIMTOMATOLOGI PENYAKIT MENTAL

Arti dari Simtom-Simtom
Simtom-Simtom Organogenik dan Psikogenik
Simtom-Simtom Gangguan Kognisi
Simtom-Simtom Gangguan Kemauan
Simtom-Simtom Gangguan Motor
Simtom-Simtom Gangguan Emosi dan Afeksi
Dementia
Kepustakaan

BAB 15 PROSES DIAGNOSIS

Wawancara Klinis
Pemeriksaan Medis dan Tes Fisiologis
Tes-Tes Psikologis
Tes Neuropsikologis
Penilaian Behavioral
Penilaian Kognitif
Sejarah Kasus
Kepustakaan

BAB 16 PROSES TERAPI

Terapi-Terapi Psikodinamik
Terapi-Terapi Humanistik-Eksistensial
Terapi-Terapi Kognitif
Terapi Tingkah Laku
Hipnoterapi
Terapi Kelompok
Terapi Keluarga
Terapi-Terapi Fisiologis
Pelengkap-Pelengkap Terapi
Beberapa Kesimpulan Proses Terapi

DAFTAR ISTILAH

DAFTAR NAMA

INDEKS NAMA

MILIK PERPUSTAKAAN
UIN SUNAN KALIJAGA



Hal-hal penting untuk mengembangkan kesehatan mental adalah bersikap menghargai diri sendiri, memahami dan menerima keterbatasan diri sendiri dan keterbatasan orang lain, memahami kenyataan bahwa semua tingkah laku ada penyebabnya, dan memahami dorongan untuk aktualisasi-diri.

Gangguan utama yang dibicarakan dalam buku ini diterangkan secara sistematis dari empat pendekatan, yaitu pendekatan psikodinamik, pendekatan behavioral, pendekatan kognitif, dan pendekatan fisiologis (biologis). Selain empat pendekatan ini, juga digunakan pendekatan humanistik-esistensial dan pendekatan sosio-budaya.

Buku KESEHATAN MENTAL ini dibagi menjadi 3 jilid:

1. KESEHATAN MENTAL 1 menyajikan pokok-pokok pembicaraan mengenai ilmu kesehatan mental dan objek formalnya; sejarah perkembangan ilmu kesehatan mental; pandangan teoritis mengenai tingkah laku maladaptif (abnormal); kepribadian dan penyesuaian diri; diri: arti dan asalnya; dinamika kepribadian; mekanisme-mekanisme pertahanan dan penyesuaian diri.
2. KESEHATAN MENTAL 2 menyajikan pokok-pokok pembicaraan mengenai gangguan-gangguan kepribadian; reaksi-reaksi simtom khusus; penyesuaian diri anak-anak luar biasa; neurosis (psikoneurosis).
3. KESEHATAN MENTAL 3 menyajikan pokok-pokok pembicaraan mengenai psikosis fungsional; psikosis organik; simptomatologi penyakit mental; proses diagnosis; proses terapi.

Ketiga buku tersebut merupakan satu kesatuan dalam memahami kesehatan mental.



Yustinus Semiun, OFM adalah alumnus IKIP Sanata Dharma, Jurusan Filsafat dan Teologi pada tahun 1972. Gelar *Master of Science* di bidang *counseling psychology* diperolehnya di Universitas De La Salle, Manila, Philipina. Beliau juga menempuh Clinical Pastoral Education di Makati Medical Center, Manila. Beliau memperdalam Assessment (Projective Technique) di La Salle di bawah bimbingan khusus Prof. Dr. B.

Beliau pernah berkarya sebagai dosen di IPB, Universitas Padjadjaran, dan Universitas Nusa Bangsa di Bogor. Pada tahun 2000-2004, beliau menjabat sebagai Kepala Pusat Bimbingan Lembaga Pengembangan dan Penelitian (LPSPM) di Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya. Sekarang beliau mengajar di Unika Atma Jaya Jakarta.

UIN Sunan Kalijaga
Yogyakarta



14SR1065420.15

ISBN 979-21-1121-2
ISBN 979-21-1123-9



9 789792 111231

PENERBIT KANISIUS
Jl. Cempaka 9, Deresan
Yogyakarta 55281



027649