

## Sindrom 'Frigophobia'

Indah Megawati Aswin<sup>1</sup>

Program Magister Psikologi  
Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

### Pengantar

Seorang ibu rumah tangga berusia 45 tahun melaporkan bahwa selama delapan tahun belakangan merasa mudah sekali merasa dingin. Terutama ketika ia pergi ke tempat-tempat ber-AC atau berangin. Ia juga merasa bahwa angin atau AC menusuk kulit dan seluruh tubuhnya. Selama tujuh tahun sebelumnya, ia merasa sakit kepala, mati rasa, mabuk, dan mengalami insomnia. Akibatnya ia menghindari menggunakan bis karena takut terkena hembusan angin. Tidak hanya itu, ia berhenti bekerja dan tinggal di rumah dan menghindari tempat ber-AC ketika berbelanja. Atribut yang digunakan pada saat berbelanja adalah *wig* serta pakaian berlapis-lapis. Hal itu dilakukan agar melindunginya dari angin. Ketika malam, ia menggunakan selimut bahkan waktu udara sedang hangat.

Selain itu, wanita tersebut menghindari makanan yang disimbolisasikan sebagai makanan dingin (buah-buahan dan sayuran tertentu) dan memakan makanan yang disimbolkan sebagai makanan panas (ginseng, jus jahe, tonik anggur, hati babi, dan kurma merah) serta memiliki kepercayaan bahwa kelebihan elemen *Yin* merupakan penyebab dari penyakitnya.

Kondisi ini disebut oleh para psikiatri sebagai "*frigofobia*". *Frigofobia* secara bahasa diartikan sebagai takut terhadap

hal-hal dingin. *Frigofobia* masih kurang dipelajari oleh cendekiawan (Ng, 1998). Namun demikian *frigofobia* sudah banyak didokumentasikan dalam jurnal dan buku-buku Cina mengenai psikiatri. Sayangnya, *frigofobia* tidak disebutkan dalam DSM-IV-TR maupun ICD-10. Hal ini dikarenakan *frigofobia* bukan merupakan sakit mental yang masuk dalam golongan universal, tetapi diklaim sebagai *culture-related syndrome*. Simptom terkait budaya ini merujuk pada suatu kondisi mental atau sindrom psikiatris yang terjadi atau perwujudannya sangat terkait dengan faktor budaya dan memerlukan pemahaman dan pengelolaan dari perspektif budaya.

Budaya berperan penting dalam membentuk perilaku individu. Individu membentuk perilakunya berdasarkan apa yang telah ditunjukkan oleh budaya, subbudaya serta keluarganya. Namun di sisi lain, individu juga membentuk budaya. Terbentuknya budaya dikarenakan adanya interaksi antarindividu, membuat suatu norma-norma, kepercayaan, serta nilai-nilai yang dianut dalam masyarakatnya (Shaffer, 2009).

Budaya merujuk pada pola perilaku dan gaya hidup unik yang dibagikan oleh sekelompok orang supaya membedakan kelompok tersebut dengan kelompok lainnya. Budaya dicirikan dengan sejumlah pandangan, kepercayaan, nilai-nilai, serta sikap-sikap terhadap hidup yang diturunkan dari generasi ke generasi. Budaya diekspresikan dalam berbagai

---

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat dilakukan melalui: indahmegin@gmail.com

bentuk yang mengatur kehidupan melalui adat istiadat, etika, hal-hal tabu, atau ritual-ritual tertentu. Budaya diwujudkan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari dan dicerminkan dalam produk budaya, seperti bahasa, legenda, drama, kesenian, pemikiran filosofis, agama, serta sistem politik dan undang-undang (Tseng & Streltzer, 2008).

Ditambahkan pula oleh Tseng dan Steltzer bahwa budaya memengaruhi kesehatan dan keadaan sakit yang dikonseptualisasikan oleh orang-orang dalam budaya tersebut terhadap keadaan sakit, mencari pertolongan, memanfaatkan sistem kesehatan, berhubungan dengan penyedia perawatan kesehatan, dan menerima preskripsi pengobatan medis. Pasien mempersepsikan kesehatan dan kesakitan berdasarkan faktor individu seperti pendidikan dan pengalaman masa lalu, juga faktor budaya, dan elemen-elemen ini perlu dikenali secara tepat untuk memahami pasien.

