

# SCHIZOPHRENIA

**RARAS SUTATMININGSIH, S.Psi**

**Fakultas Kedokteran  
Program Studi Psikologi  
Universitas Sumatera Utara**

## I. PENDAHULUAN

Gangguan-gangguan psikis yang sekarang dikenal sebagai schizophrenia, untuk pertama kalinya diidentifikasi sebagai "dementia precece" atau gangguan mental dini oleh Benedict Muler (1809-1873), seorang dokter berkebangsaan Belgia pada tahun 1860 (dalam Supratiknyo, 1995). Konsep yang lebih jelas dan sistematis diberikan oleh Emil Kraepelin (1856-1926), seorang psikiatri Jerman pada tahun 1893. Kraepelin menyebutnya dengan istilah "dementia praecox". Istilah dementia praecox berasal dari bahasa Latin "dementis" dan "precocius", mengacu pada situasi dimana seseorang mengalami kehilangan atau kerusakan kemampuan-kemampuan mentalnya sejak dini. Menurut Kraepelin, "dementia praecox" merupakan proses penyakit yang disebabkan oleh penyakit tertentu dalam tubuh. Dementia praecox meliputi hilangnya kesatuan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Penyakit ini muncul pada usia muda dan ditandai oleh kemampuan-kemampuan yang menurun yang akhirnya menjadi disintegrasi kepribadian yang kompleks. Gambaran Kraepelin tentang "dementia praecox" ini meliputi pola-pola tingkah laku seperti delusi, halusinasi, dan tingkah laku yang aneh (Rathus, et al., 1991).

Eugen Bleuler (1857-1939), seorang psikiater Swiss, memperkenalkan istilah schizophrenia. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani schistos artinya terbelah, terpecah, dan phren artinya pikiran. Secara harafiah, schizophrenia berarti pikiran/jiwa yang terbelah/terpecah. Bleuler lebih menekankan pola perilaku, yaitu tidak adanya integrasi otak yang mempengaruhi pikiran, perasaan, dan afeksi. Dengan demikian tidak ada kesesuaian antara pikiran dan emosi, antara persepsi terhadap kenyataan yang sebenarnya (Rathus, et al., 1991; Davison, et al., 1994).

PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III) menempatkan schizophrenia pada kode F20.

Schizophrenia termasuk dalam kelompok psikosis fungsional. Psikosis fungsional merupakan penyakit mental secara fungsional yang non organis sifatnya, hingga terjadi kepecahan kepribadian yang ditandai oleh disintegrasi kepribadian dan maladjustment sosial yang berat, tidak mampu mengadakan hubungan sosial dengan dunia luar, bahkan sering terputus sama sekali dengan realitas hidup; lalu menjadi ketidakmampuan secara sosial. Hilanglah rasa tanggungjawabnya dan terdapat gangguan pada fungsi intelektualnya. Jika perilakunya tersebut menjadi begitu abnormal dan irrasional, sehingga dianggap bisa membahayakan atau mengancam keselamatan orang lain dan dirinya sendiri, yang secara hukum disebut gila (Kartono, 1989 : 165).

Schizophrenia merupakan gangguan mental klasifikasi berat dan kronik (psikotik) yang menjadi beban utama pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia sejak jaman pemerintahan Hindia Belanda sampai sekarang. Mengapa menjadi beban ? Karena ciri pokok keruntuhan fungsi peran dan pekerjaan, sehingga penderita menjadi tidak produktif dan harus ditanggung hidupnya selamanya oleh sanak keluarga, masyarakat, atau pemerintah (Wicaksana, 2000).

## II. GEJALA-GEJALA SCHIZOPHRENIA

### II.1 BERDASARKAN KONSEP TEORITIS

Coleman (1976) menjelaskan bahwa Schizophrenia adalah gangguan psikosa yang ditandai oleh split/disorganisasi personality. mengalami disharmoni psikologis secara menyeluruh, pendangkalan/kemiskinan emosi, proses berpikir yang memburuk. menghilangnya kesadaran sosial, adanya delusi, halusinasi, sikap/perilaku yang aneh, dan emosinya inkoheren dimana bila terdapat kejadian yang menyenangkan bisa saja penderita malah menjadi bersedih hati, demikian pula sebaliknya.

Halusinasi adalah pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptor.

Delusi adalah keyakinan yang tidak mempunyai bukti-bukti kebenaran atau bukti-bukti yang dapat diperlihatkan.

Dibandingkan dengan gangguan abnormalitas psikis lainnya, penderita schizophrenia relatif paling sedikit yang sembuh maupun yang meninggal, sehingga "tumplek" di Rumah Sakit, dimana 50% pasien RSJ adalah penderita Schizophrenia.

Gangguan kepribadian Schizophrenia ini bisa terjadi pada hampir setiap tingkat usia :

- Modus pada : 30 - 35 tahun
- 10% pada : 20 tahun
- 65% pada : 20 - 40 tahun
- 25% pada : di atas 40 tahun.

#### II.1.1 Emotional disorders.

Hilangnya aktivitas afek yang normal, dimana kehidupan afeknya sangat terganggu. Ciri utama patologi emosinya adalah apatis, dimana reaksi emosinya datar, tidak wajar, menyulitkan orang normal untuk melakukan kontak dengan pasien (seolah-olah diselubungi tembok) sehingga reaksi emosinya tidak adekuat. Social feeling-nya menghilang, misalnya : bertahun-tahun di bangsal yang sama, bisa tidak saling berbicara.

Reaksi emosinya sukar diprediksi, inkongruen, ambiguous, tanpa sebab bisa menangis, berteriak-teriak, terkekeh-kekeh, tertawa dibuat-buat, ambivalen (misalnya membunuh sambil tertawa terbahak-bahak).

#### II.1.2 Delusions.

Di sini subyek memiliki keyakinan yang tidak mempunyai bukti-bukti yang benar atau bukti-bukti yang dapat diperlihatkan. Hal ini lebih dari seperti bentuk mimpi pada orang normal, lebih fantastis, sukar dibayangkan anehnya.

Semua ide dan rasa yakin yang dimiliki subyek menyalahi logika dan bersifat fantastis, tetapi pada subyek tidak terdapat keinginan untuk menentanginya. Segala sesuatu bagaikan dalam dunia mimpi, penuh khayal tetapi sangat diyakini subyek sebagai hal yang dialami dan merupakan bagian dari diri subyek.

**Beberapa bentuk delusi, antara lain :**

**a. Delusions of Reference,**

yaitu keyakinan subyek bahwa orang-orang membicarakannya, menuding, memuat gambarnya dikoran, dan sebagainya.

**b. Delusions of Influence,**

yaitu keyakinan subyek bahwa "musuh"-nya dengan segala cara berusaha mempengaruhinya, dengan teknik elektro yang kompleks, memasang elektroda dikepalanya, dan sebagainya.

**c. Delusions of Persecutions,**

yaitu keyakinan subyek bahwa ia dimusuhi, diancam komplotan, diburu, ditekan,

dan sebagainya.

**d. Delusions of Sins and Guilt,**

yaitu keyakinan subyek akan dosa-dosanya yang tak terampuni, rasa bersalahnya karena ia mencelakakan orang lain karena ia jahat, dan sebagainya.

**e. Delusions of Grandeur,**

yaitu keyakinan subyek bahwa dirinya adalah orang yang serba hebat, serba luar biasa, mahasuci, dan sebagainya.

**f. Hyphochondriacal Delusions,**

yaitu keyakinan subyek bahwa dirinya mengalami penyakit yang aneh, mengerikan, mematikan, dan sebagainya.

**g. Nihilistic Delusions,**

yaitu keyakinan subyek bahwa dirinya merasa dihukum paksa, dimana subyek merasa dirinya sudah mati beberapa tahun yang lalu dan jiwanya sudah menguap tetapi badanya masih tersisa di dunia karena dihukum paksa.

