

***REACTIVE ATTACHMENT DISORDER***  
**(Gangguan Kelekatan Reaktif)**

Oleh: Hesty Novitasari<sup>1</sup>, Sasanti Juniar<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dokter umum, peserta PPDS I Psikiatri Departemen/ SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Airlangga/ RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

<sup>2</sup> Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa/ Psikiater (Konsultan), Staf pengajar pada Departemen/ SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Universitas Airlangga/ RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## ABSTRAK

*Reactive Attachment Disorder (RAD)* didefinisikan sebagai gangguan interaksi dan hubungan sosial yang didasarkan pada pengasuhan yang sangat tidak memadai, seperti menelantarkan kebutuhan fisik dan emosional dasar anak atau sering berganti pengasuh, sehingga menghalangi ikatan yang adekuat. *RAD* digambarkan dalam dua subtipe yaitu *emotionally withdrawn/ inhibited subtype* dan *indiscriminately social/ disinhibited subtype*. *RAD* merupakan *attachment* yang patologis yang disebabkan oleh kurangnya *attachment* dan kurangnya perilaku *attachment* pada pengasuh utama. Anak-anak dengan *RAD* pada bayi dan masa anak-anak awal sering pertama kali diidentifikasi oleh guru pra sekolah atau dokter spesialis anak berdasarkan observasi langsung dari respon sosial anak yang tidak sesuai. Diagnosis *RAD* dibuat sebelum usia 5 tahun. Pendekatan psikoterapi konvensional, *holding therapy*, *Behavior Management Training* dan *Dyadic Developmental Psychotherapy* merupakan penatalaksanaan *RAD*.

Kata kunci: *Reactive Attachment Disorder*, *attachment* patologis, *holding therapy*, *Behavior Management Training*, *Dyadic Developmental Psychotherapy*

## ABSTRACT

*Reactive Attachment Disorder (RAD)* was defined as a disorder of social interaction and relationships based on inadequate parenting, such as neglect physical and basic emotional needs of the child or caregiver changed frequently, that blocked formation of an adequate attachment. There are two subtypes of the disorder, *emotionally withdrawn/ inhibited subtype* dan *indiscriminately social/ disinhibited subtype*. *RAD* was a pathological attachment caused by a lack of attachment behavior and lack of attachment to the primary caregiver. Children with *RAD* in infants and early childhood often first identified by pre-school teacher or a pediatrician based on direct observation of the child's inappropriate social responses. *RAD* diagnosed before the age of 5 years. Conventional psychotherapy approaches, *holding therapy*, *Behavior Management Training* and *Dyadic Developmental Psychotherapy* are a *RAD* containment procedures.

Keywords: *Reactive Attachment Disorder*, *pathological attachment*, *holding therapy*, *Behavior Management Training*, *Dyadic Developmental Psychotherapy*

## PENDAHULUAN

Goldfarb (awal tahun 1945) dan Levy (1947) melakukan studi dan mendapatkan bahwa anak-anak yang dibesarkan di panti asuhan dan kehilangan ibu, memperlihatkan masalah pertumbuhan, perkembangan kognitif, perkembangan bahasa, makan dan tidur, perilaku agresif, hiperaktif, menarik perhatian yang berlebihan dan ramah terhadap orang asing dibandingkan dengan anak-anak yang dirawat orangtuanya sendiri. Hal yang sangat menarik untuk dicatat dalam studi Tizard's tahun 1970 pada anak-anak di panti asuhan yang diasuh dalam 4 tahun pertama kehidupan, mereka yang menghabiskan 3 tahun pertama seluruhnya di panti dengan sekitar 50 pengasuh yang berbeda setiap minggu, memperlihatkan pengembangan hubungan *attachment* yang selektif. Hal ini berpengaruh terhadap ketahanan (*resiliency*) anak-anak dan memungkinkan terjadinya *Reactive Attachment Disorder*. Studi terbaru dari anak-anak di panti asuhan Rumania (Rutter, Kreppner & O'Connor 2001; Zeanah 2000) mencatat bahwa masalah-masalah tersebut ada, pengasuh tidak hadir untuk semua anak-anak pada tingkat yang sama. Zeanah dan Smyke mencatat bahwa ketika mereka meninggalkan panti asuhan, banyak dari anak-anak ini "tampaknya telah pulih sepenuhnya" dari pengalaman di panti (Smyke et al. 2012; Clinical Guidelines Series 2009; AACAP 2005).

