

Triantoro Safaria, Ph.D.,Psi

UAID
PRESS



Psikologi Abnormal

Dasar-Dasar, Teori, dan Aplikasinya

PSIKOLOGI ABNORMAL:

Dasar-Dasar, Teori, dan Aplikasinya

Triantoro Safaria, Ph. D. Psi.

UAD
PRESS

**Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
Tentang Hak Cipta**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp.100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp.1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp.4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Psikologi Abnormal: Dasar-Dasar, Teori, dan Aplikasinya

Copyright © 2021 Triantoro Safaria, Ph. D. Psi

ISBN: 978-623-6071-07-6

16 x 24 cm, viii + 370 hlm

Cetakan Pertama, Januari 2021

Penulis: Triantoro Safaria, Ph. D. Psi

Editor: Budi Ashari

Layout: Ratih Purwandari

Desain Cover: Hafidz Irfana

Diterbitkan oleh:

UAD PRESS

Anggota IKAPI dan APPTI

Alamat Penerbit:

Kampus II Universitas Ahmad Dahlan

Jl. Pramuka No.42, Pandeyan, Kec. Umbulharjo,

Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55161

E-mail: uadpress@uad.ac.id

HP/WA: 088239499820

All right reserved. Semua hak cipta © dilindungi undang-undang. Tidak diperkenankan memproduksi ulang, atau mengubah dalam bentuk apa pun melalui cara elektronik, mekanis, fotocopy, atau rekaman sebagian atau seluruh buku ini tanpa izin tertulis dari pemilik hak cipta.

Prakata

Penulis mengucapkan syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT yang telah memberikan karunia-Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan buku ini. Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW, teladan dan inspirasi bagi penulis.

Buku ini merupakan buku ajar yang memfokuskan paparannya pada pengetahuan terkait gangguan abnormalitas pada individu. Buku *Psikologi Abnormal: Dasar-Dasar, Teori, dan Aplikasinya* ini ditujukan khususnya kepada mahasiswa psikologi dan bimbingan konseling yang telah mengambil mata kuliah psikoterapi dan bimbingan konseling, sebagai bahan ajar pengayaan yang lebih fokus pembahasannya pada penegakan diagnosis, etiologi gangguan jiwa, emosi, dan dinamika psikologis. Namun, buku ini juga dapat dibaca masyarakat umum yang tertarik mengetahui dan memahami bentuk-bentuk gangguan jiwa beserta penyebabnya.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Rektor Universitas Ahmad Dahlan, Kepala LPPM UAD, dan Kepala UAD Press yang telah memberikan dukungan dana untuk proses penyelesaian dan penerbitan buku ini.

Bagaimana menggunakan buku ini? Buku *Psikologi Abnormal: Dasar-Dasar, Teori, dan Aplikasinya* ini ditulis dengan bahasa yang sederhana serta penjelasan yang singkat dan padat. Meski demikian, ada beberapa saran penting dari penulis agar mahasiswa lebih cepat memahami isi buku dan menguasainya secara baik, yaitu:

- Baca daftar isinya lebih dahulu, dan carilah topik yang ingin dibaca.
- Jika telah menemukan topik yang menarik untuk dibaca, segera buka dan cari halaman tersebut.

- Sebelum memulai membaca satu bab tertentu, jangan lupa membaca tujuan instruksional untuk tiap babnya. Di sana terdapat uraian singkat dari kompetensi yang akan dicapai ketika membaca bab tersebut.
- Bacalah dengan santai dan penuh rasa ingin tahu. Cukup membaca satu bab dalam sepekan. Jangan terlalu bernafsu untuk membaca keseluruhan bab hanya dalam sepekan. Terlalu banyak membaca dalam waktu terlalu singkat akan membuat pikiran lelah dan stres. Jangan-jangan malah masuk rumah sakit jiwa nantinya. Bacalah secara bertahap dan dalam waktu yang tidak terlalu singkat.
- Cobalah mengerjakan pertanyaan latihan pada akhir tiap bab, dan cari jawabannya. Dengan begitu, pembaca akan semakin memahami isi dari bab yang baru dibaca. Kadang, untuk memahami suatu konsep, lebih mudah melalui proses tanya-jawab. Menjawab pertanyaan akan lebih menguatkan ingatan tentang suatu tema dalam bab di buku ini.
- Jangan berhenti membaca. Jadikan membaca sebagai kebutuhan. Peliharalah semangat membaca dalam diri. Bila belum menemukan konsep yang dicari dari dalam buku ini, segera cari buku lainnya, dan bacalah.

Oke, tampaknya pembaca sudah siap menikmati buku ini. Selamat membaca dan menikmatinya. Ingatlah, tidak ada obat untuk penyakit malas, kecuali memaksa diri untuk mengobati rasa malas tersebut. Semoga materi yang dituliskan dalam buku ini dapat membantu dan menambah pemahaman yang lebih baik lagi tentang dinamika terkait emosi dan cara mengelolanya. Penulis juga berharap agar buku ini mampu memberikan pencerahan dan perspektif baru bagi pembaca.

Yogyakarta, 30 November 2020
Wassalam,

Triantoro Safaria

Daftar Isi

Prakata.....	v
Daftar Isi	vii
Bab 1. Autisme.....	1
Bab 2. <i>Attention Defisit Hyperactive Disorder</i> (ADHD)	17
Bab 3. <i>Oppositional Defiant Disorder</i> dan <i>Conduct Disorder</i>	31
Bab 4. Gangguan Kecemasan	47
Bab 5. Gangguan <i>Mood</i>	99
Bab 6. <i>Schizophrenia</i>	159
Bab 7. Bunuh Diri	191
Bab 8. Gangguan Penyalahgunaan Napza	209
Bab 9. Gangguan Kepribadian	239
Bab 10. Gangguan Makan.....	277
Bab 11. Gangguan Retardasi Mental	301
Bab 12. Disfungsi dan Penyimpangan Seksual.....	307
Daftar Pustaka	327
Glosarium	341
Biografi Penulis.....	367

Tujuan Instruksional

Setelah mahasiswa membaca bab ini maka diharapkan mahasiswa akan mampu memahami tentang :

1. Apa gangguan autisme itu.
2. Bagaimana ciri-ciri dari gangguan autisme.
3. Bagaimana perjalanan etiologis dari gangguan autisme.
4. Mamahami beberapa teori etiologis dari gangguan autisme.
5. Menetapkan kriteria diagnostik dari gangguan autisme.
6. Bagaimana mengukur gangguan autisme.

BAB 1. Autisme

Apa itu autisme. Istilah ini sudah cukup populer di kalangan masyarakat, karena banyak media massa dan elektronik yang mencoba untuk mengupasnya secara mendalam. Muncul juga banyak keprihatinan atas masalah ini. Dan akhir-akhir, ini kasus autisme menunjukkan tingkat prevalensi yang tinggi di Indonesia. Autisme merupakan gangguan yang dimulai dan dialami pada masa kanak-kanak. Autisme pertama kali ditemukan oleh Kanner pada tahun 1943, dia mendeskripsikan gangguan ini sebagai ketidakmampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, gangguan berbahasa ditunjukkan dengan penguasaan yang tertunda, *ecolalia*, mutism, pembalikan kalimat, adanya aktivitas bermain yang repetitif dan stereotipik, rute ingatan yang kuat, dan keinginan obsesif untuk mempertahankan keteraturan di dalam lingkungannya. Autisme menurut istilah ilmiah kedokteran psikiatri dan psikologi termasuk dalam gangguan perkembangan pervasif atau *pervasive developmental disorders*. Secara khas gangguan yang termasuk dalam kategori ini ditandai dengan distorsi perkembangan fungsi psikologis dasar majemuk yang meliputi perkembangan keterampilan sosial dan berbahasa, seperti perhatian, persepsi, daya nilai terhadap realitas, dan gerakan-gerakan motorik. Menurut hasil penelitian, tingkat prevalensi dari autisme ini diperkirakan 4 sampai 5 per 10.000 anak akan mengalami gangguan autisme. Beberapa penelitian yang menggunakan definisi lebih luas dari autisme memperkirakan 10 sampai 11 dari 10.000 anak mengalami gangguan autisme (Dawson & Castelloe, 1985; Safaria, 2005).

Dahulunya anak-anak yang mengalami gangguan ini telah dideskripsikan dalam berbagai istilah, seperti *atypical children, symbiotic psychotic children, childhood schizophrenia* dan beberapa istilah lainnya. Disebabkan gangguan ini tidak ada hubungannya dengan gangguan psikotik pada orang dewasa, maka istilah “*psikosis*” cenderung dihilangkan diganti dengan istilah *gangguan perkembangan pervasif*. Mengapa autisme dikategorikan sebagai *gangguan perkembangan pervasif*, hal ini karena banyak segi perkembangan psikologik dasar anak yang terganggu pada saat yang sama secara berat.

Gangguan ini berbeda dengan gangguan perkembangan spesifik dalam dua hal yaitu *pertama*, pada gangguan perkembangan spesifik hanya satu fungsi spesifik saja

yang terkena, sedangkan dalam gangguan perkembangan pervasif beberapa fungsi psikologis dasar anak terganggu. *Kedua*, pada gangguan perkembangan spesifik, anak berlaku seolah-olah sedang melewati suatu tahap perkembangan normal yang lebih dini, karena gangguannya adalah terlambatnya perkembangannya, sedangkan anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan pervasif menunjukkan gangguan kualitatif berat yang tidak normal bagi setiap tahap perkembangan manapun, karena gangguannya berupa distorsi/penyimpangan dalam perkembangan (Safaria, 2005).

Autisme merupakan suatu gangguan perkembangan pervasif yang secara menyeluruh mengganggu fungsi kognitif, emosi dan psikomotorik anak. Bisa juga dikatakan sebagai gangguan neurobiologis yang disertai dengan beberapa masalah seperti masalah autoimunitas, gangguan pencernaan, *dysbiosis* pada usus, gangguan integrasi sensori, ketidakseimbangan susunan asam amino. Beberapa penyebabnya diketahui seperti keracunan logam berat ketika anak dalam kandungan seperti *timbal, merkuri, kadmium, spasma infantil, rubella kongenital, sklerosis tuberosa, lipidosi serebral, dan anomali kromosom X* rapuh, merupakan beberapa kondisi yang sering dijumpai (PPDGJ, 1993).

Selain itu pada anak yang menderita autisme ditemukan adanya masalah neurologis dengan *cerebral cortex, cerebellum*, otak tengah, otak kecil, batang otak, pons, *hipotalamus, hipofisis*, medula dan saraf-saraf panca indera seperti saraf penglihatan atau saraf pendengaran. Gejala umum yang bisa diamati dari anak dengan Autism antara lain yaitu, gangguan pola tidur, gangguan pencernaan, gangguan fungsi kognisi, tidak adanya kontak mata, komunikasi satu arah, afasia, menstimulasi diri, mengamuk (*temper tantrum*), tindakan agresif atau hiperaktif, menyakiti diri sendiri, acuh, dan gangguan motorik yang stereotipik.

Ciri-ciri Klinis. Anak-anak yang mengalami gangguan autisme menunjukkan kurang respon terhadap orang lain, mengalami hendaya berat dalam kemampuan komunikasi, dan memunculkan respons yang aneh terhadap berbagai aspek lingkungan di sekitarnya, yang semua ini berkembang dalam pada masa 30 bulan pertama anak. Kadang para ahli gangguan perkembangan anak menjelaskan gangguan ini dengan nama gangguan *autisme infantil*.

Hubungan antara kategori ini dengan skizofrenia masih kontroversial. Beberapa ahli menganggap bahwa autisme infantil adalah bentuk paling dini dari skizofrenia, sedangkan ahli lain menganggap bahwa keduanya merupakan kondisi yang berbeda. Hal ini ditegaskan dengan tidak adanya peningkatan insiden skizofrenia di dalam keluarga dengan anak-anak autisme infantil, hal ini menyokong hipotesis bahwa kedua kondisi itu tidak berhubungan.

Anak yang mengalami gangguan autisme ini menunjukkan *kegagalan membina hubungan interpersonal* yang ditandai dengan kurangnya respons terhadap dan/atau kurangnya minat kepada orang-orang/anak-anak di sekitarnya. Hal ini terlihat ketika masa bayi anak yang terlihat kurang mampu membentuk perilaku melekat (*attachment behavior*) yang wajar terutama pada ibunya. Gejala kekurangmampuan anak membentuk perilaku kelekatan ini terlihat ketika anak gagal untuk melekatkan badannya apabila ia digendong. Anak terlihat lebih suka menyendiri, asik dengan dirinya sendiri, perhatiannya hanya tertuju pada satu objek yang sedang dimainkannya, dan tidak peduli dengan kejadian-kejadian di sekitarnya.

Anak juga kurang mampu melakukan kontak mata dengan ibunya/ayahnya. Hal ini terlihat jika nama anak dipanggil maka seolah-olah anak tidak mendengar namanya dipanggil. Apalagi jika anak diajak bicara, sering kali malah anak tidak menatap mata orang yang mengajaknya bicara, sehingga kadang-kadang dalam sesi terapi anak dikondisikan/dipaksakan untuk melakukan kontak mata. Anak juga kurang mampu menunjukkan respon ekspresi wajah yang wajar seperti tertawa atau tersenyum ketika digelitik atau diajak bermain oleh kedua orang tuanya. Anak juga menunjukkan perilaku menghindar atau mengabaikan (*acuh tak acuh*) apabila disayang dan diberikan kontak fisik seperti dielus, diraba, digelitik, dicium, atau digoyang-goyang. Sebagai akibatnya orang tua sering menduga bahwa anaknya mengalami tuli.

Anak juga memperlakukan orang-orang dewasa di sekitarnya tanpa perbedaan individual (*interchangeable*) sebagai contoh biasanya anak menangis ketika akan digendong atau melihat orang asing di dekatnya, atau menunjukkan ekspresi takut, dan meronta-ronta. Perilaku yang ditunjukkan anak serba tidak terduga, dia bisa saja mengacuhkan ibunya, tetapi tiba-tiba dekat dengan ayahnya. Anak seperti terlihat tidak bisa membedakan mana ayah ibunya dan mana orang lain yang bukan keluarganya. Hal

ini terlihat pada anaknya jika ditinggal oleh ibunya sendiri, maka anak seperti tidak menunjukkan kecemasan atau rasa takut, seolah-olah dia tidak peduli apakah ibunya sedang menunggunya atau tidak berada di sampingnya. Anak juga menunjukkan perilaku yang dapat melekat secara mekanis pada individu tertentu, kadang-kadang bukan pada ibunya, tetapi pada kakek/neneknya, atau orang lain selain kedua orang tuanya.

Dalam masa kanak selanjutnya anak menunjukkan kurang mampu untuk membina permainan kooperatif atau berkawan dengan anak-anak sebayanya. Anak lebih suka menyendiri, asik dengan dirinya sendiri seolah-olah dia tidak memperdulikan riuh-ramainya anak-anak sebaya yang sedang bermain dan berlari-lari di sekitarnya. Akan tetapi dengan makin bertumbuhnya anak ke usia selanjutnya, sering kali anak mulai menyadari atau terbentuk kesadaran dan kelekatan anak terhadap orang tua dan orang lain yang sering dikenalnya. Beberapa anak autisme dengan hendaya ringan dapat mencapai suatu tahap di mana mereka secara pasif dapat ikut campur dengan permainan anak-anak lainnya. Hal yang nampak seperti kemampuan hubungan sosial itu, sebenarnya menurut para ahli adalah masih terbilang *superfisial*. Sering kali kemudian hal ini disalah artikan sebagai kemampuan berhubungan sosial, sehingga mempersulit pertimbangan diagnostik apabila diagnosis ditegakkan secara retrospektif (mundur ke masa lalu anak).

Anak juga menunjukkan *hendaya pada kemampuan komunikasinya* yang mencakup baik keterampilan verbal maupun non-verbal. Anak kadang tidak mampu berbahasa sama sekali atau tidak mampu mengucapkan sepatah kata pun. Apabila kemampuan berbahasa ini berkembang pada anak, biasanya ditandai oleh struktur tatabahasa yang *immatur*, *ekolalia* langsung atau yang tertunda seperti mengucapkan kata-kata yang tidak ada artinya, pemutarbalikan kata ganti orang misalnya, anak menggunakan kata ganti orang “*kamu*” padahal yang dimaksudnya adalah “*saya*”.

Anak juga juga mengalami *afasia nominasi* yaitu tidak mampu memberikan nama benda-benda di sekelilingnya. Anak juga tidak mampu menggunakan istilah abstrak seperti cinta, kasih sayang, menggunakan bahasa metaforik yaitu ucapan yang penggunaannya untuk diri sendiri serta memiliki arti yang tidak jelas. Anak juga sering menggunakan nada dan intonasi pembicaraan yang tidak wajar, seperti intonasi bertanya pada akhir suatu pernyataan. Sering kali anak juga kurang mampu menunjukkan

komunikasi nonverbal yang serasi, sebagai contoh anak merasa senang tetapi ekspresinya dingin, atau anak juga sering memunculkan gerak-gerik yang kurang wajar secara sosial seperti memutar-mutar tangannya secara stereotipe (berulang-ulang).

Respon anak terhadap lingkungan dapat memunculkan bentuk yang beraneka ragam. Kadang-kadang berupa resistensi bahkan reaksi katastrofik terhadap perubahan sedikit saja dalam lingkungannya, misalnya anak itu menjerit apabila tempat duduknya di meja makan diganti. Kadang-kadang ada kelekatan dengan benda aneh, misalnya anak bersikeras memakai gelang karet atau seutas tali. Perilaku ritualistik mungkin mencakup gerakan motorik, seperti menepuk tangan, atau gerakan tangan berulang-ulang yang aneh atau memaksa terlaksananya urutan peristiwa tertentu sebelum tidur. Anak dapat terpuak oleh gerakan-gerakan, dan hal itu dapat berupa menatap berkelanjutan pada kipas angin atau perhatian berlebihan pada benda berputar. Musik macam apapun dapat menjadi sumber perhatiannya, anak itu juga sangat ekstrim tertarik kepada kancing, bagian tubuh, main air atau topik yang berurutan seperti jadwal jam ketera api atau data-data tahun bersejarah. Tugas yang mencakup daya ingat, jangka panjang, misalnya mengingat secara tepat semua kata-kata dari lagu-lagu yang pernah didengarnya bertahun-tahun yang lalu, mungkin dilakukan dengan luar biasa.

Gambaran penyerta. Afek (*mood*) mungkin labil, tangisannya tidak dapat dimengerti alasannya atau tidak dapat ditenangkan walaupun enggan dihibur, sering anak tertawa tanpa alasan jelas sehingga membingungkan orang-orang di sekitarnya. Sering kali ada respon yang kurang atau berlebihan terhadap stimulus sensorik, seperti cahaya, nyeri atau suara. Mungkin pula ia tidak menyadari bahaya seperti kendaraan yang bergerak, atau ketinggian. Kadang-kadang ada kebiasaan seperti mencabut rambut, mengigit kuku, atau mengigit bagian tubuhnya, serta gerakan-gerakan ritmik tubuh.

Kira-kira 40 % anak dengan gangguan ini mempunyai IQ di bawah 50, hanya 30 % memiliki IQ 70 atau lebih. Mereka menunjukkan variabilitas yang ekstrim dalam fungsi intelektual, sering mereka tidak dapat diuji secara verbal, dan apabila dapat hasilnya paling buruk dalam tugas-tugas yang memerlukan pemikiran simbolik atau abstrak dan logika konsekuensial. Tetapi, tugas yang memerlukan keterampilan manipulatif atau visual spasial atau daya ingat segera mungkin hasilnya baik.

Usia Timbul. Sesuai definisi, timbulnya selalu sebelum 30 bulan. Meskipun demikian, sering sukar memastikan usia kemunculan gangguan ini untuk pertama kalinya, secara retrospesifik kecuali apabila orang tua yang merawat anak itu dalam tahun-tahun pertamanya mampu memberi keterangan tentang perkembangan berbahasa, kemampuan hubungan sosial, dan bermain. Orang tua dengan tunggal mungkin tidak menyadari problem anaknya sampai anaknya itu diamati bersama dengan anak lain. Orang tua itu mungkin mulai menganggap onsetnya adalah saat itu, tetapi dengan riwayat-riwayat yang lebih teliti dapat terungkap gangguannya sudah ada terlebih dahulu.

Diagnosis Banding.

Pada retardasi mental seringkali ada perilaku tidak wajar yang mirip dengan autisme infantil, akan tetapi sindrom lengkap autisme infantil tidak terdapat. Apabila kedua gangguan ini ada hendaklah dibuat dua diagnosis.

Pada skizofrenia yang timbul dalam masa kanak terdapat perilaku aneh, akan tetapi secara khas terdapat juga halusinasi, waham, dan pelanggaran asosiasi atau inkoherensi, gejala ini tidak terdapat pada autisme infantil.