### **II.1.3 Hallucinations.**

Gejala halusinasi ini sangat menonjol muncul sebagai simptom schizoprenia dibandingkan dengan pada bentuk gangguan abnormalitas lainnya.

Halusinasi merupakan persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya.

Macam-macam halusinasi :

**a. Auditory Hallucination,**

yaitu subyek mendengar sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera dengarnya. Misalnya subyek merasa mendengar suara Tuhan, suara ghoib, dan sebagainya.

**b. Visual Hallucination,**

yaitu subyek mendengar sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera penglihatannya. Misalnya melihat nabi, melihat, bidadari, dan sebagainya.

**c. Olfactory Hallucination,**

yaitu subyek mencium sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera penciumannya. Misalnya mencium gas beracun, yang disemprotkan ke kamarnya, dan sebagainya.

**d. Gustatory Hallucination,**

yaitu subyek mengecap sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera pengecapnya. Misalnya, merasakan adanya racun pada makanan yang dimakannya atau minuman yang diminumnya, dan sebagainya.

**e. Tactual Hallucination,**

yaitu subyek merasakan adanya sesuatu yang menstimulasi indera rabanya dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif. Misalnya, merasakan adanya ular yang merayap pada kuduknya atau badannya, dan sebagainya.

### **II.1.4 Speech Disorder**

Subyek yang mengalami gangguan schizoprenia mengalami gangguan bicara, bisa dalam bentuk membisu, tidak komunikatif, dan sebagainya. Hal ini terjadi karena rendahnya minat untuk mengadakan relasi sosial. Subyek tidak merasa perlu untuk berbicara, atau merasa diperintah untuk tidak bicara, atau takut bau mulutnya mengganggu orang lain, dan sebagainya. Atau bahkan sebaliknya, subyek banyak bicara tetapi kualitas bicaranya inkoherent, repetitik, meloncat-loncat, dan tidak relevan.

Ciri bicaranya adalah tidak dapat atau sukar dimengerti atau tidak berkaitan. Terjadi neologisme, yaitu membentuk kata-kata baru dari kata-kata lama yang hanya subyek sendiri yang mengerti (pada orang normal biasanya disebut akronim yang terbentuk melalui prinsip-prinsip tertentu).

### **I.1.5 Tulisannya "aneh"**

Tulisan subyek biasanya diulang-ulang (stereotipe), ganjil, dimuluk-muluk, dan sebagainya. Bahasa lisannya tidak berhubungan antara satu kata dengan kata lain, atau satu kalimat dengan kalimat lain, tidak mengikuti aturan tata bahasa yang benar atau seenaknya saja. Kata-katanya banyak yang hilang atau terpenggal begitu saja.

### **II.1.6 Thinking Disorders**

Karena cara berpikirnya yang tidak terintegrasi dengan baik, kata-kata yang oleh orang normal disupress, pada schizophrenia dilepas saja.

Cara berpikirnya meloncat-loncat, tidak urut, tidak selesai, sehingga sukar bagi orang normal untuk menyesuaikan cara berpikirnya dengan isi dan jalan pikiran subyek, karena arahnya tidak jelas, tidak koheren, sukar diikuti, dan sebagainya. Pemikirannya tidak memiliki sasaran yang jelas, tidak terorganisir, tidak utuh dalam proses dan cara berpikirnya.

Menurut Bleuer, terjadi daya asosiasi dalam proses berpikir yang melemah pada penderita schizophren.

Menurut Storch & White, pada penderita schizophrenia terjadi regresi dalam kemampuan berpikir dan bahasa, sehingga menampilkan bentuk-bentuk primitif dalam perkembangan dan pengendaliannya. Penderita schizophren berpikir dalam term kongkrit yang mempunyai arti subyektif. Subyek tidak mampu mengkonstruksikan ide-ide yang abstrak.

Pada tes psikologis, hasil tesnya terlihat rendah pada abstract behaviour, concept formation, dan generalizing ability. Bila hasil psikotesnya tersebut baik, maka penderita memiliki kecenderungan untuk sembuh, karena secara menyuruh subyek mampu mencapai relasi kelompok dan mampu menghadapi masalah-masalah abstrak.

### **II.1.7 Gangguan Intelegensi**

Intelligence Quotient (IQ) berada pada sekitar average. Kemunduran intelegensi baru terlihat setelah 1 - 2 tahun, yaitu di bawah rata-rata tingkat usia mentalnya (tetapi tidak sama pada setiap penderita).

Tes vocabulary kurang begitu terganggu dibanding tesnya untuk learning, memory, motor ability, dan abstract thinking.

Tetapi, kerusakan intelegensi tidak permanen. Dengan meningkatnya perbaikan psikis, intelegensi berangsur-angsur normal seperti semula.

### **II.1.8 Gangguan Psikis Lainnya**

Hal yang menyolok adalah adanya deteriorasi dan disturbance emosi, dimana sangat disoriented, yaitu ditandai oleh delusi.

Daya ingatnya mengalami kemunduran pada fase awal. Hal itu lebih disebabkan karena kurangnya perhatian, minat, dan terjadinya kesalahan/kekeliruan dalam proses learning. Pada mulanya penderita masih bisa mengenal siapa dirinya, identitasnya, dan mengenal orang-orang di sekitarnya. Akan semakin melemah seiring dengan semakin parahny penyakit yang dideritanya.

Psikomotoriknya kadang-kadang terlihat terganggu, tetapi kadang-kadang tidak. Hal itu tergantung pada tipe schizophren yang dideritanya.

Insight melemah cukup menyolok, dimana penderita tidak mampu menerima penilaian terhadap kenyataan-kenyataan dirinya. Penderita tidak bisa diajak mengerti. Penderita tidak mampu mengendalikan aktifitasnyasesuai dengan norma lingkungan sosialnya.

### **II.1.9 Simptom-Simptom Fisik**

Kesehatan tubuh yang dimiliki penderita sangat buruk. Hal ini disebabkan karena

tidak terawat, kurang gizi, tidur tidak teratur/terganggu, lemah secara fisik, kurus kering, dan suhu tubuh terganggu.

## **II.2 MENURUT PPDGJ**

Menurut PPDGJ, schizophrenia pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental pada karakteristik pikiran dan persepsi serta afek yang tidak wajar (inappropriate) atau tumpul (blunted). Kesadaran yang jernih (clear consciousness) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Dalam melakukan diagnosa schizophrenia pada penderita, terdapat beberapa pedoman diagnostik yang harus diikuti, yaitu pertama harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (biasanya 2 gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas).

### **II.2.1 Isi Pikiran**

#### **a. Thought Echo.**

Isi pikiran dirinya sendiri yang berulang dan bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.

#### **b. Thought Insertion atau Withdrawl.**

Isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawl)

#### **c. Thought Broadcasting.**

Isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

### **II.2.2 Delusi**

#### **a. Delusion of Control.**

Waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

#### **b. Delusions of Influence.**

Waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.

#### **c. Delusions of Passivity.**

Waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar. "Tentang dirinya" artinya secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus).

#### **d. Delusional Perception.**

Pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

### **II.2.3 Halusinasi Auditorik.**

- a. Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku penderita.
- b. Mendiskusikan perihal penderita di antara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara)
- c. Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

### **II.2.4 Waham yang menurut budaya dianggap tidak wajar.**

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan adama atau politik tertentu, kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

Kedua, dalam melakukan diagnosa schizophrenia pada penderita paling sedikit terdapat 2 (dua) gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas.

- a. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh

waham yang mengembang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandunganafektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan (over valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.

