

Berbagai Macam Adiksi dan Penatalaksanaannya

Soetjipto

Dep./SMF Ilmu Kedokteran Jiwa-Seksi Psikiatri Napza
RSU Dr Soetomo/Fak. Kedokteran Universitas Airlangga

Abstract. Addiction is used to describe dependency on narcotics, alcohol, psychotropics and other addictive agents, but recently it is also used to name dependency on others, including gambling, eating, work, Internet, pornography, sex, computer, videogame, and shopping. The causes and the trigger could be genetical, biological/pharmacological and social. Clinically, addiction covers physical and psychological dependencies. Diagnosis is made through anamnesis, physical examination and laboratory testing, while the management should be holistic, consisting of pharmacotherapy, psychotherapy and environmental manipulation. Prognosis of addictive patients depend on various igniting factors, whether genetical, psychological or due to social environmental affect.

Key words: addiction, physical dependency, psychological dependency

Abstrak. Istilah adiksi sering digunakan untuk menyebut ketergantungan terhadap Napza (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), tetapi akhir-akhir ini digunakan untuk menyebut masalah ketergantungan terhadap yang lain, termasuk judi, makan, pekerjaan, Internet, pornografi, seks, komputer, *videogame*, dan berbelanja. Faktor penyebab dan pencetusnya bisa genetik, biologik/farmakologik dan sosial. Gejala klinis adiksi meliputi adanya ketergantungan fisik dan ketergantungan psikologik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorium, sedang penatalaksanaannya harus holistik, meliputi farmakoterapi, psikoterapi dan manipulasi lingkungan. Prognosis pasien adiksi tergantung pada berbagai faktor yang mencetuskan, apakah karena genetik, psikologik atau akibat pengaruh lingkungan sosial.

Kata kunci: adiksi, ketergantungan fisik, ketergantungan psikologik

Adiksi adalah suatu gangguan yang bersifat kronis dan kumat-kumatan, ditandai dengan perbuatan kompulsif yang diulang-ulang oleh seseorang untuk memuaskan diri pada aktivitas tertentu. Istilah ini sering digunakan untuk menyebut ketergantungan terhadap Napza (narkotika, alkohol, psikotropik, dan zat adiktif lain), tetapi tidak jarang digunakan juga untuk menyebut ketergantungan pada masalah judi, kompulsif makan, dan lainnya.

Beberapa dekade yang lalu, adiksi adalah istilah farmakologik yang dengan jelas digunakan untuk menyebut keadaan toleransi terhadap suatu zat (dibutuhkan dosis yang lebih besar untuk mendapatkan efek yang sama dengan dosis sebelumnya). Hampir dalam waktu yang bersamaan, definisi adi-

ksi secara awam berkembang terus. Definisi ini digunakan untuk individu yang terus menerus menggunakan zat yang diberikan, meskipun sudah tahu bahwa hal itu tidak baik bagi dirinya.

Penggunaan istilah ketergantungan fisik, penyalahgunaan dan keadaan putus zat dapat dilihat pada DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV-TR. Sayangnya penggunaan istilah ini di lapangan menjadi sangat kompleks. Akhirnya, farmakolog menggunakan istilah ini untuk hal-hal yang bersifat fisiologik (misalnya ketergantungan fisik), sementara psikiater menggunakan istilah ini untuk suatu keadaan sakit/gangguan yang artinya ketergantungan. Ruang lingkup psikiatri saat ini mulai mengubah istilah ketergantungan menjadi adiksi (dari DSM IV ke DSM V).

Kedokteran masyarakat membuat suatu teori yang lebih cermat untuk membedakan ketergantungan fisik (yang ditandai oleh gejala-gejala putus zat) dan ketergantungan psikologik (secara seder-

* Artikel ini telah dipresentasikan pada Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Psikiatri pada 4 Agustus 2007 di Surabaya. Courtesy of Dr. Soetjipto, Sp.KJ.

hana disebut adiksi).

Adiksi secara sempit didefinisikan sebagai “penggunaan zat secara kompulsif yang tidak bisa dikontrol”. Jika zat itu tidak berbahaya dan tidak merugikan, maka tidak termasuk adiksi. Namun dalam praktiknya, tidak selalu mudah untuk membedakannya Adiksi selalu mempunyai komponen fisiologik dan psikologik.