Maing-masing individu biasanya memiliki pengetahuan umum mengenai penyakit dan juga memegang kepercayaan tertentu. Pengetahuan umum tersebut bisa berupa dongeng ataupun perawatan ibu rumah tangga berdasarkan pengalaman masa lalu yang diakumulasikan atau dibangun dari konsep tradisional yang sudah mengakar dalam masyarakat. Salah satunya adalah ketidakharmonisan elemen alam. Diasumsikan bahwa keadaan homeostatis tertentu ada dalam dunia ini dan berfungsi sebagai penyeimbang berbagai elemen. Jika ada ketidakharmonisan antara elemen tertentu, maka sakit sebagai kondisi yang tidak diinginkan akan terjadi. Cina mengenal elemen penyeimbang keharmonisan alam serta kesehatan. Elemen yang dimaksud adalah *Yin* dan *Yang*.

### *Konsep Yin dan Yang*

Dunia ini terdiri dari dua kekuatan utama yang saling melengkapi, yaitu kekuatan positif (*Yang*) dan kekuatan negatif (*Yin*). Bagian gelap dari simbol *Yin* dan *yang* merupakan perwakilan dari sifat feminin dan pasif, sedangkan bagian terangnya merupakan perwakilan dari sifat maskulin dan aktif. Setiap bagian ada karena bagian yang lain ada, dan keduanya tidak dapat dipisahkan (Snyder & Lopez, 2007). Konsep *Yin* dan *Yang* bukanlah sesuatu yang berlawanan, tetapi dua ekstrim dari proses atau kualitas yang sama. Kedua simbol ini merupakan hal yang saling melengkapi. Sebagaimana yang digambarkan dalam diagram *Taichi*, dalam *Yin* ada lingkaran kecil *Yang*, begitu juga sebaliknya. Hal ini diartikan bahwa ketika *Yin* mencapai ekstrim yang paling tinggi maka akan berganti menjadi *yang*, dan begitu pula sebaliknya (Tsuei, 1989).

Pada konsep kosmos, matahari disimbolkan sebagai kekuatan positif, sedangkan bulan merupakan kekuatan negatif. Bahkan dalam makanan, konsep *Yin* dan *Yang* ada pada makanan pedas, tonik, dan daging (makanan *Yang*) dan kebanyakan sayuran hijau dan buah-buahan merupakan makanan dingin (makanan *Yin*). Konsep ini tidak hanya dapat diimplikasikan pada fisiologi, tetapi juga pada pengobatan psikopatologi. Jika dua kekuatan tersebut seimbang dalam keharmonisan, maka kesehatan baik akan terjaga. Sebaliknya, jika dua kekuatan tersebut tidak seimbang maka akan menimbulkan penyakit.

Konsep *Yin* dan *Yang* sangat terkenal dalam tradisi medis di Cina. Terkait dengan konsep medis tradisional Cina mengenai *Yin* dan *Yang*, istilah "dingin" menyimpulkan penyebab kekacauan harmoni antara kekuatan lawan dari *Yin* dan *Yang* dalam tubuh manusia (Tseng & Streltzer, 2008). Dampak dari teori *Yin* dan

Yang terhadap praktis psikiatri adalah pengobatan apa yang harus dilakukan pasien terkait dengan penyakitnya. Misalnya, pasien menanyakan apa saja makanan yang harus dimakan (makanan panas atau dingin) atau apakah pasien butuh mengonsumsi vitamin tambahan agar menjadi kuat lagi.

Telah disebutkan di atas bahwa konsep *yin* dan *yang* tidak hanya berlaku pada fisiologis tapi juga psikopatologis. Terkait dengan hal tersebut ada jenis fobia yang berhubungan dengan konsep *yin* dan *yang*.

### *Fobia*

Fobia adalah “*the severe and persistent fear of circumscribed event, object, or situations that leads to significant disruption in areas of functioning*” (Beidel, 2012). Berdasarkan definisi tersebut, *fobia* merupakan ketakutan terhadap suatu objek atau situasi yang mengganggu fungsi kehidupan manusia. Dengan kata lain, definisi “takut” akan berubah menjadi “*fobia*” apabila memenuhi dua syarat, yaitu gejala takut menyebabkan ketidaknyamanan emosional (*distres*) dan terganggunya aspek kehidupan seseorang.