Hubungan *attachment* antara orangtua dan anak mengacu pada aspek-aspek hubungan yang berfungsi bagi bayi dalam menghadapi stres dan menumbuhkan rasa aman. Kualitas anak dalam mengatur perasaan yang menakutkan, mengancam dan mencemaskan dalam *attachment* merupakan dasar untuk tumbuhnya kebebasan anak dalam menghadapi dunia sehingga anak bisa mengalihkan perhatian, tidak merasa takut, cemas dan tidak aman terhadap pencapaian perkembangan lainnya, anak akan bergairah mengeksplorasi dan mempunyai kemampuan dalam belajar dan bermain. Dalam kondisi normal, hubungan *attachment* berfungsi melindungi bayi menghadapi rasa takut pada tingkat yang ekstrim. Pengasuh dan bayi keduanya mempunyai peran dalam *caregiver-infant negotiation*, yang terjadi baik dalam kondisi *distress* maupun kondisi nyaman (Hennighausen & Lyons-Ruth 2007).

Penekanan pada hubungan *attachment* sebagai faktor penting dalam kesehatan mental anak berasal dari teori tentang hubungan orangtua dan anak yang awalnya digambarkan oleh John Bowlby (1969, 1982). Bowlby menggambarkan bahwa *attachment* sebagai kumpulan perilaku yang ditunjukkan oleh anak-anak termasuk mencari kedekatan dan kontak langsung dengan pengasuh utama atau pengasuh tetapnya saat takut atau terluka. Pengalaman ini bagi anak membentuk dasar untuk mengembangkan pemahaman tentang hubungan manusia yang dapat dipercaya dan diandalkan. Proses memahami hubungan yang aman atau tidak aman dan terjamin atau tidak terjamin, berlanjut sepanjang siklus kehidupan, tetapi memiliki arti yang sangat penting di awal masa bayi dan tahun-tahun awal masa kanak-kanak. Sebagai pengasuh utama (dalam kondisi ideal) secara konsisten, sensitif merespon dengan akurat terhadap sinyal kesenangan, kesedihan dan kebutuhan anak. Sebaliknya, kesan kejam dan pengabaian dapat mengakibatkan anak mengembangkan perasaan tidak percaya (Clinical Guidelines Series 2009).

## PEMBAHASAN

### 1. Definisi

*Reactive Attachment Disorder (RAD)* adalah gangguan interaksi dan hubungan sosial yang didasarkan pada pengasuhan yang sangat tidak memadai, seperti menelantarkan kebutuhan fisik dan emosional dasar anak atau sering berganti pengasuh, sehingga menghalangi ikatan yang adekuat. Dalam Diagnostik dan Statistik Manual IV-TR (DSM IV-TR, 2000) didefinisikan sebagai kondisi yang secara nyata terganggu dan perkembangan sosial yang tidak sesuai; gejala mulai sebelum usia 5 tahun dan berkaitan dengan pengasuhan patologis dalam banyak hal. *RAD* digambarkan ada dua subtype yaitu *emotionally withdrawn/ inhibited subtype* dan *indiscriminately social/ disinhibited subtype*. *RAD* subtype inhibisi didefinisikan sebagai kegagalan terus-menerus untuk memulai dan merespon sebagian besar interaksi sosial dengan cara tahapan perkembangan yang sesuai, di mana anak menunjukkan pola "penghambatan secara berlebihan, waspada berlebihan atau sangat ambivalen dan respon yang kontradiktif". *RAD* subtype disinhibisi adalah tampilan keramahan yang tidak pilih-pilih atau kurangnya selektivitas/ kemampuan memilih figur *attachment* (keakraban yang berlebihan dengan orang asing dengan cara membuat permintaan dan mempertunjukkan kasih sayang) (Miellel 2014; Pritchett et al. 2013; Raaska et al. 2013; Follan et al. 2011; Zeanah & Gleason 2010; Clinical Guidelines Series 2009; Hornor 2008; Buckner et al. 2008; Prior 2006; AACAP 2005; Wood 2005; Zeanah et al. 2004; Lehman & Jegtvig 2004; Cross 2003; MACMH; King).