Ada juga istilah yang jarang disebut, yaitu pseudo-adiksi (Weissman & Haddox, 1989), pasien menunjukkan perilaku mencari zat yang berulang-ulang bukan akibat adiksi psikologik, tetapi mereka cenderung mempunyai keluhan nyeri atau yang lain karena tidak diterapi dengan baik. Bedanya dengan adiksi psikologik, pseudo-adiksi akan berhenti bila rasa sakitnya diobati dengan baik.

Tidak semua dokter mempunyai persepsi yang sama tentang adiksi, karena secara tradisional, adiksi merupakan ketergantungan hanya kepada zat psikoaktif, seperti alkohol, tembakau dan zat lain, yang dihisap/dikonsumsi dan melewati sawar otak, sehingga memengaruhi kerja kimiawi otak. Banyak orang, baik profesional maupun awam yang mengusulkan untuk memasukkan ketergantungan psikologik ke dalam adiksi, seperti judi, makanan, seks, pornografi, komputer, senam, *shopping* dan lain-lain, meskipun hal-hal ini bila dilakukan tidak memengaruhi kerja kimia otak secara langsung. Hanya saja hal ini perlu diwaspadai agar penatalaksanaannya tidak keliru.

Epidemiologi

Tidak mudah untuk mendapatkan angka kejadian semua adiksi. Namun, beberapa jenis adiksi ada di beberapa negara. Dikatakan hampir 40% populasi di Amerika Serikat (AS) selama hidupnya minimal pernah menggunakan satu atau lebih macam zat/ Napza. Diperkirakan 51% dari semua orang dewasa di AS adalah pengguna alkohol, 30-45% dari orang dewasa tersebut minimal pernah sekali mengalami masalah dengan penggunaan alkohol. Ketergantungan alkohol di Inggris pada tahun 2001 mencapai 2, 8 juta orang. Sementara 4% dari penduduk AS pernah menggunakan psikostimulan, dengan kelompok umur paling banyak adalah 18-25 tahun, disusul 12-17 tahun. Seorang dewasa di AS diperkirakan mengkonsumsi rata-rata 200 mg kafein per

hari, 20-30%nya lebih dari 500 mg per hari. Pada tahun 1996, 23.1% dari murid kelas 8 dan 39,8% dari murid kelas 10 pernah menggunakan ganja. Sepuluh persen dari populasi pernah menggunakan kokain, dan 2% diantaranya pernah mengalami ketergantungan. Sepuluh persen populasi pernah menggunakan halusinogen, paling banyak pada kelompok umur 15-35 tahun. Yang pernah menggunakan inhalan mencapai 6% dari populasi, dan 1% masih aktif menggunakannya. WHO (World Health Organization) memperkirakan lebih dari satu juta orang merokok di seluruh dunia menghabiskan lebih dari satu triliun rokok per tahun.

Sementara adiksi seks, sulit didapatkan data karena hal ini merupakan masalah yang sangat rahasia dan merupakan stigma bagi yang mengalaminya. Demikian juga dengan adiksi yang lain, seperti adiksi shopping, video game, internet, judi, dan lain-lain.

Etiologi

Ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya adiksi, baik sebagai penyebab maupun pencetus, antara lain faktor genetik/biologik, farmakologik, psikologik dan sosial. Dalam pandangan modern ada kecenderungan menjelaskan bahwa hipotalamus menghasilkan peptida dalam otak yang mempunyai efek seperti zat kimia dari luar, misalnya alkohol dan nikotin, ketika aktivitas adiksi sedang berlangsung. Sebagai contoh, ketika penjudi atau pembelanja sedang memuaskan *craving*nya, zat kimia endorfin diproduksi dan dilepaskan dalam otak, menguatkan *positive association* individu dengan perilakunya.