Pada gangguan perkembangan pervasif onset masa kanak, usia onset adalah lebih dari 30 bulan dan tidak terdapat seluruh sindrom lengkap autisme infantil.

Pada anak dengan hendaya pendengaran terdapat riwayat bahwa anak hanya bereaksi terhadap suara yang sangat keras, juga pemeriksaan dengan audiogram dapat membantu untuk melihat gejalanya lebih akurat.

Pada gangguan perkembangan berbahasa, tipe reseptif, anak pada umumnya ada kontak mata dan sering kali berusaha untuk berkomunikasi dengan gerakan-gerakan, sedangkan pada autisme infantil terdapat kurangnya respon yang pervasif.

Kelompok gangguan ini ditandai oleh abnormalitas kualitatif dalam interaksi sosial dan pola komunikasi. Munculnya kecenderungan minat dan gerakan yang terbatas, stereotipik dan berulang. Abnormalitas kualitatif ini merupakan gambaran yang meluas (pervasif) dari fungsi individu dalam segala situasi, meskipun dapat berbeda dalam derajat keparahannya. Pada kebanyakan kasus, terdapat riwayat perkembangan yang abnormal pada masa bayi dan kebanyakan kondisinya nyata dalam 5 tahun pertama. Biasanya dapat terjadi hendaya kognitif umm tetapi batasannya dikaitkan dengan usia mental anak untuk melihat hendaya kognitif tersebut.

Pada beberapa kasus gangguan ini dihubungkan dengan dan diduga akibat dari beberapa kondisi medis, seperti *spasma infantil*, *rubella kongenital*, *sklerosis tuberosa*, *lipidosis serebral*, dan *anomali komosom X rapuh*, merupakan beberapa kondisi yang sering dijumpai.

Pada anak dengan autisme infantil ini selalu dijumpai hendaya kualitatif dalam interaksi sosialnya. Ini terlihat dengan ketidakmampuan anak mengapresiasi secara adekuat isyarat sosio-emosional. Anak tampak kurang responsif terhadap emosi orang lain, kurang mampu mengendalikan perilakunya dalam konteks sosial, kurang mampu dalam menggunakan isyarat sosial seperti tersenyum, tertawa, melakukan kontak mata,. Anak juga menunjukkan kurang mampu (lemah) dalam integrasi perilaku sosial, ekspresi emosional, dan komunikasi yang khususnya berkaitan dengan kurangnya respons anak dalam proses timbal-balik sosio-emosionalnya.

Anak juga menunjukkan ketidakmampuan secara kualitatif dalam keterampilan komunikasi. Ini terlihat dalam kurangnya penggunaan sosial dari kemampuan bahasa yang ada, hendaya dalam permainan imagenatif dan imitasi sosial, kurangnya keserasian dan interaksi timbal-balik dalam percakapan, buruknya fleksibilitas dalam bahasa ekspresif dan relatif kurang dalam kreativitas serta fantasi dalam proses pikir. Anak juga menunjukkan kurangnya respon emosional terhadap ungkapan verbal maupun non-verbal dari orang lain. Anak juga kurang mampu dalam menggunakan variasi irama atau tekanan mudolasi komunikatif, serta kringnya isyarat tubuh untuk menekankan atau mengartikan komunikasi lisan.

Anak juga menunjukkan pola perilaku, minat dan kegiatan yang terbatas, pengulangan dan steriotipik. Ini berbentuk kecenderungan untuk bersikap kaku dan rutin dalam aspek kehidupan sehari-hari. Ini biasanya berlaku untuk kegiatan baru atau kebiasaan sehari-hari yang rutin dan dalam pola bermain anak. Terutama sekali dalam masa dini kanak, terdapat kelekatan yang aneh terhadap benda yang tak lembut seperti bola, sendok, balok, kunci dll. Anak dapat memaksakan suatu kegiatan rutin seperti upacara dari kegiatan yang sebenarnya tidak perlu. Dapat menjadi preokupasi yang steriotipik dengan perhatian pada tanggal, rute dan jadwal. Sering terdapat steriotipik motorik, sering menunjukkan perhatian yang khusus terdapat unsur sampingan dari benda seperti baunya atau rasanya. Anak juga sering menunjukkan penolakan terhadap

perubahan dari rutinitas atau dalam tata ruang dari lingkungan pribadinya seperti perpindahan kursi yang biasa dipakainya, mebel baru, hiasan dinding yang dirubah, dll.

Sebagai tambahan dari gambaran diagnosis yang khas ini, anak autistik sering menunjukkan beberapa masalah yang tak khas seperti ketakutan/fobia pada objek tertentu, gangguan tidur, dan makan, mengamuk (*temper trantum*) atau memunculkan perilaku agresif. Anak kadang-kadang juga mencederai diri sendiri seperti mengigit tangannya, membenturkan kepalanya ke tembok, menusukkan kunci ke perutnya, sehingga anak perlu diawasi untuk menghindari cendera berat. Kebanyakan anak dengan gangguan autisme ini kurang dalam spontanitas, inisiatif dan kreativitas seperti dalam mengatur waktu luangnya, atau dalam kegiatan bermainnya. Anak juga mengalami kesulitan dalam melaksanakan konsep menuliskan sesuatu dalam pekerjaannya, meskipun tugasnya tetap dilaksanakan dengan baik. Manifestasi khusus sifat defisit dari gangguan autisme ini berubah sejalan dengan pertumbuhan, tetapi defisit itu berlanjut sampai dan melewati usia dewasa dengan pola yang sama dalam sosialisasi, komunikasi dan pola minat. Semua tingkatan IQ dapat ditemukan dalam hubungannya dengan autisme, tetapi ditemui retardasi mental yang bermakna pada tiga perempat kasus.

Epidemiology

Menurut hasil penelitian, tingkat prevalensi dari autisme ini diperkirakan 4 sampai 5 per 10.000 anak akan mengalami gangguan autisme. Beberapa penelitian yang menggunakan definisi lebih luas dari autisme memperkirakan 10 sampai 11 dari 10.000 anak mengalami gangguan autisme (Dawson & Castelloe, 1985). 76% sampai 89 % anak dengan gangguan autisme mengalami retardasi mental. Ada penelitian lain yang melaporkan bahwa sekitar 25% anak autisme tidak mengalami retardasi mental. Setelah usia mereka mencapai 5 tahun, skor IQ mereka cenderung stabil dan relatif memiliki prognosis yang baik untuk prestasi akademik selanjutnya (Dawson & Castelloe, 1995). Rasio antara anak laki-laki dengan perempuan diperkirakan 3 atau 4 berbanding 1. Anak perempuan dengan gangguan autisme memiliki skor rata-rata IQ lebih rendah dibandingkan dengan anak laki-laki autisme. Studi epidemiologis terbaru menunjukkan 28% hingga 33% anak dengan gangguan autisme mengalami gangguan sistem syaraf pusat.

5% sampai 14 % anak para remaja dengan autisme mengalami luka di otaknya, dan 26% pada remaja autistik dan dewasa muda (Dawson & Castelloe, 1995).

Gangguan ini bersifat kronik beberapa anak dapat hidup secara mandiri dikemudian hari, dengan tanda-tanda minimal dari gambaran utama dari gangguan ini akan sering tetapi kecanggungan sosialnya menetap (tipe residual). Pada umumnya, 1 dari 6 anak mampu mengadakan penyesuaian sosial secara sederhana dan mampu bereja secara teratur menjelang dewasa; satu lagi dari enam anak hanya mampu menyesuaikan diri secara sederhana, dan 2/3 tetap dalam hendaya parah sehingga tidak mampu hidup mandiri. Faktor yang berkaitan dengan pronogsis adalah IQ dan perkembangan kemampuan berbahasa.

Hendaya. Gangguan ini sangat parah, dan hampir selalu diperlukan fasilitas pendidikan khusus.

Komunikasi. Yang pertama adalah timbulnya kejang epilepsi yang sekunder terhadap gangguan fisik yang mendasarinya, kira-kira 25 % atau lebih kasus-kasus ini akan menderita kejang dalam masa remaja atau dewasa muda. Kebanyakan anak dengan IQ di bawah 50 akan menderita kejang, sedangkan hanya sedikit diantara mereka dengan intelegensi normal akan demikian. Anak autisme berbeda secara kualitatif dengan anak yang mengalami gangguan perkembangan reseptif dysphasia. Perbedaan ini terlihat pada frekuensi penyimpangan bahasa lebih banyak muncul pada anak autisme, termasuk di dalamnya pembalikan pengucapan (*pronoun reversal*), ekolalia, bahasa metaporis, *stereotyped utterances* dan *inappropriate remarks*.

Etiologis

Teori Psikogenis. Pada mulanya para ahli menganggap adanya faktor psikogenik yang memunculkan gangguan autisme. Beberapa hipotesis yang diajukan antara lain, adanya sebuah interaksi antara cacat bawaan dan lingkungan keluarga. Beberapa teori menjelaskan adanya faktor sifat kepribadian yaitu sifat dingin dan pendiam. Beberapa teori lainnya menjelaskan adanya hubungan komunikasi antara anak-ibu yang patologis. Terlalu banyak stimulasi atau terlalu sedikit stimulasi, penolakan dan perpisahan dini yang terjadi pada anak (Dawson & Castelloe, 1995). Namun studi lebih lanjut tidak mendukung hipotesis psikogenik ini.

Faktor Prenatal dan Perinatal. Beberapa studi menemukan bahwa ada hubungan antara insiden komplikasi prenatal dan perinatal pada kasus autisme, dibandingkan dengan kelompok non-autis. Komplikasi yang sering dilaporkan berkaitan dengan autisme adalah pendarahan selama kehamilan, *meconium in amniotic fluid*, penggunaan obat termasuk di dalamnya obat hormonal. Selain itu ditemukan juga faktor usia ibu hamil, semakin tua usia ibu semakin beresiko bagi anak mengalami gangguan autisme. Ditemukan pula hubungan antara autisme dengan penyakit sistem syaraf pusat sebagai akibat dari adanya infeksi virus, campak pada ibu (*maternal rubella* khususnya dengan tuli atau buta pada bayi), *senilkonuria*, *encepalitis*, *mengitis*, gangguan metabolis dan *sklerosis tuberosa*.

Teori Biologis Neurologis. Banyak anak autisme yang menunjukkan tanda halus gangguan neurologis, ditunjukkan dengan abnormalitas EEG. Dan ditemukan juga pada remaja autisme mengembangkan seizures.

Pola keluarga. Prevalensi autisme infantil 50 kali lebih tinggi diantara saudara-saudaranya dibandingkan dengan penduduk rata-rata.

Kriteria diagnostik

- A. Timbul sebelum usia 30 bulan.
- B. Secara pervasif (menyeluruh dan meresap dalam) kurang responsif terhadap orang lain sehingga mengakibatkan kegagalan membina perilaku melekat dengan orang lain.
- C. Gangguan yang sangat berat dalam kemampuan perkembangan berbahasa.
- D. Apabila dapat berbicara, pola bicaranya sangat aneh, misalnya terdapat ekolalia yang langsung atau tertunda, bahasa metaforik atau memutarbalikan penggunaan kata ganti (misalnya kata “kamu untuk menyebut “saya”).
- E. Respon yang aneh terhadap berbagai keadaan dan aspek lingkungan, misalnya menolak perubahan, minat yang aneh atau terdapat kelekatan erat terhadap benda atau benda yang bergerak.
- F. Tidak terdapat halusinasi, waham atau pelanggaran asosiasi dan inkoherensi seperti pada skizofrenia.

Di bawah ini terdapat pedoman observasi untuk menilai apakah anak menunjukkan kemungkinan gangguan autisme ini. Skala observasi ini berbentuk check list yang bisa digunakan orang tua atau terapis untuk melakukan penilaian awal. Amati segala tindak-tanduk dan perilaku anak secara mendalam, dan bubuhkan tanda silang pada tempat jawaban, “Ya“ jika ada, dan “Tidak“ jika anak tidak menunjukkan perilaku yang terdapat di check list observasi.

Skala Observasi Autism

No	Perilaku atau tindak-tanduk yang dimunculkan anak	Ya	Tidak
1	Anak seolah-olah asik dengan dunianya sendiri.		
2	Anak tidak pernah melakukan kontak mata.		
3	Anak tidak responsif ketika dibelai atau dibuai.		
4	Anak tidak bisa mengucapkan kata “mama“ walaupun usianya telah 2 tahun lebih.		
5	Anak tertarik secara berlebihan terhadap benda-benda biasa (sendok, kipas angin, kotak, bola dll).		
6	Anak menunjukkan kehilangan kemampuan bahasanya		
7	Anak seperti tidak peduli dengan lingkungan di sekitarnya.		
8	Anak seperti tidak membutuhkan perhatian, belaian atau bercengkrama dengan orang lain (orang tua, teman sebaya)		
9	Anak mengucapkan kata-kata yang tidak memiliki arti (ecolalia)		
10	Anak tidak suka dibelai atau memanjakan diri dengan orang lain di sekitarnya		

Cara Skoring

Setiap jawaban “Ya“ bernilai = 1 sedangkan jawaban “Tidak“ bernilai = nol.

Kategorisasi nilai total untuk menetapkan diagnostik autisme seperti kriteria di bawah ini

Nilai 0 berarti anak tidak menunjukkan tanda-tanda autisme

Nilai 1- 2 anak menunjukkan tanda-tanda autisme ringan

Nilai 3- 5 anak menunjukkan tanda-tanda autisme sedang

Nilai 6- 10 anak menunjukkan tanda-tanda autisme berat.

mengurangi nafsu makan dan menghambat keinginan untuk makan. Jimerson dkk. (1992) menyatakan bahwa orang-orang yang memiliki kecenderungan untuk makan secara berlebihan, mengalami penurunan sekresi dopamine (atau kebal terhadap dopamine yang dilepaskan) ketika mereka mulai makan. Hal ini mengakibatkan makan berlebihan sebagai usaha untuk mencapai tingkat kepuasan sebelumnya dari kegiatan makan. Spekulasi tersebut didukung oleh temuan dari rendahnya tingkat HVA (dari sebuah senyawa metabolit dopamine) di cerebrospinal fluid individu dengan gangguan bulimia (Kaye dan Weltzin 1991). Yang mengejutkan, mungkin, rendahnya tingkat HVA juga telah ditemukan pada individu-individu dengan Anorexia - baik ketika sementara menahan diri untuk makan atau pada masa pemulihan (Kaye dkk. 1999). Salah satu penjelasan kesamaan antara orang dengan Anorexia dan bulimia dari temuan yang ada adalah bahwa banyak penelitian individu dengan Anorexia termasuk individu dengan makan berlebih dan memuntahkan makanan memiliki beberapa ciri umum biologis dengan individu bulimik. Namun, saat ini kita hanya dapat menyimpulkan bahwa dopamine memiliki peran dalam munculnya gangguan - meskipun peran yang spesifik masih harus diteliti lebih lanjut.

Teori Serotonin

Studi terhadap hewan menunjukkan bahwa ketika hewan tersebut diberikan suntikan serotonin baik pada ventromedial maupun pada lateral hypothalamus, hewan tersebut berhenti makan dan akhirnya kelaparan meskipun ada makanan di sekitarnya. Studi ini menegaskan bahwa tingginya tingkat serotonin menimbulkan perasaan kenyang dan keinginan makan yang rendah serta meningkatkan mood. Tetapi sebaliknya rendahnya tingkat serotonin mengakibatkan munculnya keinginan makan berlebihan dan menjadi kegemukan – disertai dengan rendahnya mood. Hal ini tidak hanya berarti serotonin mempengaruhi hypothalamus – tetapi daerah seperti sistem limbic juga terlibat. Salah satu penjelasan pada gangguan makan berlebih yang terkait dengan gangguan bulimia yaitu kegiatan diet mengurangi tingkat tryptophan, yang merupakan pemicu sekresi serotonin dalam tubuh, yang mengakibatkan individu merasa rakus untuk memakan makanan yang tinggi zat tryptophan - karbohidrat seperti coklat, kue dan keripik (Kaye

dkk. 1988). Makanan ini mengembalikan serotonin dan mood ke tingkat normal (Wurtman dan Wurtman 1986). Untuk dukungan hipotesis ini, Kaye dkk. (1988) menemukan bahwa perempuan dengan bulimia biasanya akan berhenti makan berlebih ketika tingkat tryptophan meningkat secara signifikan, sedangkan wanita yang tryptophan relatif rendah terus makan berlebih. Dalam sebuah studi yang terkait, Goldbloom dkk. (1990) menemukan bahwa bersamaan sekresi ke dalam celah synaptic, serotonin individu dengan bulimia lebih cepat diserap ulang oleh axon, sehingga mengurangi ketersediaan serotonin di sel receptor. Menanggapi temuan ini, Jimerson dkk. (1992) menemukan bahwa periodik makan berlebih dapat menyebabkan peningkatan secara tiba-tiba serotonin di dalam otak. Hal ini menyebabkan receptors menjadi kurang sensitif terhadap serotonin ketika dilepaskan. Rendahnya kepekaan terhadap serotonin ini berarti individu menjadi kurang responsif pada tingkatan serotonin yang normal, sehingga mereka membutuhkan makanan dengan jumlah tryptophan yang besar untuk mempertahankan keseimbangan emosional.

Meskipun ada beberapa data yang mendukung hipotesis ini, teori keduanya tidak selalu didukung oleh bukti empiris. Weltzin dkk. (1995), misalnya, tidak ditemukan bukti penurunan tingkat tryptophan sebelum episode makan berlebih perempuan dengan bulimia. Jansen dkk. (1989) menemukan bahwa tingkat tryptophan dalam makanan yang biasanya dimakan selama masa makan berlebih, sebetulnya tidak mengandung tryptophan yang tinggi dan yang tidak efektif untuk meningkatkan tingkat tryptophan dalam tubuh.

Individu dengan anorexia biasanya memiliki tingkat serotonin metabolites yang rendah di cerebrospinal fluid dibandingkan dengan individu normal. Namun, ini mungkin diakibatkan oleh pola makan mereka yang rendah tryptophan (Kaye dkk. 1988). Namun, Kaye dkk. (1991) menemukan bahwa ketika individu dengan anoreksia tidak merasa lapar, mereka memiliki tingkat serotonin yang tinggi dibandingkan individu normal. Penemuan ini mendorong Kaye (1997) berpendapat penurunan asupan makanan mungkin berperan sebagai tujuan untuk menurunkan tingkat serotonin yang berhubungan dengan pengalaman emosi negative seperti gelisah dan cemas.

Data terbaru menunjukkan, rendahnya aktivitas serotonergik selama masa menahan lapar dan pemulihan diantara individu dengan anoreksia dibandingkan dengan individu normal. Data ini diperoleh dengan menggunakan teknik imaging otak, dimana daerah

otak yang terlibat diantaranya frontal, cingulated, temporal dan bagian parietal kortikal. Semua bagian otak ini berhubungan dengan emosi kecemasan, kendali diri dan gambaran tubuh (body image). Data-data ini menunjukkan kemungkinan disregulasi serotonin berhubungan dengan bulimia dan anoreksia, seperti juga dopamine. Namun peran kedua hormone ini secara meyakinkan belum secara penuh ditemukan.

Teori Perubahan Fisik masa Pubertas

Perubahan fisik selama masa remaja ditenggarai sebagai variabel yang menyebabkan munculnya gangguan bulimia terutama pada awal masa remaja, sebagaimana hasil studi longitudinal dua tahun oleh Attie dan Brooks-Gunn (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002). Bertambahnya bobot badan secara cepat sepanjang masa pubertal dianggap sebagai salah satu faktor yang mungkin mejadi " peristiwa pencetus (*triggering event*)" , terutama sekali pada remaja dengan citra tubuh negatif (*negative body images*). Attie dan Brooks-Gunn (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) mendalilkan bahwa usaha awal untuk mengendalikan tambahan bobot tubuh dengan diet, berbarengan dengan adanya gambaran tubuh yang negatif, menjadi pendorong ke arah perkembangan gangguan pola-pola makan pada masa remaja kemudiannya.

Teori Kognitif-Perilaku

Teori kognitif-perilaku (*cognitive-behavioral*) menjelaskan munculnya gangguan bulimia nervosa berdasarkan proses belajar. Dalam suatu meta-analisis menyeluruh, Heatherton dan Baumeister (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) mengatakan bahwa *escape theory* menyediakan satu model penjelasan untuk gangguan makan berlebihan (*binge eating*) dan bulimia. Individu dengan gangguan bulimia cenderung memiliki harapan tinggi yang tidak realistis yang dirancang untuk diri sendiri, menunjukkan kesadaran diri dan afek negatif, menggunakan dekonstruksi kognitif, perilaku impulsif, dan memiliki keyakinan irasional. Gangguan makan berlebih, diikuti oleh perilaku memuntahkan, merupakan dorongan dan usaha untuk lepas (*escape*) dari kesadaran diri negatif dan faktor-faktor aversif di atas. Heatherton dan Baumeister

(Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) kemudian menjelaskan bagaimanapun, teori *escape* di atas belum cukup jelas untuk menjelaskan terjadinya gangguan bulimia.