- b. Arus pikiran yan terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
- c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (excitement), posisi tubuh tertentu (posturing), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- d. Gejala-gejala "negatif", seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial. Tetapi, harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

*Ketiga*, adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal).

*Keempat*, harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behavior), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (self absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

### III. TIPE-TIPE KLINIS SCHIZOPHRENIA PADA UMUMNYA

Schizophrenia biasanya dibagi menjadi 4 tipe, yaitu : simplex, hebephren, katatonik, dan paranoid.

Dalam hal ini masih terdapat permasalahan, yaitu apakah tipologi tersebut sifatnya kaku. Sebab, pada kenyataannya seringkali simptonnya berubah atau berpindah dari satu tipe ke tipe lainnya, misalnya mula-mula hebephren kemudian menjadi kataton, dan seterusnya.

#### III.1 TIPE SIMPLEX (DEMENTIA SIMPLEX)

Simptom utamanya adalah apati, yaitu seolah tidak memiliki kepentingan untuk diri sendiri. Bahkan, sering harus diberikan pengertian tentang hal-hal yang menjadi kebutuhannya. Penderita biasanya berkeinginan untuk berbaring, malas-malasan, jorok, tidur-tiduran, jarang mandi, motorik lamban, dan jarang berbicara. Sering berperilaku yang amoral, misalnya memaki-maki orang yang sedang lewat, memainkan alat kelaminnya.

Individu pada waktu normal adalah anak yang baik, dimana prestasinya cukup baik, perilakunya menyenangkan. Hal tersebut terjadi karena individu tidak mempunyai cukup energi untuk menentang orang lain atau orang tua sehingga hanya bisa menurut. Energi lemahnya tersebut ditampilkan dalam bentuk apatis (kelesuan).

Individu tidak memiliki ambisi untuk mendapatkan pemuasan (tidak mau apa-apa), yang apabila dipaksakan untuk melakukan sesuatu seringkali muncul reaksi agresi (marah), dan apabila hal tersebut semakin dipaksakan maka biasanya individu akan jatuh sakit.

#### III.2 TIPE HEBEPHREN

Pada tipe ini terjadi disintegrasi emosi, dimana emosinya bersifat kekanak-kanakan, ketolol-tololan, seringkali tertawa sendiri kemudian secara tiba-tiba menangis tersedu-sedu. Terjadi regresi total, dimana individu menjadi kekanak-kanakan. Individu mudah tersinggung atau sangat irritable. Seringkali dihinggapi sarkasme (sindiran tajam) dan menjadi marah meledak-ledak atau explosive tanpa sebab.

Pembicaraannya kacau, suka berbicara berjam-jam. Pada awal gangguan seringkali komunikatif, tetapi lama-kelamaan komunikasinya menjadi tidak karuan (inkoheren), yang bahkan sampai akhirnya individu tidak komunikatif.

Terjadi halusinasi dan delusi yang biasanya sifatnya fantastis, misalnya : ada vampire yang menyedot darahnya, dan sebagainya.

Cara berpikirnya kacau. Hal tersebut terlihat dari cara bicarannya yang tidak karuan.

Tulisan/Graphis yang dibuatnya bersifat kacau, dimana terjadi regresi, yaitu bersifat kekanak-kanakan.

#### III.3 TIPE CATATONIC

Dibandingkan dengan tipe jenis schizophrenia lainnya, tipe catatonic ini serangannya berlangsung jauh lebih cepat.

Aktivitasnya jauh berkurang dibandingkan waktu normal. Pada individu terjadi stufor, dimana individu diam, tidak mau berkomunikasi, kalau berbicara suaranya monoton, ekspresi mukanya datar, makan dan berpakaian harus dibantu dan sikap badannya aneh yaitu biasanya tegang/kaku seperti serdadu dan biasanya dipertahankan untuk waktu yang lama. Catatonic stufor ini terdapat dua bentuk, yaitu (1) rigid, dimana badan menjadi sangat kaku, bisa seperti bentangan di antara dua benda, (2) chorea-fleksibility, dimana badannya menjadi lentur seperti lilin dan posisinya dapat dibentuk.

Penderita schizophrenia catatonic yang parah biasanya ditempat tidur, tidak mau berbicara, jorok, makan-minum dipaksa, dan apabila mata terbuka biasanya akan terpaku pada satu titik, tidak berkedip, dan ekspresi kosong.

Perkembangan selanjutnya yaitu setelah beberapa minggu atau beberapa bulan, terjadi catatonic excitement dimana penderita menunjukkan suatu gerakan tertentu dalam waktu yang lama dan kemudian secara ekstrem berubah sebaliknya. Misalnya, berbaring menghadap tembok kiri dalam waktu yang lama dan kemudian menghadap tembok kanan.

Penderita bersikap negatif (negatifistic), dimana penderita tidak ada interest sama sekali terhadap sekelilingnya, tanpa kontak sosial, dan membisu dalam waktu yang lama.

#### **III.4 SCHIZOPHRENIA PARANOID**

Simptom utamanya adalah adanya delusi persecusion dan grandeur, dimana individu merasa dikejar-kejar. Hal tersebut terjadi karena segala sesuatu ditanggapi secara sensitif dan egosentris seolah-olah orang lain akan berbuat buruk kepadanya. Oleh karena itu, sikapnya terhadap orang lain agresif.

Delusi tersebut diperkuat oleh halusinasi penglihatan dan pendengaran, misalnya terlihat wajah-wajah yang menakutkan, terdengar suara mengancam, dan sebagainya sehingga timbul reaksi menyerang atau agresi karena terganggu. Hal-hal tersebut juga bisa mendorong penderita untuk membunuh orang lain atau sebaliknya bunuh diri, sebagai usahanya untuk menghindari delusi persecusion

Terdapat kecenderungan homoseksualitas, dimana penderita laki-laki akan mengancam laki-laki dan penderita perempuan akan mengancam perempuan.

Adanya delusion of grendeur dapat menimbulkan delusion of persecusion, dimana individu menganggap orang lain cemburu kepada kepintarannya, kekayaannya, kepopulerannya, kecantikannya, kedudukan sosialnya, dan sebagainya.

Pada penderita timbul "Ideas of Reference", yaitu terjadi percampuran antara waham dan halusinasi dengan kecenderungan untuk memberikan impresi/nuansa pribadi terhadap segala kejadian yang dialaminya. Misalnya, suara klakson mobil di jalan depan rumah, dianggapnya sebagai terompet tanda penyerbuan terhadap dirinya segera akan dimulai (Coleman, 1976; Kartono, 1989).

#### **IV. FASE-FASE SCHIZOPHRENIA**

Dalam mendiagnosa seseorang adalah penderita schizophrenia, DSM IV (Davison, et al., 1994) menyatakan bahwa orang tersebut sekurang-kurangnya selama 6 bulan telah menunjukkan gejala-gejala gangguan. Dalam 6 bulan tersebut, terdapat

*fase aktif* selama sekurang kurangnya 1 bulan, *fase prodromal* periode sisa sebelum fase aktif, dan *fase residual* periode sisa setelah fase aktif.

Pada fase prodromal, individu menunjukkan gangguan-gangguan fungsi sosial dan interpersonal yang progresif. Perubahan yang terjadi dapat berupa penarikan sosial, ketidakmampuan bekerja secara produktif, eksentrik, pakaian yang tidak rapi, emosi yang tidak sesuai perkembangan pikiran dan bicara yang aneh, kepercayaan yang tidak biasa, pengalaman persepsi yang aneh, dan hilangnya inisiatif dan energi.

Pada fase aktif, dimana paling sedikit selama 1 bulan, individu mengalami simptom psikotik, yaitu halusinasi, delusi, pembicaraan dan tingkah lakunya yang tidak teratur, dan terdapat tanda-tanda penarikan diri.