Ada bukti kuat bahwa faktor genetik sebagai etiologi terjadinya adiksi, hal ini dapat dilihat pada anak kembar dan sesama saudara yang dibesarkan secara terpisah, ternyata mereka mempunyai kecenderungan untuk mengalami adiksi terhadap zat yang sama. Adapun faktor neurokimia, beberapa peneliti mengidentifikasi adanya reseptor neurotransmitter yang terlibat dalam terjadinya adiksi. Sebagai contoh, seseorang yang di dalam otaknya mempunyai aktivitas opioida endogen terlalu kecil (konsentrasi endorfin rendah) atau aktivitas antagonis opioida endogen terlalu besar, akan mempunyai risiko untuk terjadinya adiksi opioida. Bahkan, pada orang dengan fungsi reseptor dan

konsentrasi neurotransmitter endogen yang normal, bila diberi zat tertentu dalam jangka yang lama, akan memodulasi sistem reseptor dalam otak, sehingga ia membutuhkan pemberian zat tersebut dari luar untuk menjaga keseimbangan/ homeostasis tubuh.

Neurotransmitter utama yang banyak kemungkinannya terlibat dalam penyalahgunaan dan adiksi zat adalah sistem opioda, katekolamin (terutama dopamin) dan GABA (*gamma amino butyric acid*). Neuron-neuron dopamin pada *ventral tegmental area* sangat penting peranannya. Neuron-neuron ini mempunyai proyeksi ke regio kortikal dan limbik, khususnya nukleus *accumbens*. Jalur ini terlibat dalam sensasi *reward* dan mungkin merupakan mediator utama untuk menimbulkan efek seperti pada adiksi amfetamin dan kokain.

Proyeksi dari *ventral tegmental area* melepaskan dopamin dalam sirkuit untuk merespon suatu kejadian yang relevan. Pelepasan dopamin ini mengawali respon perilaku adaptif, dan hal ini menyebabkan perubahan seluler untuk belajar dari kejadian tersebut. Dengan cara ini organisme dapat lebih efektif berespon bila kejadian yang sama berulang. Namun sebaliknya, pemberian zat yang berulang sebagai suatu kejadian yang termotivasi menjadi biasa. Lokus ceruleus, kelompok neuron adrenergik terbesar mungkin menjembatani efek opiat dan opioda. Kelompok jalur-jalur ini secara kolektif disebut *brain-reward circuitry* (sirkuit *reward* otak).

Pandangan neurobiologi memfokuskan perhatian pada tiga area otak dalam aktivasi perilaku: Amigdala, korteks prefrontal dan nukleus *accumbens*. Amigdala dalam beberapa penelitian menunjukkan keterlibatannya dalam perilaku yang termotivasi karena rasa takut, sementara nukleus *accumbens* diidentifikasi ada hubungan dengan perilaku yang termotivasi karena *reward*.

Korteks prefrontal sedikit terlibat dalam stimulus baik positif maupun negatif, namun meregulasi dan menentukan intensitas respon yang berupa perilaku. Suatu bagian spesifik dari sirkuit limbik yang dikenal dengan sistem dopaminergik mesolimbik dihipotesiskan mempunyai peran penting dalam menerjemahkan motivasi ke perilaku motorik dan khususnya kepada belajar yang berdasarkan *reward*. Secara khas dinyatakan bahwa VTA (*ventral tegmental area*), nukleus *accumbens* dan berkas dopamin, berisi serabut saraf yang menghubungkan

mereka. Sistem ini biasanya berakibat keinginan untuk mencari dan menggunakan zat atau melakukan sesuatu, karena stimulus *reward*, seperti makan makanan manis, interaksi seksual, *shopping*, dan main video game.

Tubuh manusia mempunyai kecenderungan alamiah untuk memelihara homeostasis, termasuk susunan saraf pusat. Peningkatan dopamin yang terus menerus akan menurunkan jumlah reseptor dopamin, yang disebut proses *downregulation*. Penurunan jumlah reseptor ini mengubah permeabilitas membran sel pasca-sinaps, sehingga neuron pasca-sinaps kurang bergaerah, kurang dapat merespon sinyal kimia dengan impuls elektrik atau aksi potensial. Hal ini dihipotesiskan bahwa ketumpulan untuk berespon terhadap jalur *reward* otak menyebabkan ketidakmampuan untuk merasa senang, yang disebut anhedonia, hal ini sering menimbulkan adiksi. Meningkatnya kebutuhan dopamin untuk memelihara aktivitas elektrik yang sama adalah dasar dari toleransi fisiologik dan *withdrawal* pada adiksi.

