

EFEKTIFITAS PSIKOTERAPI DAN ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA TAK TERINCI DENGAN GANGGUAN KEPERIBADIAN PARANOID

Effectivity of Psychotherapy and Antipsychotic in Patient with Unspecified Schizophrenia and Paranoid Personality Disorders

Lidya Goprani Umar¹, Ulal Azka Alfiyatur Rohmaniyah¹, Andri Nurdiyana Sari².

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo

Korespondensi: Lidya Goprani Umar. Alamat email: lidyagopraniumar@gmail.com

ABSTRAK

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa psikotik dengan onset lebih dari satu bulan dengan distorsi proses pikiran, persepsi, daya nilai dan realita. Patofisiologi skizofrenia belum sepenuhnya dipahami dan bersifat multidimensional. Studi ini dilakukan pada pria usia 39 tahun yang dibawa ke IGD oleh keluarganya dengan setelah mengamuk tanpa alasan yang jelas. Pasien tersebut didiagnosis skizofrenia tak terinci dengan episode remisi tidak sempurna dan gangguan kepribadian paranoid dan dirawat di bangsal kesehatan jiwa sejak 14 hingga 23 Juli 2022. Keadaan pasien membaik setelah diberikan farmakoterapi injeksi antipsikotik kerja cepat pada hari pertama, antipsikotik peroral, dan antikolinergik peroral serta psikoterapi berupa terapi dialog pada hari berikutnya hingga dinyatakan pulang. Pasien telah rutin menjalani perawatan kesehatan jiwa sejak tahun 2007 dengan keluhan serupa dan sebelumnya telah menjalani rawat inap sebanyak 3 kali pada bulan April, Mei dan Juni di tahun 2022. Episode psikotik primer terjadi saat pasien berusia 21 tahun, disertai dengan perubahan perilaku serta hendaya fungsional yang berat. Hasil aloanamnesis dengan saudara pasien menunjukkan stressor psikososial berupa kegagalan untuk melanjutkan pendidikan akibat permintaan orang tua untuk bekerja. Studi ini menunjukkan bahwa maladaptasi mekanisme pembelaan diri pada stresor psikososial menjadi salah satu predisposisi gangguan psikotik. Oleh karena itu, kombinasi antara terapi antipsikotik dan psikoterapi mampu memperbaiki gejala residual dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci: Skizofrenia, Stres, Psikoterapi, Antipsikotik

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychothic mental disorder with an onset of more than one month and is characterized by distortions of thought, perceptions, values, and reality. The pathophysiology of schizophrenia is not fully understood and multidimensional. This case study was conducted on a 39-year-old man who was brought by his family to ICU after raging with no apparent reason. This patient was diagnosed with unspecified schizophrenia with episodes of incomplete remission and paranoid personality disorder and treated in the mental health ward of RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo from July 14th to July 23rd, 2022. The patient's condition improved after being given pharmacotherapy such as subcutane injection of short-acting antipsychotic on the first day and continued oral therapy of antipsychotic with anticholinergic and dialogue therapy on the next day. The patient has been routinely undergoing treatment since 2007 with similar symptoms and signs and previously had been hospitalized 3 times in April, May, and June, 2022. Primary psychothic episodes occurred when he was 21 years old, followed by behavioral changes and severe functional impairment. This study demonstrates that one of the predispositions for psychothic disorders is maladaptation of self-defense mechanisms in psychosocial stressors. Therefore, the combination of antipsycothic therapy and psychotherapy has better effectiveness in patient with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Stress, Psychotherapy, Antipsychotic