Selain itu remaja dengan gangguan makan menunjukkan adanya pikiran obsesif terhadap tubuh ideal, pertimbangan yang tidak akurat, dan pola pikir yang rigid. Mereka tidak dapat menilai bentuk tubuh mereka secara realistis, tetapi sebaliknya terobsesi dengan bentuk tubuh yang serba sempurna, seperti keyakinan irasional bahwa kurus itu adalah indah dan cantik. Penelitian Sunday dkk (Polivy, J., & Herman, C.P. 2002) menemukan 74% pasien gangguan makan menghabiskan waktunya lebih dari 3 jam per hari untuk memikirkan pikiran obsesifnya, 42% menghabiskan waktunya lebih dari 8 jam per hari, dan 37% hampir diseluruh waktu memikirkan pikiran obsesifnya. 72% dari mereka berusaha untuk menekan pikiran obsesifnya, tetapi 50% dari mereka tidak berhasil mengendalikan pikiran obsesifnya dan merasa tidak memiliki kendali untuk mengatasi pikiran obsesifnya tersebut. Sekitar 20% klien gangguan makan, terutama anoreksia tipe restriktif merasa nyaman dengan pikiran obsesifnya dan tidak ingin menghilangkannya. Tetapi lebih dari 50% mereka menganggap pikiran obsesifnya mengganggu dan ingin mereka hapuskan (*ego-syntonic*).

Distrosi kognitif lainnya yang ditenggarai menyebabkan gangguan makan adalah sikap perfeksionistis. Suatu paham yang menuntut individu untuk mencapai serba kesempurnaan, keteraturan dan serba mengikuti aturan rutin secara berlebihan. Perfeksionism menyebabkan remaja cenderung menganggap tubuhnya yang sebenarnya relatif normal sebagai kegemukan atau tidak sempurna. Sikap perfeksionism ini kemudian memaksa remaja harus memenuhi kriteria tubuh ideal seperti boneka barbie yang dianggap sebagai contoh tubuh ideal wanita (Polivy, & Herman, 2002).

Teori Idealisasi Bentuk Tubuh dan Tekanan Sosial

Tekanan sosial untuk menjadi kurus yang terdapat di dalam masyarakat sering dianggap sebagai faktor utama penyebab bulimia. Teori sosiokultural yang memiliki pandangan bahwa menjadi kurus (yang merupakan harapan masyarakat dan media) adalah sama dengan keindahan dan kecantikan. Pandangan tersebut (bahwa kurus itu indah dan cantik) mendorong banyak remaja dan wanita muda mengembangkan pola

makan menyimpang untuk memenuhi gambaran yang diidealkan tersebut (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002).

Object Relations Theory

Teori relasi-objek memandang pentingnya hubungan antara representasi objek internal dan eksternal dan perkembangan ego psikologis dalam konseptualisasi proses separation-individuation. Proses perpisahan dan individuasi ini merupakan progresi seumur hidup, tetapi pencapaian utamanya terjadi antara usia 4 bulan sampai 36 bulan. Tercapaian proses relasi antara anak dengan ibunya menjadi faktor penting berkembangnya ego yang sehat. Dalam proses hubungan interaksi antara anak dengan ibunya seringkali memunculkan konflik dari keinginan anak untuk menyatu dengan ibu dan keinginan anak untuk mandiri dan menentukan keinginannya sendiri. Anak menjadi matang ketika relasi dengan ibunya berubah secara baik, yang terlihat dari perubahan pusat kendali diri dari validasi eksternal menuju regulasi diri internal.

Interaksi yang sehat antara anak dengan ibunya akan mendorong terbentuknya diri yang matang, fleksibel dan sehat. Proses terbentuknya ego dan diri yang matang ini ditentukan oleh perlakuan ibu terhadap anaknya. Apakah ibu selalu hadir secara emosional dan fisik terhadap anaknya. Apakah ibu mampu memenuhi kebutuhan emosional dan fisik anaknya. Jika hal ini tidak mampu diberikan ibu terhadap anaknya maka perkembangan ego akan terhambat. Keterhambatan perkembangan ego yang sehat dan kuat ini akan memunculkan patologi diri (*self-pathology*). Anak yang berhasil membentuk ego yang kuat sering dinamakan telah memiliki *ego-strenght*.

Pine (Polivy, & Herman, 2002) menjelaskan dua macam bentuk *self-pathology* yang disebutnya sebagai *lower order* dan *higher order*. Bentuk patologi-diri lower order ditandai dengan adanya ketidakpastian atau kekaburan self dan batasan lainnya, yang mendorong pada hilangnya diri (*loss of self*). Bentuk gangguan higher order ditandai dengan adanya ketidakmampuan untuk mentoleransi kesendirian (bahwa dia harus berusaha dengan usahanya sendiri), dengan usaha membentuk kembali pemaksaan kendali objek eksternal atau menampilkan diri yang serba lemah dan rapuh agar mendapatkan perhatian dan perlindungan terus-menerus. Gejala ini terlihat pada

klien gangguan anoreksia merupakan tindakan mekanisme pertahanan diri untuk menghindari keterpisahan psikologis dengan objek relasinya, dalam hal ini adalah ibu.

Dalam pandangan perkembangan ego, gangguan makan dipandang sebagai kekacauan dalam proses pembentukan *self* yang matang. Terhambatnya perkembangan ego ini menyebabkan terhambatnya pembentukan pusat kendali regulasi diri internal (*self-regulation*). Hal ini terlihat pada gangguan anoreksi yang menggunakan usaha maladaptif dan primitif melalui tubuhnya untuk menghindari keterpisahan psikologis (*psychology fragmentation*). Munichin dkk (Polivy, & Herman, 2002) dan Stierlin (Polivy, & Herman, 2002) menemukan kekhususan karakteristik dari keluarga pada wanita dengan anoreksia yaitu psikosomatik, kaku, dan overprotektif. Ibu dari remaja perempuan yang mengalami gangguan anoreksia ditemukan tidak responsif terhadap ekspresi diri anaknya selama masa separasi dan individuasi.

Tabel 1. Perkembangan Ego Psikologis dalam Pandangan konseptualisasi Separation dan Individuation Teori Mahler

Tahapan Usia	Karakteristik Utama dan Pencapaian
Fase Separation-individuation	
Subfase Diferensiasi antara 4 sampai 9 bulan	Bayi mulai menyadari bahwa dirinya dan ibunya terpisah bukan merupakan satu kesatuan, yang melibatkan cathexis lebih lanjut yang terarah keluar diri dan menggambarkan permulaan dari diferensiasi dan perluasan diri melampaui keadaan simbiotik. Mendekati akhir fase ini perilaku memeriksa kembali muncul, dimana objek maternal terdiferensiasi secara meningkat melalui perbandingan dengan objek lain dalam lingkungannya.
Subfase pengasahan antara 9 sampai 14 bulan	Fase ini dikarakteristikan dengan peningkatan aktivitas motorik, menyebabkan peningkatan perpisahan fisik dari objek maternal. Anak bergerak menuju individuasi, mempraktekkan dan mengasah keterampilannya juga kapasitas autonominya. Karakteristik utama pada fase ini adalah adanya “pengisian emosional”, dimana anak bergerak dari objek maternal untuk mengeksplorasi lingkungan.
Subfase persesuaian Antara 16 sampai 25 bulan	Konflik antara autonomi dan penyatuan dengan objek maternal muncul dalam respon perilaku dan afektif anak. Kesadaran akan keterpisahan dari objek maternal memunculkan perasaan kesepian dan kerentanan yang disebut sebagai krisis persesuaian.

Tahap Usia	Karakteristik Utama dan Pencapaian
Subfase konsolidation 25 bulan lebih	<p>Perpisahan antara diri dan individualitas objek bermula dari aspek emosional menuju keamanan. Anak memiliki konsep baku tentang objek maternal dewasa, termasuk juga sebuah pemahaman bahwa objek tersebut merupakan entitas yang permanen dengan kedua aspeknya baik itu positif maupun negatif.</p> <p>Objek relasi mulai bersesuaian dengan usia, dengan perubahan pusat kendali individual dari validasi eksternal menuju regulasi diri internal, dengan sebuah kemampuan untuk mengelola afek, mengendalikan impuls, sebagaimana juga memahami diri sendiri dan juga memahami diri sendiri bersama orang lain.</p>

Teori Harga Diri yang Rendah

Rendahnya harga diri memberikan sumbangan bagi berbagai gangguan psikologis termasuk gangguan makan (*eating disorders*). Harga diri menggambarkan bagaimana seseorang menilai dirinya sendiri berharga atau tidak berharga. Harga diri dihasilkan dari interaksi dengan orang lain terutama, orang terdekat subyek seperti orang tua, saudara kandung dan teman terdekat. Harga diri mempengaruhi evaluasi subyek terhadap keadaan tubuhnya. Ketika secara psikologis dia merasa dirinya kurang berharga, maka subyek akan sensitif sekali terhadap kekurangan kecil fisiknya. Harga diri yang rendah juga menyebabkan kurang realistiknya cara berpikir subyek ketika menilai keadaan fisiknya. Cara berpikir yang tidak realistik ini, menimbulkan tuntutan yang berlebihan dan idealisasi bentuk tubuh yang irasional. Idealisasi bentuk tubuh yang irasional ini menjadi sebuah obsesi yang harus dipenuhi subyek untuk menutupi rendahnya harga dirinya atau untuk menambah perasaan berharga subyek terhadap dirinya sendiri. Akibatnya subyek akan melakukan berbagai cara untuk memenuhi bentuk tubuh yang ideal, bahkan dengan cara yang menyimpang seperti memuntahkan, berpuasa keras, dan menggunakan obat pencahar secara berlebihan. Cara-cara yang menyimpang inilah yang kemudian memunculkan gangguan makan seperti anorexia dan bulimia (Polivy, J., & Herman, C.P. 2002).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa harga-diri berdasar bentuk tubuh pada klien dengan gangguan makan menunjukkan penurunan. Studi prospektif menegaskan bahwa remaja perempuan dengan harga-diri rendah lebih banyak kemungkinannya mengembangkan gangguan makan pada tahun-tahun berikutnya. Secara empiris, harga

diri ditemukan menjadi variabel moderator dari sikap perfeksionis dan perasaan kegemukan dalam memprediksikan simptom bulimia. Remaja perempuan yang memiliki sikap perfeksionisme tinggi, dan menganggap dirinya kegemukan akan memunculkan simptom bulimia hanya jika mereka memiliki harga diri yang rendah. Sedangkan wanita yang memiliki harga diri yang tinggi akan lebih rendah kemungkinannya memunculkan simptom bulimia (Polivy, J., & Herman, C.P. 2002).

Penelitian lain menunjukkan harga diri yang rendah dan afek negatif memprediksikan simtomatologi gangguan makan 4 tahun kemudian. Studi lain menunjukkan bahwa program yang diarahkan untuk meningkatkan harga-diri pada remaja usia 11 sampai 14 tahun menghasilkan insiden yang rendah dari berat badan yang kurang dan simtomatologi gangguan makan 1 tahun kemudian. Studi lain menghasilkan bahwa harga diri yang rendah pada klien gangguan makan menghasilkan prognosa yang kurang baik ketika menjalani terapi. Sebaliknya remaja perempuan yang sembuh dari gangguan bulimia dilaporkan mengalami peningkatan skor harga dirinya (Polivy, J., & Herman, C.P. 2002).

Teori Kekacauan Identitas dan Konsep Diri

Teori konsep diri memiliki hipotesis bahwa gangguan makan pada remaja terjadi akibat adalah gap atau perbedaan antara diri ideal (the ideal) dengan diri nyata (the actual). Teori ini disebut juga sebagai *self-discrepancy theory*. Adanya perbedaan antara diri aktual dengan diri ideal menimbulkan evaluasi diri yang negatif, serta penolakan dan ketidakpuasan terhadap diri sendiri. Adanya rasa ketidakpuasan diri, termasuk di dalamnya terhadap bentuk ideal tubuhnya sendiri memunculkan proses regulasi diri (*self-regulatory processes*) yang bertujuan untuk mengurangi (*reducing*) rasa tidak puas tersebut (*negative affect*) (Klingenspor, 2002). Terkadang cara-cara yang digunakan individu untuk mengurangi ketidakpuasan terhadap tubuh dan dirinya secara umum menggunakan cara-cara ekstrim seperti yang dimunculkan pada gangguan anoreksia dan bulimia (membuat dirinya lapas secara ekstrim, periode makan berlebih yang singkat lalu memuntahkannya kembali). Dampak negatif dari perbedaan persepsi

diri ini tergantung dari standar evaluasi diri individual, khususnya seberapa tidak realistisnya diri idealnya (Klingenspor, 2002).

Penelitian Klingenspor (2002) menunjukkan bahwa adanya perbedaan identitas gender dari sifat maskulin yang besar berhubungan secara langsung dengan harga-diri yang rendah. Hal tersebut juga berhubungan secara tidak langsung dengan perilaku makan bulimik melalui harga-diri dan perilaku diet. Dari penelitiannya Klingenspor (2002) menyimpulkan bahwa perbedaan sifat maskulin pada diri menjadi penentu munculnya gangguan bulimia, yang secara umum dimediasi oleh harga diri yang rendah. Individu yang memiliki sifat feminim tinggi akan lebih terpengaruh oleh tekanan sosial atau memiliki kebutuhan untuk memperoleh persetujuan sosial yang tinggi dan berusaha keras untuk memenuhi kriteria tubuh yang kurus ideal menurut tuntutan atau penilaian sosial. Semua itu mendorong remaja mengembangkan gangguan anoreksia dan bulimia.

Teori Pola Asuh dan Komunikasi Negatif dalam Keluarga

Beberapa studi-studi telah menguji variabel-variabel yang berhubungan dengan keluarga untuk menjelaskan asal-usul dari gangguan bulimia. Walaupun sedikit dari data yang ada berfokus pada peran makanan itu sendiri di dalam hidup individu dengan gangguan makan. Studi yang ada menjelaskan beberapa hipotesis dari pola-pola keluarga yang bisa mempengaruhi pengembangan gangguan makan ini. Rendahnya tingkat kohesi, disorganisasi, dan ketidakperhatian menjadi bukti pada keluarga-keluarga dari individu dengan gangguan makan. Ibu dari individu dengan gangguan bulimia menunjukkan lebih banyak menguasai dan mengendalikan anak-anaknya, juga menunjukkan kedua orang tuanya adalah secara umum lebih banyak menuntut. Orang tua ini cenderung untuk menekankan pencapaian akademis dan penampilan lebih tinggi dibandingkan dengan orang tua nonbulimik, dan lebih cenderung secara terbuka membandingkan anak-anak mereka satu dengan lainnya. Keluarga-keluarga dari bulimik cenderung untuk menekankan standard prestasi tinggi, gagal untuk mendukung munculnya otonomi pada anaknya, dan mendorong munculnya keraguan diri pada putri mereka. Orang tua pada remaja bulimik cenderung untuk suka meremehkan anaknya, lebih sedikit menolong dan memperhatikan anaknya, dan lebih banyak membatasi aktivitas-aktivitas anaknya

dibanding orang tua remaja nonbulimik. Johnson dan Flach (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) menemukan remaja yang bulimik memiliki konflik dalam keluarganya yang lebih tinggi serta memiliki kohesivitas keluarga yang rendah.

Remaja dan perempuan muda dengan bulimia melaporkan lebih banyak pengalaman negatif terkait dengan waktu makan dan makanan dibanding dengan wanita-wanita yang nonbulimik atau dieter berulang. Hal pokok yang membedakan pengalaman masa kanak-kanak yang dilaporkan dari wanita-wanita dengan bulimia dengan wanita non bulimik adalah adanya tingkat konflik yang tinggi dan stres selama waktu makan, penggunaan makanan sebagai alat untuk hukuman atau manipulasi, dan penekanan pada usaha diet dan berat badan. Apalagi, bagi wanita-wanita dengan bulimia, waktu makan bersama merupakan satu-satunya waktu yang dihabiskan dalam keluarga secara bersama-sama (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002).

Remaja dengan bulimik melaporkan pada satu penelitian bahwa mereka sering mengalami percakapan selama waktu makan keluarga yang penuh konflik. Percekcokan dan masalah antar pribadi sering dibicarakan selama waktu makan bersama, orang tua cenderung untuk mendominasi atau mengendalikan percakapan, dan anak-anak dibatasi dalam untuk menyatakan pendapatnya. Remaja dengan bulimia melaporkan bahwa keluarganya lebih banyak memberikan perhatian berlebihan terhadap pola kebiasaan makan. Mereka merasa dipaksa untuk makan makanan dengan cepat, membersihkan piring mereka, dan menyelesaikan makan malam pada waktu yang sama dengan anggota keluarga lainnya. Ini adalah konsisten dengan uraian-uraian sebelumnya tentang adanya pola komunikasi negatif pada keluarga dari wanita dengan bulimia. Humphrey mencatat itu, di dalam keluarga ini, orang tua sering mengambil kendali dan pembatasan sikap dalam interaksi mereka dengan putrinya. Root Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) juga mencatat bahwa anggota keluarga ini sering tidak mampu menyelesaikan masalah dan tidak mampu mengelola stres. Data ini juga mengkonfirmasi penemuan Attie dan Brooks-Gunn (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002) bahwa kendali dan kekuasaan ibu sangat dominan. Penemuan yang ada menyatakan bahwa barangkali oleh karena konflik dan tekanan berat yang melingkupi waktu makan bersama, wanita-wanita dengan bulimia melaporkan lebih nyaman jika ayahnya tidak hadir pada acara makan bersama.

Hal lain pembeda waktu makan bersama dari wanita-wanita bulimic adalah penggunaan makanan sebagai instrumen dari hukuman atau penghargaan (*reward and punishment*). Pada keluarga-keluarga dari remaja dengan gangguan bulimia, makanan lebih mungkin dimasukkan sebagai suatu bagian penting dari sebuah perayaan, atau untuk ditawarkan sebagai obat bila anak sedih atau kecewa. Sebagai tambahan, para ibu dari remaja dengan bulimia akan merasakan sakit hati jika anaknya tidak menyukai makanan yang telah disiapkan. Efek dari pengalaman awal tersebut membuat remaja dengan bulimia menjadi merasakan bersalah atau tertekan jika mereka menolak makanan yang ditawarkan oleh anggota keluarganya. Pada keluarga remaja dengan bulimia makanan menjadi sebuah simbol dari, dan sampai taraf tertentu menggantikan, kasih sayang dan perhatian (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002).

Hal pembeda lainnya adalah keluarga wanita-wanita dengan bulimia lebih mementingkan berat badan, penampilan fisik, dan daya pikat. Pada keluarga remaja dengan bulimia ini, kecantikan lekat dihubungkan dengan berat badan, dan anggota-anggota keluarga membahas berat badan satu sama lain secara terbuka. Sehubungan dengan ini, wanita-wanita bulimic menerima lebih banyak dorongan dari anggota-anggota keluarga untuk diet dibanding wanita-wanita nonbulimik. Hal ini konsisten dengan studi terdahulu bahwa wanita-wanita yang memiliki resiko tinggi mengalami bulimia melaporkan bahwa mereka mengalami tekanan lebih besar untuk menjadi kurus dari keluarga-keluarga mereka dibanding dengan wanita-wanita yang beresiko rendah.

Tekanan eksternal yang dialami oleh remaja dengan bulimia berubah menjadi tekanan internal yang menyiksa diri. Remaja dengan bulimia ini melaporkan juga bahwa mereka sangat cemas akan berat badan mereka bila ketika mereka muda dibandingkan dengan remaja nonbulimik atau dieter. Hasil-hasil di atas konsisten dengan pendekatan teoritis yang menekankan pentingnya pengalaman awal dalam keluarga terhadap pengembangan psikopatologi kemudian (Miller, McCluskey-Fawcett, & Irving, 2002).

Teori Comorbiditas Gangguan Psikologis

Riset sebelumnya menunjukkan bahwa individu dengan gangguan makan sering juga menderita gangguan psikiatris. Tingkat comorbiditas diagnosa axis I diantara anak

remaja dan orang dewasa dengan gangguan makan telah dilaporkan berkisar antara 80-97%. Riset lainnya juga menunjukkan bahwa banyak orang dewasa dengan gangguan makan menunjukkan adanya gangguan kepribadian.