Fobia mendapat label diagnostik terpisah dalam *International Classification of Diseases* (ICD) pada tahun 1947, dan dalam *Diagnostic and Statistical Manual* pada tahun 1952. Pada dua edisi pertama DSM semua *fobia* dikelompokkan bersama-sama. Pada tahun 1960 Marks dkk., mengamati bahwa berbagai *fobia* distribusinya berbeda pada usia dan jenis kelamin dan kemudian *fobia* dipisahkan menjadi *agorafobia*, *fobia* sosial, dan *fobia* spesifik dan dipakai pada DSM edisi ketiga dan seterusnya hingga sekarang (DSM V) (Marks & Mataix-Cols, 2004).

Penyebab *fobia* dapat ditinjau dari berbagai sudut pandang termasuk dari

pandangan psikoanalisis, psikologi belajar, perbedaan individu, evolusi dan biologis.

### *Pandangan Psikoanalisis*

*Fobia* merupakan pertahanan melawan kecemasan yang mengakar pada *impuls id* yang direpress. Kecemasan tersebut digantikan pada objek eksternal atau situasi yang memiliki hubungan simbolis dengan objek kecemasan yang sebenarnya.

### *Fobia sebagai Perilaku yang Dipelajari*

Wolpe dan Rachman (1960) menjelaskan perkembangan *fobia* dari kondisioning klasikal. Respons takut dapat dikondisikan pada stimulus yang sebelumnya netral ketika stimulus ini dipasangkan dengan peristiwa traumatis atau menyakitkan. Stimulus tersebut juga akan digeneralisasi pada objek atau situasi yang hampir sama. Pengalaman traumatis terkondisi sebagai sumber *fobia* (58% sitasi).

### *Kondisioning vikarius.*

Hanya dengan melihat orang *fobia* merespons objek atau situasi yang membuatnya takut dapat menjadi *distres* bagi pengamat dan dapat menghasilkan tertularnya rasa takut tersebut dari satu orang ke orang lain melalui vikarius (seolah-olah mengalami sendiri) atau pengamatan kondisioning klasikal.

### *Perbedaan individu dalam belajar*

Perbedaan dalam pengalaman hidup diantara individu satu dengan yang lainnya sangat memengaruhi apakah ketakutan atau *fobia* yang dikondisikan benar-benar terjadi. Beberapa pengalaman hidup dapat menjadi faktor risiko dan membuat orang-orang tertentu rentan terhadap *fobia* dibandingkan orang lain dan pengalaman lainnya dapat menjadi faktor pelindung bagi terbentuknya *fobia*.

*Pandangan evolusi mengenai kesiapan untuk belajar takut dan fobia tertentu*

Sejak zaman dahulu manusia dan primata sudah memiliki rasa takut terhadap situasi atau objek tertentu. Hal ini disebut oleh Darwin sebagai *natural selection*, yaitu proses evolusioner yang dilakukan oleh individu untuk beradaptasi, bertahan, serta meneruskan keturunan. Hal ini merupakan wajar karena adanya ketidakinginan untuk punah.

*Faktor penyebab biologis.*

Variabel genetik dan temperamental berpengaruh dalam kecepatan dan kekuatan ketakutan yang terkondisi. Contohnya, individu yang memiliki dua varian gen serotonin-transporter lebih mudah takut dibandingkan yang tidak memiliki 's allele'.

Penyebab *fobia* yang beragam ini, termasuk perbedaan individu dalam mempelajari sesuatu akan menyebabkan variasi dalam objek serta situasi yang membuat takut atau *fobia*. Hal ini disebut sebagai *fobia* spesifik dalam DSM V.

*Fobia Spesifik*

Ketidakseimbangan ketakutan yang tidak rasional dikarenakan oleh objek atau situasi spesifik seperti takut terbang, ular, dan ketinggian disebut sebagai *fobia* spesifik. Individu mengenali bahwa ketakutan yang dialaminya merupakan hal yang berlebihan tetapi tetap ingin menghindari objek atau situasi yang menimbulkan ketakutan (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2012; Barlow & Durand, 2012). Simptom ketakutan ini bertahan setidaknya selama enam bulan, dan menyebabkan ketakutan yang intens (APA, 2013). Beberapa tipe *fobia* spesifik digolongkan menjadi empat bagian, yaitu

binatang, lingkungan alam, darah-injeksi-luka, situasional, dan lain-lain.

Ketakutan terhadap binatang atau serangga disebut sebagai *fobia* binatang. Hal ini umum terjadi dan hanya dapat disebut *fobia* jika terjadi gangguan fungsi kehidupan bagi penderitanya. Individu yang menderita *fobia* ular, misalnya, tidak akan sanggup melihat ular bahkan memegang ular sekalipun. Bahkan melihat mainan atau objek lainnya yang mirip dengan ular akan menimbulkan ketakutan intens baginya.