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat dengan etiologi dan patofisiologi yang bersifat multidimensional. Skizofrenia meliputi gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran), gejala negatif (ahedonia dan katatonia) dan gejala kognitif (gangguan pemusatan perhatian dan pemecahan masalah) (WHO, 2019). Gejala dapat timbul sebagai episode psikotik pertama atau ulangan dengan gejala akut, remisi parsial ataupun remisi total (Lieberman & First, 2018). Sindrom ini meliputi 450 juta jiwa penduduk di dunia dan menjadi penyebab kecacatan tertinggi dengan prevalensi 14,4% di dunia dan 13,5% di Indonesia. Tingkat kekambuhan skizofrenia mencapai prevalensi tertinggi dari seluruh gangguan psikotik, sebesar 34-37% pada tahun pertama dan 70% seumur hidup penderita (Moges *et al.*, 2021). Hipotesis dopamin paling sering digunakan dalam skizofrenia dan menjadi landasan pada penggunaan antipsikotik sebagai lini pertama terapi skizofrenia (Hany *et al.*, 2022). Namun, komplians penggunaan

antipsikotik sebagai terapi tunggal mencapai 50% dan resistensi pengobatan mencapai 20-30% (Kart *et al.*, 2021). Dewasa ini, psikoterapi seperti terapi perilaku kognitif atau *cognitive behavioral therapy* (CBT) sering digunakan sebagai kombinasi antipsikotik dan terbukti berpengaruh perbaikan gejala dan penurunan tingkat kekambuhan penderita. Dewasa ini, psikoterapi seperti terapi perilaku kognitif atau *cognitive behavioral therapy* (CBT) sering digunakan sebagai kombinasi antipsikotik dan terbukti berpengaruh perbaikan gejala dan penurunan tingkat kekambuhan penderita (Tolentino & McMahan, 2021).

Gangguan kepribadian skizoid dan paranoid pada skizofrenia mencapai 40% dari total penderita. Akan tetapi, belum ada bukti empiris pada hubungan gangguan kepribadian dan skizofrenia (Simonsen & Howes, 2018). Penelitian yang dilakukan pada 320 partisipan usia 18-64 tahun di Universitas Sao Paulo, Brazil menunjukkan mekanisme pembelaan diri yang *immature* menjadi faktor resiko terjadinya gangguan

kepribadian (Carvalho & Pianowski, 2019). Selain itu, hanya sedikit penelitian yang membahas hubungan antara gangguan psikotik dan mekanisme pembelaan diri. Kurangnya ketertarikan pada topik tersebut disebabkan konsep dari mekanisme pembelaan diri yang sangat luas dan kurangnya instrumen penelitian yang valid dan komprehensif (Boldrini *et al.*, 2020).

Studi kasus ini dilakukan pada pria berusia 39 tahun yang didiagnosis dengan skizofrenia tak terinci dan gangguan kepribadian paranoid sejak tahun 2007 yang mengalami multiepisode psikotik hingga 14 Juni 2022 dengan tahap remisi parsial. Studi kasus ini membahas dua hal penting, yaitu (1) maladaptasi mekanisme pertahanan diri berhubungan kerentanan stres penderita dengan komorbiditas gangguan kepribadian dan (2) kombinasi antipsikotik dan psikoterapi memiliki efektifitas yang lebih baik dibandingkan terapi antipsikotik tunggal. Penelitian ini berbeda dari penelitian sebelumnya, pada studi kasus ini akan dibahas peran mekanisme pertahanan diri, yang

merupakan hal yang jarang dibahas pada kasus psikotik. Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi sumber literatur pada pentingnya kombinasi antipsikotik dan psikoterapi dalam mencapai efek terapi maksimal dan pencegahan kekambuhan pada pasien.

METODE

Penelitian ini merupakan studi kasus yang dilakukan pada Tn. S, pasien rawat inap bangsal Psikologi Wijaya Kusuma, Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Harjono S. Ponorogo. Anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan mental, dan *follow up* dilakukan sejak tanggal 14-23 Juli 2022 di bangsal Psikologi Wijaya Kusuma RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo. Pemeriksaan penunjang (darah rutin) dilakukan di Laboratorium RSUD Dr Harjono S. Ponorogo. Aloanamnesis dilakukan bersama saudara pasien, yaitu Tn. M (35 tahun) pada tanggal 23 Juli 2022 di bangsal dan Ny. R (41 tahun) pada tanggal 29 Juli 2022 di rumah pasien. Riwayat penyakit pasien didapatkan

berdasarkan hasil anamnesis, aloanamnesis dan rekam medis pasien di Poli Jiwa dan Bangsal Wijaya Kusuma RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo. Diagnosis ditegakkan menurut Panduan Penegakkan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III).