### 2. Kriteria Diagnosis

*RAD* pertama kali diperkenalkan dalam DSM-III pada tahun 1980, direvisi dalam DSM III-Revised dan tetap sama secara substansi sejak itu (AACAP, 2005). Hal ini membuat *RAD* relatif menjadi diagnosis baru. DSM-IV-TR juga mencatat bahwa diagnosis tidak boleh dibuat bila ada gangguan perkembangan pervasif karena gangguan ini juga akan menyebabkan kelainan sosial (Clinical Guidelines Series 2009; Wood 2005, Zeanah et al. 2004).

Dalam DSM-V dijelaskan bahwa gangguan *RAD* ini merupakan gangguan yang terkait stresor dan trauma, dimana gangguan ini terpapar oleh peristiwa traumatis dan penuh stres yang menyebabkan tekanan psikologis. Gangguan *RAD* merupakan pengabaian sosial yang ditandai dengan tidak adanya pengasuhan yang adekuat pada masa anak. Dalam beberapa kasus timbul gejala cemas atau takut. Gejala klinis yang paling menonjol adalah anhedonia, disphoria, marah, agresif, atau gejala disosiatif. Kriteria diagnosis untuk gangguan fungsi sosial dengan onset spesifik anak atau remaja diklasifikasikan menurut ICD-10 (Sadock & Sadock 2009; Prior 2006), DSM-V, dan PPDGJ-III.

### 3. Tipe-tipe *attachment*

Para penyusun teori dan peneliti *attachment* membedakan *attachment* ke dalam empat tipe. Keempat tipe ini dilihat dari perilaku anak dalam situasi asing berdasarkan penelitian Ainsworth et al. (1978) yang menilai respon anak saat dipisahkan dari pengasuhnya. Respon anak pada

situasi tersebut menunjukkan rasa aman yang didapatkan anak dalam suatu hubungan. Perilaku anak pada situasi tersebut dibagi dalam *secure*, *insecure (avoidant)*, *insecure (resistant/ambivalent)* atau *disorganized (disoriented)*. Tak satu pun dari jenis ini dianggap patologis karena bagaimanapun juga dalam setiap kasus terdapat *attachment* antara pengasuh utama dengan anak. Tidak ada satu pun dari ke empat kategori *attachment* ini yang mengindikasikan gangguan klinis pada diagnosis di DSM. Sebaliknya *RAD* tidak mengindikasikan keamanan dan ketidakamanan *attachment* dan juga *RAD* seharusnya tidak dikacaukan dengan ke empat tipe *attachment* di atas. *RAD* merupakan *attachment* yang patologis yang disebabkan oleh kurangnya *attachment* dan kurangnya perilaku *attachment* pada pengasuh utama (Pearce 2009; Clinical Guidelines Series 2009; Prior 2006; AACAP 2005; Wood 2005; Lehman & Jegtvig 2004; King).

#### 4. Epidemiologi

Tidak ada data spesifik tentang prevalensi, rasio jenis kelamin, atau pola keluarga dari *RAD*. Pada tahun 1994, Richters dan Volkmar memperkirakan prevalensi kurang dari 1% dari populasi secara umum. Zeanah dan Emde melakukan studi di panti asuhan pada anak usia 10-47 bulan, ditemukan 17% menunjukkan gejala dari kedua sub tipe *RAD*, inhibisi dan disinhibisi, studi yang dipilih menggunakan populasi risiko tinggi. Dalam laporan retrospektif, anak-anak di satu daerah Amerika Serikat yang telah pindah dari rumah mereka ke panti asuhan, karena pengabaian atau perlakuan kejam sebelum usia 4 tahun, 38% menunjukkan tanda-tanda penarikan emosi atau tidak pilih-pilih (APA 2013; Pritchett et al. 2013; Sadock & Sadock 2009; Hornor 2008, AACAP 2005; Cross 2003).