Berdasarkan teori psikologik, hal-hal yang berhubungan dengan adiksi Napza antara lain: (a) Perubahan yang berlangsung amat pesat dalam hal fisik, intelektual, dan sosial. Perubahan yang berlangsung cepat tersebut kadang-kadang menimbulkan ketegangan, keresahan, kebingungan, perasaan tertekan, rasa tidak aman, bahkan tidak jarang dijumpai depresi. Semua perasaan tersebut dapat menyebabkan remaja menjadi terkena gangguan penggunaan Napza yang dapat berlanjut menjadi adiksi; (b) menentang figur otoritas/orang tua. Dalam rangka membentuk identitas dirinya, ada kalanya remaja menentang otoritas orang tuanya. Ia memberontak dan menentang apa saja yang berbau otoritas orang tua. Peraturan dan tata tertib di rumah yang sebelumnya dipatuhi, mulai ditentang dan diganti dengan pola hidup yang baru, antara lain dengan menggunakan Napza atau obat tertentu; (c) mencari simbol kedewasaan. Menggunakan obat atau Napza dipandang sebagai simbol sudah dewasa; (d) kuatnya keinginan untuk *explorasi*. Masa remaja juga ditandai dengan kuatnya dorongan untuk mengeksplorasi dunia sekitarnya serta dorongan untuk berpetualangan menghadapi keadaan yang mengandung bahaya. Penggunaan Napza atau obat dipandang sebagai salah satu cara penyaluran dorongan bereksplorasi maupun suatu

keadaan yang mengandung bahaya untuk dihadapi. Eksplorasi dalam bidang seks kadang-kadang menimbulkan perasaan bersalah yang kemudian dicoba diatasi dengan menggunakan Napza. Sebaliknya ada Napza tertentu yang sering digunakan untuk meningkatkan sensasi dalam hubungan seksual, untuk mengurangi hambatan psikologik dalam hubungan seksual, dan mempermudah timbulnya fantasi. (e) ada kepercayaan unik bahwa apa yang terjadi pada orang lain tidak akan terjadi pada dirinya. Pengguna Napza percaya bahwa “main zat/Napza” tidak akan merugikan dirinya walaupun kenyataannya menunjukkan hal yang sebaliknya.

Berdasarkan teori *behavioral*, adiksi Napza merupakan akibat dari pembiasaan (*conditioning*), yaitu ada empat faktor penguat (*reinforcer*): (a) *Primary reinforcement*, yaitu adanya efek yang menyenangkan sebagai akibat langsung dari pemakaian Napza; (b) *negative reinforcer*, yaitu rasa sakit yang terjadi akibat penghentian pemakaian Napza, mendorong untuk memakainya lagi; (c) *secondary reinforcer*, yaitu terjadi perubahan perilaku akibat menggunakan Napza, tidak agresif dan mudah melakukan interaksi sosial; (d) *secondary negative reinforcer*, timbulnya gejala mirip putus Napza ketika mengalami atau menyaksikan situasi yang ada hubungannya dengan pemakaian Napza tersebut.

Bahwa ketergantungan Napza merupakan pengganti pemuasan seksual, dan kemungkinan kambuh merupakan hal yang tidak terhindarkan. Nyswander (sitat dalam Joewana), berpendapat bahwa penyalahgunaan morfin adalah untuk menghindari seks, berdasarkan kenyataan bahwa (a) kebiasaan penyalahgunaan morfin terjadi pada masa remaja ketika dorongan seksualnya meningkat, (b) morfin dan opioda dapat menekan aktifitas seksual, (c) para pecandu morfin biasanya mulai berhenti pada usia 40 tahun, ketika saat itu dorongan seksual mulai menurun.