LAPORAN KASUS

Studi dilakukan pada Tn. S, seorang pria berusia 39 tahun, bekerja sebagai petani, di Sukorejo, Ponorogo, Jawa Timur, beragama Islam, riwayat pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP), dan belum menikah. Pasien dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo pada pukul 09.00 tanggal 14 Juli 2022 oleh keluarga pasien, dengan keluhan mengamuk tanpa alasan yang jelas. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien telah beberapa kali mengalami keluhan yang sama jika berhenti meminum obat. Pasien diketahui sebelumnya mendapatkan perawatan yang sama pada bulan Maret, April, dan terakhir kali dirawat inap pada 28 Juni 2022. Pasien rutin menjalani

kontrol di Poli Jiwa RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo. Namun, pasien terus-menerus kambuh karena selalu merasa bosan dan berhenti minum obat. Kekambuhan pasien diawali dengan gejala menjadi lebih sering menarik diri, melamun, tertawa sendiri, malas melakukan kegiatan rumah, keluhan ini berlangsung setiap hari dan semakin parah hingga akhirnya mengamuk dan dibawa ke IGD karena ditakutkan membahayakan orang tua pasien. Gangguan jiwa yang dialami pasien sudah berlangsung dari tahun 2007 dan pasien sudah mendapatkan rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainuddin, Surakarta, Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur, Surabaya, dan RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo.

Gambaran umum pada saat pasien dibawa ke IGD menunjukkan penampilan dan perawatan diri yang baik, pasien mengalami agitasi dan tidak kooperatif terhadap pemeriksa, banyak berbicara (*logorrhea*) dengan jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan pemeriksa, preokupasi berisi keinginan pasien untuk

melanjutkan sekolah, dan terkadang berbicara sendiri saat melamun. Kesadaran pasien *compos mentis* dengan *Glasgow Coma Score* (GGS) 15. Pemeriksaan fisik dan penunjang dalam batas normal. Pasien juga tidak memiliki riwayat penyalahgunaan zat dan riwayat gangguan mental organik. Pemeriksaan status mental menunjukkan afek yang tumpul dan tidak serasi dan gangguan pikir. Proses pikir non realistik dengan isi pikir waham curiga dan waham referensial, pasien merasa orang selain keluarganya terus mengejeknya dan membicarakannya karena perilakunya yang seperti anak kecil. *Logorrhea* pada pasien juga berhubungan dengan asosiasi longgar. Pasien mengalami depersonalisasi dengan merasa diri terlahir sebagai anak bayi. Pasien juga mengalami gangguan daya nilai, gangguan pengendalian impuls dan kemampuan menolong diri sendiri, serta tilikan diri derajat I. Pasien mendapatkan injeksi intramuskular *diphenhydramine* (10 mg/ml) dan *haloperidol* (5mg/ml) dan dipindahkan ke bangsal pada pukul 12.00 untuk menjalankan rawat inap. Rawat inap

dilanjutkan dari tanggal 14 hingga 23 Juli 2022. Hasil pemantauan sejak hari kedua perawatan pasien menunjukkan perbaikan gejala, pasien sudah tidak mengalami agitasi, nafsu makan baik, kualitas dan kuantitas tidur baik serta menunjukkan sikap kooperatif pada pemeriksa maupun pasien bangsal lainnya. Sejak hari ketiga perawatan pasien sudah tidak berbicara sendiri, walaupun terkadang masih melamun. Preokupasi pada keinginan untuk bersekolah masih berlanjut hingga hari terakhir perawatan. Afek pasien membaik dari tumpul menjadi sempit sejak hari ketiga. Pasien patuh minum obat dengan daya tilikan IV.