Pada fase residual, terdapat simptom seperti fase sebelumnya, tetapi tidak parah dan tidak mengganggu (Martaniah, 1999).

## **V. PENYEBAB GANGGUAN SCHIZOPHRENIA**

Terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab Schizophrenia, yaitu pendekatan biologis (meliputi faktor genetik dan faktor biokimia), pendekatan psikodinamik, pendekatan teori belajar.

### **V.1 PENDEKATAN BIOLOGIS**

#### **V.1.1 Faktor Genetik**

Seperti halnya psikosis lain, schizophrenia nampaknya cenderung berkembang lewat keluarga. Penelitian terhadap munculnya schizophrenia dalam keluarga biasanya diadakan dengan mengamati penderita schizophrenia yang ada di rumah sakit jiwa dan kemudian meneliti tentang perkembangan kesehatannya serta mencari keterangan dari berbagai pihak untuk menentukan bagaimana schizophrenia dan psikosis lainnya muncul di antara keluarga penderita. Dari penelitian yang dilakukan ditemukan bahwa resiko timbulnya psikosis, termasuk schizophrenia, sekitar empat kali lebih besar pada hubungan keluarga tingkat pertama (saudara kandung, orang tua, anak kandung) dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya (Rathus, et al., 1991).

Semakin dekat hubungan genetik antara penderita schizophrenia dan anggota keluarganya, semakin besar kemungkinannya untuk terkena schizophrenia. Hal ini menunjukkan bahwa kecenderungan terkena schizophrenia dapat ditularkan secara genetik. Keluarga penderita schizophrenia tidak hanya terpengaruh secara genetik akan tetapi juga melalui pengalaman sehari-hari. Orang tua yang menderita schizophrenia dapat sangat mengganggu perkembangan anaknya. Hal ini menimbulkan persoalan tentang mana yang lebih berpengaruh : genetik atau lingkungan. Untuk membedakan hal tersebut, para ahli mengusahakan suatu penelitian terhadap anak kembar (Sue, et al., 1986 dan Davison et al., 1994, serta Rathus, et al., 1991). Kembar identik (monozygotik) adalah sama/identik secara genetik, karena itu perbedaan antara anak kembar identik kiranya dapat dihubungkan dengan perbedaan dalam lingkungan mereka. Jika mereka dibesarkan bersama, maka kembar identik sama-sama mengalami, baik lingkungan yang sama maupun genetik yang sama.

Di pihak lain, kembar yang tidak identik meskipun lahir pada saat yang hampir bersamaan tetapi secara genetik mereka sama halnya dengan dua orang saudara kandung. Jika kembar tidak identik dibesarkan bersama, mereka akan sama mengalami lingkungan yang sama tetapi latar belakang genetiknya hanya identik sebesar 50%. Dalam penelitian terhadap anak kembar secara umum, tingkat kemungkinan terkena schizophrenia di antara anak kembar identik adalah sekitar dua atau empat kali lebih tinggi daripada antara anak kembar yang tidak identik. Hal ini menunjukkan kuatnya

pengaruh faktor genetik. Akan tetapi, dalam suatu penelitian terhadap kembar identik lainnya ternyata menunjukkan bahwa tidak satupun dari anak yang kembarannya terkena schizophrenia yang juga menderita schizophrenia. Dengan demikian, usaha untuk membedakan pengaruh genetik dan pengaruh lingkungan masih kabur.

Hasil penelitian terhadap anak kembar belum dapat membedakan pengaruh genetik dan pengaruh lingkungan karena anak kembar biasanya dibesarkan bersama. Oleh karena itu, apabila anak yang orang tuanya menderita schizophrenia juga menderita schizophrenia maka ada tiga kemungkinan jawaban : ibu atau ayah yang menderita schizophrenia mungkin menularkannya secara genetik, atau anak hidup dalam lingkungan tertentu yang diciptakan oleh orang tua, atau anak itu menderita schizophrenia akibat dari faktor genetik dan lingkungan yang menekan.

Untuk membedakan akibat gen dan akibat lingkungan tersebut, diusahakan sebagai penelitian terhadap sekelompok anak yang lahir dari ibu yang menderita schizophrenia tetapi dipisahkan dari ibunya setelah dilahirkan sehingga tidak ada kontak dengan ibunya (Sue, et al., 1986; Ratus, et al., 1991; dan Davison, et al., 1994). Anak-anak tersebut kemudian diadopsi oleh keluarga lain. Kelompok lainnya terdiri dari anak-anak yang lahir dari ibu yang normal dan juga diadopsi oleh keluarga lain. Dari kelompok anak-anak yang lahir dari ibu yang terkena schizophreni, ternyata 5 orang menderita schizophrenia dan beberapa lainnya menderita psikosis lainnya, sedangkan kelompok anak-anak yang lahir dari ibu yang normal, tidak seorangpun yang terkena schizophrenia. Hal ini mendukung pendapat bahwa schizophrenia lebih besar kemungkinannya ditularkan secara genetik. Hasil ini juga didukung oleh beberapa penelitian lain (Ratus, et al., 1991), yaitu bahwa anak-anak dari orang tua schizophrenia mempunyai kemungkinan terkena schizophrenia dua kali lipat dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua yang normal, entah mereka dibesarkan oleh orang tua angkat yang menderita schizophrenia maupun tidak. Singkatnya hubungan biologis atau genetik dengan penderita schizophrenia nampaknya merupakan faktor yang paling menyolok untuk menimbulkan schizophrenia.

Beberapa penelitian tersebut menunjukkan pengaruh faktor genetik dalam menularkan schizophrenia, namun tetap menjadi pertanyaan : bagaiman penularan genetik terjadi. Beberapa peneliti mencoba hal itu dengan berbagai model (Ratus, et al., 1991), antara lain :

**a. Distinct Heterogeneity Model.**

Model ini menyatakan bahwa schizophrenia terdiri dari sejumlah psikosis, beberapa diantaranya disebabkan oleh kerusakan gen yang dapat diikuti oleh gen-gen tertentu dan yang hanya disebabkan oleh faktor lingkungan. Schizophrenia catatonic, misalnya, mungkin merupakan penyakit yang muncul secara genetik yang akhirnya diikuti ketidaknormalan gen pada kromosom tertentu.

**b. Monogenic Model.**

Model ini menyatakan bahwa semua bentuk schizophrenia dapat disebabkan oleh suatu gen yang cacat. Gen yang cacat ini akan menyebabkan schizophrenia pada orang yang menerima gen itu dari kedua orang tuanya (monozygote), namun kemungkinannya kecil bila hanya dari satu orang tua (heterozygote).

**c. Multifactorial-Polygenic Model.**

Model ini menekankan pengaruh nilai ambang. Menurut model ini, schizophrenia disebabkan oleh pengaruh berbagai gen, trauma biologis prenatal dan postnatal dan tekanan psikososial yang saling berinteraksi. Aspek schizophrenia muncul bila faktor-faktor itu berinteraksi melebihi batas ambang tertentu.

Model-model lainnya mengkombinasikan ciri-ciri dari ketiga model tersebut. Schizophrenia, misalnya, muncul sebagai akibat dari interaksi gen tunggal dan

tekanan lingkungan. Model Multifactorial-Polygenic nampaknya lebih banyak diterima.

### V.1.2 Faktor BioKimia

Kraepelin (Sue, et al., 1986) telah mengidentifikasi schizophrania sebagai akibat dari adanya ketidakseimbangan kimiawi karena tidak normalnya kelenjar kelamin. Sementara Carl Jung (Davison, et al., 1994) menyebutkan adanya unsur kimia yang tidak diketahui, yang disebutnya "toxin x". Adanya indikasi pengaruh faktor genetik setidaknya menunjukkan adanya pengaruh faktor biokimia karena faktor genetik terjadi melalui proses biologis dan kimiawi tubuh. Para peneliti lain menemukan adanya substansi kimia yang tidak normal yang disebut taraxein dalam serum darah (Sue, et al., 1986).