Di samping beberapa teori etiologi, masih ada faktor-faktor yang mendorong seseorang menyalahgunakan Napza; faktor-faktor itu disebut sebagai faktor risiko, yang meliputi: Kultur dan Masyarakat

Hukum/Peraturan yang mengizinkan penggunaan; standar sosial yang membolehkan penggunaan, biasanya diawali dengan kelonggaran untuk

merokok, dan minuman keras/beralkohol; kemudahan memperoleh zat/bahan, misalnya harga yang murah, cara mendapatkan yang gampang; keadaan sosial-ekonomi yang sangat buruk, sehingga Napza sebagai pelarian, atau sebaliknya sebagai lahan bisnis yang menggiurkan karena keuntungannya besar.

Hubungan Interpersonal

Keluarga ada yang menggunakan Napza; komunikasi orang tua-anak tidak efektif; sikap keluarga yang terlalu permisif atau sebaliknya terlalu disiplin; orang-tua terlalu dominan/otoriter; keadaan keluarga yang buruk/bermasalah; hubungan antar-orang tua kurang harmonis/perceraian; penolakan oleh teman-teman; tekanan oleh kelompok sebaya, misalnya berupa ancaman dan berteman dengan pengguna Napza.

Psikososial

Problem perilaku sejak awal dan menetap: Mudah kecewa, cemas, depresi, tidak sabaran, cepat bosan, jenuh, tidak tekun; rasa ingin tahu yang kuat, tidak bersikap tegas, mudah disugesti, kurang percaya diri, kurang harga diri, suka mengambil risiko berlebihan; identitas diri kabur; suka melawan/menentang; kegagalan dalam sekolah/*drop out*; ingin menambah prestasi; keyakinan bahwa Napza sama dengan lambang keperkasaan, kemodernan, *trendy*; penyimpangan psikoseksual; perilaku antisosial dan menyimpang lainnya; sikap yang menyenangkan dari lingkungan; awal penggunaan pada usia muda; dan kurang religius/kurang ber-taqwa kepada Tuhan YME.

Biogenetik

Retardasi mental, kerentanan psiko-fisiologik terhadap efek zat.

Teori Sosiologik menjelaskan beberapa konsep tentang terjadinya penyalahgunaan Napza.

(a) Konsep area, bahwa perilaku tertentu terjadi di area/wilayah tertentu. Sebagai contoh, penyalahgunaan heroin di kota-kota besar. Seluruh keluarga

sudah begitu lelah menghadapi tantangan hidup sehingga tidak tersedia cukup waktu dan sisa kesabaran untuk anak-anak.

(b) Konsep *the cat and the square*. *The cat* adalah sub kelompok pemakai Napza, sedang *the square* adalah masyarakat luas. *The cat* terbentuk akibat isolasi dari *the square*. Ini terjadi dalam suatu masyarakat ketika peran lembaga-lembaga yang ada dalam masyarakat sangat lemah, dan perilaku yang baru serta luar biasa merupakan suatu prestise.

(c) Konsep *social protest*. Di sini penyalahgunaan Napza timbul akibat protes terhadap sistem politik atau nilai-nilai yang sudah mapan. Dan juga sebagai saluran sikap menentang figur otoritas (orang tua).

(d) Konsep *Masculine Protest* (Parsons, 1974). Kebaikan selalu dikaitkan dengan kewanitaan. Banyak sikap ambivalen di dunia Barat yang bersumber pada kaitan tersebut. Ada kecenderungan yang kuat bahwa perilaku anak laki-laki menjurus antisosial, bila tidak boleh dikatakan menjurus ke arah destruktif. Padahal, laki-laki harus berprestasi dan menerima tanggung jawab dalam keluarga. Menurut Parsons (1974) orang yang menderita ketergantungan Napza tidak mau menerima tanggung jawab keluarga. Ketergantungan Napza adalah lanjutan aktivitas antisosial dan destruktif, melawan rasa tanggung jawab dan kematangan.