Hasil anamnesis dan aloanamnesis juga memudahkan pemeriksa dalam identifikasi gejala psikotik pertama dan hal yang melatarbelakanginya. Pasien memiliki riwayat keluarga dengan keluhan serupa, yang berasal dari saudara dari nenek pasien. Pasien sebelumnya merupakan pribadi yang pemalu, kurang bersosialisasi, tertutup, dan kurang ekspresif dalam menyatakan perasaannya. Pasien juga

memiliki keinginan yang tinggi untuk melanjutkan pendidikan dan bercita-cita menjadi perwira Tentara Nasional Indonesia (TNI) serta membantu pendidikan adik-adiknya. Pasien memiliki riwayat pertumbuhan dan perkembangan yang baik dengan prestasi yang baik disekolah. Namun, pasien memiliki hubungan emosional yang sangat terbatas dengan kedua orang tuanya yang selalu sibuk bekerja. Perubahan perilaku dirasakan keluarga sejak pasien gagal melanjutkan pendidikan pasca lulus SLTP karena kurangnya dukungan orang tua. Sejak saat itu, pasien diminta untuk membantu pekerjaan kedua orang tuanya di sawah, dan sesekali diajak bekerja di Surabaya oleh pamannya sebagai pekerja bangunan. Pada awalnya, keluarga mengira pasien hanya merasa lelah karena pekerjaan. Pasien menjadi sering menarik diri dari interaksi sosial, sering merasa kesal, dan saat pulang ke rumah lebih sering menghabiskan waktu berdiam diri di halaman belakang. Perawatan diri pada saat itu sangat buruk, pasien menjadi jarang

mandi, tidak mau makan, serta kuantitas tidur yang terkadang memendek atau memanjang. Pasien juga seringkali terlihat tertawa sendiri, berbicara sendiri, melamin dan tampak bingung. Pasien suka mendengar suara orang-orang yang sering membicarakan dirinya dan keluarganya. Pasien menjadi takut untuk bertemu dengan orang lain, termasuk tetangga sekitar rumahnya. Setelah itu, pasien dibawa untuk menjalani rawat inap di RSJ Menur, Surabaya pada tahun 2007. Pada saat pasien menjalani perawatan di rumah, 3 bulan kemudian, pasien kembali kambuh karena menghentikan obat, sebagaimana yang dialaminya pada saat ini.

Penegakkan diagnosis multiaksial pada pasien dilakukan berdasarkan PPDGJ III secara berurutan berdasarkan aksisnya adalah (I) F20.3 skizofrenia tak terinci; (II) F60.0 gangguan kepribadian paranoid; (III) tidak ditemukan diagnosis; (IV) masalah keluarga, masalah pendidikan dan masalah ekonomi; (V) Skala *Global Assessment of Functioning* (GAF) saat ini (60-51) dan skala GAF *High Level Past Year* (HLPY)

(70-61).

Penegakan diagnosis pada pasien didasarkan menurut PPDGJ III dengan ditemukannya gejala skizofrenia >1 bulan, meliputi (1) depersonalisasi, (2) waham curiga dan waham referensial; (3) halusinasi auditorik; dan (4) afek yang tumpul dan tidak sesuai dengan mood. Pasien juga tidak memenuhi kriteria F20.0 skizofrenia paranoid Halusinasi auditorik pada pasien tidak mengancam pasien atau memberi perintah, dan tidak ditemukan waham khas paranoid seperti kebesaran (*delusion of grandiose*), waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of influence*), atau dikejar-kejar (waham presekutorik). Pasien tidak memenuhi kriteria F20.2 skizofrenia katatonik, F20.5 skizofrenia residual, dan F20.6 skizofrenia simpleks karena tidak terjadi gangguan motorik (katatonia) dan dominansi negativisme. Keadaan pasien dengan depersonalisasi seperti anak-anak juga berbeda dengan F20.1 skizofrenia hebefrenik. Pasien tidak menunjukkan perilaku tidak bertanggung jawab,