#### 5. Etiologi

Penyebab *RAD* pada masa bayi dan masa awal anak-anak biasanya ditemukan pengasuhan bayi atau anak kecil yang jelas patogenik oleh pengasuhnya yang kemungkinan menyebabkan gangguan hubungan sosial yang jelas. Penekanan adalah pada penyebab satu arah yaitu pengasuh melakukan sesuatu yang bermusuhan atau menelantarkan sesuatu yang penting bagi bayi atau anak. Klinisi harus menekankan hal tertentu seperti temperamen bayi atau anak, ikatan yang tidak mencukupi atau menyimpang, atau anak yang secara perkembangannya atau secara sensorik terganggu, dan terutama ketidakcocokan antara pengasuh dengan anak. Kemungkinan penelantaran meningkat pada orangtua yang retardasi mental; tidak adanya ketrampilan orangtua karena pengasuhan pribadi, isolasi sosial, atau kekurangan dan tidak adanya kesempatan untuk belajar tentang perilaku mengasuh; dan menjadi orangtua yang terlalu muda (selama masa remaja awal atau pertengahan), di mana orangtua tidak mampu berespons dan memenuhi kebutuhan bayi dan di mana kebutuhan orangtua sendiri lebih dipentingkan dibandingkan kebutuhan bayi atau anak. Sering ganti pengasuh utama seperti yang mungkin terjadi di panti asuhan, perawatan di rumah sakit yang lama dan berulang, dan penempatan di rumah orang tua angkat yang multipel, juga dapat menyebabkan *RAD* pada bayi dan masa anak-anak awal (Sadock & Sadock 2009).

Kejadian *RAD* meningkat disebabkan karena orangtua yang tidak efektif dan *attachment* yang tidak sehat, antara lain: kehamilan yang tidak diinginkan, pemisahan dari ibu yang melahirkan dalam kehidupan awal karena adopsi, kelahiran prematur, trauma persalinan, kematian orangtua, situasi keluarga yang kacau-balau, pola asuh yang inkonsisten, orangtua yang terlalu memanjakan, pengabaian fisik dan emosi, nyeri kronis yang tidak terdiagnosis, ibu dengan penyalahgunaan obat atau alkohol, rawat inap di rumah sakit yang lama dan berpisah dengan ibu, berpindah-pindah tempat tinggal dan adopsi gagal, pengalaman traumatis, pengasuhan yang tidak adekuat karena banyak pengasuh dan ibu yang depresi sehingga kurang empati dengan anaknya (BCI 2007; Lehman & Jegtvig 2004).

## 6. Gambaran Klinis

Gambaran klinis sangat bervariasi tergantung pada usia kronologis dan usia mental anak, tetapi yang khas adalah tidak adanya kegembiraan dan interaksi sosial yang diharapkan. Kemungkinan gambaran klinis yang paling khas pada seorang bayi dengan gangguan ini adalah gagal tumbuh yang nonorganik, antara lain hipokinesia, kelambanan, kelesuan dan apati dengan kemiskinan aktivitas spontan yang biasanya ditemukan. Bayi tampak sedih, tidak gembira, tidak bermain dan tampak menyedihkan. Beberapa bayi juga tampak ketakutan dan mengamati sekitarnya dengan pandangan mata mirip radar. Kemungkinan bayi menunjukkan responsivitas yang terlambat terhadap stimulus yang akan menimbulkan penarikan diri pada bayi normal. Sebagian besar bayi tampak mengalami gizi buruk yang bermakna dan banyak yang memiliki abdomen yang menonjol. Kadang-kadang ditemukan faeces yang berbau busuk. Pada kasus yang parah kadang-kadang ditemukan gambaran klinis marasmus (Sadock & Sadock 2009).

Selanjutnya, Parker & Forrest (1993) dan Reber (1996) melaporkan bahwa pengalaman anak dari pengasuhan patogenik menunjukkan beberapa perilaku maladaptif termasuk hiperseksualitas, impulsivitas, hiperaktivitas, keterlambatan tumbuh kembang, kurangnya kemampuan bahasa, ide bunuh diri dan membunuh serta masalah tingkah laku mencuri, bohong, merusak harta benda, membakar dan jahat terhadap binatang (Pritchett et al. 2013; Buckner et al. 2008; BCI 2007; Wood 2005; Lehman & Jegtvig 2004; Cross 2003).

## 7. Komorbiditas

Kondisi terkait dengan pengabaian sering terjadi bersamaan dengan *RAD*, antara lain : (1) gangguan tumbuh kembang, yang meliputi kelambatan kognitif, kelambatan bicara, stereotipi, (2) kondisi medis seperti malnutrisi berat atau tanda-tanda perawatan yang buruk, dan (3) simptom depresi (APA 2013).