Atribut kepribadian seperti kesadaran interoseptif yang rendah, emosionalitas negatif, harga diri yang rendah, sikap perfeksionism, dan simptom obsesif--kompulsif berimplikasi terhadap kemungkinan munculnya gangguan makan. Studi lain juga menunjukkan gangguan makan telah dilaporkan memiliki hubungan dengan sindrom depresi diantara anak remaja. Dan negatif afek juga dilaporkan dapat meramalkan munculnya permulaan makan berlebihan diantara siswa perempuan sekolah menengah atas di Amerika.

Penelitian Zaider dkk (2002) menemukan konsistensi dengan studi sebelumnya yang menunjukkan prevalensi dysthymia yang tinggi diantara anak remaja dengan gangguan makan. Gangguan depresi juga ditemukan diantara anak remaja dengan gangguan makan. Penelitian Zaider dkk (2002) juga mendukung riset sebelumnya yang menunjukkan bahwa depresi cenderung mendahului permulaan gangguan makan diantara pasien dengan gangguan makan. Lebih lanjut, studi mereka konsisten dengan studi sebelumnya yang menunjukkan bahwa afek negatif dapat meramalkan munculnya permulaan gangguan makan diantara anak remaja.

Kennedy dkk dan Norman dkk (Wiederman & Pryor, 1997) menemukan individu dengan anoreksia memiliki skor yang tinggi pada tipe kepribadian schizoid, avoidan, dan schizotipal yang diukur dengan tes kepribadian Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). Pada penelitian Wiederman & Pryor (1997) dengan menggunakan Millon Clinical Multiaxial Inventory-II menemukan individu dengan bulimia dan pasif-agresif memiliki skor yang tinggi pada tipe kepribadian histrionik dan borderline. Sedangkan individu dengan anoreksia tipe restriktif memiliki skor yang tinggi pada skala dependen dan kompulsif. Skor *avoidant* and *self-defeating* ditemukan lebih tinggi pada kedua gangguan makan yaitu anoreksia dan bulimia.

Penelitian Pryor & Weiderman (1996) lainnya menggunakan tes kepribadian *Multidimensional Personality Questionnaire* menemukan individu dengan gangguan anoreksia dan bulimia memiliki skor yang lebih rendah pada sub kesejahteraan psikologis (*well-being*) dan afek-positif (*positive-affectivity*). Rendahnya kedua skor di

atas menunjukkan bahwa individu mengalami sedikit perasaan senang dan kegairahn hidup serta jarang merasa bahagia. Kedua kelompok ini juga memiliki skor yang tinggi pada reaksi stres (*stress reaction*) dan afek negatif (*negative affectivity*). Hal ini menunjukkan inividu mengalami banyak kecemasan, iritabilitas dan labilitas emosi. Kedua kelompok juga menunjukkan rendahnya skor pada kedekatan sosial (*social closeness*) dan skor tinggi pada alienasi (*alienation*). Pola ini menunjukkan adanya ketidakpercayaan, isolasi sosial, perasaan diperlakukan tidak tepat oleh orang lain dan kecenderungan untuk memecahkan masalah oleh dirinya sendiri secara berlebihan dan tidak adekuat.

Treatmen

Pendekatan Kognitif-Perilaku

Pendekatan kognitif perilaku bertujuan untuk menghasilkan perubahan perilaku yang tetap dan berjangka panjang. Garner and Bemis (1985) merupakan salah satu terapis yang menggunakan pendekatan ini. Mereka membagi proses terapi menjadi sejumlah fase. Fase pertama, menciptakan hubungan supotif dengan klien building rapport. Tujuannya adalah memunculkan rasa percaya klien terhadap terapisnya, sehingga ketika klien telah mempercayai terapisnya maka proses komunikasi bisa berlangsung secara hangat dan terbuka. Garner and Bemis menegaskan bahwa fase pertama ini merupakan fase kritis yang menentukan keberhasilan fase berikutnya. Pada fase awal ini keyakinan inti klien tidak dikonfrontasikan. Sebaliknya terapis perlu menjadi pendengar aktif, mendukung klien secara tulus dan membangun komunikasi yang terbuka dan hangat.

Pada tahap awal klien difasilitasi untuk memahami bagaimana keyakinan-keyakinan irasional dalam dirinya dapat mengendalikan perilaku anorektik dan bulimiknya. Ekplorasi diarahkan pada pemahaman schemata yang melandasi perilaku klien. Klien diajak juga untuk mengevaluasi sis-sisi positif dan negative dari anoreksia dan bulimia. Intervensi kognitif memiliki beberapa target termasuk memodifikasi pola piker yang menyimpang, merubah keyakinan-keyakinan irasional, merubah interpretasi klien dari interpretasi yang negative menuju kebiasaan menginterpretasikan suatu situasi secara lebih positif dan bermakna. Selain itu klien juga dilatih untuk bagaimana

memecahkan masalah secara lebih efektif dan efisien. Keterampilan pemecahan masalah subyek ditingkatkan sehingga subyek mampu menghadapi persoalan yang bias saja muncul di masa depannya.

Dari studi yang ada, menunjukkan bahwa terapi kognitif perilaku mungkin merupakan intervensi yang efektif. Pada awal percobaan, Channon dkk. (1989) membandingkan terapi modifikasi perilaku dengan terapi kognitif perilaku. Terapi perilaku menggunakan pendekatan gradual exposure untuk menghindari hubungan makanan sedangkan terapi kognitif perilaku mengidentifikasi kepercayaan disfungsi tentang makan. Ada beberapa perbedaan antara keduanya dengan masa intervensi 6 bulan dan masa follow up 12-bulan, walaupun penulis mengatakan bahwa akseptabilitas terapi kognitif perilaku lebih efektif dan merupakan prosedur yang menghasilkan atrisi lebih rendah dibandingkan dengan terapi modifikasi perilaku saja. Namun studi tidak memiliki kelompok kontrol karena hal itu dianggap tidak etis, sehingga manfaat intervensi tidak dapat ditentukan secara lebih mendalam karena tidak terdapat pembanding dari kelompok kontrol.

Dalam perbandingan yang sama, Treasure dkk. (1995) membandingkan efektivitas dari terapi kognitif dan gabungan terapi kognitif dan psikoanalitik. Pada akhir dari satu tahun intervensi, keduanya sama-sama menunjukkan efektif, dengan 63 persen dari subyek yang mencapai kategori pemulihan 'baik' or 'sedang'. Pike dkk. (2003) menemukan terapi kognitif perilaku lebih efektif dibandingkan dengan terapi konseling gizi (nutritional counseling) dalam mengurangi tingkat kambuh klien dari anoreksia. Persentase klien yang keluar dari terapi atau kambuh (relapse) pada masa lebih dari satu tahun adalah 22 persen pada terapi kognitif dan 73 persen pada terapi konseling gizi. Namun, menurut McIntosh dkk. (2005) terapi kognitif perilaku tidak selalu membuktikan lebih efektif dibandingkan dengan terapi alternatif lainnya. Mereka membandingkan efektivitas dari terapi kognitif perilaku, terapi interpersonal, dan terapi non-spesifik klinikal suportif manajemen. Hasilnya terapi non-spesifik klinikal suportif menunjukkan yang paling efektif, dengan 56 persen dari klien menunjukkan kondisi peningkatan yang signifikan.

BAB 11. GANGGUAN RETARDASI MENTAL

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh adanya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensi. Akibatnya banyak kemampuan mental yang terhambat dan tidak dimiliki oleh individu dengan gangguan ini. Kemampuan tersebut antara lain yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial.

Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya. Namun demikian penyandang retardasi mental bisamneglamai semua gangguan jiwa yang ada. Prevalensi dari gangguan jiwa lainnya sekurang-kurangnya tiga sampai empat kali lipat dibandingkan dengan populasi umum.

Penyandang retardasi mental juga sangat rentan terhadap eksploitasi seperti fisik dan seksual (*physical/sexual abuse*). Hal ini terjadi akibat ketidakmampuan mereka untuk melindungi dirinya sendiri dari ancaman atau manipulasi orang sekitarnya. Terdapat pula hendaya adaptif sehingga individu dengan gangguan ini membutuhkan bimbingan dan pengawasan dari orang lain (tergantung dari tingkat keparahannya).

Retardasi Mental Ringan

Penyandang retardasi mental ringan mengalami keterhambatan dalam belajar bahasa tetapi sebagian besar dapat mencapai kemampuan berbicara untuk kegiatan sehari-hari, ngobrol atau diwawancarai. Kebanyakan dari mereka juga dapat mandiri dan merawat dirinya sendiri seperti makan, minum, berpakaian, buang air besar dan kecil. Dapat juga mencapai keterampilan untuk mengurus rumah tangga seperti mencuci, menyetraka atau merapikan barang/ruangan.

Penyandang retardasi mental ringan ini disebut juga sebagai orang yang mampu dididik (*educable*). Sehingga jika mendapatkan pendidikan yang dirancang secara khusus sesuai dengan kebutuhannya, maka keterampilan yang digunakan untuk kegiatan sehari-hari dapat mereka kuasai. Populasi penyandang gangguan retardasi mental ringan ini merupakan mayoritas di kalangannya berjumlah sekitar 85 %.

Kebanyakan penyandang retardasi mental ringan yang tingkat inteligensinya cukup tinggi (IQ: 68-70), mampu mengerjakan pekerjaan membutuhkan keterampilan praktis. Termasuk keterampilan tangan yang tidak membutuhkan keterampilan kompleks.

Kriteria Diagnostik Retardasi Mental Ringan

- a. Bila menggunakan IQ baku maka IQ mereka berkisar antara 50-55 sampai 69-70 (moron). Pemahaman dan penggunaan bahasa cenderung terlambat pada berbagai tingkat.
- b. Pada usia dewasa mereka dapat mencapai kemampuan minimal untuk mandiri, walaupun membutuhkan bimbingan yang minimal.
- c. Dikategorikan sebagai individu yang mampu didik (educable).

Retardasi Mental Sedang

Penyandang retardasi mental sedang mengalami kelambatan dalam mengembangkan pemahaman dan penggunaan bahasa dibandingkan dengan penyandang retardasi mental ringan. Keketrampilan merawat diri dan keterampilan motorik juga terlambat, dan sebagian dari mereka ini memerlukan pengawasan seumur hidup. Kemajuan dalam prestasi sekolah terbatas, tetapi sebagian besar dapat belajar keterampilan dasar yang dibutuhkan untuk membaca, menulis dan berhitung.

Ketika dewasa, penyandang retardasi mental sedang biasanya mampu melakukan tugas-tugas pekerjaan praktis ringan tetapi dengan bimbingan khusus. Jarang ada yang dapat hidup mandiri sepenuhnya pada masa dewasanya. Namun secara umumnya mereka mampu melakukan kontak sosial walaupun terbatas.

Kriteria Diagnostik Retardasi Mental Sedang

Skor IQ berkisar dalam rentang 35-40 sampai dengan 50-55 (imbesil). Keterampilan bahasa bervariasi ada yang dapat mengadakan kontak sosial sederhana ada pula yang berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan dasar mereka. Penyandang retardasi mental sedang ini dikategorikan sebagai individu yang mampu dilatih (trainable).

Kriteria Diagnostik Retardasi Mental Berat

Kategori gangguan ini pada umumnya mirip dengan retardasi mental sedang, tetapi jika diamati lebih mendalam terdapat perbedaan mencolok dalam keterampilan keduanya. Pretasi penyandang retardasi mental berat ini lebih rendah dari kategori di atasnya. Kebanyakannya mereka menderita hendaya motorik yang mencolok atau defisit lin yang menyertainya.

Skor IQ berkisar antara 20-25 sampai 35-40.

Kriteria Diagnostik Retardasi Mental Sangat Berat

Skor IQ kurang dari 20 atau 25. penyandang retardasi mental sangat berat ini amat sangat terbatas kemampuannya. Mereka juga amat sangat tergantung dengan orang lain.

Dan tidak dapat untuk diajarkan hidup mandiri selama hidupnya.

Walaupun tes IQ sering digunakan untuk menentukan tingkat gangguan retardasi mental, namun ada criteria lain yang digunakan untuk menegakkan diagnosis. Pendekatan kedua lebih berfokus pada masalah apa yang sejauh ini mempengaruhi kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Pendekatan kedua lebih berfokus pada pencarian bukti dari kegagalan untuk mengembangkan keterampilan yang diperlukan untuk mampppu berfungsi secara efektif ketika individu tumbuh semakin dewasa. Jadi untuk menentukan diagnosis dari adanya retardasi mental pada individu, tidak hanya cukup melihat tingkat IQ subyek, tetapi juga menidentifikasi kemampuan subyek dalam menyesuaikan diri dan memenuhi tuntutan perannya di lingkungannya.

Etiologi Gangguan

Gangguan retardasi mental lebih umum terjadi di kalangan laki-laki dibandingkan perempuan. Retardasi mental ringan juga paling umum terjadi di kalangan laki-laki dan dari subyek dengan latar belakang ekonomi bawah atau keadaan buruk latar belakang keluarga yang kurang mampu (Roeleveld dkk. 1997). Hanya 25 persen dari kasus retardasi mental dapat diidentifikasi penyebabnya. Diantara penyebab tersebut adalah :

- a. Kondisi genetik termasuk didalamnya Down syndrome and Fragile X syndrome
- b. Penyakit infeksi termasuk rubella, parental syphilis and encephalitis
polusi dan penceraan lingkungan termasuk di dalamnya merkuri, cat, polusi gas karbondioksida, timbal dan sejenisnya
- c. Kejadian *antenatal* termasuk infeksi selama masa kehamilan, toksoplasma, gangguan indokrin seperti hypothyroidism dan bacteria lainnya.
- c. Trauma perinatal termasuk terjasinya asphixia selama proses persalinan.

Hal ini bukan berarti skor yang buruk pada tes IQ disebabkan secara total oleh factor biologis. Tetapi faktor lingkungan, seperti kualitas pola asuh orang tua, dan lingkungan pendidikan sosial, dapat secara signifikan mempengaruhi skor ilai IQ, dan kemampuan akademik serta perkembangan kemampuan penyesuaian diri, khususnya bagi individu dengan gangguan retardasi mental ringan-sedang belajar. Birch dkk. (1970), misalnya, mengidentifikasi semua anak-anak yang lahir dengan gangguan retardasi di Aberdeen antara tahun 1951 dan 1955. Sekitar 20 tahun kemudian, Birch dan sejawatnya mengumpulkan informasi kesehatan dan layanan sosial, dan melakukan wawancara dengan orang tua dan individu itu sendiri. Hasil studi mereka menunjukkan bahwa gangguan retradasi ringan secara signifikan lebih umum terjadi di keluarga dengan status sosial-ekonomi rendah dan diklasifikasikan sebagai keluarga tidak stabil, ditentukan oleh tingginya tingkat perwalian, penyalahgunaan dan penelantaran anak. Namun tidak ditemukan hubungan signifikan dengan gangguan retardasi berat, yang mungkin gangguan retardasi berat ini lebih ditentukan oleh faktor biologis.

BAB 12

DISFUNGSI DAN PENYIMPANGAN SEKSUAL

Disfungsi seksual meliputi berbagai cara yang menunjukkan ketidakmampuan individu untuk melakukan senggama dengan pasangannya. Hal ini dapat berupa kekurangan minat, kurangnya kenikmatan, kegagalan respons fisiologis yang diperlukan untuk melaksanakan senggaman dengan baik. Penyebab terjadinya disfungsi seksual bisa disebabkan oleh dua faktor yaitu pertama akibat respon seksual yang tidak adekuat dan kedua adalah proses psikologis yang melibatkan konflik-konflik tertentu. Ada perbedaan antara disfungsi seksual (dysfunction) dan penyimpangan seksual (disorder), dimana disfungsi seksual menunjukkan ketidakmampuan individu untuk memenuhi kebutuhan seksualnya. Sementara itu penyimpangan seksual terkait dengan cara-cara yang salah/menyimpang dalam individu memenuhi kebutuhan seksualnya.

Master and Johnson (Oltmanns & Emery, 2013) membagi fase respons seksual manusia terbagi menjadi empat fase yaitu sexual desire (hasrat seksual), sexual arousal/excitement (gairah), orgasm (orgasme), dan resolution (penyelesaian). Fase pertama sexual desire (hasrat seksual) ditandai dengan hasrat mendesak untuk melakukan kontak seksual, munculnya fantasi-fantasi seksual yang semakin kuat dan sering, serta munculnya keinginan untuk segera melampiaskan hasrat seksualnya. Fase kedua yaitu sexual arousal/excitement ini ditandai dengan munculnya perilaku seksual nyata seperti foreplay (pemanasan kontak seksual) hingga penetrasi. Pada fase ini muncul perasaan terangsang secara seksual, ketegangan seksual, untuk menuju pada fase berikutnya yaitu orgasme. Fase ketiga orgasme ditandai dengan pelepasan kenikmatan seksual yang merupakan puncak dari siklus kontak seksual. Pada wanita orgasme terjadi dalam tiga tahap yang dimulai dari "sensasi penagguhan" yang berkaitan dengan sensasi-sensasi genital yang kuat. Tahap kedua melibatkan perasaan hangat yang menyebar di sekujur daerah pelvik. Tahap ketiga kemudian ditandai dengan kontraksi ritmik vagina, rahim, dan otot lingkat dubur. Pada pria terjadinya orgasme ditandai melalui dua tahap yaitu: dimulai dengan sensasi keniscayaan ejakulatori yang dipicu oleh gerakan cairan mani ke arah uretra. Pada tahap kedua, ditandai dengan kontraksi reguler mendorong air

mani melalui uretra, dan dikeluarkan melalui lubang kencing. Fase keempay resolusi ditunjukkan dengan keadaan kembali stabil dan relaksasi setelah pelepasan ketegangan-ketegangan seksual sebelumnya.

Beberapa gangguan yang masuk dalam kategori gangguan disfungsi seksual ini akan dijelaskan satu-persatu di bawah ini.

Kriteria Diagnostik Kurang atau Hilangnya Nafsu Seksual (Hypoactive Sexual Desire Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan hilangnya minat, hasrat atau nafsu untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya/lawan jenis. Hal ini ditandai dengan ketiadaan fantasi seksual dan ketiadaan ketertarikan dengan pengalaman seksual. Kebanyakan laki-laki dan perempuan yang mengalami gangguan ini, mengeluhkan mengalami gangguan lainnya seperti nyeri genital, dan gangguan suasana hati.

- a. Hilangnya nafsu seksual merupakan masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Hilangnya nafsu seksual ini juga muncul dalam bentuk hilangnya fantasi seksual.
- c. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Tipe spesifik

- a. *lifelong type*
- b. *acquired type*
- c. *generalized type*
- d. *situational type*

Tipe sumber penyebab

- a. *Due to Psychological factors*
- b. *Due to Combined factors*

Kriteria Diagnostik Tidak Menyukai dan Tidak Menikmati Seks (Sexual Aversion Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan penghindaran kontak seksual secara keseluruhan atau kontak seksual spesifik seperti berciuman, berhubungan badan, dan seks oral. Gangguan ini ditandai dengan adanya kecemasan, ketakutan dan penghindaran. Beberapa ahli menyarankan untuk memasukkan gangguan ini pada kluster gangguan kecemasan karena menunjukkan karakteristik yang berdekatan dengan phobia.

- a. Ketidaksukaan dan penghindaran yang ekstrim untuk tidak melakukan kontak seksual merupakan masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Kegagalan dari Respon Genital Wanita (Female Sexual Arousal Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan pengalaman *inhibited sexual arousal* (rangsangan seksual yang terhambat) jika seorang perempuan tidak dapat mencapai atau mempertahankan respons-respons genital, seperti pelumasan vaginal (*vasocongestion*), dan pembengkakan, yang dibutuhkan untuk penyelesaian kontak seksual. Perempuan ini menunjukkan adanya hasrat seksual, tetapi kehilangan kemampuan untuk memunculkan gairah seksualnya melalui respons respons genital.

- a. Ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan aktivitas senggama yang ditandai dengan kekeringan vagina atau tidak adanya respon lubrikasi pada vagina merupakan masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Gangguan Ereksi Pria (Male Erectile Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan laki-laki dalam mempertahankan ereksinya secara cukup, sehingga gagal memuaskan dirinya dan pasangan disebabkan penetrasi tidak terjadi. Gangguan ini lebih dikenal dengan sebutan gangguan impotensi. Laki-laki dengan gangguan ini mungkin memiliki hasrat dan terangsang secara subjektif, namun hal ini tidak berlanjut secara sempurna dalam mekanisme refleksi vaskularnya, dan darah tidak terpompa secara cukup ke penis untuk membuatnya ereksi. Disfungsi erektil ini dapat terjadi pada saat permulaan kontak seksual (foreplay), atau pada saat penetrasi/insersi, atau selama penetrasi berlangsung yang kemudian ereksi menjadi lemah/hilang. Disfungsi erektil ini dapat terjadi sementara, atau dapat pula menjadi gejala kronis. Keadaan ini tentu saja memicu konflik dalam perkawinan dan ketidakpuasan seksual pada pasangannya.