mannerisme, kesenangan untuk bersenda gurau atau mengibuli (*prank*). Selain itu, selama 12 bulan terakhir menderita skizofrenia pasien tidak menunjukkan adanya gejala depresif dalam kurun 2 minggu terakhir, sehingga diagnosis dari F20.4 depresi pasca skizofrenia. Oleh karena itu, diagnosis pada aksis I pada pasien adalah F20.3 skizofrenia tak terinci. Tahap perkembangan penyakit pada pasien adalah F20.35 skizofrenia tak terinci tahap remisi tidak sempurna didasarkan pada adanya perbaikan pada pasien, dalam hal gangguan persepsi dan proses pikir seiring dilakukannya *follow up* pada pasien sejak hari ke-5 perawatan di bangsal. Hasil aloanamnesis pada keluarga pasien tidak ditemukan adanya gangguan pada perkembangan psikologis dari keadaan pasien, riwayat penyalahgunaan zat psikoaktif dan alkohol, hasil pemeriksaan status internus, status generalisata dan pemeriksaan darah rutin tidak ditemukan gangguan pada sistem tubuh lainnya, termasuk cedera pada kepala.

Farmakoterapi yang diberikan antara

lain *chlorpromazine* 100 mg sekali sehari sebelum tidur, *risperidone* (2 mg dua kali sehari, *clozapine* 25 mg sekali sehari sebelum tidur, dan *trihexyphenidyl* 2 mg dua kali sehari. Psikoterapi yang diberikan kepada pasien merupakan CBT dengan *dialogue therapy* yang dilakukan saat pagi setelah pemeriksaan fisik dan mental serta saat siang hari setelah makan siang. Pasien diminta untuk menceritakan keluhan pada hari itu dan pemeriksa mengidentifikasi aspek-aspek tertentu yang menyangkut gangguan pikiran, daya nilai dan daya realita pasien. Pada beberapa kesempatan pasien membahas preokupasi pada kejadian masa lalu yang dicurigai sebagai stresor psikososial pada episode psikotiknya. Setelah itu, pemeriksa membantu pasien dalam mendeskripsikan, menilai stresor dari segi emosional dan perilaku pasien, serta memfasilitasi pasien untuk menganalisis kesesuaian realita, daya nilai, dan proses pikir yang benar. *Dialogue therapy* dilakukan selama 1-2 jam per hari.

Psikoterapi juga dilakukan bersama keluarga pasien, sebanyak 2 kali yaitu saat

pasien dirawat pada tanggal 19 Juli 2022, sebelum pasien dipulangkan pada tanggal 23 Juli 2022 dan setelah pasien dipulangkan pada tanggal 29 Juli 2022. Psikoedukasi keluarga membahas mengenai kondisi pasien saat ini, prognosis penyakit, faktor interpersonal dan intrapersonal yang berhubungan dengan keberhasilan tatalaksana, seperti daya tilikan pasien terhadap penyakit dan kepatuhan pasien pada pengobatan. Psikoedukasi juga membahas stresor psikososial yang dicurigai menjadi pencetus episode psikotik pasien, seperti masalah dengan kedua orang tua, kegagalan pasien melanjutkan pendidikan, dan keterbatasan ekonomi. Keluarga pasien juga diminta untuk menyampaikan kesulitan yang dirasakan saat merawat pasien, kondisi lingkungan sosial pasien, dan nilai-nilai dalam keluarga yang mungkin dapat mempengaruhi keberhasilan perawatan, terutama yang berkaitan dengan stresor. Kunjungan pasca rawat inap dilakukan di rumah pasien pada tanggal 29 Juli 2022. Pasien tinggal bersama kedua