Riset terakhir difokuskan pada dopamine, suatu neurotransmitter yang aktif di wilayah otak yang terlihat dalam regulasi emosi atau sistem limbik (Atkinson, et al., 1992). Hipotesis dopamine menyatakan bahwa schizophrania disebabkan oleh terlalu banyaknya penerimaan dopamine dalam otak. Kelebihan ini mungkin karena produksi neurotransmitter atau gangguan regulasi mekanisme pengambilan kembali yang dengannya dopamine kembali dan disimpan oleh vesikel neuron parasimpatis. Kemungkinan lain adalah adanya oversensitif reseptor dopamine atau terlalu banyaknya respon dopamine (sue, et al., 1986; Atkinson, et al., 1992; Ratus, 1991).

Penelitian terhadap pengaruh dopamine dilakukan dengan menggunakan 3 macam obat bius, yaitu phenothiazine, L-Dopa, dan amphetamine. Phenothiazine merupakan obat anti psikosis yang dapat mengurangi tingkat kekacauan pikiran, halusinasi, dan memperbaiki suasana hati penderita schizophrania. Terdapat bukti kuat bahwa phenophiazine mengurangi aktifitas dopamine dalam otak dengan menghambat penerimaan dalam saraf parasimpatis.

L-Dopa biasa digunakan untuk pengobatan gejala-gejala penyakit parkinson. Tubuh akan mengubah L-Dopa ini menjadi dopamine dan kadang-kadang menyebabkan gejala-gejala seperti schizophrania (Sue, et al. 1986). Sementara amphetamine merupakan obat perangsang yang meningkatkan kemampuan dopamine dalam otak. Pemberian amphetamine dalam dosis yang berlebihan ternyata menunjukkan gejala-gejala seperti schizophrania. Jika penderita schizophrania diberi amphetamine, meski dalam dosis rendah, ternyata gejala-gejala schizophraniannya semakin memburuk.

Dengan demikian, obat yang dapat menghambat penerimaan dopamine (seperti phenothiazine) dapat mengurangi gejala-gejala schizophrania, sementara obat lain yang meningkatkan kemampuan dopamine (seperti amphetamine dan L-Dopa) dapat menyebabkan atau memperburuk gejala-gejala schizophrania. Hal ini memperlihatkan bahwa kelebihan dopamine dapat menyebabkan gejala-gejala schizophrania. Akan tetapi penemuan ini belum seluruhnya tepat. Pemberian phenothiazine terhadap penderita schizophrania memperlihatkan bahwa seperempat dari mereka memberi respon yang sangat kecil atau tidak sama sekali, bahkan seperempatnya memberikan respon negatif. Sementara, sepertiga penderita yang diberi amphetamine tidak mengalami gejala yang makin memburuk. Hal ini memperlihatkan bahwa seharusnya ada penyebab lain selain dari kelebihan dopamine (Sue, et al., 1986).

Perlu disadari bahwa schizophrania merupakan sekelompok psikosis dengan efek yang bermacam-macam. Teori dopamine perlu dicermati secara hati-hati karena mungkin terlalu sederhana dalam mencari penjelasan dengan memusatkan persoalan hanya pada aktifitas dopamine semata tanpa memperhitungkan interaksi fungsi otak dengan sistem biokimia secara menyeluruh. Penyumbatan dopamine mungkin

mempengaruhi gejala-gejala schizofrenia, tetapi tidak menjadi penyebab munculnya penyakit tersebut. Perubahan aktifitas dopamine mungkin terjadi setelah munculnya psikosis dan bukan sebelumnya (Sue, et al., 1986 dan Davison, et al., 1994).

### **V.1.3 Otak**

Sekitar 20-35% penderita schizofrenia mengalami beberapa bentuk kerusakan otak (Sue, et al., 1986). Penelitian dengan CAT (Computer Axial Tomography) dan MRI (Magnetic Resonance Imagins) memperlihatkan bahwa sebagian penderita schizofrenia memiliki ventrikel serebral (yaitu ruangan yang berisi cairan serebrospinal) yang jauh lebih besar dibanding dengan orang normal. Itu berarti jika ventriker lebih besar dari normal, jaringan otak pasti lebih kecil dari normal. Pembesaran ventrikel berarti terdapat proses memburuknya atau berhentinya pertumbuhan jaringan otak. Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa lobus frontalis, lobus temporalis, dan hipokampus yang lebih kecil pada penderita schizofrenia (Atkinson, et al., 1992). Penelitian dengan PET (Positron Emission Topography, yaitu pengamatan terhadap metabolisme glukosa pada saat seseorang sedang mengerjakan tes psikologi, pada penderita schizofrenia memperlihatkan tingkat metabolisme yang rendah pada lobus frontalis.

Kelainan syaraf ini dapat pula dijelaskan sebagai akibat dari infeksi yang disebabkan oleh virus yang masuk otak. Infeksi ini dapat terjadi selama perkembangan janin. Akan tetapi, jika kerusakan otak terjadi pada masa awal perkembangan seseorang, pertanyaan yang muncul adalah mengapa psikosis ini baru muncul pada masa dewasa. Weinberger (dalam Davison, et al., 1994) mengatakan bahwa luka pada otak saling mempengaruhi dengan proses perkembangan otak yang normal. Lobus frontalis merupakan struktur otak yang terlambat matang, khususnya pada usia dewasa. Dengan demikian, luka pada daerah tersebut belum berpengaruh pada masa awal sampai lobus frontalis mulai berperan dalam perilaku.

## **V.2 PENDEKATAN PSIKOANALISA**

Menurut Freud kepribadian terdiri atas 3 (tiga) sistem atau aspek, yaitu : id, ego dan super ego (Suryabrata, 1988 : 125).

Id merupakan unsur landasan dasar, dan paling penting dari ketiganya, karena merupakan sumber dari energi psikis, yang berasal dari insting-insting biologis manusia. Insting-insting yang paling penting adalah insting seksual dan insting agresi. Kedua insting tersebut yang banyak membimbing perilaku manusia.

Ego merupakan proses kepribadian yang logis dan mempunyai kegunaan yang mempermudah transaksi/perbuatan manusia menguasai alam lingkungannya. Ego mencakup kemampuan merencanakan, memecahkan masalah, dan menciptakan bermacam-macam teknik untuk menguasai dunia sekitarnya. Selain itu, ego juga harus mampu mengendalikan impuls-impuls manusai, karena ekspresi hiperaktif dari impuls-impuls seks dan dorongan-dorongan agresi bisam mencelakakan manusia dan sekelilingnya. Dengan demikian, ego berfungsi mengintegrasikan impuls-impuls seks dan agresinya dengan dunia luarnya.

Superego merupakan konsep yang melambangkan internalisasi dari nilai-nilai orang tua oleh diri anak, yaitu berupa nilai-nilai yang ditanamkan dengan sanksi hukuman jika dilanggar dan mendapatkan hadiah jika dipatuhinya.

Pertimbangan antara id dan superego seringkali tidak seimbang dan menimbulkan konflik. Apabila ego berfungsi dengan baik, maka situasi konflik tersebut akan dapat dikendalikan dan diselesaikannya secara adekuat. Sementara jika ego lemah, maka situasi konflik tersebut tidak akan dapat diselesaikannya, dan akan timbul banyak konflik internal atau bahkan konfli yang sifatnya sangat hebat, yang

diekspresikannya dalam bentuk tingkah laku yang abnormal. Jika superego-nya dominan dan bersifat sangat moralistik, biasanya individu justru akan kurang mampu menanggapi insting seksual dan agresinya, sehingga individu akan mengembangkan pola rasa bersalah, penuh dosa, dan penyesalan yang kronis sifatnya, serta dibarengi dengan simptom kelelahan dan kebingungan.