- a. Ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang adekuat hingga aktivitas senggama dapat selesai baik. Hal ini merupakan masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Gangguan ini menyebabkan distress dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Disfungsi Orgasme Wanita (Female Orgasmic Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan wanita dalam mencapai puncak kenikmatan seksualnya, walaupun pada awal awal kontak seksual mereka tidak tampak mengalami hambatan dalam menikmati kontak seksual, dan terangsang secara subyektif. Mereka juga tidak menunjukkan kehilangan minat seksual, bahkan terkadang keinginan untuk melakukan kontak seksual cukup tinggi, namun dalam prosesnya mengalami kegagalan dalam mencapai puncak erotik seksual yaitu orgasme.

- a. Ketidakmampuan dalam mencapai orgasme selama fase *excitement* yang normal. Hal ini masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Disfungsi Orgasme Pria (Male Orgasmic Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan laki-laki dalam mencapai orgasme yang ditandai dengan keluarnya sperma. Walaupun mungkin selama fase arousal, ia menikmati kontak seksual, berhasrat untuk melakukan hubungan seks, dan berhasil melakukan penetrasi namun ditengah jalan prosesnya terhenti. Bisa jadi pasangannya, telah mencapai orgasme terlebih dahulu, dan kemudian sang lelaki menunjukkan kesulitan untuk mencapai orgasme walaupun ia telah berusaha untuk itu.

- a. Ketidakmampuan dalam mencapai orgasme selama fase *excitement* yang normal. Gejala ini bukan merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Ejakulasi dini (Premature Ejaculation Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan adanya ketidakmampuan dalam mempertahankan lamanya periode arousal dan penetrasi, dalam arti lain mereka tidak mampu mengendalikan ejakulasi yang memuaskan pasangannya. Namun kebanyakan ahli saat ini lebih menyukai istilah “*early ejaculation*” karena memiliki arti yang lebih sesuai dengan ciri

gangguan ini. Menurut data penelitian 90 persen lelaki yang mengalami gangguan ini hanya mampu bertahan 1 menit selama masa penetrasi (Oltmanns & Emery, 2013).

a. Ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ejakulasi selama aktivitas seksual sehingga kedua patner dapat menikmati senggama. Ejakulasi dini terjadi bisa sebelum penetrasi vagina atau terjadi ejakulasi tanpa ereksi. Hal di atas merupakan masalah utama dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.

b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Vaginismus Non-organik (Vaginismus Disorder not Due to a General Condition)

Gangguan ini dicirikan dengan terkatupnya lubang vagina secara spontan, tanpa control sehingga mengakibatkan penetrasi penis tidak terjadi. Organ vital wanita dikontrol oleh otot-otot diseputar lubang vagina, ketika otot-otot ini tidak terbuka, justru mengecang mengakibatkan lubang vagina tidak dapat dipenetrasi. Terkadang ketika penetrasi dipaksakan, maka wanita dengan gangguan ini akan mengalami kesakitan selama masa penetrasi.

a. Adanya spasme dari oto sekitar vagina, yang menyebabkan tertutupnya liang vagina. Hal ini menyebabkan penetrasi menjadi sulit dan menyakitkan. Gejala di atas bukan merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.

b. Gangguan ini menyebabkan distres dan konflik interpersonal dengan pasangannya.

Kriteria Diagnostik Dispareunia Non-organik (Dyspareunia Disorder not Due to a General Condition)

Gangguan ini dialami baik oleh laki-laki dan perempuan, namun data empiris menunjukkan perempuan lebih banyak mengalami masalah ini. Nyeri yang terjadi dapat dialami selama masa kontak seksual atau setelahnya. Dimulai dari iritasi ringan, panas

diseputar kemaluan, atau nyeri hebat di dalam organ vital. Nyeri tersebut dapat timbul tenggelam yang secara persisten dirasakan oleh subyek.

- a. Adanya rasa sakit ketika melakukan hubungan seksual secara persisten. Gejala di atas bukan merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan reaksi atau dispareunia. Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau gairah seksual, tetapi menyebabkan berkurangnya aktivitas awal seksual.
- b. Hilangnya nafsu seksual ini juga muncul dalam bentuk hilangnya fantasi seksual.
- c. Gangguan ini menyebabkan distress dan konflik interpersonal dengan pasangannya

Kriteria Diagnostik Disfungsi Seksual yang Disebabkan Kondisi Medis Umum (*Sexual dysfunction due to general medical condition*).

Gangguan disfungsi ini terjadi karena diakibatkan oleh gangguan medis yang dialami individu. Beberapa penyakit medis seperti diabetes, jantung koroner, epilepsi, *multiple sclerosis* dan stroke memicu munculnya disfungsi seksual ini. Criteria ini ditegakkan jika penyebab dari gangguan semata-mata diakibatkan oleh gangguan medis, bukan penyebab tekanan psikologis.

- a. Adanya disfungsi seksual yang signifikan secara klinis sehingga menimbulkan distress atau konflik interpersonal.
- b. Gangguan ini memiliki bukti kuat dari pemeriksaan laboratorium atau medis yang menyatakan bahwa disfungsi seksual klien muncul semata-mata akibat efek langsung fisiologis dari kondisi medis.
- c. Gangguan ini bukan disebabkan oleh gangguan mental lainnya (misalnya depresi mayor)
- d. Disfungsi seksual yang dialami oleh klien mencakup gangguan disfungsi seksual yang telah dijelaskan di atas. Seperti gangguan respon seksual, gangguan orgasme, gangguan ereksi pada pria, vaginismus, dyspareunia, dan beberapa gangguan lainnya.

Kriteria Diagnostik Disfungsi Seksual yang Disebabkan Pengaruh Zat/obat tertentu (*Substance-Induced Sexual Dysfunction*).

Gangguan ini dicirikan dengan penggunaan zat adiktif yang berimbas pada terganggunya fungsi seksual individu. Zat antidepresan atau obat penenang dapat pula memicu disfungsi seksual. Selain itu penggunaan barbiturat menyebabkan gangguan

metabolisme testosteron dan estrogen. Pada pria bisa menurunkan dorongan seksual dan disfungsi ereksi. Pada wanita mengakibatkan gangguan menstruasi, dorongan seksual menurun dan sukar mencapai orgasme.

a. Adanya disfungsi seksual yang signifikan secara klinis sehingga menimbulkan distress atau konflik interpersonal.

b. Gangguan ini memiliki bukti kuat dari pemeriksaan laboratorium atau medis yang menyatakan bahwa disfungsi seksual klien muncul semata-mata akibat efek langsung dari penggunaan zat/obat tertentu yang mencakup

- Simptom pada kriteria a terjadi selama atau dalam waktu sebulan setelah intoksikasi zat/obat tertentu.
- Pengobatan yang dijalani klien secara etiologis berhubungan dengan gangguan disfungsi seksualnya.

c. Gangguan ini bukan disebabkan oleh gangguan disfungsi seksual yang bukan disebabkan oleh zat tertentu. Hal ini dapat dibuktikan dengan lamanya gangguan minimal satu bulan, terjadi setelah menjalani pengobatan dengan obat/zat tertentu, atau setelah klien menyalahgunakan zat/obat tertentu. Zat tersebut antara lain alkohol, amfetamin, kokain, opiad, sedatif, anxiolitik atau zata lainnya.

Kriteria Diagnostik Dorongan Seksual yang Berlebihan (Hyperseksual Arousal Disorder)

Gangguan ini ditandai dengan dorongan seksual yang tinggi dilihat dari sisi frekuensinya, seolah-olah individu tidak pernah puas. Pada sistem ICD 10 memasukkan kategori ini sebagai *excessive sexual drive*. Individu yang mengalami gangguan ini menunjukkan adanya fantasi-fantasi seksual yang tinggi kemunculannya, keinginan untuk mendapatkan sensasi-sensai hubungan seksual baru, cenderung merasa tidak pernah puas, sulit untuk bertahan dan puas pada satu pasangan. Gangguan ini terkadang mirip dengan gangguan adiksi, dimana orang sangat tergantung pada zat tertentu. Gangguan ini juga sering dikaitkan dengan *impulse control disorder* (gangguan pengendalian impuls), dimana individu dengan hyperseksual sulit mengendalikan hasrat dan keinginannya untuk melakukan kontak seksual.

a. Adanya dorongan seksual yang berlebihan dan tidak bisa ditahan untuk segera dilampiaskan.

c. Gangguan ini menyebabkan distres secara pribadi dan juga konflik interpersonal dengan pasangannya yang tidak bisa memenuhi kebutuhan seksualnya.

Gangguan Identitas Jenis Kelamin

Gangguan ini dicirikan dengan keaburan identitas diri, dan ketidaksesuaian identitas gender nya dengan bentuk fisik lahirnya. Sebagai contoh individu merasa bahwa identitas gendernya adalah perempuan, namun terperangkap di dalam tubuh laki-laki. Atau sebaliknya individu merasa bahwa identitas gendernya laki-laki, namun terperangkap dalam tubuh perempuan. Biasanya individu memiliki perasaan yang sangat kuat akan identitas gender yang berbeda dengan bentuk fisiknya. Gangguan ini disebut dengan transseksualisme.

Kriteria Diagnostik Transseksualisme

a. Adanya keinginan yang sangat kuat untuk merubah identitas jenis kelaminnya, dan bukan hanya sekedar hasrat untuk tujuan mendapatkan keuntungan dengan menjadi jenis kelamin lawan jenisnya.

Pada anak-anak gejala ini ditampak dengan cara yaitu :

- secara berulang menyatakan keinginan untuk menjadi berjenis kelamin lawan, memaksa untuk diterima atau diakui sebagai jenis kelamin lawan.
- Pada anak laki-laki adanya keinginan untuk memakai pakaian atau perlengkapan perempuan (lipstik, baju seksi). Pada anak perempuan ada keinginan yang sebaliknya memakai pakaian laki-laki.
- Adanya keinginan kuat untuk selalu berfantasi dirinya berjenis kelamin lawan atau memainkan peran lawan jenisnya.
- Keinginan yang kuat untuk selalu memainkan permainan lawan jenis.
- Keinginan yang kuat untuk hanya bermain dengan teman dari lawan jenisnya.

Pada remaja dan dewasa, gangguan ini dimanifestasikan dalam bentuk menyatakan keinginan untuk beridentitas jenis kelamin lawan, menjadi berjenis kelamin lawan, keinginan yang sangat kuat untuk hidup sebagai lawan jenis, atau diakui, dilayani seperti lawan jenisnya. Juga adanya keyakinan bahwa dia memiliki perasaan dan reaksi jenis kelamin lawan.

b. Adanya ketidaknyamanan dan perasaan tidak cocok yang sangat kuat secara persisten dengan jenis kelaminnya.

Pada anak laki-laki ada keinginan untuk memotong penisnya, atau jijik melihat penisnya, sangat ingin tidak memiliki penis, menolak permainan laki-laki, dan lebih menyukai permainan perempuan. Pada anak perempuan adanya keinginan untuk memiliki penis, kencing dengan posisi berdiri, penolakan memiliki payudara atau menstruasi, dan menolak memainkan permainan atau menampilkan penampilan feminim.

Pada remaja dan dewasa, adanya keinginan untuk mengganti jenis kelaminnya (misalnya melalui operasi), ingin menghilangkan karakteristik seks sekunder (misalnya kumis, payudara) dan keyakinan bahwa dia dilahirkan dengan jenis kelamin yang salah.

c. Gangguan ini bukan merupakan kelainan interseks fisik.

d. gangguan ini menyebabkan distress dan hendaya secara sosial, pekerjaan dan pada fungsi lainnya.

Kriteria Diagnostik Transvestisme Peran Ganda

Mengenakan jenis pakaian lawan jenis sebagai bagian dari eksistensi dirinya untuk menikmati sejenak pengalaman sebagai anggota lawan jenisnya. Tetapi hal ini dilakukan tanpa hasrat untuk mengubah jenis kelaminnya secara lebih permanen atau keinginan untuk menjalani operasi kelamin. Juga tidak terdapat kepuasan seksual yang menyertai pemakaian pakaian lawan jenis tersebut. Inilah yang membedakan gangguan ini dengan gangguan transvestisme fetishistik.

Gangguan Penyimpangan Seksual

Berikut ini dua kisah kejahatan seksual yang mencirikan individunya mengalami penyimpangan seksual. Theodore Robert Bundy pelaku kriminal yang lahir pada November 1946, Theodore Robert Bundy tumbuh di Wyoming. Meskipun dia berulang kali menyangkal telah melakukan pemerkosaan, penculikan, atau pembunuhan, Bundy

akhirnya mengakui 30 pembunuhan yang berlangsung antara tahun 1974 hingga 1978. Tampan dan menyenangkan, Bundy mudah menaklukkan wanita muda. Dia mengunjungi mayat-mayat korbannya beberapa waktu kemudian, lalu dia melakukan penyimpangan seksual dengan mayat-mayat walaupun sudah membusuk. Setelah memenggal kepala korbannya, dia menyimpan kepala-kepala itu sebagai piala. Bundy akhirnya dieksekusi pada January 1989.

Jeffrey Dahmer adalah seorang laki-laki kelahiran Amerika Serikat pada tanggal 21 Mei 1960 yang disebut-sebut sebagai Jack the Ripper ke-2 dari Amerika. Dahmer juga melakukan kanibalisme kepada setiap korban yang dibunuhnya. Pada masa remajanya, Dahmer mempunyai orientasi seks yang menyimpang dia menyukai sesama jenis, gay. Dahmer memulai mencari partner seks nya, dia tak segan-segan untuk membunuh dan memakan korbannya.

Kegilaan Dahmer semakin menjadi-jadi. Setiap ada pesta dia selalu ikut dan membawa teman prianya ke rumah untuk melakukan hubungan seks, sesudah itu dia tak segan-segan untuk membunuhnya. Diperkirakan korban Dahmer adalah 23 orang dan semuanya laki-laki yang berumur sekitar 14-36 tahun. Dahmer sering melakukan mutilasi, atau mencincang tubuh korbannya. Salah satu korbannya yang masih sangat muda (14 tahun) adalah Konerak Sinthasomphone, yang dihabisi Dahmer setelah ia menyodominya dengan kasar dan brutal. Konerak sempat melarikan diri dan diamankan oleh polisi, polisi itupun menginterogasi Dahmer. Tapi kemudian polisi malah percaya pada pernyataan Dahmer bahwa Konerak adalah pacarnya yang sedang marah dan ia ingin membawanya pulang. Polisi-polisi bodoh itu menyerahkan lagi si bocah malang kepada Dahmer, untuk dihabisi nyawanya.

Kriteria Diagnostik Festishisme

Gangguan ini ditandai dengan ketergantungan individu akan akan benda-benda yang dipakai lawan jenis untuk memunculkan hasrat seksualnya atau keterangsangan seksualnya. Gangguan ini biasanya terjadi lebih dominan pada laki-laki, dibandingkan

perempuan. Laki-laki dengan gangguan ini menjadi tergantung dengan benda tersebut (celana dalam wanita, BH, sepatu, stoking) untuk memunculkan rangsan seksualnya.

Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap dan berulang, ditandai dengan adanya fantasi yang intense serta membangkitkan secara dorongan seksual atau perilaku yang melibatkan penggunaan benda mati (misalnya pakaian kulit, karet, pakaian lawan jenis, atau benda lainnya).

Fantasi, hasrat, dorongan seksual atau perilaku tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Benda/objek fetish tidak terbatas pada hanya pakaian wanita/lawan jenis (seperti pada transvestik fetishism) atau alat yang didesain untuk stimulasi genital (seperti vibrator).

Kriteria Diagnostik Transvestisme Fetishistik

Gangguan ini ditandai dengan perilaku cross dressing dengan pakaian lawan jenis, untuk memperoleh rangsangan seksual, berimajenasi, dan melakukan masturbasi dengan pakaian lawan jenisnya. Ini harus dibedakan dengan transeksualism, dimana individu memakai pakaian lawan jenis dengan tujuan menguatkan identitas gendernya. Biasanya pelaku gangguan ini adalah lelaki heteroseksual, namun sebagian kecilnya merupakan lelaki biseksual dan homoseksual.

- a. Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap dan berulang, ditandai dengan adanya fantasi yang intense serta membangkitkan secara dorongan seksual atau perilaku yang melibatkan penggunaan pakaian lawan jenisnya (*cross-dressing*).
- b. Fantasi, hasrat, dorongan seksual atau perilaku tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Menjadi spesifik jika

Dengan disporia gender : jika klien secara persisten merasa tidak nyaman dengan peran gendernya atau identitas jenis kelaminnya

Kriteria Diagnostik Ekshibisionisme

Gangguan ini ditandai dengan tindakan mempertontonkan kelaminnya kepada lawan jenis yang ditemuinya secara random. Tujuan mempertontonkan alat kelaminnya adalah untuk mendapatkan keterangsangan, yang kemudian dilanjutkan dengan bermanstrubasi sambil mengkhayalkan reaksi korbannya. Gangguan ini kebanyakan dilakukan oleh lelaki. Tidak semua lelaki pelaku eksibisionis orang yang penyendiri, diantaranya ada juga yang telah memiliki pasangan.

Terjadi minimal selama 6 bulan. Bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk menunjukkan alat kelaminnya kepada orang asing yang tak terduga. Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Kriteria Diagnostik Frotteurism

Gangguan ini ditandai dengan perilaku mencari rangsan seksual ditempat keramaian, berdesak-desakan, dan dilakukan oleh lelaki. Cara yang dilakukan biasanya dengan mengosok-gosokkan alat kelaminnya pada objek sasarannya (perempuan). Biasanya terjadi di dalam bus yang padat, kereta commuter, pada jam-jam padat di pagi hari dan sore hari. Biasanya mereka tidak menginginkan kontak seksual secara jauh.

Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk menyentuh, meraba lawan jenisnya (biasanya perempuan) yang bukan merupakan pasangannya (biasanya terjadi di wilayah publik yang sesak seperti dalam bus, antrian tiket, pasar malam).
Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Kriteria Diagnostik Voyeurisme

Gangguan ini ditandai dengan perilaku mengintip atau melihat lawan jenis yang akan menanggalkan pakaiannya, atau telanjang atau mengintip kegiatan seksual tanpa diketahui oleh korban. Gangguan ini biasanya banyak dialami oleh kaum lelaki. Mereka

yang mengalami gangguan ini selalu terdorong dengan sangat kuat untuk mencari sasaran demi memuaskan hasrat seksualnya. Biasanya sambil mengintip mereka melakukan masturbasi/onani.

Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk mengintip seseorang yang sedang telanjang (bukan pasangannya), atau proses mengganti baju, atau sedang melakukan aktivitas seksual.
Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Kriteria Diagnostik Pedofilia

Ciri dari gangguan ini adalah perilaku mencari kepuasan seksual dengan subyek anak-anak di bawah umur. Ditandai dengan adanya fantasi seksual yang nyata seolah-olah sedang melakukan kontak seksual, dan diikuti dengan tindakan mencari sasaran seksualnya. Kebanyakan pelaku pedofil adalah laki-laki, tidak semua single, beberapanya sudah memiliki pasangan hidup. Sebagian pedofil masih tertarik dengan orang dewasa, sebagiannya adalah heteroseksual. Kebanyakan korban pedofil adalah anak perempuan.

- a. Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk melakukan aktivitas seksual dengan anak di bawah umur (secara umum berusia di bawah 13 tahun).
- b. Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- c. Individu dengan gangguan ini minimal berumur 16 tahun dan minimal 5 tahun lebih tua dari korbannya.

Terspesifik jika :

Tertarik pada anak laki-laki
Tertarik pada anak perempuan
Tertarik pada keduanya

Terspesifik jika :

Terbatas pada kasus incest.

Tipe khusus :

Tipe eksklusif (tertarik hanya pada anak-anak)
Tipe non-ekklusif

Kriteria Diagnostik Masokism Seksual

Ciri dari gangguan ini adalah keinginan untuk disiksa, dikuasai, dan menjadi submisif agar mendapatkan kepuasan seksual. Individu dengan gangguan ini selalu berfantasi mengalami siksaan selama kontak seksual seperti dicubit, ditampar, diikat, dihina secara verbal, dan lain-lain yang sesuai dengan imagenasinya. Gangguan ini dialami baik oleh laki-laki maupun perempuan.

- a. Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk terlibat dalam aksi nyata disiksa, atau disakiti selama melakukan aktivitas seksual.
- b. Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Kriteria Diagnostik Sadism Seksual

Ciri dari gangguan ini ditunjukkan dengan dorongan/tindakan individu untuk mendapatkan kepuasan seksual dengan menyiksa pasangannya. Ia berimajenasi menjadi penguasa yang dapat melakukan apa saja pada korbannya. Seringkali pelaku dengan gangguan ini juga memiliki gangguan kepribadian antisosial bahkan sudah mengarah pada psikopat/sociopat. Dua ilustrasi kasus pembunuh kejam di atas menjadi contoh bagaimana pelaku sadisme seksual ini.