(e) Konsep Anomi. Anomi terjadi bila ada diskrepansi antara struktur sosial dan struktur kultural. Aspirasi dalam struktur kultural ialah status trepan-dang dan kesuksesan. Struktur sosial mengandung aturan-aturan dan pengawasan untuk mencapai aspirasi tersebut terdahulu. Bila terjadi deskripsian antara struktur sosial dan struktur kultural akan timbul ketegangan dalam diri orang-orang. Untuk mengatasi ketegangan tersebut, ada beberapa cara penyesuaian yaitu dengan konformitas, inovasi, ritualisme, retritisme (*retreatism*), dan pemberontakan. Adiksi adalah salah satu bentuk retritisme.

(f) Konsep *Double Failure*. Sebelum mengalami gangguan penggunaan Napza, menurut konsep ini pasien sudah mengalami kegagalan dalam "*the square*," lalu mencoba untuk memperoleh sukses dalam bidang kriminal. Tetapi dalam dunia kriminal pun ia gagal.

(g) Konsep *Differential Association* milik Sutherland (Schegel, 1998). Gangguan penggunaan Napza adalah suatu penyimpangan perilaku. Di sini

proses belajar dan *setting* tempat proses belajar itu terjadi sangat berpengaruh. Teknik dan perilaku kriminal terbentuk dalam kelompok yang intim. Anak muda yang tinggal di *ghetto* berkenalan dengan orang-orang yang pernah terlibat kriminalitas. Anak-anak itu mengikuti nilai-nilai dan sikap para penjahat, yang dalam nilai-nilai itu seorang yang melanggar hukum dipuji. Mereka yang tergolong mengalami gangguan penggunaan Napza akan mempertahankan perilaku kriminalnya untuk mempertahankan kebiasaannya menyalahgunakan Napza.

Berbagai Jenis Adiksi

Ada beberapa jenis adiksi yang telah kita kenal, misalnya adiksi terhadap Napza, berbelanja, penggunaan internet, judi, makanan, seks, pornografi, komputer, *video game*, senam dan *shopping*.

Gejala Klinis

Opioida, benzodiazepin, barbiturat, alkohol dan nikotin telah diketahui sebagai zat yang dapat menyebabkan ketergantungan fisik, sedangkan kelompok zat lain yang mempunyai saham terhadap terjadinya adiksi meskipun bukan penyebab adiksi antara lain adalah kortison, beta bloker dan sebagian anti-depresan. Ketergantungan fisik dapat menjadi faktor utama psikologi adiksi dan paling sering menjadi motivator utama berlanjutnya suatu adiksi. Awal mula sifat yang dimiliki oleh zat adiktif adalah kemampuannya memberikan rasa nikmat, meskipun dengan berlanjutnya penggunaan, tujuan utamanya bukan untuk mendapatkan kenikmatan, tetapi untuk menurunkan kecemasan akibat penghentian zat adiktif tersebut, hal ini menyebabkan penggunaan yang kompulsif.

Ketergantungan psikologik adalah ketergantungan yang terjadi pada pikiran dan menyebabkan gejala-gejala *withdrawal* psikologik (seperti *crawling*, mudah marah, insomnia, depresi, anorexia). Ada anggapan bahwa ketergantungan psikologik dan fisik dapat terjadi pada saat yang bersamaan, meskipun penyebab dan ciri-cirinya berbeda. Ketergantungan psikologik tidak terbatas hanya pada zat, bahkan aktivitas dan bentuk-bentuk

perilaku dapat dianggap sebagai adiksi, jika hal itu dapat membahayakan/merugikan, misalnya penggunaan Internet, komputer, judi, seks/pornografi, makan, perilaku *vandalism* atau bekerja.

Adiksi komputer merupakan adiksi obsesif terhadap penggunaan komputer. Istilah ini pertama kali dibahas oleh Nicholas Rushby pada tahun 1979 dalam bukunya *An Introduction to Educational Computing*. Rushby menyatakan bahwa seseorang bisa menderita adiksi kepada komputer dan mengalami gejala-gejala *withdrawal* bila menghentikan kegiatan tersebut. Bentuk lain adiksi ini meliputi adiksi Internet dan *video game*, yaitu seseorang tidak hanya adiksi pada satu objek komputer, tetapi juga kepada lingkungannya, yaitu Internet, dan *video game*. Akibat adiksi ini akan menimbulkan masalah pada pelajaran di sekolah dan fungsi hubungan sosialnya.