Perkembangan kepribadian individu menurut Freud (dalam Kartono, 1989 : 21) akan sangat ditentukan oleh perkembangan psikoseksual dimasa kanak-kanaknya. Apabila anak terus-menerus mengalami frustrasi, mendapatkan perlakuan kejam, dan tidak mendapatkan cinta kasih, atau sebaliknya terlalu dimanjakan secara berlebih-lebihan, ia akan mengalami keberhentian dan kerugian dalam perkembangan kepribadiannya, yang disebut dengan proses fiksasi. Anak akan mengembangkan bermacam-macam sikap yang immature atau tidak matang dan tingkah laku yang abnormal. Pola kepribadian yang demikian tidak jarang terus berlarut-larut dan dapat menjadi predisposisi terjadinya gangguan abnormalitas perilaku dimasa berikutnya.

Pada schizoprenia, pola kepribadian immature yang berkaitan dengan impuls seksual dan agresi merupakan predisposisi untuk menimbulkan gangguan tersebut.

Berkembangnya gangguan schizoprenia lebih lanjut biasanya diawali oleh apa yang disebut sebagai precipitating event atau peristiwa pencetus.

Dalam menghadapi peristiwa pencetus tersebut, melalui pola kepribadian yang immature, individu mengembangkan defence mechanism yang berlebihan, dimana individu akan mengembangkan pola penyelesaian masalah yang tidak berhubungan dengan realita yang ada, yang sampai akhirnya antar aspek-aspek kepribadian terjadi disintegrasi atau terpecah. Kondisi tersebut, menyebabkan putusnya hubungan antara individu dengan dunia nyata. Dalam hal ini terjadi beberapa defence mechanism yang saling berbenturan secara bersamaan. Misalnya, pada mulanya individu menggunakan mekanisme pertahanan rasionalisasi. Kemudian, rasionalisasi tersebut direpressnya. Kemudian, individu mengungkapkan hal yang berlawanan dengan perasaan yang direpressnya melalui reaksi formasi. Oleh karena itu, simptom delusi dan halusinasi yang dikembangkan oleh schizoprenia merupakan defence terhadap defence yang lain (defence against a defence).

### **V.3 PENDEKATAN TEORI BELAJAR**

Para ahli teori belajar, seperti Ullmann dan Krasner (dalam Davison et al., 1994), menerangkan tingkah laku schizoprenia sebagai hasil proses belajar lewat pengkondisian dan pengamatan. Seseorang belajar untuk "menampakkan" tingkah laku schizoprenia bila tingkah laku demikian lebih memungkinkan untuk diperkuat daripada tingkah laku yang normal. Teori ini menekankan nilai penguatan stimulasi sosial. Schizoprenia mungkin muncul oleh karena lingkungan tidak memberi penguatan akibat pola keluarga yang terganggu atau pengaruh lingkungan lainnya sehingga seseorang tidak pernah belajar merespon stimulus sosial secara normal. Bersamaan dengan itu, mereka akan semakin menyesuaikan diri dengan stimulus pribadi atau idiosinkratis. Selanjutnya, orang-orang akan melihat bahwa mereka sebagai orang aneh sehingga mengalami penolakan sosial dan pengasingan yang akan semakin memperkuat tingkah laku yang aneh. Perilaku aneh ini akan semakin bertahan karena tidak ada penguatan dari orang lain berupa perhatian dan simpati.

Pandangan tersebut didukung oleh pengamatan dengan pengkondisian operan. Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa perilaku yang aneh dapat dibentuk melalui proses penguatan. Akan tetapi fakta ini belum dapat memperlihatkan ap-akah tingkatan perilaku yang aneh pada schizoprenia dapat dijelaskan melalui pengalaman belajar. Selain itu, fakta lain menunjukkan bahwa beberapa orang yang hidup dalam lingkungan yang keras dan tertekan tetapi tidak menarik diri ke dalam dunia

khayalannya dan tidak bertingkah aneh. Beberapa penderita schizophrenia bahkan tumbuh dalam lingkungan keluarga yang mendapat dukungan sosial.

Teori belajar sosial menerangkan bahwa gejala-gejala schizophrenia terjadi dalam lingkungan rumah sakit jiwa. Dalam lingkungan tersebut, penderita belajar dengan mengamati perilaku pasien lain dan mengikutinya. Hal ini diperkuat lagi oleh petugas yang memberi perhatian khusus pada penderita yang berperilaku aneh. Pandangan ini sesuai dengan pengalaman di sekolah dimana guru memberi perhatian khusus justru pada anak yang nakal. Barangkali beberapa perilaku schizophrenia dapat diterangkan dengan peniruan dan penguatan, akan tetapi banyak orang menderita schizophrenia tanpa lebih dahulu bertemu dengan penderita lainnya. Selain itu, kenyataannya justru gejala-gejala schizophrenialah yang menyebabkan seseorang dimasukkan ke rumah sakit jiwa, dan bukannya akibat yang diperoleh di dalam rumah sakit jiwa.

## **VI. TERAPI PADA SCHIZOPHRENIA**

### **VI.1. TERAPI BIOLOGIS**

#### **V.1.1 Penggunaan Obat Antipsikosis**

Obat-obatan antipsikosis yang dapat meredakan gejala-gejala schizophrenia adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini tampaknya mengakibatkan sikap acuh pada stimulus. luar. Obat ini cukup tepat bagi penderita schizophrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan).

Bukti menunjukkan bahwa obat antipsikotik ini bekerja pada bagian batang otak, yaitu sistem retikulernya, yang selalu mengendalikan masukan berita dari alat indera pada cortex cerebral. Obat-obatan ini tampaknya mengurangi masukan sensorik pada sistem retikuler, sehingga informasi tidak mencapai cortex cerebral.

Obat antipsikotik telah terbukti efektif untuk meredakan gejala schizophrenia, memperpendek jangka waktu pasien di rumah sakit, dan mencegah kambuhnya penyakit. Namun, obat-obatan tersebut bukan untuk penyembuhan menyeluruh. Kebanyakan pasien harus melanjutkannya dengan perbaikan dosis pengobatan agar dapat berfungsi di luar rumah sakit.

Di samping itu, efek penggunaan obat-obatan antipsikotik tersebut memiliki dampak sampingan yang kurang menyenangkan, yaitu mulut kering, pandangan mengabur, sulit berkonsentrasi, sehingga banyak orang menghentikan pengobatan mereka. Selain itu juga terdapat dampak sampingan yang lebih serius dalam beberapa hal, misalnya tekanan darah rendah dan gangguan otot yang menyebabkan gerakan mulut dan dagu yang tidak disengaja (Atkinson, et al., 1991).

Selain itu, dalam 2-3 tahun terakhir ini, obat-obat psikotropik anti schizophrenic bermunculan dan mulai digunakan di Indonesia. Obat-obat ini seperti clozapine, risperidone, olanzepine, iloperidol, diyakini mampu memberikan kualitas kesembuhan yang lebih baik, terutama bagi yang sudah resistendengan obat-obat lama.

Obat-obat generasi kedua ini bisa menetralsir gejala-gejala akut schizophrenia seperti tingkah laku kacau, gaduh gelisah, waham, halusinasi pendengaran, inkoherenasi, maupun menghilangkan gejala-gejala negatif (kronik) seperti autistik (pikiran penuh fantasi dan tak terarah), perasaan tumpul, dan gangguan dorongan kehendak. Namun, obat-obat anti schizophrenia ini memiliki harga yang cukup tinggi. Sementara,

penderita schizophrenia di Indonesia kebanyakan berasal dari golongan sosial ekonomi rendah dan biasanya menggunakan obat-obatan klasik (generik) (Wicaksana, 2000).