Franc et al. saat ini mengulas kesamaan *RAD* dengan gangguan yang paling umum yaitu *ADHD*, saling tumpang tindih untuk beberapa anak dalam pengaturan emosi diri, kemampuan untuk menenangkan diri dan mengatur respon untuk rangsangan yang merugikan atau menantang. Tampilan emosi negatif yang kuat sering terjadi pada kedua gangguan tersebut, kadang-kadang

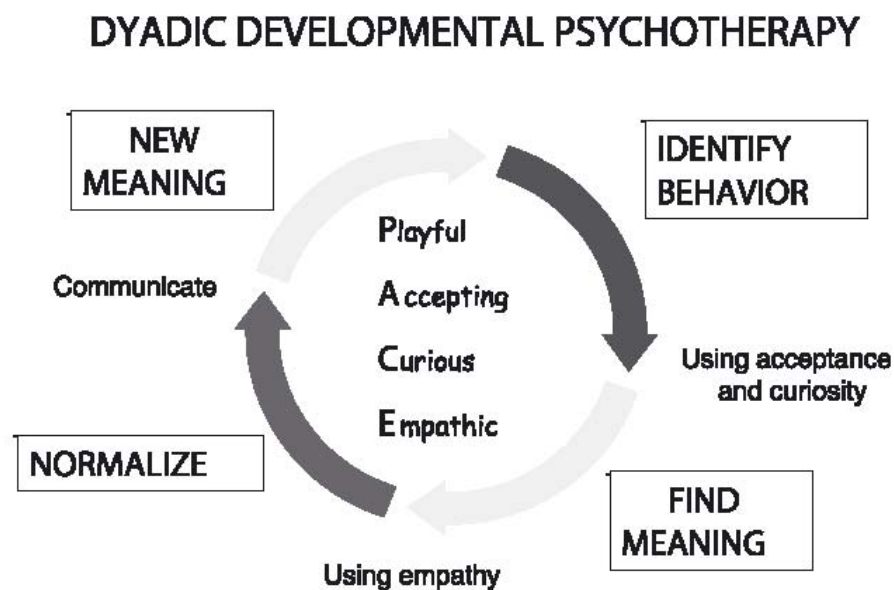
memuncak menjadi sikap menantang, hal ini merupakan perilaku yang mengganggu (Shreeve 2012).

## 8. Diagnosis Banding

Gangguan spektrum autisme, *Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)*, gangguan perkembangan intelektual/ retardasi mental, gangguan depresi, skizofrenia masa anak, *genetic syndromes*, berbagai kelainan neurologis yang berat, dan kekerdilan psikososial (APA 2013; Sadock & Sadock 2009; Hornor 2008; AACAP 2005).

## 9. Penatalaksanaan

Beberapa prinsip umum terapi berlaku untuk *RAD*. Keparahan keadaan fisik dan emosional anak atau keparahan pengasuhan patologis menentukan strategi terapi. Terdapat beberapa pilihan penatalaksanaan untuk *RAD*, antara lain pendekatan psikoterapi konvensional yang meliputi terapi wicara, bermain dan perilaku, yang penekannya dengan membantu orangtua dan anak membangun hubungan *attachment*. Mempertahankan proses pola asuh merupakan terapi pengaruh. Sedangkan *holding therapy* merupakan terapi yang berdasarkan *attachment*, karena ciri perilaku *RAD* akibat dari pengalaman keparahan yang tertekan pada anak yang mengalami pengasuhan patogenik. *Behavior Management Training (BMT)* digunakan untuk mengurangi masalah perilaku anak usia sekolah antara usia 6-11 tahun. *Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP)*, merupakan intervensi untuk anak dengan masalah *trauma-attachment*.



**Figure 1.** Process Model of Dyadic Developmental Psychotherapy

## 10. Prognosis

Semakin lama anak tetap dalam lingkungan yang merugikan tanpa intervensi yang adekuat, semakin besar kerusakan fisik dan emosi yang terjadi, akan semakin buruk prognosinya. Hubungan pengasuhan, pengalaman traumatis dan trauma yang kronis berperan penting dalam menentukan tingkat keparahan anak dalam perilaku dan hubungan berikutnya.

## KESIMPULAN

Hubungan *attachment* antara orangtua dan anak mengacu pada aspek-aspek hubungan yang berfungsi bagi bayi dalam menghadapi stres dan menumbuhkan rasa aman. Dari anak-anak di panti asuhan yang diasuh dalam empat tahun pertama kehidupannya, mereka yang menghabiskan tiga tahun pertama seluruhnya di panti dengan sekitar 50 pengasuh yang berbeda setiap minggu memperlihatkan pengembangan hubungan *attachment* yang selektif. Hal ini berpengaruh terhadap ketahanan (*resiliency*) anak-anak dan memungkinkan terjadinya *Reactive Attachment Disorder*.