Gejala klinis adiksi ditandai adanya tiga hal pokok yang ada berikut ini. (a) Kompulsivitas, yaitu kehilangan kemampuan untuk menghentikan aktivitas tersebut, meskipun dia tahu bahwa hal itu tidak benar; (b) Meneruskan aktivitas tersebut, meskipun dengan berlanjutnya aktivitas tersebut akan berakibat buruk terhadap kehidupannya, misalnya terhadap perkawinan, keluarga, pekerjaan/karier, di jauhi teman, dilecehkan; (c) Obsesif, yaitu tidak dapat menghindar dari berpikir tentang aktivitas tersebut, hampir seluruh waktunya dihabiskan untuk berpikir tentang aktivitas adiksinya tersebut.

Diagnosis

Untuk dapat mendiagnosis adanya adiksi diperlukan beberapa kriteria, yang antara satu dan yang lain ada perbedaan, tergantung jenis adiksinya. Adapun kriteria diagnostik untuk ketergantungan zat (APA, 1994) adalah: Suatu pola penggunaan zat, yang menyebabkan hendaya yang jelas secara klinis atau tertekan, sebagaimana diperlihatkan oleh adanya 3 (atau lebih) dari yang tersebut berikut ini, terjadi kapan saja dalam periode 12 bulan yang sama: 1) Toleransi, seperti yang dipastikan dengan adanya salah satu berikut: (a) kebutuhan akan penambahan dosis yang mencolok agar diperoleh keadaan intoksikasi atau efek yang diinginkan, (b) berkurangnya efek secara mencolok akibat peng-

gunaan berulang dengan dosis yang sama; 2) gejala putus zat, yang dipastikan dengan adanya salah satu ini: (a) sindroma putus zat yang khas untuk zat tersebut, (b) zat yang sama harus digunakan untuk menyembuhkan atau menghindari gejala putus zat; 3) Zat sering digunakan jauh lebih banyak atau lebih lama dari pada yang dimaksudkan; 4) Adanya keinginan yang menetap atau usaha yang tak berhasil untuk menghentikan atau mengendalikan penggunaannya; 5) Sebagian besar waktunya dihabiskan untuk mencari zat (misalnya berobat pada banyak dokter atau mengendarai mobil jarak jauh), menggunakan zat (misalnya terus menerus menggunakan opioda) atau pulih dari pengaruh zat tersebut; 6) Berkurang atau berhentinya kegiatan kegiatan sosial, pekerjaan atau rekreasi akibat menggunakan zat; 7) Penggunaan zat berlanjut meskipun mengetahui adanya masalah fisik atau psikologik yang disebabkan karena penggunaan zat (misalnya tetap menggunakan zat walaupun mengalami depresi). Ada 2 jenis, yaitu a) disertai ketergantungan fisik (terbukti adanya toleransi atau putus zas, yaitu bila terdapat butir (a) atau (b) dan b) tanpa ketergantungan fisik bila tidak terdapat toleransi atau gejala putus zat (yaitu bila tidak terdapat butir (a) maupun butir (b)).

Kriteria untuk adiksi seks, seperti yang disarankan oleh Patrick Carnes, seorang peneliti adiksi seks adalah (a) Berulangkali gagal untuk menahan impuls melakukan perilaku seksual yang spesifik, (b) Sering melakukan perilaku tersebut lebih luas dan lebih lama dari yang diinginkan, (c) Hasrat yang persisten atau tidak berhasil menghentikan, mengurangi atau mengontrol perilaku tersebut, (d) Banyak waktu dihabiskan untuk mendapatkan seks, atau pulih dari pengalaman seks, (e) Preokupasi pada perilaku atau aktivitas persiapannya, (f) Sering terikat pada perilakunya ketika diharapkan memenuhi kewajibannya pada pekerjaan, sekolah atau sosial, (g) Tetap melanjutkan perilakunya meskipun tahu bahwa ada masalah sosial, finansial, psikologik atau fisik yang disebabkan oleh perilaku tersebut, (h) Selalu meningkatkan jumlah, frekuensi dan risiko perilakunya untuk mendapatkan efek hasratnya, (i) Tidak sanggup atau terbatas saat melakukan aktifitas sosial, pekerjaan atau rekreasi karena perilakunya tersebut, (j) Adanya distres, ansietas, tidak tenang atau mudah marah bila tidak memenuhi peri-

lakunya tersebut (Bisette, 2004).