### **VI.1.2 Terapi Elektrokonvulsif**

Terapi Elektrokonvulsif disingkat ECT juga dikenal sebagai terapi elektroshock. ECT telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. Di masa lalu ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk schizophrenia. Namun terapi ini tidak membuahkan hasil yang bermanfaat. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik.

Namun, sekarang ECT sudah tidak begitu menyakitkan. Pasien diberi obat bius ringan dan kemudian disuntik dengan penenang otot. Aliran listrik yang sangat lemahdialirkan ke otak melalui kedua pelipis atau pada pelipis yang mengandung belahan otak yang tidak dominan. Hanya aliran ringan yang dibutuhkan untuk menghasilkan serangan otak yang diberikan, karena serangan itu sendiri yang bersifat terapis, bukan aliran listriknya. Penenang otot mencegah terjadinya kekejangan otot tubuh dan kemungkinan luka. Pasien bangun beberapa menit dan tidak ingat apa-apa tentang pengobatan yang dilakukan. Kerancuan pikiran dan hilang ingatan tidak terjadi, terutama bila aliran listrik hanya diberikan kepada belahan otak yang tidak dominan (nondominan hemisphere). Empat sampai enam kali pengobatan semacam ini biasanya dilakukan dalam jangka waktu 2 minggu.

Akan tetapi, ECT ini tidak cukup berhasil untuk penyembuhan schizophrenia, namun lebih efektif untuk penyembuhan penderita depresi tertentu (Atkinson, et al., 1991).

### **VI.1.3 Pembedahan bagian otak**

Pada tahun 1935, Moniz (Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses pembedahan pada lobus frontalis penderita schizophrenia. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950 -an cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

## **VI.2 PSIKOTERAPI**

Gejala-gejala gangguan schizophrenia yang kronik telah membuat situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Para psikiater dan petugas kesehatan terkondisi untuk menangani schizophrenia dengan obat saja selain terapi kejang listrik (ECT). Psikoterapi suportif, terapi kelompok, maupun terapi perilaku hampir tidak pernah dilakukan, karena dianggap tidak akan banyak manfaatnya. Wawancara tatap muka yang rutin dengan pasien jarang dilakukan (Wicaksana, 2000).

Psikoterapi adalah perawatan dan penyembuhan gangguan jiwa dengan cara psikologis. beberapa pakar psikoterapi beranggapan bahwa perubahan perilaku tergantung pada pemahaman individu atas motif dan konflik yang tidak disadari.

### **VI.2.1 Terapi Psikoanalisa.**

Terapi Psikoanalisa adalah metode terapi berdasarkan konsep Freud. Tujuan psikoanalisis adalah menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya. Hal yang paling penting pada terapi ini adalah untuk mengatasi hal-hal yang direpress oleh penderita.

Metode terapi ini dilakukan pada saat penderita schizophrenia sedang tidak "kambuh".

Macam terapi psikoanalisa yang dapat dilakukan, adalah *Asosiasi Bebas*. Pada teknik terapi ini, penderita didorong untuk membebaskan pikiran dan perasaan dan mengucapkan apa saja yang ada dalam pikirannya tanpa penyuntingan atau penyensoran (Atkinson, 1991).

Pada teknik ini, penderita disupport untuk bisa berada dalam kondisi relaks baik fisik maupun mental dengan cara tidur di sofa. Ketika penderita dinyatakan sudah berada dalam keadaan relaks, maka pasien harus mengungkapkan hal yang dipikirkan pada saat itu secara verbal.

Pada saat penderita tidur di sofa dan disuruh menyebutkan segala macam pikiran dan perasaan yang ada di benaknya dan penderita mengalami blocking, maka hal itu merupakan manifestasi dari keadaan over-repressi. Hal yang direpress biasanya berupa dorongan vital seperti seksual dan agresi. Represi terhadap dorongan agresi menyangkut figur otoritas yang selalu diwakili oleh father dan mother figure. Represi anger dan hostile merupakan salah satu bentuk intrapsikis yang biasa menyebabkan blocking pada individu. Akibat dari blocking tersebut, maka integrasi kepribadian menjadi tidak baik, karena ada tekanan ego yang sangat besar.

Menurut Freud, apabila terjadi blocking dalam proses asosiasi bebas, maka penderita akan melakukan analisa. Hasil dari analisisnya dapat menimbulkan insight pada penderita. Analisa pada waktu terjadi blocking bertujuan agar penderita mampu menempatkan konfliknya lebih proporsional, sehingga penderita mengalami suatu proses penurunan ketegangan dan penderita lebih toleran terhadap konflik yang dialaminya.

Seperti yang telah diungkapkan terdahulu bahwa penderita diberi kesempatan untuk dapat mengungkapkan segala traumatic events dan keinginan-keinginan yang direpressnya. Waktu ini disebut dengan *moment catharsis*. Disini penderita diberi kesempatan untuk mengeluarkan uneg-uneg yang ia rasakan, sehingga terjadi redusir terhadap pelibatan emosi dalam menyelesaikan masalah yang dialaminya.

Dalam teknik asosiasi bebas ini, juga terdapat proses *transference*, yaitu suatu keadaan dimana pasien menempatkan therapist sebagai figur substitusi dari figur yang sebenarnya menimbulkan masalah bagi penderita. Terdapat 2 macam *transference*, yaitu (1) *transference positif*, yaitu apabila therapist menggantikan figur yang disukai oleh penderita, (2) *transference negatif*, yaitu therapist menggantikan figur yang dibenci oleh penderita (Fakultas Psikologi UNPAD, 1992).

### **VI.2.2 Terapi Perilaku (Behavioristik)**

Pada dasarnya, terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata. Para terapist mencoba menentukan stimulus yang mengawali respon malasuai dan kondisi lingkungan yang menguatkan atau mempertahankan perilaku itu (Ullaman dan Krasner, 1969; Lazarus, 1971 dalam Atkinson, 1991).

Akhir-akhir ini, pakar terapi perilaku melihat adanya pengaruh variabel kognitif pada perilaku (misalnya, pemikiran individu tentang situasi menimbulkan kecemasan tentang akibat dari tindakan tertentu) dan telah mencakupkan upaya untuk mengubah variabel semacam itu dengan prosedur yang khusus ditujukan pada perilaku tersebut (Bandura, 1982; Meichenbaum dan Jaremko, 1982 dalam Atkinson, 1991).

Pada kongres psikiatri di Malaysia beberapa bulan lalu tahun 2000 ini, kognitif - behavior therapy untuk pasien schizophrenia ditampilkan pakar psikiatri dari Amerika

maupun dari Malaysia sendiri. Ternyata, terdapat hasil yang cukup baik, terutama untuk kasus-kasus baru, dengan menggunakan *cognitif - behavior therapy* tersebut. Rupanya ada gelombang besar optimisme akan kesembuhan *schizophrenia* di dunia dengan terapi yang lebih komprehensif ini.

Selain itu, secara umum terapi ini juga bermaksud secara langsung membentuk dan mengembangkan perilaku penderita *schizophrenia* yang lebih sesuai, sebagai persiapan penderita untuk kembali berperan dalam masyarakat. Paul dan Lentz (Rathus, et al., 1991; Davison, et al., 1994) menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian.