- a. Terjadi minimal selama 6 bulan, bersifat menetap, berulang, adanya fantasi seksual yang intens dan membangkit dorongan seksual kuat atau perilaku untuk melakukan kekerasan (memukul, memaki, menyakiti) secara psikologis dan fisik terhadap korbannya yang menarik bagi pelaku secara seksual (terjadi selama aktivitas seksual).
- b. Fantasi, dorongan, hasrat seksual ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.

Bab 13. GANGGUAN SOMATOFORM

Kriteria Diagnostik Gangguan Somatisasi.

- a. Memiliki sejarah banyak keluhan fisik yang dimulai sebelum usia 30 tahun. Perilaku banyak mengeluhkan keadaan fisik ini terjadi selama beberapa tahun dan menghasilkan tindakan mencari bantuan (dokter) atau memunculkan hendaya secara sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
- b. Sala satu atau lebih kriteria di bawah ini harus dialami oleh klien selama mengalami gangguannya :
 - Empat Simptom rasa sakit : simptom rasa sakit ini minimal terjadi pada 4 fungsi tubuh yang berbeda yaitu kepala, dada, punggung, perut, dubur, selama menstruasi, selama aktivitas seksual, atau selama urinasi.
 - Dua Simptom Gastrointestinal: simptom rasa sakit ini minimal terjadi pada 2 fungsi gastrointestinal yang bukan merupakan rasa sakit yaitu perasan mual, muntah bukan akibat hamil, diare, kembung atau rekasi alergi pada beberapa jenis makanan tanpa penyebab medis yang bisa ditemukan.
 - Satu simptom seksual: simptom rasa sakit ini minimal terjadi pada 1 simptom seksual atau reproduktif yang bukan merupakan rasa sakit seperti seksual indiferensi, ereksi atau disfungsi ejakulasi, menstruasi tak teratur, menstruasi yang berlebihan dan muntah selama kehamilan.
 - Satu simptom pseudoneurologi : simptom rasa sakit ini minimal terjadi pada 1 simptom neurologis yang tidak terbatas hanya pada rasa sakit. Keluhannya mencakup gangguan koordinasi dan keseimbangan, otot tertentu yang melemah, kesulitan menelan atau rasa tersumbat ditenggorokan, aponia, kencing berulang, halusinasi, kehilangan rasa sentuhan atau sensasi rasa sakit, penglihatan ganda, kebuta, tuli, amnesia atau kehilangan kesadaran selain pingsan.
- c. Setelah pemeriksaan medis yang akurat, seluruh kriteria B di atas tidak dapat dijelaskan secara penuh oleh penyebab kondisi medis umum atau pengaruh langsung dari zat/obat tertentu. Dan gangguan ini menyebabkan distres yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- d. Simptom yang dialami klien bukan merupakan simptom buatan atau sengaja direka-reka oleh klien (sakit pura-pura/malingering).

Kriteria Diagnostik Gangguan Somatisasi yang Tidak Tergolongkan

- a. Adanya satu atau lebih keluhan fisik seperti rasa lelah yang intens (*fatigue*), kehilangan nafsu makan (*loss of appetite*), gastrointestinal atau keluhan urinari.
- b. Setelah pemeriksaan medis yang akurat, seluruh kriteria B di atas tidak dapat dijelaskan secara penuh oleh penyebab kondisi medis umum atau pengaruh langsung dari zat/obat tertentu.
- c. Munculnya gangguan ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- d. Durasi gangguan minimal terjadi selama 6 bulan
- e. Gangguan yang dialami tidak bisa didiagnosa sebagai gangguan lainnya seperti somatisasi, disfungsi seksual, gangguan tidur, dll).
- f. Simptom yang dialami klien bukan merupakan simptom buatan atau sengaja direka-reka oleh klien (sakit pura-pura/malingering).

Kriteria Diagnostik Gangguan Konversia

- a. Adanya satu atau lebih simptom atau defisit yang mempengaruhi fungsi voluntari motor sensorik yang mengindikasikan kondisi neurologis atau kondisi medis umum lainnya.
- b. Faktor psikologis diduga berhubungan dengan simptom atau defisit tersebut, karena kemunculan dan keparahannya didahului dan ditentukan oleh adanya konflik psikologis atau stresor lainnya.
- c. Simptom yang dialami klien bukan merupakan simptom buatan atau sengaja direka-reka oleh klien (sakit pura-pura/malingering).
- d. Setelah pemeriksaan medis yang akurat, simptom atau defisit yang dialami klien tidak dapat dijelaskan secara penuh oleh penyebab kondisi medis umum atau pengaruh langsung dari zat/obat tertentu.
- e. Munculnya simptom atau defisit ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- f. Simptom atau defisit tersebut tidak terbatas pada rasa sakit atau disfungsi seksual, tidak terjadi secara eksklusif selama gangguan somatisasi, dan tidak dapat didiagnosa sebagai gangguan mental lainnya.

Kekhususan tipe simptom :

Dengan simptom atau defisit motorik
Dengan simptom atau defisit sensoris
Dengan simptom atau defisit konvulsi
Dengan simptom atau defisit campuran

Kriteria Diagnostik Gangguan Rasa Sakit (Pain Disorder)

- a. Rasa sakit terjadi pada satu atau lebih tempat anatomis yang menjadi focus gambaran klinis dan rasa sakit tersebut cukup parah untuk mendapatkan penanganan secara klinis.
- b. Rasa sakit tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- c. Faktor psikologis dinilai memiliki peran penting dalam permulaan munculnya rasa sakit, tingkat keparahannya, membuat lebih buruk atau membuat rasa sakit menetap.
- d. Simptom yang dialami klien bukan merupakan simptom buatan atau sengaja direka-reka oleh klien (sakit pura-pura/malingering).
- e. Rasa sakit yang dialami tidak bisa didiagnosa sebagai akibat gangguan suasana hati, kecemasan, psikotik, dan tidak cocok memenuhi kriteria gangguan dyspareunia.

Tipenya :

Akut : durasi kurang dari 6 bulan

Kronis : durasi lebih dari 6 bulan atau lebih lama lagi

Kriteria Diagnostik Gangguan Hipokondriasis.

- a. Tersedot perhatiannya dengan ketakutan akan memiliki penyakit, atau ide bahwa dirinya mengidap penyakit serius berdasarkan misinterpretasi diri terhadap simptom tubuhnya.
- b. Rasa khawatir akan memiliki penyakit ini tetap ada/sulit diyakinkan walupun sudah dinyatakan normal melalui pemeriksaan medis.
- c. Keyakinan pada kriteria A bukan merupakan intensitas delusional (seperti pada gangguan delusional, atau tipe somatik) dan tidak terbatas hanya pada kekhawatiran akan penampilannya.
- d. Durasi gangguan minimal terjadi selama 6 bulan.
- e. Gangguan tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi lainnya.
- f. Gangguan yang dialami tidak bisa didiagnosa sebagai akibat dari gangguan kecemasan menyeluruh, obsesif-kompulsif, gangguan panik, gangguan depresi mayor, kecemasan perpisahan, atau gangguan somatisasi lainnya.

**Kriteria Diagnostik Gangguan Dismorphik Tubuh
(Body Dysmorphic).**

- a. Preokupasi terhadap kekurangan penampilan fisik yang sebenarnya hanya imajenasi subjektif klien. Jika ada sedikit saja kekurangan yang terlihat, maka hal itu sudah membuat kekhawatiran yang berlebihan pada klien.
- b. Preokupasi ini menyebabkan distres dan hambatan dalam aspek social, pekerjaan dan fungsi penting lainnya.
- c. Preokupasi ini tidak bisa didiagnosakan atau digolongkan ke gangguan mental lainnya seperti anorexia nervosa.

**Kriteria Diagnostik Gangguan Pura-pura
(Factitious Disorder)**

- a. Adanya kesengajaan untuk menampilkan, mengesankan, menakutkan orang lain bahwa dirinya memiliki keluhan atau penyakit fisik tertentu.
- b. Motivasi dari tindakannya adalah untuk menampilkan peran sakit (bahwa dirinya menderita sakit baik fisik atau psikis).
- c. Tidak adanya insentif eksternal yang menjadi tujuan tindakan pura-pura tersebut. (seperti mendapatkan asuransi kesehatan, nilai ekonomis, menghindari kewajiban formalnya seperti pada kasus gangguan malingering)

BAB 14. GANGGUAN DISSOSIATIF

Kriteria Diagnostik Gangguan Amnesia Dissosiatif

(Dissociative Amnesia Disorder).

- a. Ciri utama gangguan ini adalah ketidakmampuan individu untuk mengingat kembali informasi personal penting yang baru saja terjadi. Biasanya berkaitan dengan kejadian traumatik seperti kecelakaan atau kesedihan tak terduga, bisa berbentuk parsial dan selektif. Selain itu hilangnya ingatan tersebut tidak seperti kelupaan yang biasa.
- b. Gangguan ini tidak secara eksklusif terjadi selama klien menderita gangguan identitas dissosiatif, fugue, PTSD, stres akut, atau gangguan somatisasi. Dan juga tidak disebabkan oleh adanya pengaruh zat/obat tertentu.
- c. Gangguan tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya dalam kehidupan klien.

Kriteria Diagnostik Gangguan Fugue Dissosiatif

(Dissociative Fugue Disorder)

- a. Ciri utama gangguan ini adalah melakukan perjalanan yang mendadak dan tak terduga dari rumahnya. Perjalanan yang dilakukannya melampaui jarak yang biasa dilakukannya sehari-hari.
- b. Adanya kebingungan dengan identitas dirinya atau mengasumsikan identitas baru selama perjalanan (sebagian atau keseluruhan).
- c. Gangguan ini tidak secara eksklusif terjadi selama klien menderita gangguan identitas dissosiatif, Dan juga tidak disebabkan oleh adanya pengaruh zat/obat tertentu atau kondisi medis umum.
- d. Gangguan tersebut menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya dalam kehidupan klien.

**Kriteria Diagnostik Gangguan Identitas Dissosiatif
(Dissociative Identity Disorder).**

- a. Adanya dua atau lebih identitas atau kepribadian yang berbeda (baik dalam pola berpikir, merasa dan berperilaku).
- b. Paling sedikit dua identitas atau kepribadian yang menetap dalam diri subyek ikut mengendalikan perilakunya
- c. Ketidakmampuan untuk mengingat kembali informasi penting pribadi dan hilangnya daya ingat tersebut bukan merupakan kelupaan yang biasa.
- d. Gangguan ini tidak disebabkan oleh adanya pengaruh zat/obat tertentu atau kondisi medis umum.

**Kriteria Diagnostik Gangguan Depersonalisasi
(Depersonalization Disorder).**

- a. Adanya pengalaman menetap dan berulang seperti perasaannya terlepas dari dirinya , bukan dirinya, terasing dari dirinya, atau hilang.
- b. Memahami bahwa hal tersebut merupakan perubahan spontan dan subjektif, bukan disebabkan oleh kekuatan dari luar atau orang lain (*reality testing remains intact*).
- c. Gangguan depersonalisasi ini menyebabkan distress yang signifikan secara klinis atau hendaya dalam wilayah sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya dalam kehidupan klien.
- d. Gangguan depersonalisasi ini tidak terjadi secara eksklusif selama mengalami gangguan mental lainnya seperti schizoprenia, panid disorder, stres akut atau gangguan dissosiatif lainnya. Bukan pula disebabkan oleh adanya pengaruh zat/obat tertentu dan kondisi medis umum.

Daftar Pustaka

- Adams, C.E., Tharyan, P., Coutinho, E., & Stroup, T.S. 2006. The Schizophrenia drug-treatment paradox : pharmacological treatment based on best possible evidence may be hardest to practice in high-income countries. *The British Journal of Psychiatry*. 189 :391-399.
- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D. David, A.S. 2006. Insight in psychosis and neuropsychological function : a Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 189 : 204-212.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC : APA.
- Ancok, D & Suroso, F.N. 1994. *Psikologi Islami : Solusi Islam Atas Problem-problem Psikologi*. Yogyakarta : Penerbit Pustaka Pelajar.
- Andrews, J.A., and Duncan, S.C. 1997. Examining the reciprocal relation between academic motivation and substance use : Effects of family relationships, self-esteem and general deviance. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol 20. pp 498-523.
- Arnfred, S.M., Hemmingsen, R.P., & Parnas, J. 2006. Delayed early proprioceptive information processing in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 189: 558-569.
- Austin, M-P., Mitchell, P. & Goodwin, G.H. 2001. Cognitive deficits in depression : Possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178, 200-206.
- Armistead, L.I., Forehand, R., Beach, S.R.H. and Brody, G.H. 1995. Predicting interpersonal competence in young adulthood ; The roles of family, self and peer systems during adolescence. *Journal of Child and Family Studies*. Vol 4. 60
- Bandura, A. 1969. *Principal of Behavior Modification*. New York : Holt, Rinehart & Wiston.
- Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bastaman, D, H. 1996. *Meraih Hidup Bermakna*. Jakarta : Paramadina.
- Beal, K. 2000. Subclinical Eating Disorders in Female Athletes. *The Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. Volume: 71. Issue: 7. Page Number: 23

- Beck, A. T. 1976. *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York : Meridian.
- Beck, A.T., Emery, G & Greenberg, R.L. 1985. *Anxiety Disorders and Phobias*. New York : Guilford.
- Beckett A, Shenson D. 1993. *Suicide risk in HIV infection and AIDS*. Harvard Rev Psychiatry; 1:27-35.
- Belter, R.W., Dunn, S.E., & Jeney, P. 1991. The Psychological impact of Hurricane Hugo on children : A needs assesment. *Advance of Behavior Research & Therapy*. 13. 155-161.
- Belkin GS, Fleishman JA, Stein MD Piette J, Mor V. 1992. *Physical symptoms and depressive symptoms among individuals with HIV infection*. Psychosomatics; 33(4): 416-427
- Bennett, P. 2006. *Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory Book*. 2nd Ed. New York : Open University Press.
- Berry, T.R., & Howe, B.L. 2000. Risk Factors for Disordered Eating in Female University Athletes. *Journal of Sport Behavior*. Volume: 23. Issue: 3. Page Number: 207.
- Bhagwagar,Z., Whale, R. & Cowen, P.J. 2002. State and trait abnormalities in serotonin function in major depression. *British Journal of Psychiatry*. 180, 24-28.
- Birchwood, M. 2003. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 182, 373-375.
- Birchwood, M., & Trower, P. 2006. The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis : not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*. 188: 107-119.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Pilling, S & Matthews, R., Richards, D., Turner, S. 2007. Psychological treatment for chronic post-traumatic stress disorder : Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 190: 97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402.
- Botvin, G. & Kantor, L.W. 2004. Preventing alcohol and tobacco use trough life skill training. *Alcohol research and health*. vol 24, 4, 250-278.
- Boyce, P., Parker, G. Barnett, B., Cooney, M. & Smith, F. 1991. Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry*. 159, 106-114.

- Briere, J. 1997. *Psychological assesment of adult posttraumatic states*. Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Burns, David, D. 1995. *Terapi Kognitif : Pendekatan Baru Bagi Penanganan Depresi*. (alih bahasa :Santoso) Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Burrow-Sanchez, J.J. 2006. Understanding adolescent substance abuse: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Journal of counselling and development*. Vol 84. 3. 283+.
- Bush, S.I., Ballard, Mary E., & Fremouw, William. 2002. Attributional style, Depressive features, and Self-esteem : Adult Children of alcoholic and nonalcoholic parents. *Journal of Youth and Adolescent*. Vol 24. 177.
- Carver, Vivien. Reinert, Bonita. & Range, Lilian M. 2006. Early Adolescent and Anti-Tobacco Messages from School, Community, Media, Physicians and Parents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. Vol 15 (4).
- Carvajal, S.C., Clair, S.D., Nash, S.G., and Evans, R.I. 1998. Relating optimism, hope and self esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol 17. 65.
- Carr, Alan. 2001. *Abnormal Psychology*. Great British : Psychology Press.
- Changeux, J.P. 2002. Drug use abd Abuse. *Daedalus*. Vol 27, 2, 145-155.
- Clinibell, Howard. 1981. The Role of Religion in The Prevention and Treatment of Adiction : The Growth and Counselling Perspectives. *Proceedings of The !st Pan Pacific Conference in Drugs and Alcohol*. Canbera.
- Collins, Randall. 1986. *Sociology of Marriage and The Family : Gender, Love and Property*. USA : Nelson-Hall Inc.
- Cooppersmith, S.1967. *The Antecedents of Self-esteem*. San Fransisco, CA : W.H. Freeman.
- Corcoran, K & Fischer, J. 1994. *Measures for Clinical Practice : A sourcebook*. 3rd Ed. Vol 2 Adults. New York : The Free Press
- Corey, Gerald. 1988. *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Terjemahan. Bandung : PT Eresco.
- Cowen, P.J., McCance, S.L., Ware, C.J., Cohen, P.R., Chalmers, J.S. & Julier, D.L. 1991. Lithium in Tricyclic-resistant depression : Correlation of increased brain 5-HT function with clinical outcome. *British Journal of Psychiatry*. 159, 341-346.

- Crits-Cristoph, P. 1998. Psychosocial Treatment for personality disorders. In P. Nathan and J. Gorman (eds). *A Guide to Treatment that work*. (pp. 544-553). New York : Oxford University Press.
- Davidson, R.J., Pizzagalli, Diego., Nitschke, J.B., & Putnam, K. 2003. Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. *Annual Review of Psychology*. 545.
- Davidson, G.C. & Neale, J.M. 1974. *Abnormal Psychology an Experimental Clinical Approach*. New York : John Wiley & Son Inc.
- DeSimone, A. Murray, P. & Lester, David. 2005. Alcohol use, Self-esteem, Depression, and Suicidality in High School Students. *Journal of Adolescent*. Vol 36. 316-345.
- Diponegoro, AM. 2006. Peran Perilaku Narimo terhadap Kebahagiaan para Korban Gempa di Yogyakarta (Sebuah Studi Peran Kearifan Lokal terhadap Para Korban Gempa di Yogyakarta). *Proceedings: Temu Ilmiah Nasional IPPI V. Penerapan Nilai Kearifan Lokal dalam Intervensi Permasalahan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Dister, N.S. 1982. *Pengalaman dan Motivasi Beragama: Pengantar Psikologi Agama*. Jakarta : Lembaga Penunjang Pembangunan Nasional (Leppenas).
- Douglas, et al. 1980. Broken Family and Child Behavior. *J. Roy. Coll Physician London*, 4 :203-210. *New Direction in Childhood Psychopathology*, Vol. 1, International University Press Inc. New York. 323-354.
- Duncan, E., Gidron, Y., Shrestha, R.P. & Aryal, T. 2005. Correlates of post-traumatic stress and physical symptoms in Nepali adults under political turmoil. *Australasian Journal of Disaster and Trauma*. 112 – 122.
- Dwairy, M. 2005. Debriefing interventions for stressful events among collective societies : The case of the Palestinian-Arabs in Israel. *Australasian Journal of Disaster and Trauma*. 100-111.
- Elder, G.H., Shanahan, M.J., Clipp, E.C. 1995. Lingking combat and physical health : The legacy of World War II in men’s lives. *American Journal of Psychiatry*. 154, 330-336.
- Ellis, A. 1962. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York : L. Stuart.
- Eliot, A.O. 2004. A Concept of Self in Eating-Disordered Adolescent Girls: A Consideration of Genetic Factors. *Journal of Annals of the American Psychotherapy Association*. Volume: 7. Issue: 1. Page Number: 14+.
- Emler, Nicholas. 2001. *Self-esteem : The Cost and Causes of Low Self-worth*. New York : Joseph Rowntree Foundation.