*Reactive Attachment Disorder* didefinisikan sebagai gangguan interaksi dan hubungan sosial yang didasarkan pada pengasuhan yang sangat tidak memadai, seperti menelantarkan kebutuhan fisik dan emosional dasar anak atau sering berganti pengasuh, sehingga menghalangi ikatan yang adekuat. RAD digambarkan ada dua subtype yaitu *emotionally withdrawn/ inhibited subtype* dan *indiscriminately social/ disinhibited subtype*. RAD merupakan hasil dari *attachment* yang patologis yang disebabkan oleh kurangnya *attachment* dan kurangnya perilaku *attachment* pada pengasuh utama.

Gambaran penting anak dengan RAD adalah tidak adanya *attachment* yang berkembang secara nyata di antara anak dan pengasuhnya, dimana seorang anak jarang atau minimal bergantung kepada figur *attachment* untuk kenyamanan, dukungan, perlindungan dan pemeliharaan. Anak-anak dengan RAD pada bayi dan masa anak-anak awal sering pertama kali diidentifikasi guru pra sekolah atau dokter spesialis anak berdasarkan observasi langsung dari respon sosial anak yang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Diagnosis RAD didasarkan atas riwayat penelantaran dan dari *attachment* yang mengarah ke perilaku sosial yang tidak sesuai sebelum usia 5 tahun.

Gejala dari RAD sering tumpang tindih dengan gangguan yang lain atau sering ada bersamaan dengan *pervasive developmental disorder*, retardasi mental, gangguan depresi, skizofrenia masa anak, *genetic syndromes*, berbagai kelainan neurologis yang berat, dan kekerdilan psikososial.

Beberapa prinsip umum terapi berlaku untuk RAD. Keparahan keadaan fisik dan emosional anak atau keparahan pengasuhan patologis menentukan strategi terapi. Terdapat beberapa pilihan penatalaksanaan untuk RAD, antara lain pendekatan psikoterapi konvensional, *holding therapy*, *BMT* dan *DDP*.

Prognosis tergantung pada kualitas lingkungan pengasuhan termasuk pengabaian sosial yang serius dan pada komplikasi yang menyertai seperti gagal tumbuh. Semakin lama anak tetap dalam lingkungan yang merugikan tanpa intervensi yang adekuat, semakin besar kerusakan fisik dan emosi yang terjadi, akan semakin buruk prognosinya. Untuk anak-anak yang memiliki banyak masalah yang berasal dari pengasuhan patogenik, pemulihan fisiknya mungkin lebih cepat dan lebih lengkap dibandingkan kesehatan emosinya. Hubungan pengasuhan, pengalaman traumatis dan trauma yang kronis berperan penting dalam menentukan tingkat keparahan anak dalam perilaku dan hubungan berikutnya.



## DAFTAR PUSTAKA

- AACAP 2005, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 44, no. 11, pp. 1206-19.
- American Psychiatric Association (APA) 2013, Reactive Attachment Disorder, *Trauma- and stressor-related Disorders*, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition, American Psychiatric Publishing, USA, pp.265-68.
- Beyond Consequences Institute (BCI) 2007, Reactive Attachment Disorder: A New Understanding, diunduh tanggal 19 Juni 2014, <<http://www.beyondconsequences.com>>.
- Buckner, J, Lopez, C, Dunkel, S & Joiner, TE 2008, Behavior Management Training for the Treatment of Reactive Attachment Disorder, *Child Maltreat.*, vol. 13, no. 3, pp. 289-97.
- Clinical Guidelines Series 2009, Reactive Attachment Disorder, *Appropriate and Inappropriate Application of the Reactive Attachment Disorder Diagnosis on an Age Continuum from Birth through Age 18*, pp. 1-27.
- Cross, K 2003, Reactive Attachment Disorder and Attachment Therapy, diunduh tanggal 19 Juli 2014, <<https://www.google.com/searchReactiveAttachmentDisorderandAttachmentTherapyByKimCrossLSCSWMay2003&aqschrome>>.
- Follan, M, Anderson, S, Huline-Dickens, S, Lidstone, E, Young, D, Brown, G & Minnis, H 2011, Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children, *Research in Developmental Disabilities*, vol. 32, pp. 520-26.
- Floyd, K, Hester, P, Griffin HC, Golden, J & Canter, L 2008, Reactive Attachment Disorder: Challenges for Early Identification and Intervention Within The Schools, *International Journal of Special Education*, vol. 23, no. 2, pp. 47-55.
- Gregorowski, C & Seedat, S 2013, Addressing childhood trauma in a developmental context, *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, pp. 1-14.
- Greeson, J, Briggs, E, Layne, C, Belcher, H, Ostrowski, S, Kim, S, Lee, R, Vivrette, R, Pynoos, R & Fairbank, J 2013, Traumatic Childhood Experiences in the 21st Century: Broadening and Building on the ACE Studies With Data From the National Child Traumatic Stress Network, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 20, no. 10, pp. 1-21.
- Hennighausen, K & Lyons-Ruth, K 2007, Disorganization of Attachment Strategies in Infancy and Childhood, *Encyclopedia on Early Childhood Development*, pp. 1-7.
- Honor, G 2008, Reactive Attachment Disorder, *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 22, no. 4, pp. 234-39.
- King, M, Reactive Attachment Disorder: A Review, *Reactive Disorder*, pp. 1-16.
- Kocovska, E, Wilson, P, Young, D, Wallace, AM, Gorski, C, Follan, M, Smillie, M, Puckering, C, Barnes, J, Gillberg, C & Minnis, H 2013, Cortisol secretion in children with symptoms of reactive attachment disorder, *Psychiatry Research*, vol. 209, pp. 74-77.
- Lehman, J & Jegtvig, S 2004, Reactive attachment disorder: A preventable mental health disease, *Journal of Chiropractic Medicine*, vol. 3, no. 2, pp. 69-75.