Kadangkala beberapa orang takut terhadap sesuatu yang terjadi dengan alam. Hal ini disebut dengan *fobia* lingkungan alam. Termasuk dalam *fobia* ini adalah takut pada badai, air, ketinggian. Ketakutan jenis ini mungkin saja bersatu dengan *fobia* lainnya. Misalnya orang yang takut badai juga takut terhadap air, atau orang yang takut ketinggian juga takut terhadap kedalaman air.

Beberapa orang takut disuntik, luka atau darah. Hal ini disebut sebagai *fobia* spesifik golongan darah-injeksi-luka. Orang-orang yang menderita *fobia* ini akan merasa pusing, mual, atau mengalami serangan panik pada saat berhadapan dengan darah, injeksi atau luka.

*Fobia* lainnya tidak dapat digolongkan karena memiliki keunikan lainnya, misalnya takut akan situasi gelap, transportasi publik, dan lainnya. Ketakutan jenis ini disebut sebagai *fobia* situasional. Jenis *fobia* spesifik bisa saja terjadi karena unsur budaya. Di Cina ada jenis *fobia* yang relatif jarang yang disebut sebagai 'frigophobia'.

*Frigofobia*

*Frigofobia* (kadang-kadang disebut 'Pa-leng', 'wei-han zheng') secara literatur diartikan sebagai "ketakutan terhadap

dingin" (Barlow & Durand, 2012; Ng, 1998; Perera, Panduwawela, & Perera, 2013; Tseng, 2001). *Frigophobia* nampaknya lebih umum diderita oleh perempuan di Sri Lanka dibandingkan laki-laki (Parera dkk., 2013). Dicerikan terhadap kekhawatiran berlebih dan ketakutan terhadap dingin atau masuk angin. *Frigophobia* termasuk *fobia* yang cukup unik karena harus dimengerti dalam konteks tradisional Cina.

Berdasarkan teori tradisional Cina mengenai *Yin* dan *Yang*, ketidakseimbangan diantara keduanya akan menimbulkan sakit atau gangguan. *Yin* yang berlebihan dikarenakan oleh udara dingin atau memakan makanan dingin yang akan mengakibatkan lemah dan sakit. Sensasi keringat dingin diinterpretasikan sebagai tanda lemah karena kelebihan energi *yin*.

Kondisi ekstrim dari pemahaman teori ini akan menyebabkan pasien memunculkan perilaku *frigophobia*. Pasien akan menggunakan banyak topi atau *wig* untuk melindungi kepalanya, melingkar-kan syal pada lehernya berlapis-lapis serta menggunakan baju, *cardigan*, jaket, mantel yang juga berlapis-lapis untuk menjaga agar tubuhnya tidak masuk angin bahkan di cuaca panas sekalipun.

Pasien juga menghindari makanan yang disimbolkan dengan makanan "dingin" seperti buah-buahan dan sayuran berwarna hijau dan malah mengonsumsi makanan "panas" seperti tonik dan daging. Pasien percaya bahwa keseimbangan tubuh mereka (panas/dingin, *yin/yang*) mengecewakan dan menderita kelebihan dingin yang akan menyebabkan mereka sakit.

Dalam keadaan paling ekstrim, pasien akan menyelimuti dirinya dengan selimut tebal dan tetap di tempat tidur, takut keluar rumah dan takut terkena udara dingin. Pasien terkadang menunjukkan

depresi, hipokondriasis, kecemasan dengan kecenderungan panik (Tseng, 2001).

Pasien juga mengalami insomnia, sakit kepala, mati rasa, dan *parasthesia* (Ng, 1998). Pasien juga komplain bahwa ia sering bersendawa atau buang gas yang menunjukkan bahwa adanya angin dan kelebihan elemen *Yin* dalam tubuh.

## Analisis dan Diskusi

Penyebab *frigophobia* dapat dijelaskan dari segi budaya maupun dari pandangan teori belajar. Sebagaimana yang telah diketahui, budaya memainkan peran penting dalam kehidupan manusia. Oleh karena itu, kepercayaan individu terkadang juga dipengaruhi oleh kepercayaan yang dianut oleh budaya tertentu.

Kecemasan yang dialami oleh penderita *frigophobia* menghasilkan sensasi dingin dan ketakutan, yang pada gilirannya berujung meningkatkan kecemasan dengan semakin dingin, dan hal tersebut membentuk hubungan dalam lingkaran setan; dalam *frigophobia* simptom ini diperkuat dan diintensifkan, mengarah pada distres dan perilaku penghindaran.