- Epstein, J.A., Griffin, K.W., & Botvin, G.J. 2004. Efficacy, self-derogation, and alcohol use among inner-city adolescents: gender matters. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol 33, 2, 159-176.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. 1990. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Filed, T., Schanberg, S., Kuhn, C., Field, T., Fierro, K., Henteleff, T., Mueller, C., Yando, R., Shaw, S., & Burman, I.,. 1998. Bulimic Adolescents Benefit from Massage Therapy. *Adolescence*. Volume: 33. Issue: 131. Page Number: 555+.
- Forman, E., dkk. 2004. Reccurent Suicide attempt : Prediction severity level Psychopathology . *American Journal of Psychiatry*. 161: 437 - 443.
- Frankl, Victor. 1977. **Man's search for Meaning : an Introduction to Logotherapy**. London : Hodder & Stoughton.
- Ghozali, AM & Fuad. 2005. *Structural Equations Modelling : Teori & Praktek*. Semarang : Penerbit Undip.
- Gibson, HB et al. 1980. Early Delinquency in Relation to Broken Home. *J. Child Psychol. Psychiat*, 10 : 195-204.
- Goleman, Daniel. 1995. *Kecerdasan Emosi*. Terjemahan. Jakarta : Gramedia.
- Gossop, Michael. 1994. Drug and Alcohol Problems: Investigation. Dalam Lindsay & Powell (Eds). *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. New York : Routledge.
- Griffin, K.W., Botvin, G.J., Epstein, J.A., Doyle, M.M. & Diaz, T. 2002. Psychosocial amd behavioral factors in early adolescence as predictor of heavy drinking among high school seniors. *Journal of studies on alcohol*. Vol 61, 4, 603-623.
- Guiffrida, D.A., Barnes, K.L., Hoskins, C.M., & Roman, L.L. 2001. Client Pretreatment Characteristics as Predictors of Outcome in Brief Therapy for Bulimia. *Journal of College Counseling*. Vol 4. Issue: 1. Page Number: 63+.
- Haditono, S. R. 1989. *Permasalahan Remaja di Tingkat SMTA*. Makalah. Yogyakarta : Fakultas Psikologi UGM.
- Halgin, R.P., & Whitebourne, S.K. 2003. *Abnormal Psychology: Clinical Perspective on Psychological Disorders*. 4th edition. New York: McGraw-Hill.
- Hawari, Dadang. 1990. Pendekatan Psikiatri Klinis Pada Penyalahgunaan Zat. *Tesis* Jakarta : Fakultas Pasca Sarjana UI.

- Hawari, Dadang. 1996. ***Al Qur'an : Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa.*** Yogyakarta : Penerbit PT Dana bhakti Prima Yasa.
- Healy, D. 2006. Neuroleptic and mortality : a 50 year cycle. ***The British Journal of Psychiatry.*** 188: 128-130.
- Polivy, J., & Herman, C.P. 2002. Causes of Eating Disorders. ***Annual Review of Psychology.*** Page Number: 187+.
- Hinshaw, S. 1994. ***Attention deficits hyperactivity in Children.*** California : Thousand Oaks.
- Horowitz, M. Wilmer, M. & Alvarez, W. 1979. Impact of event Scale : A Measure of subjective stress. ***Psychosomatic Medicine.*** 14, 209-218.
- Hurlock, E.B. 1994. ***Psikologi Perkembangan.*** Jakarta : Erlangga.
- Ichsan, A. 2002. ***Napza dan Dampak-dampaknya.*** Simposium Penanggulangan Penyakit Masyarakat oleh MUI Jateng.
- Joukamaa, M., Heliövaara, M. Knekt, P., Aromaa, A., Raitalaso, R., Lehtinen, V. 2006. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. ***The British Journal of Psychiatry.*** 188: 122-127.
- Kendall, Philip C., Hammen, Constance. 1998. ***Abnormal Psychology : Understanding human Problems.*** Houghton Mifflin Company : Boston.
- Kizilta, G., Karabudak, E., Unver, S., Sezgin, E., Unal, A. 2006. Prevalence of Bulimic Behaviors and Trends in Eating Attitudes among Turkish Late Adolescents. ***Adolescence.*** Volume: 41. Issue: 164. Page Number: 677+.
- Klein, R. 1994. Anxiety Disorders. In M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov (eds), ***Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approaches,*** (3rd). London : Blackwell.
- Klingenspor, B. 2002. Gender-Related Self-Discrepancies and Bulimic Eating Behavior. ***Sex Roles: A Journal of Research.*** Page Number: 51+.
- Kravariti, E., Touloupoulou, T., Mapua-Fibley, F., Schulze, K., Walshe, M., Pak Sham., Murray, R.M. 2006. Intellectual asymmetry and genetic liability in first-degree of probands with schizophrenia. ***The British Journal of Psychiatry.*** 188: 186-178.
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., Hardy, A., & Garety, P. 2006. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. ***The British Journal of Psychiatry.*** 188: 173-179.

- Lau, J.F., & Eley, T.C. 2006. Changes in genetic and environmental influences on depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *The British Journal of Psychiatry*. 189 : 422-427.
- Lee, K.A., Vaillant, G.E., Torrey, W.C. & Elder, G.H. 1995. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152 (4), 516-522.
- Lindorff, Margaret. 2002. After the war is over : PTSD symptoms in World War II veterans. *Australasian Journal of Disaster and Trauma*. 23-27.
- Lindsey, S.J.E. & Powell, G.E. 1994. *The Handbook of Clinical Adult Psychology*. 2nd Ed. London : Routledge.
- Lloyd, A.J., Ferrier, I.N., Barber, R., Gholkar, A., Young, A.H. & O'Brien, J.T. 2004. Hippocampal volume change in depression : Late- and early-onset illness compared. *British Journal of Psychiatry*. 184, 488-495.
- Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J., & Gray, J. 1997. Testing the Hypothesis of the Multidimensional Model of Anorexia Nervosa in Adolescents. *Adolescence*. Volume: 32. Issue: 125. Page Number: 101+.
- Maccabe, Susan. 2004. EMDR : Implications of the Use of Reprocessing Therapy in Nursing Practice. *Journal of Perspective in Psychiatric Care*. Volume 40, Issue 3. 104.
- McGuffin, P & Katz, R. 1989. The Genetics of depression and manic-depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 155, 294-304.
- MacMaster, F.P. 2001. Hippocampal Abnormalities in Major depression adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 155, 245-252.
- Maxfield, Louise. 2001. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Washington DC :Greencross Publications.
- Miller, D.A.F., McCluskey-Fawcett, K., & Irving, L.M. 2002. Correlates of Bulimia nervosa: early family mealtime experiences. *Journal of Adolescence*, vol 28, issue 111, 621+.
- Nanang, Ichlas., Karmiyati, Diah., Suryaningrum, Cahyaning. 2006. Studi Kasus Tentang Etiologi dan Profil Kepribadian Individu dengan Percobaan Bunuh Diri. *Proceedings: Temu Ilmiah Nasional IPPI V. Penerapan Nilai Kearifan Lokal dalam Intervensi Permasalahan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Nevid, J.S., Rathus, S P., & Greene, B. 2002. *Abnormal Psychology in Changing World*. Fourth Ed. Prentice Hall.

- Newton, M. 2005. Exploring the Psychopathology of Anorexia Nervosa: A Mahlerian Standpoint. *Perspectives in Psychiatric Care*. Volume: 41. Issue: 4. Page Number: 172+
- Papakostas, G., dkk. 2004. Somatic depression and effective therapy. *Clinical Journal of Psychiatry*. 123, 234-245.
- Paris, J. 1996. *Social Factors in the Personality Disorders. A Biopsychosocial Approach to Etiology and Treatment*. Cambridge. UK : Cambridge University Press.
- Perry, E.K., Marshall, E.F., Blessed, G., Tomlison, B.E., & Perry, R.H. 1983. Decreased imipramine binding in brains of patients with depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 142, 188-192.
- Pryor, T., & Weiderman, M.W. 1996. Measurement of Nonclinical Personality Characteristics of Women with Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Journal of Personality Assessment*. Vol 67, issue 2, 421+.
- Pryor, T., & Weiderman, M.W. 2002. Personality Features and Expressed Concerns of Adolescents with Eating Disorders. *Adolescence*. Volume: 33. Issue: 130. Page Number: 291.
- Purwandari, E. 2006. Internalisasi Nilai-nilai Hidup Bebas Remaja Penyalahguna Napza Melalui Retrieval Memori Otobiografi. *Proceedings: Temu Ilmiah Nasional IPPI V. Penerapan Nilai Kearifan Lokal dalam Intervensi Permasalahan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Rothbaum, B.O. 1997. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Romeo, F. 2002. Adolescent Boys and Anorexia Nervosa. *Adolescence*. Volume: 29. Issue: 115. Page Number: 643+.
- Rubin, Allen & Wambach, Kathryn G. 1999. The Effectiveness of EMDR with Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Social Work Research*. 23, 2, 103.
- Rutter, M. 1980. Parent-Child Separation, Psychological Effect on The Children. *New Direction in Children Psychopatology. Vol 1*. New York : International University Press Inc.
- Robinson, J.P. & Shaver, P.R. 1973. *Measures of Social Psychological Attitudes*. Michigan : Institute for Social Research. The Institute of Michigan.
- Safaria, Triantoro. 2005. *Autisme : Pemahaman Baru bagi Orang tua untuk Hidup Bermakna*. Graha Ilmu : Yogyakarta.

- Safaria, Triantoro. 2006. Perbedaan Tingkat Kebermaknaan Hidup antara Kelompok Narapidana Kasus Penyalahgunaan Napza dengan Kelompok non Pengguna Napza. *Proceedings: Temu Ilmiah Nasional IPPI V. Penerapan Nilai Kearifan Lokal dalam Intervensi Permasalahan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Safaria, Triantoro. 2007. Kecenderungan Penyalahgunaan Napza ditinjau dari Tingkat Religiusitas, Regulasi Emosi, Keharmonisan keluarga, Motivasi Berprestasi, Harga-diri, dan Pengaruh Negatif Teman Sebaya. *Jurnal Humanitas*.
- Sanchez. 2006. Understanding Adolescent Substance Abuse: prevalence, risk factor, and clinical implications. *Journal of counselling and development*. Vol 84, 3, 283-293.
- Schwartz ,E.D, Kowalski I.M. 1991. Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 30:936-44.
- Shacham, Mirri., & Lahad, Mooli. 2004. Stress reactions and coping resources mobilized by children under shelling and avcuation. *Australasian Journal of Disaster and Trauma*. 77- 89.
- Shapiro, F. 2001. *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures*. 2nd ed. New York : Guilford Press.
- Shrimankar, J., Soni, S.D., & McMurray, J. 1989. Dezamethasone suppression test in dementia and depression : Clinical and biological correlates. *The British Journal of Psychiatry*. 154, 372-377.
- Smyth, J., Hockemeyer, J., Anderson, C., Strandberg, K., Koch, M., Oneill, H.K. & McCammon, S. 2002. Structured writing about a natural disaster buffers the effect of intrusive thoughts on negative affect and physical symptoms. *Australasian Journal of Disaster and Trauma*. 14 – 28.
- Sundberg, Norman, D., Winebarger, Allen. A., & Taplin, Julian. R. 2002. *Clinical Psychology : Evolving Theory, Practice, and Research*. New Jersey : Prentice Hall.
- Sus Budiharto, Yudistira. 2005. Kecenderungan ketergantungan penyalahgunaan napza pada remaja ditinjau dari keteraturan menjalankan sholat wajib dan kontrol-diri. *Proceeding Temu ilmiah Nasional Psikologi Islami. Isu-isu kontemporer Psikologi Islami : Teori, Riset, dan Aplikasi*.
- Talwar, N., Crawford, M.J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Procter, S. 2006. Music therapy for in-patients with schizophrenia : exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 189: 405-409.
- Thompson, G. 1994. *Emotion Regulation: Theory & Reseach*. USA : John Wiley & Sons.

- United Nations. 2003. *Adolescent Substance Use: Risk and Protection*. Bangkok: United Nations Publication.
- Van Emmerik, A.P., Kampuis, J.H., Hulsbosch, A.M., & Emmelkamp, P.M. 2002. Single session debriefing after psychological trauma : A meta-analysis. *The Lancet*, 360 (9335), 766-771.
- Van Etten, M.L. & Taylor, S. 1998. Comparative efficacy of treatments of posttraumatic Stress Disorder : A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 125-144.
- Wagner, K.D., Berenson, A., Harding, O., & Joiner, T. 1998. Attributional style and depression in pregnant teenagers. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1227-1233.
- Weiderman, M. W. 1997. MCMI-LI Personality scale scores among Women with Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Journal of Personality Assessment*. Vol 69 issue 3, 516+
- Weiss, D & Marmar, C. 1997. The Impact of events scale-revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guildford.
- Wenar, Charles & Kering, Patricia. 2000. *Developmental Psychopathology : From Infancy through Adolescence*. 4th Ed. McGrawHill.
- Wilson, SA. Becker, L.A., & Tinker, R.H. 1995. Eye movement desensitization and reprocessing treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Yuniardi, Salis. 2006. Persepsi Remaja dengan Perilaku Anti Sosial terhadap Peran Ayah dalam Keluarga. *Proceedings: Temu Ilmiah Nasional IPPI V. Penerapan Nilai Kearifan Lokal dalam Intervensi Permasalahan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Yatim, D.I. 1985a. *Masalah Penyalahgunaan Obat Informasi Dasar tentang Obat Psikoaktif*. Proyek INS/83/006 Depsos-UNDP-Bersama. Proyek Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Penanggulangan Masalah Penyalahgunaan Obat-obatan di Indonesia.
- Yatim, D.I. 1985b. *Zat Psikoaktif dari Masa ke Masa : Tinjauan Sejarah Terhadap Obat, narkotika, dan Zat-zat Sejenis*. Proyek INS/83/006 Depsos-UNDP-Bersama. Proyek Peningkatan Peranserta Masyarakat dalam Penanggulangan Masalah Penyalahgunaan Obat-obatan di Indonesia.
- Zanden, James, W.V. 1988. *The Social Experience : Introduction to Sociology*. USA : Random House.

Zaider, T.I., Johnson, J.G., & Cockell, S.J. 2002. Psychiatric Disorders associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol 31, issue 5, 319+.

Kedaulatan Rakyat, 19 Maret 2004. *Tertangkapnya 5 Mahasiswa Pengguna Narkoba*. Yogyakarta.

<http://www.sinarharapan.co.id/berita/0710/23/opi01.html>.

<http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/mb11napza04.html>.

<http://www.suaramerdeka.com/harian/0506/25/opi03.htm>).

GLOSARIUM

A

Abstraksi selektif : suatu distorsi kognitif yang melibatkan kecenderungan untuk berfokus pada hanya pada bagian yang negatif dari pengalaman atau peristiwa.

Acrophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap ketinggian.

Afasia nominasi : tidak mampu memberikan nama benda-benda di sekelilingnya.

Afek : responsivitas emosional

Agoraphobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap tempat terbuka atau daerah publik.

Aichmophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap objek yang tajam.

Adaptive Information Processing Model : Teori model ini menjelaskan bahwa manusia diasumsikan memiliki sistem pemrosesan informasi inheren yang secara fisiologis dan neurobiologis menjadi alat untuk menyeimbangkan semua pemrosesan informasi.

Adiksi adalah penggunaan habitual dan kompulsif dari suatu obat yang diiringi dengan bukti ketergantungan fisik.

Akson : bagian yang panjang dan tipis dari neuron tempat dimana impuls-impuls syaraf berkeliaran.

Algophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap rasa sakit.

Ambivalensi : memiliki perasaan yang saling bertentangan terhadap orang lain atau suatu situasi/tujuan.

Amygdala : struktur limbik yang terlibat dalam pemrosesan stimuli yang mengancam.

Analgesia : bebas rasa sakit tanpa menghilangkan kesadaran.

Anhedonia : suasana hati tanpa rasa senang.

Arachnophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap laba-laba.

Arousal : berkaitan dengan keadaan terangsang atau terstimulasi akibat adanya stimulus dari luar baik berupa hadiah maupun hukuman.

Asosiasi : hubungan antara pikiran-pikiran

Asesmen : proses pengumpulan data untuk menentukan diagnosa atau hipotesis

Astraphobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap badai, petir, dan angin.

Atribusi eksternal : keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor dari luar diri sendiri.

Atribusi global : keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor yang menyeluruh, bukan spesifik.

Atribusi internal : keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor dari dalam diri sendiri.

Atribusi spesifik: keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor spesifik, bukan menyeluruh.

Atribusi stabil : keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor yang stabil dan tidak dapat diubah.

Atribusi tidak stabil : keyakinan bahwa penyebab dari suatu peristiwa melibatkan faktor-faktor yang tidak stabil dan dapat diubah.

Antibodi : zat yang dihasilkan oleh sel darah putih yang mengidentifikasi dan mengarahkan penghancuran terhadap antigen.

Antidepresan : obat yang digunakan untuk menangani depresi atau menciptakan keadaan tenang.

Antipsikotik : obat yang digunakan untuk menangani gangguan psikotik (schizophrenia) atau menghilangkan gejala-gejala psikotik (halusinasi, waham).

Anticipatory panic attack : ketakutan atau kecemasan yang menetap akan kemungkinan mengalami serangan kembali.

Anterior cingulate cortex : menjembatani antara perhatian dan emosi. Anterior cingulate cortex berfungsi sebagai pengintegrasi antara visceral, perhatian, dan informasi afektif yang berguna bagi pengaturan diri dan kemampuan adaptasi. Anterior cingulate ini terbagi menjadi dua divisi. Pertama subdivisi afeksi meliputi daerah rostral dan ventral (Brodmann's areas 25, 32, 33 dan rostral area 24). Kedua

subdivisi kognisi melibatkan bagian dorsal (caudal area 24, dan 32, serta area motor cingulate).

Attachment : kelekatan anak terhadap figur ibu/orang tuanya tujuannya adalah untuk memperoleh rasa aman dan perlindungan. *secure attachment* : kelekatan aman bentuk kelekatan yang adekuat. *insecure attachment* : kelekatan tidak aman bentuk kelekatan yang tidak adekuat. *attachment figure* : figur yang menjadi sumber kenyamanan dan perlindungan

Attention deficit disorder (ADHD) : gangguan yang ditandai dengan rentang perhatian yang pendek, mudah teralihkan perhatiannya bahkan pada stimulus yang biasa (distractibility). Ditandai juga dengan hiperaktivitas perilaku dan motorik, dan secara spontan mengikuti impuls-impulsnya seketika itu juga tanpa mampu melihat konsekuensi dari tindakannya.

Autisme : merupakan gangguan perkembangan pervasif yang ditandai dengan kegagalan untuk berhubungan dengan orang lain, terbatasnya kemampuan bahasa, perilaku motorik yang terganggu, gangguan intelektual, dan tidak menyukai perubahan dalam lingkungan.

Avoidance : merupakan ciri-ciri dari gangguan PTSD yang diwujudkan dengan selalu menghindar dari sesuatu yang berhubungan dengan trauma.

B

Barbiturat : jenis depresan yang digunakan untuk mengurangi kecemasan atau untuk menyebabkan tidur tetapi sangat adiktif.

Basal ganglia : bagian subkortikal dari otak yang mengendalikan fungsi inisiasi, kontrol dan modulasi dari gerakan yang disengaja. Kelompok neuron-neuron yang terletak antara talamus dan serebrum. Kerusakan pada bagian ini menyebabkan munculnya gerakan tidak terkontrol atau gerakan disengaja yang melambat secara berlebihan seperti pada kasus penyakit Parkinson atau Huntington.

Behavioral assesment : pendekatan terhadap proses asesmen klinis secara objektif dan deskriptif yang menfokuskan pada pencatatan berdasar perilaku bermasalah yang dimunculkan.

Behaviorisme : aliran psikologi yang mendefinisikan psikologi sebagai ilmu tentang perilaku yang dapat diamati.

Benzodiazepam : golongan obat-obatan antikecemasan yang mencakup Valium dan Xanax.

Bipolar : tipe gangguan depresi yang ditandai dengan adanya dua simtom yaitu mood depresif dan mania.

Bereveament : masa berduka setelah mengalami kematian orang penting dalam hidup seseorang.

Brain electrical activity mapping (BEAM) : teknik penggambaran yang melibatkan analisis komputer dari data yang berasal dari banyak elektrode untuk mengungkapkan bagian-bagian otak yang menunjukkan taraf aktivasi yang relatif tinggi atau rendah.

C

Cataplexy : kehilangan kontrol otot untuk sesaat secara tiba-tiba.

Catecholamines : kelompok zat yang meliputi neurotransmitter (dopamin & nonepinefrin) dan hormon-hormon (epinefrin & nonepinefrin).

Cerebral cortex :

Cerebellum :

Chlorpromazine : obat neuroleptik/psikotik generasi pertama yang memiliki efek samping besar

Clanging : kecenderungan merangkai kata-kata bersama-sama karena irama atau suaranya terdengar sama.

Claustrophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap tempat tertutup.

Clozapine : obat neuroleptik/psikotik generasi kedua yang memiliki efek samping lebih kecil jika diminum secara terus-menerus.

Coercive : pola asuh yang penuh hukuman, otoriterian dan kurang kasih sayang.

Conduct disorder : gangguan perilaku antisosial yang terjadi pada remaja, yang cenderung memunculkan perilaku kriminalitas.

Command automatism : gejala lain seperti ketaatan terhadap perintah atau otomatisasi terhadap perintah.

Computed tomography (CT scan) : gambar komputer dari struktur internal otak yang diperoleh dengan menyorotkan sinar-X yang tipis ke otak.

Concordance : keselarasan.

Crack : bentuk kokain yang diperkeras dan dapat dihisap.