- Lieberman, AF, Chu, A, Van Horn, P & Harris, W 2011, Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications, *Development and Psychopathology*, vol. 23, pp. 397–410.
- Miellet, S, Caldara, R, Gillberg, C, Raju, M & Minnis, H 2014, Disinhibited reactive attachment disorder symptoms impair social judgements from faces, *Psychiatry Research*, vol. 1, pp. 1-6.
- Minnesota Association for Children's Mental Health (MACMH) 2002, Reactive Attachment Disorder, *Children's Mental Health Disorder Fact Sheet for the Classroom*, diunduh tanggal 17 Juni 2014, <<http://www.macmh.org>>.
- Pearce, C 2009, *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Prior, V & Glaser, D 2006, *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence and Practice*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Pritchett, R, Davidson, C, Pritchett, J, Minnis, H & Marshall, E 2013, Reactive Attachment Disorder in the General Population: A Hidden ESSENCE Disorder, *The Scientific World Journal*, pp. 1-6.
- Raaska, H, Elovainio, M, Sinkkonen, J, Stolt, S, Jalonen, I, Makipa, S & Lapinleimu, H 2013, Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: FinAdo study, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 34, pp. 152-60.
- Sadock, BJ & Sadock, VA 2009, Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*, 10th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, vol. 48, no.1, pp. 1251-54.
- Shreeve, DF 2012, *Reactive Attachment Disorder: A Case-Based Approach*, Springer Science+Business Media, USA.
- Smyke, AT, Zeanah, CH, Gleason, MM, Drury, SS, Fox, NA, Nelson, CA & Guthrie, D 2012, Randomized Controlled Trial Comparing Foster Care and institutional Care for Children With Signs of Reactive Attachment Disorder, *American Journal Psychiatry*, vol. 169, pp. 508-14.
- Sweitzer, R 2009, A Parent's Guide to Reactive Attachment Disorder, pp. 1-14.
- Wood, M 2005, *Reactive Attachment Disorder: A Disorder of Attachment or of Temperament?*, diunduh tanggal 19 Juli 2014, <<http://E:/Referat/REACTIVEATTACHMENTDISORDER/DaftarPustaka/RAD, disorderofattachment.htm>>.
- Zeanah, C & Gleason, M 2010, Reactive Attachment Disorder: A Review for DSM-V, *American Psychiatric Association*, pp. 1-54.
- Zeanah, C & Shah, P 2007, Attachment and its Impact on Child Development: Comments on van IJzendoorn, Grossmann and Grossmann<sup>1</sup>, and Hennighausen and Lyons-Ruth<sup>2</sup>, *Encyclopedia on Early Childhood Development*, pp. 1-6.
- Zeanah, CH, Scheeringa, M, Boris, N, Heller, S, Smyke, A & Trapani, J 2004, Reactive attachment disorder in maltreated toddlers, *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, pp. 877–88.