Penderita *frigophobia* biasanya memiliki pengalaman tidak menyenangkan (kehilangan, kesepian, dan ketidakamanan/kegelisahan) yang tidak diekspresikan dalam bentuk kesedihan ataupun depresi. Kesedihan atau depresi yang diwujudkan dalam kepercayaannya mengenai keseimbangan *yin-yang*.

Uniknya, *frigophobia* tidak berdiri sendiri. Ada simptom-simptom lainnya yang mendukung terjadinya *fobia* ini. Misalnya, pada kasus ibu rumah tangga berusia 45 tahun di atas, terjadi karena ia memiliki kepribadian neurotisme, mengidap somatisme (mengalami sakit kepala, mati rasa, dan lain-lain), stres yang intens, serangan panik dan kecemasan berlebih.

Beberapa kasus lainnya mengikutsertakan obsesif-kompulsif serta hipokondriasis sebagai pendukung *frigofobia* (Ng, 1998).

Jika dikaji melalui fobia spesifik yang ada dalam DSM V, *frigofobia* mungkin termasuk pada fobia terhadap lingkungan alam, yaitu takut terhadap angin. Meskipun begitu, penegakan diagnosis terhadap *frigofobia* dan fobia terhadap lingkungan alam tidak dapat dilakukan. Hal ini dikarenakan *frigofobia* memiliki fitur-fitur lainnya seperti somatisme, hipokondriasis, dan depresi. Selain itu, ketakutan yang dialami oleh penderita *frigofobia* bukanlah ketakutan yang irrasional. Dikatakan demikian karena penderita *frigofobia* menginterpretasikan kelemahan atau kesakitannya berdasarkan pengetahuannya atau kepercayaannya terhadap ketidakseimbangan *qi* (vitalitas) dalam tubuhnya.

Penjelasan mengenai penyebab *frigofobia* mungkin akan lebih tepat jika dikaji menggunakan teori psikoanalisa mengenai mekanisme pertahanan diri. Pasien *frigofobia*, seperti yang telah disebutkan, tidak digolongkan sebagai orang yang menderita depresi. Namun, diwujudkan dalam bentuk kepercayaannya terhadap vitalitas dan keseimbangan *Yin-Yang*. Pengalaman yang tidak menyenangkan direpres (ditekan) oleh penderita yang kemudian memuncak dalam bentuk yang berbeda. Hal ini dikarenakan mungkin dalam budaya Cina, tidak diperbolehkan mengekspresikan emosi secara tepat. Sebisa mungkin emosi (seperti kesedihan, kemuraman, kemarahan, dan lainnya) disembunyikan dan dirasakan sendiri. Sehingga, emosi yang ditekan ini "meledak" dalam bentuk yang sesuai dengan norma masyarakat.

Dilaporkan pula pada kasus ibu rumah tangga berusia 45 tahun bahwa ia tidak berpendidikan tinggi. Sehingga kesempatan untuk belajar takut terhadap

angin tidak mungkin terjadi. Beberapa kasus yang diutarakan oleh Tseng (2001) merunut masa lalu pasien dan menemukan beberapa ketidakamanan pada diri pasien yang sudah bertahan sejak lama. Misalnya pada kasus nona C (Tseng, 2001).

Nona C mengalami masa lalu yang sangat tidak menyenangkan. Nona C memiliki saudara laki-laki yang mengalami gangguan seperti *skizofrenia*, dan saudara perempuannya mengalami gangguan emosi hingga melakukan bunuh diri. Tidak hanya itu, ayahnya terkesan jahat dan mudah sekali marah. Nona C tidak berhubungan baik dengan ibunya. Ketika menikah, nona C tidak berhubungan baik dengan mertua juga suaminya hingga akhirnya memutuskan untuk hidup sendirian. Mengalami ketakutan akibat dirampok, ditodong pisau, dan juga ditakut-takuti oleh pemabuk ketika ia sedang bekerja.

Dengan demikian, kasus *frigofobia* sangat dipengaruhi oleh masa lalu. Tanda-tanda depresi mungkin tidak terdeteksi dalam diagnosis awal. Hal ini dikarenakan penderita *frigofobia* menekan masa lalu yang tidak menyenangkan dan kemudian melakukan mekanisme pertahanan diri dengan cara mengubah ekspresi distressnya dengan hal yang lebih dapat diterima oleh masyarakat, yaitu kepercayaan mengenai *qi* (vitalitas) dan keseimbangan *Yin* dan *Yang*.