orang tua dan seorang adik laki-laki (Tn. M). Bagian depan rumah pasien terdiri dari usaha ban miliki adik, dilanjutkan dengan bagian lain seperti ruang tamu, 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, dapur dan halaman belakang. Kakak pasien, Ny. R tinggal disebelah rumah pasien dan tinggal bersama suami dan kedua anaknya. Saudara pasien sangat suportif dalam merawat pasien dan membantu fungsi sosial pasien dalam bekerja, dan berinteraksi sosial. Saudara pasien juga menyatakan bahwa pemulihan fungsi sosial dilakukan secara bertahap, dan dihentikan jika pasien sudah mengeluh kelelahan. Saudara pasien juga memberikan psikoterapi sederhana, seperti pasien dicegah untuk melamun, diajak membahas mengenai pengalamannya setiap hari dan pada beberapa kesempatan dilatih untuk menjalin hubungan emosional bersama kedua orang tuanya kembali. Hasil monitoring terakhir pada saat kunjungan tersebut, didapatkan hasil pasien memiliki perkembangan dalam kualitas hidup (GAF 80-71), daya tilikan V, serta daya nilai dan

realita, yang ditandai sudah tidak ada preokupasi mengenai stresor psikososial dan mampu bekerja dengan baik.

PEMBAHASAN

Pasien dalam studi kasus ini diketahui telah mengonsumsi antipsikotik sejak tahun 2007-2022. Pasien juga mengalami beberapa episode berhenti minum obat dan kekambuhan gejala. Antipsikotik efektif dalam mengatasi gejala positif, gejala episodik pertama, dan durasi penyakit yang lebih pendek. Efektivitas lebih rendah pada gejala negatif, fungsi sosial, dan peningkatan kualitas hidup (Haddad & Correll, 2018). Farmakoterapi yang diberikan pada studi kasus ini terdiri atas *chlorpromazine* (APG I) 100 mg sekali sehari sebelum tidur, *risperidone* (APG II) 2 mg dua kali sehari, *clozapine* (APG II) 25 mg sekali sehari sebelum tidur, dan *trihexyphenidyl* (antikolinergik) 2 mg dua kali sehari. Antipsikotik generasi pertama (APG I atau tipikal) merupakan antagonis reseptor D2 dan ditujukan pada gejala

positif. Antipsikotik generasi kedua (APG II atau atipikal) merupakan antagonis serotonin-dopamin ditujukan pada gejala positif dan negatif (Luptak *et al.*, 2021). Penggunaan antikolinergik ditujukan sebagai profilaksis sindrom ekstrapiramidal dan diskinesia *tardive* pada penggunaan APG I. Namun, tidak didapatkan pengaruh yang cukup signifikan pada keadaan pasien (Stroup & Gray, 2018). Pada studi kasus ini tidak ditemukan efek samping dari pengobatan. Namun, rendahnya tingkat kepatuhan pasien menjadi salah satu pertimbangan peneliti untuk menambah pendekatan psikoterapi (CBT) sebagai terapi tambahan antipsikotik.

Studi RCT yang dilakukan pada 138 pasien berusia >16 tahun skizofrenia di Departemen Kesehatan Nasional, Manchester, Inggris membandingkan hasil terapi antara antipsikotik sebagai terapi tunggal dan antipsikotik yang dikombinasikan dengan CBT. Terapi kombinasi antipsikotik dan CBT menunjukkan durasi pengobatan yang lebih singkat, derajat gejala yang lebih ringan,

dan kejadian efek samping yang lebih rendah (Morrison *et al.*, 2018). Selain itu, CBT sebagai terapi tambahan antipsikotik juga terbukti menurunkan tingkat kekambuhan, perbaikan kondisi mental jangka panjang, dan tingginya tingkat kepuasan fungsi sosial dan kualitas hidup (Reid, 2019). CBT pada pasien skizofrenia dilakukan dengan membangun model kognitif pada gejala positif dan negatif dan mengintegrasinya pada stresor yang melatarbelakangi penyakit pasien. CBT merupakan satu-satunya intervensi yang dapat menghubungkan antara mekanisme koping dan mekanisme pertahanan diri pada pasien psikiatri (Shoib *et al.*, 2021). Mekanisme kerja dari CBT meliputi identifikasi dan substitusi mekanisme pertahanan diri negatif menjadi mekanisme pertahanan diri positif, dengan memfasilitasi pasien melakukan mekanisme koping positif pada stresor yang dihadapinya (Browins, 2018). CBT memfasilitasi perbaikan nilai pasien dan konsekuensi yang adaptif pada permasalahannya (Batinic, 2019). CBT