Cytomegalovirus : sumber infeksi yang terjadi pada wanita hamil dan menimbulkan resiko retardasi mental bagi bayi yang dikandungnya.

D

Delusi : suatu keyakinan yang dipegang kuat namun tidak akurat, yang terus ada walaupun bukti-bukti menunjukkan keyakinan itu tidak memiliki dasar dalam realitas.

Depresan : obat yang menurunkan tingkat aktivitas sistem saraf pusat.

E

Electroencephalograph (EEG) : instrumen untuk mengukur aktivitas otak.

Episode manik : suatu periode peningkatan euforia yang tidak realistis, sangat gelisah, dan aktivitas berlebihan, yang ditandai dengan perilaku yang tidak terorganisasi dan hendaya dalam penilaian.

Empat A : karakteristik dari schizoprenia yaitu Asosiasi longgar, Afek tumpul dan tidak sesuai, Ambivalensi, dan Autisme.

Etiologi : berhubungan dengan penyebab atau asal mula suatu gangguan.

F

Fase negatif : suatu penilaian salah bahwa seorang individu bebas dari suatu gangguan, pada hal nyatanya ia menderita gangguan tersebut.

Fase positif : suatu penilaian salah bahwa seseorang individu menderita suatu gangguan.

Fase prodromal : pada skizoprenia, periode penurunan fungsi yang mengawali episode psikosis akut yang pertama.

Fase residual : pada skizoprenia, fase yang mengikuti fase akut, ditandai oleh kembalinya fungsi pada tingkat seperti fase prodromal.

Fobia sosial : ketakutan yang berlebihan terhadap interaksi atau situasi sosial.

Fobia spesifik : ketakutan yang persisten dan berlebihan terhadap suatu objek atau situasi spesifik.

Free-floating anxiety : istilah lain untuk merujuk pada gangguan kecemasan menyeluruh.

Functional magnetic resonance imaging (fMRI) : tipe MRI yang digunakan untuk mengidentifikasi bagian-bagian otak yang menjadi aktif ketika orang melakukan tugas-tugas tertentu.

Fungsi pramorbid : tingkat fungsi sebelum seseorang mengalami gangguan skizoprenia.

G

Gama-aminobutyric acid (GABA) : suatu neurotransmitter inhibitoris (penghambat) yang dipercaya memegang peranan dalam munculnya kecemasan.

Gangguan Asperger : bentuknya yang lebih ringan dari gangguan pervasif yang ditandai dengan adanya defisit pada interaksi sosial dan perilaku stereotipik tetapi tanpa disertai keterlambatan signifikan pada aspek bahasa dan kognitif seperti pada autisme.

Gangguan *attention-defisit-hyperactivity* : gangguan perilaku yang ditandai dengan aktivitas motorik berlebih dan ketidakmampuan untuk memfokuskan perhatian pada tugas.

Gangguan bipolar : suatu gangguan yang ditandai dengan perubahan mood antara rasa girang yang ekstrim dan depresi yang parah.

Gangguan depresi mayor : suatu gangguan mood yang parah yang ditandai dengan episode-episode depresi mayor seperti rasa sedih, putus asa dan ide bunuh diri.

Gangguan distimik : suatu tipe gangguan depresi yang ringan namun bersifat kronis.

Gangguan *separation anxiety* (kecemasan perpisahan) : gangguan pada anak-anak yang ditandai oleh ketakutan berlebihan akan perpisahannya dari orang tua atau pengasuh lainnya.

Gangguan generalized anxiety (kecemasan menyeluruh) : suatu tipe gangguan kecemasan yang ditandai oleh perasaan cemas yang umum dan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan keadaan peningkatan ketegangan tubuh.

Gangguan perkembangan pervasif : gangguan perkembangan yang dicirikan dengan gangguan pada beberapa fungsi psikologis dasar anak, dan menunjukkan gangguan kualitatif berat yang tidak normal bagi setiap tahap perkembangan manapun, karena gangguannya berupa distorsi/penyimpangan dalam perkembangan.

Gangguan akibat penggunaan zat (*substance-induced disorders*) yaitu gangguan yang dapat muncul akibat penggunaan zat psikoaktif, seperti keracunan, gejala putus obat (*sakau*), gangguan suasana hati, amnesia, delirium, atau gejala psikotik.

Gangguan stres akut : suatu reaksi stres traumatis yang terjadi dalam hari-hari minggu-minggu setelah mengalami suatu peristiwa traumatis.

Gangguan stres pasca trauma (PTSD) : suatu reaksi maladaptif yang berkepanjangan terhadap suatu peristiwa traumatis, yang ditandai dengan penghindaran, kilas balik, hiperarousal, dan kehampaan perasaan.

Gangguan kepribadian antisosial : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan perilaku merugikan orang lain, tindakan kriminal, tindakan agresif, yang semuanya bertujuan untuk memuaskan kebutuhannya sendiri dengan melanggar hak orang lain tanpa rasa bersalah.

Gangguan kepribadian borderline : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan impulsivitas, ketakutan akan penolakan, menyakiti diri sendiri atau bertindak agresif pada pasangan intimnya, sehingga menyebabkan kegagalan yang terus-menerus dalam hubungan interpersonalnya.

Gangguan kepribadian dependen : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan ketidak mampuan individu untuk bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri, kesulitan mengambil keputusan untuk dirinya sendiri, dan menyerahkan semua urusan/kepentingan/kebutuhan dirinya sendiri untuk diputuskan oleh orang lain.

Gangguan kepribadian histrionik : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan kebutuhan mencari perhatian yang berlebihan dengan cara seduktif, mengoda dan berpakaian berlebihan.

Gangguan kepribadian narsistik : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan waham kebesaran akan diri sendiri yang tidak mendasar dan tidak memiliki bukti nyata.

Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan tuntutan terhadap kesempurnaan, detail dan keteraturan yang berlebihan.

Gangguan kepribadian paranoid : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan adanya kecurigaan berlebihan terhadap niat orang lain tanpa alasan dan bukti yang nyata. Bahwa orang lain akan mengkhianatinya, memiliki niat jahat terhadapnya atau secara rahasia ingin menjatuhkannya.

Gangguan kepribadian schizotipal : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan adanya perilaku, pola pikir, persepsi dan gaya berbicara aneh, eksentrik dan ganjil.

Gangguan kepribadian schizoid : gangguan kepribadian yang dicirikan dengan isolasi sosial dan kecenderungan untuk menghindari situasi sosial.

Gen : unit dalam kromosom yang membawa sifat keturunan atau hereditas.

Genotip : suatu set trait yang ditentukan oleh kode genetik individu.

Gephyrophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap jembatan.

H

Hematophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap

Hiperventilasi : suatu pola bernafas yang terlalu cepat yang diasosiasikan dengan kecemasan.

Hipomanik : mengacu pada keadaan maniak yang lebih ringan atau kegirangan.

Hipotalamus : suatu struktur pada otak depan yang berperan dalam mengatur suhu tubuh, emosi dan motivasi.

Hydrophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap air.

I

Ide persekusi : suatu bentuk pemikiran delusional yang ditandai oleh adanya keyakinan yang salah, bahwa seseorang akan disiksa atau dijadikan sasaran tembak oleh orang lain.

Ideas of references : sebuah bentuk pemikiran delusional dimana seseorang membaca makna pribadi dari perilaku orang lain atau peristiwa eksternal.

Identifikasi : proses menggabungkan kepribadian atau perilaku dari orang lain.

Insiden : sejumlah kasus baru dari suatu gangguan yang terjadi dalam periode waktu tertentu.

Insight : diperolehnya kesadaran atau pemahaman tentang motif dan perasaan seseorang.

Inteligensi : (1) kapasitas untuk menghadapi dunia dan berespon terhadap tantangannya, (2) trait diukur dengan tes-tes inteligensi.

Intoksikasi zat (*intoxication*) yang dicirikan dengan kondisi mabuk atau melayang (*fly*). Efek ini diakibatkan oleh pengaruh zat kimiawi yang mempengaruhi kinerja otak manusia.

Involunter : otomatis atau tanpa pengarahannya yang disadari.

IQ deviasi : suatu quotien intelegensi yang diperoleh dengan menentukan deviasi antara skor yang diperoleh seseorang dengan norma (rata-rata).

K

Kambuh : terulangnya masalah atau gangguan perilaku.

Katarsis : pembebasan atau pengkepresian perasaan-perasaan secara bebas.

Kecemasan : suatu keadaan emosional yang memiliki ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan perasaan aprehensip bahwa suatu yang buruk akan terjadi.

Kecemasan yang muncul kembali : pengalaman kecemasan yang kuat setelah tidak menggunakan obat penenang.

Kekhususan respon individual : keyakinan bahwa masing-masing individu merespon dengan cara yang berbeda terhadap suatu stresor yang sama.

Kembar dizigotik : kembar yang berkembang dari pembuahan telur-telur yang terpisah.

Kembar monozigotik : kembar yang berkembang dari pembuahan dengan satu telur sehingga berbagi genetik secara identik.

Ketahanan psikologis : suatu kelompok trait penahan stres ditandai dengan adanya komitmen, tantangan dan pengendalian.

Ketergantungan fisiologis (*physiological dependence*) adalah keadaan tubuh yang telah berubah sedemikian rupa sebagai hasil dari penggunaan zat psikoaktif yang terus-menerus, sehingga tubuh menjadi tergantung pada pasokan zat tersebut secara stabil.

Ketergantungan psikologis (*psychological dependence*) adalah penggunaan zat secara kompulsif untuk memenuhi kebutuhan psikologis, seperti tergantung pada obat tertentu untuk menghilangkan kecemasan, kesedihan atau stres.

Ketergantungan zat (*substance dependence*) dicirikan sebagai adanya gangguan pada kendali terhadap penggunaan zat psikoaktif, dan sering ditandai dengan ketergantungan fisiologis.

Ketidakterampilan yang dipelajari : suatu pola perilaku yang ditandai dengan kefasihan dan persepsi akan kurangnya kontrol.

Ketidaksadaran : bagi Freud, bagian dari pikiran yang terletak di luar kesadaran yang umum dan berisi dorongan instingtual.

Kilas balik : pengalaman distorsi persepsi atau halusinasi yang terjadi setelah suatu peristiwa traumatis atau penggunaan LSD dan obat halusinogenik lainnya.

Kompulsi : suatu tingkah laku yang repetitif dan ritualistik yang individu rasa harus dilakukan.

Kompulsi untuk mengungkapkan : dorongan untuk mengekspresikan secara verbal materi yang direpresi.

Komunikasi double-blind : sebuah pola komunikasi yang melibatkan kesan yang bertolak belakang atau kesan yang bercampur tanpa mengetahui konflik yang termuat di dalamnya.

Kongruen : keselarasan antara pemikiran, perilaku, dan perasaan seseorang.

Korteks serebral : daerah permukaan yang berkerut-kerut pada permukaan serebrum, bertanggung jawab untuk memproses stimulus sensoris dan mengendalikan fungsi mental yang lebih tinggi, seperti berpikir dan penggunaan bahasa.

Kromosom : struktur pada inti sel yang membawa unit-unit hereditas atau gen.

M

Magnetic resonance imaging (MRI) : suatu gambar komputer dari otak dengan mengukur sinyal-sinyal yang dikeluarkan bila kepala diletakkan pada suatu medan magnet yang kuat.

Manik : berhubungan dengan maniak, seperti dalam fase manik dari gangguan bipolar.

Medula : daerah di batang otak yang berperan dalam pengaturan detak jantung dan pernafasan.

Mekanisme pertahanan diri : strategi mendistorsi kenyataan yang digunakan ego untuk membentengi diri dari kesadaran atas materi-materi yang menimbulkan kecemasan.

Metode eksperimental : suatu metode ilmiah yang bertujuan untuk menemukan hubungan sebab-akibat dengan meminipulasi variabel independen dan mengobservasi akibatnya pada variabel dependen.

Metode epidemiologi : sebuah metode penelitian yang menelusuri angka kemunculan gangguan diantara kelompok yang berbeda.

Metode ilmiah : sebuah metode yang digunakan dalam penelitian ilmiah, di mana teori atau asumsi diuji dengan memperhitungkan bukti yang jelas.

Model diatesis-stres : model yang mengemukakan bahwa masalah-masalah perilaku abnormal meliputi interaksi antara kerentanan atau predisposisi dengan peristiwa atau pengalaman kehidupan yang penuh tekanan.

Model psikodinamika : model teoritis dari freud dan para pengikutinya, dimana perilaku abnormal dipandang sebagai suatu hasil dari kekuatan-kekuatan yang bertentangan dalam kepribadian.

Modeling : teknik terapi perilaku untuk menolong individu memperoleh keterampilan baru dimana terapis atau individu lain mendemonstrasikan keterampilan target untuk ditiru oleh individu.

Monoamine oxidase inhibitors : suatu kelompok obat antidepresan yang meningkatkan tersedianya neurotransmitter dalam otak dengan menghambat aksi enzim yang menguraikan neurotransmitter.

Mood : pengalaman emosional individu yang bersifat menyebar.

N

Neologisme : kata-kata baru

Neuroleptik : sekelompok obat antipsikotik yang digunakan dalam penanganan skizoprenia, seperti *phenothiasin*.

Neuron : sel-sel syaraf.

Neurotransmitter : zat-zat kimia yang menyalurkan satu pesan dari satu neuron ke neuron lainnya.

Nyctophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap kegelapan.

O

Obat antikecemasan : obat yang mengatasi kecemasan dan mengurangi kondisi ketegangan otot.

Obat antipsikotik : obat yang digunakan untuk menangani skizoprenia atau gangguan psikotik lainnya.

Object relation : hubungan yang dimiliki seseorang terhadap representasi internal, atau objek dari kepribadian orang lain yang telah diintroyeksikan ke dalam struktur egonya.

Obsesi : suatu pikiran atau gambaran yang muncul berulang-ulang dan tidak dapat dikendalikan oleh individu.

Ophidiophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap ular.

P

Pandangan dunia : pandangan yang berlaku pada masa tertentu

Paranoid : mengacu pada kecurigaan yang tidak rasional.

Parasimpatis : berkaitan dengan bagian sistem syaraf otonomik di mana aktivitasnya mengurangi kondisi terjaga dan mengatur proses-proses tubuh yang mengisi kembali persediaan tenaga

Patogen : organisme penyebab penyakit.

Phenothiazines : sekelompok obat antipsikotik yang digunakan untuk menangani skizoprenia.

Penyalahgunaan zat (*substance abuse*) diartikan sebagai penggunaan zat psikoaktif secara terus-menerus walaupun mengetahui akibat negatifnya seperti masalah sosial, pekerjaan dan kesehatan.

Pikiran-pikiran otomatis : pikiran-pikiran yang muncul begitu saja pada benak seseorang.

Populasi: seluruh kelompok orang, organisme, atau peristiwa.

Positron emission tomography: sebuah teknik penggambaran yang membentuk gambar komputer dari otak dengan menelusuri jumlah glukosa yang dipakai di berbagai daerah otak.

Prevalensi : keseluruhan jumlah kasus dari suatu gangguan dalam populasi pada periode waktu tertentu.

Prinsip kesenangan (*pleasure principle*) : prinsip yang mengatur id, melibatkan tuntutan-tuntutan untuk pemenuhan segera atas kebutuhan-kebutuhan.

Prinsip realitas : prinsip yang mengatur ego, dimana melibatkan pertimbangan tentang penerimaan sosial dan kepraktisan.

Proband: kasus yang didiagnosa pertama kali dari gangguan.

Pyrophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap api.

R

Restrukturisasi kognitif : suatu metode terapi kognitif yang mencakup pengantian pikiran-pikiran irasional dan negatif dengan alternatif lain yang lebih rasional dan positif.

S

State anxiety : kecemasan sebagai suatu reaksi terhadap situasi tertentu. Jika situasi itu tidak ada maka kecemasannya pun hilang.

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) : suatu obat antidepresan yang meningkatkan tersedianya serotonin dalam otak dengan meningkatkan ketersediaannya di otak dengan cara menghambat penyerapannya kembali oleh neuron pengirim.

Serebelum : sebuah struktur pada bagian batang otak yang berperan dalam koordinasi dan keseimbangan.

Serebrum : bagian yang besar dari otak depan, terdiri dari dua hemisfer serebral.

Sindrom putus zat/obat (*withdrawal syndrome*) dicirikan dengan kondisi fisik yang serba tidak menyenangkan, adanya rasa sakit dan kegelisahan, bersamaan dengan akibat penghentian penggunaan zat. Akibat dari sindrom putus obat ini adalah individu kembali menggunakan zat tersebut untuk menghilangkan rasa sakitnya. Gejala dari putus zat ini bervariasi tergantung dari jenis zat yang digunakannya. Jika alkohol maka gejalanya mencakup mulut kering, mual, depresi, pusing, insomnia, tekanan darah meningkat atau muntah.

Simpatik : bagian susunan saraf otonom yang bertanggungjawab pada keadaan tegang dan stres.

Simtom negatif : terjadi pada schizoprenia tipe II ditandai dengan kemunculan simtom negatif (*negative symptoms*) dengan defisit yang lebih berat seperti berkurangnya peran dan fungsi normal individu, afeksi yang datar, apatis, kekurangan aktivitas yang terarah, bersikap membisu, kekurangan kesenangan, motivasi, kekurangan dalam persistensi di dunia kerja, hendaya intelektual, kemunculan yang bertahap, gangguan dalam interaksi sosial dan respons yang lebih buruk terhadap obat-obat antipsikotik. (*flat affect, lack of self-directed activity, lack of enjoyment or pleasure, absence of speech, disturbances in social relatedness*).

Simtom positif : terjadi pada schizoprenia tipe I ditandai dengan munculnya delusi, halusinasi, disorganisasi bicara, asosiasi yang longgar kemunculan yang mendadak, perilaku yang aneh (*delusion, hallucinations, disorganized speech and peculiar behavior/psychomotor*), kemampuan intelektual yang tetap terpelihara dan respon yang lebih baik terhadap pengobatan antipsikotik

Skizoprenia : gangguan jiwa berat yang ditandai dengan hilangnya kontak terhadap realitas, munculnya halusinasi dan delusi, serta adanya pola pikir dan tingkah laku yang aneh dan ganjil.

Skizoprenia tipe paranoid : tipe skizoprenia yang ditandai dengan gejala utama yaitu adanya kecurigaan yang berlebihan dan irasional

Skizoprenia tipe hebeprenik : tipe skizoprenia yang ditandai dengan gejala utama yaitu adanya keadaan disorganisasi dari pola pikir dan perilaku.

Skizoprenia tipe katatonik : tipe skizoprenia yang ditandai dengan gejala utama yaitu adanya gerak-gerik serta postur tubuh yang aneh, kaku, seperti robot atau meluntur seperti lilin.

Stres : keadaan penuh tekanan akibat adanya tuntutan eksternal melebihi kapasitas coping individu.

T

Tachycardia : detak jantung yang cepat secara abnormal.

Tardive dyskinesia (TD) : suatu gangguan yang ditandai oleh gerakan-gerakan tak disengaja di sekitar daerah mulut, wajah, kaki, leher, badan dan tangan yang disebabkan oleh penggunaan obat antipsikotik jangka panjang.

Teori dopamin : teori yang menegaskan bahwa skizoprenia disebabkan oleh aktivasi berlebihan dari reseptor dopamin di otak.

Teori : sebuah formulasi dari hubungan yang mendasari peristiwa-peristiwa yang diobservasi.

Terapi kognitif : bentuk terapi dari Aaron Beck yang membantu individu menyadari dan memperbaiki pola berpikir negatif atau terdistordi.

Tidur REM : tahap tidur yang diasosiasikan dengan bermimpi dan ditandai dengan adanya gerak mata yang cepat di bawah kelopak mata yang tertutup.

Toleransi : habituasi fisik dalam penggunaan obat.

Tricyclic : sebuah kelompok antidepresan yang meningkatkan aktivasi noradrenalin dan serotonin dengan mengganggu penyerapan kembali neurotransmitter ini.

Thanatophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap kematian.

Trait anxiety : kecemasan yang menetap pada diri seseorang. Kecemasan model ini merupakan kecemasan berupa disposisi/sifat dari individu itu sendiri yang pencemas, sehingga kadang-kadang pada situasi yang sebenarnya tergolong biasa, dia bereaksi cemas.

U

Unipolar : gangguan depresi yang bergejala tunggal.

Usia mental : ekuivalen umum yang berkorespondensi dengan taraf inteligensi seseorang seperti yang diukur oleh skala intelegensi Binet

W

Waxy flexibility : ciri-ciri yang kurang umum dari skizoprenia katatonik dimana tungkai seseorang digerakkan ke posisi tertentu dan ia secara kaku mempertahankan posisi tersebut.

X

Xenophobia : ketakutan yang irrasional dan berlebihan terhadap orang asing.