## Penutup

Pemahaman mengenai penyakit tertentu tidak dapat dielakan dari faktor budaya karena bagaimanapun juga budaya memerankan peran penting bagi kehidupan manusia. Manusia membentuk budaya, namun di sisi lain budaya juga dibentuk oleh manusia berdasarkan interaksi yang dilakukan. Hasil dari interaksi

bisa berupa produk budaya seperti bahasa, aturan, kepercayaan, dan lain-lain. Hidup dalam budaya tertentu akan menghasilkan kepribadian yang berbeda dan pemikiran yang berbeda pula. Perbedaan psikologis ini juga menyebabkan adanya perbedaan makna "normal" dan "abnormal" dalam budaya tertentu. Salah satu abnormalitas yang dibahas dalam DSM adalah *fobia* spesifik.

*Frigofobia* merupakan *fobia* yang erat kaitannya dengan budaya. Pemahaman mengenai *frigofobia* masih sangat terbatas karena masih sedikitnya cendekiawan yang tertarik membahas mengenai jenis *fobia* spesifik ini. Terlebih, *frigofobia* lebih banyak didokumentasikan dalam arsip Cina, sehingga cendekiawan yang tidak dapat berbahasa Cina akan kesulitan memahami fenomena tersebut.

*Frigofobia* terkadang disandingkan dengan *koro*. *Koro* adalah ketakutan tidak wajar yang didorong dari kepercayaan bahwa penyusutan organ seksual akan menyebabkan kematian (Tseng, 2001). Kesamaan dari kedua jenis *fobia* ini adalah teori *Yin* dan *Yang* dalam pengobatan Cina. Perbedaannya adalah *frigofobia* disebabkan oleh kelebihan elemen *Yin*, sedangkan *koro* disebabkan kelebihan elemen *Yang*.

Berhadapan dengan penderita *frigofobia* harus menggunakan komunikasi berbasis budaya (*emic*) agar pasien merasa dipahami. Berusaha untuk mengikuti kepercayaan pasien akan memberikan kenyamanan dan akan menghasilkan rapor yang baik antara terapis dan pasien.

### Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association/ APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. Washington DC: Author.
- Beidel, D. C., Bulik, C. M., & Stanley, M. A. (2012). *Abnormal Psychology Second Edition*. Canada: Pearson Edu., Inc.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2012). *Abnormal Psychology: An Integrative approach, Seventh Edition*. Stamford: Cengage Learning
- Butcher, J. N., Hooley J. M., & Mineka, S. M. (2013). *Abnormal Psychology 16<sup>th</sup> edition*. Canada: Pearson.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2012). *Abnormal Psychology, Twelfth Edition*. John Wiley & Sons, Inc.
- Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004) Diagnosis and Classification of Phobias: A Review. In Maj, Mario., Aksikal, Hagop, S., López-Ibor, Juan J., & Okasha, Ahmed (Ed), *Phobias Volume 7*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Ng, Beng-Yeong. (1998). Case Report *Wei Han Zheng* (frigophobia): A Culture-Related Psychiatric Syndrome, *Australian and Newzealand Journal of Psychiatry*, 32, 582 - 585.
- Parera, D. N., Panduwawela, S., & Parera, M. H. (2013). Frigophobia: A Case series from Sri Lanka, *Transcultural Psychiatry*, 51(2), 176-189.
- Shaffer, D. R. (2009). *Social and Personality Development, Sixth Edition*. Belmont: Wadsworth.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive Psychology The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Sage Publication.
- Tseng, Weh-Shing. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*. Academic Press.
- Tseng, Wen-Shing & Streltzer, J. (2008). *Cultural Competence in Health Care*. [SpringerLink version].
- Tsuei, W. (1989). *Roots of Chinese Culture and Medicine*. Oakland: Chinese Culture Books Co.

Wolpe, J., & Rachman, S. (1960).  
Psychoanalytic" evidence": A critique  
based on Freud's case of little Hans.  
*The Journal of nervous and mental disease*,  
131(2), 135-148. Diunduh dari:  
[http://journals.lww.com/jonmd/Citation/1960/08000/PSYCHOANALYTIC\\_\\_EVIDENCE\\_\\_A\\_CRITIQUE\\_BASED\\_ON.7.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Citation/1960/08000/PSYCHOANALYTIC__EVIDENCE__A_CRITIQUE_BASED_ON.7.aspx)