#### **a. Social Learning Program.**

*Social learning program* menolong penderita *schizophrenia* untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai. Program ini menggunakan *token economy*, yakni suatu cara untuk menguatkan perilaku dengan memberikan tanda tertentu (*token*) bila penderita berhasil melakukan suatu perilaku tertentu. Tanda tersebut dapat ditukar dengan hadiah (*reward*), seperti makanan atau hak-hak tertentu

Program lainnya adalah *millieu program* atau *therapeutic community*. Dalam program ini, penderita dibagi dalam kelompok-kelompok kecil yang mempunyai tanggung jawab untuk tugas-tugas tertentu. Mereka dianjurkan meluangkan waktu untuk bersama-sama dan saling membantu dalam penyesuaian perilaku serta membicarakan masalah-masalah bersama dengan pendamping. Terapi ini berusaha memasukkan penderita *schizophrenia* dalam proses perkembangan untuk mempersiapkan mereka dalam peran sosial yang bertanggung jawab dengan melibatkan seluruh penderitanya dan staf pembimbing.

Dalam penelitian, *social learning program* mempunyai hasil yang lebih baik dibandingkan dengan perawatan dalam rumah sakit jiwa dan *millieu program*. Persoalan yang muncul dalam terapi ini adalah identifikasi tentang unsur-unsur mana yang efektif. Tidak jelas apakah penguatan dengan tanda (*token*) ataupun faktor-faktor lain yang menyebabkan perubahan perilaku; dan apakah program penguatan dengan tanda tersebut membantu perubahan perilaku hanya selama tanda diberikan atau hanya dalam lingkungan perawatan.

#### **b. Social Skills Training.**

Terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial, seperti kemampuan percakapan, yang dapat membantu dalam beradaptasi dengan masyarakat (Rathus, et al., 1991; Davison, et al., 1994; Sue, et al., 1986). *Social Skills Training* menggunakan latihan *bermainsandiwara*. Para penderita diberi tugas untuk bermain peran dalam situasi-situasi tertentu agar mereka dapat menerapkannya dalam situasi yang sebenarnya. Bentuk terapi seperti ini sering digunakan dalam *panti-panti rehabilitasi psikososial* untuk membantu penderita agar bisa kembali berperan dalam masyarakat. Mereka dibantu dan didukung untuk melaksanakan tugas-tugas harian seperti memasak, berbelanja, ataupun untuk berkomunikasi, bersahabat, dan sebagainya.

Meskipun terapi ini cukup berhasil, namun tetap ada persoalan bagaimana mempertahankan perilaku bila suatu program telah selesai, dan bagaimana dengan situasi-situasi yang tidak diajarkan secara langsung.

### **VI.2.3 Terapi Humanistik**

#### **a. Terapi Kelompok.**

Banyak masalah emosional menyangkut kesulitan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain, yang dapat menyebabkan seseorang berusaha menghindari relasinya dengan orang lain, mengisolasi diri, sehingga menyebabkan pola penyelesaian masalah

yang dilakukannya tidak tepat dan tidak sesuai dengan dunia empiris. Dalam menangani kasus tersebut, terapi kelompok akan sangat bermanfaat bagi proses penyembuhan klien, khususnya klien schizophrenia.

Terapi kelompok ini termasuk salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Di antara peserta terapi tersebut saling memberikan feedback tentang pikiran dan perasaan yang dialami oleh mereka. Klien dihadapkan pada setting sosial yang mengajaknya untuk berkomunikasi, sehingga terapi ini dapat memperkaya pengalaman mereka dalam kemampuan berkomunikasi. Di rumah sakit jiwa, terapi ini sering dilakukan.

Melalui terapi kelompok ini iklim interpersonal relationship yang konkrit akan tercipta, sehingga klien selalu diajak untuk berpikir secara realistis dan menilai pikiran dan perasaannya yang tidak realistis.

#### **b. Terapi Keluarga.**

Terapi keluarga ini merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Kelompoknya terdiri atas suami istri atau orang tua serta anaknya yang bertemu dengan satu atau dua terapist.

Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Ungkapan-ungkapan emosi dalam keluarga yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali diusahakan kembali. Keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Keluarga juga diberi penjelasan tentang cara untuk mendampingi, mengajari, dan melatih penderita dengan sikap penuh penghargaan. Perlakuan-perlakuan dan pengungkapan emosi anggota keluarga diatur dan disusun sedemikian rupa serta dievaluasi.

Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

## **VII. PENUTUP**

Schizophrenia merupakan gangguan mental klasifikasi berat dan kronik (psikotik). Secara umum ditandai oleh distorsi pikiran, persepsi yang khas, dan gangguan afek yang tidak wajar.

Schizophrenia disebabkan oleh hal yang multikompleks, seperti ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, faktor edukasi dan perkembangan mental sejak masa anak-anak, stressor psikososial berat yang menumpuk, dengan sifat perjalanan penyakit yang progresif, cenderung menahun, (kronik), eksaserbasi (kumat-kumatan), sehingga terkesan penderita tidak bisa disembuhkan seumur hidup.

Gejala-gejala gangguan schizophrenia yang kronik dan itu-itu saja telah membuat situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi

monoton dan menjemukan. Para psikiater dan petugas kesehatan terkondisi untuk menangani schizophrenia dengan obat saja selain terapi kejang listrik (ECT). Dan dalam perkembangan obat-obatan, pada 2-3 tahun terakhir ini obat-obatan psikotropik anti schizophrenia bermunculan dan mulai digunakan di Indonesia. Obat-obatan ini diyakini mampu memberikan kualitas kesembuhan yang lebih baik, terutama bagi yang sudah resisten dengan obat-obat lama. Namun obat-obatan tersebut memiliki harga yang cukup tinggi. Hal tersebut menjadi masalah dan kendala yang sangat besar bagi kesembuhan para penderita schizophrenia yang umumnya berasal dari golongan sosial ekonomi rendah.

Beberapa hal yang mengejutkan adalah bahwa dalam beberapa kongres dan seminar psikiatri dalam skala internasional telah menunjukkan keunggulan dari kegunaan psikoterapi terhadap kasus-kasus psikiatri. Rupanya ada gelombang besar optimisme akan kesembuhan schizophrenia di dunia dengan terapi yang lebih komprehensif. Mungkin dibutuhkan reformasi pula dalam pengobatan schizophrenia di Indonesia dengan paradigma yang lebih optimis tentang kesembuhan penderita yang bisa dicapai dengan penanganan yang lebih komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atkinson, R.L., Atkinson R.C., Hillgard E.R. 1991. **Pengantar Psikologi, Edisi Kedelapan, Jilid 2**. Jakarta, Penerbit Erlangga.
- Coleman, James C. 1976. **Abnormal Psychology and Modern Life, 5th edition**. Indian, D.B. Taraporevala Sons & CO. Private LTD.
- Davison, G.C., Neale, J.M. 1994. **Abnormal Psychology**. New York, John Wiley & Son Inc.
- Fakultas Psikologi, Universitas Padjadjaran. 1992. **Psikoterapi, Penggunaan Psikoterapi Pada Kasus-Kasus Klinis**. Bandung.
- Kartono, Kartini. 1989. **Psikologi Abnormal Dan Abnormalitas Seksual**. Bandung, Penerbit Mandar Maju.
- Martaniah, Sri Mulyani. 1999. **Hand Out Psikologi Abnormal**. Yogyakarta.
- Maslim, Rusdi. 1995. **Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa**. Jakarta.
- Rathus, S.A., Nevid, J.J. 1991. **Abnormal Psychology**. New Jersey, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Supardi, Sawitri. 1982. **Paradigma Psikopatologi (Saduran Dari Buku Paradigms For Psychopathology, A Contribution To Case History Analysis)**. Bandung, Biro Psikologi Psikodinamika.

**Lain - lain :**

Wicaksana, Inu. 2000. Skizofrenia : Antara Kerja dan Kualitas Hidup, Artikel pada harian Kompas 15 Oktober 2000, halaman 21.