Karena belum ada penggolongan yang tepat pada DSM IV, maka untuk kriteria adiksi seks (selain yang di atas) atau adiksi yang lain dapat mengadaptasi dari kriteria penyalahgunaan zat.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adiksi harus holistik, tergantung dari jenis dan latar belakang penyebab terjadinya adiksi. Namun, secara garis besar dapat dilakukan (1) Penegakan diagnosis; (2) Detoksifikasi dengan (a) penghentian seketika; sering disebut Cold Turkey, namun cara ini kurang manusiawi, sehingga saat ini mulai ditinggalkan. Masih dipakai hanya di tempat-tempat tertentu, dan (b) metode substitusi, penggantian dengan obat yang sesuai, kemudian dihentikan pelan-pelan. Hal ini dipandang lebih manusiawi dan lebih dapat diterima; (3) Rehabilitasi dengan (a) Farmakoterapi dengan menggunakan obat yang sesuai dengan gejala yang timbul dan penyakit komorbid, dapat pula menggunakan obat penyekat seperti Naltrexon, atau obat substitusi misalnya codein, buprenorfin dan metadon (b) Psikoterapi, bisa berupa psikoterapi individual maupun psikoterapi kelompok, (c) Manipulasi lingkungan, berupa manipulasi terhadap keluarga/masyarakat di sekitarnya atau pendampingan spiritual; (4) Resosialisasi, merupakan lanjutan dari proses rehabilitasi yaitu individu dipersiapkan kembali ke masyarakat (sekolah, bekerja, keluarga) dengan menggunakan sistem therapeutic community (TC).

Adapun untuk adiksi jenis lain tergantung latar belakang yang mendasarinya, meliputi farmakoterapi, psikoterapi dan manipulasi lingkungan. Pada penderita adiksi yang didasari gangguan obsesif kompulsif, diberikan obat-obatan antidepresan yang dapat menekan gejala obsesi maupun kompulsifnya, misalnya clomipramin atau SSRI (serotonin reuptake inhibitor). Ada beberapa cara terapi yang pernah diterapkan untuk pasien adiksi, misalnya residential treatment program untuk adiksi video game, electric shock treatment, On-Line Gamers Anonymous.

Prognosis

Memang sulit untuk dapat menentukan prognosis adiksi, karena hal ini tergantung pada berbagai faktor, antara lain jenis adiksi, lamanya menderita adiksi, cepat lambatnya diterapi, pendidikan, kepribadian, budaya, lingkungan dan latar belakang lainnya yang mendasari serta ada tidaknya penyakit-penyakit komorbid.

Pustaka Acuan

- Bisette, D. C. (2004). *Criteria for sex addiction*. Retrieved July 20, 2007, from <http://healthymind.com/s-criteria.html>
- Joewana, S. (1989). *Gangguan penggunaan zat, narkotika, alkohol, dan zat adiktif lain*. Jakarta: Gramedia.
- Parsons, H.M. (1974). What happened at Hawthorne? *Science*, 183 (4128), 922 – 932.
- Schegel, K. (1998). *Differential association theory*. Retrieved July 20, 2007, from <http://www.indiana.edu/~theory/Kip/Edwin.htm>
- Weissman, D. E., & Haddox, J. D. (1989). Opioid pseudoaddiction – an iatrogenic syndrome. *Pain*, 36, 363 – 366.

Bibliografi

- Addiction*. (2007). Retrieved July 20, 2007, from <http://www.en.wikipedia.org/wiki/addiction>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Goldstein, R. Z., & Nora, D. V. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Hyman, S. H. (2005). Addiction: A disease of learning and memory. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1414-1422.
- Kalivas, P. W., & Nora, D. V. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation

and choice. *Am J Psychiatry* 162,1403-1413.
Kaplan & Sadock (Eds.).(2003). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.

Maramis, W. F. (1997). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.