didahului dengan konseptualisasi kasus yang bersifat individualistik, sehingga memiliki formulasi yang berbeda setiap pasien. Konseptualisasi kasus dilakukan dengan menghubungkan pengalaman unik pasien berdasarkan teori psikologi untuk memahami sebab dan perkembangan penyakit serta mempertahankan kesembuhan pasien. Identifikasi dilakukan pada beberapa hal, yaitu (1) masalah penderita; (2) kerentanan penderita pada stres atau masalah; (3) faktor pencetus psikosis; (4) faktor yang mempersulit penyelesaian masalah dan (5) aspek internal yang membantu pasien mengatasi psikosis (Spencer *et al.*, 2020). Masalah pasien berkaitan dengan ketidaksesuaian antara keinginan dan harapan pasien pada realita yang terjadi saat pasien berhenti melanjutkan sekolah. Faktor kerentanan pada stres yang dialami pasien memiliki hubungan resiprokal dengan faktor pencetus psikosis. Faktor tersebut meliputi kepribadian paranoid, kurangnya hubungan emosional dengan lingkungan sosial, serta maladaptasi mekanisme koping dan

mekanisme pertahanan diri. Kerentanan stres sendiri dipostulasikan menjadi salah satu komponen dalam patofisiologi episode psikotik pada skizofrenia. Pasien memiliki keluarga dengan keluhan yang serupa. Namun, diagnosis klinis gangguan psikiatrik dari keluhan tersebut tidak diketahui oleh pasien dan keluarga pasien. Studi yang dilakukan pada kembar identik hanya menunjukkan 50% kesamaan dalam latarbelakang genetik. Oleh karena itu, perlu dipertimbangkan faktor resiko lain yang dapat memperkuat riwayat genetik pada pasien dengan skizofrenia. Tahapan perkembangan penyakit pada skizofrenia terdiri atas (1) periode premorbid, (2) fase prodormal, (3) fase aktif, (4) fase residual. Periode premorbid diawali dengan perubahan perilaku yang terkadang sulit diamati. Pada fase terjadi gejala subklinis yang berpotensi menjadi gejala psikotik yang tampak jelas. Episode psikotik dengan onset yang penuh menandakan fase aktif dalam skizofrenia, episode dapat berlangsung tunggal maupun berulang. Fase aktif dapat terjadi dalam periode

tahunan dan meninggalkan gejala residual dalam remisi parsial maupun kesembuhan dalam remisi total (Lieberman & First, 2018). Riwayat kepribadian pasien yang pemalu, pendiam, dan tertutup merupakan faktor premorbid pasien dari gejala psikotiknya. Fase prodormal terjadi setelah saudara pasien (Ny. R) bekerja di luar negeri. Pasien menjadi lebih sering menyendiri dan lebih tertutup dari sebelumnya. Gejala pasien memburuk pada tahun 2007, dan didahului dengan stres terbesar dihidupnya, yaitu berhenti melanjutkan sekolah. Stres tersebut mendahului episode psikotik pertama pasien, dan menyebabkan pasien mendapatkan perawatan psikiatrik pertamanya di Surabaya. Perjalanan penyakit tersebut mengindikasikan integrasi antara riwayat genetik dengan kerentanan stres pada pasien.

Individu dengan riwayat keluarga mengalami hiperaktifitas *amygdala* dan kejadian stres yang persisten menyebabkan hiperaktifitas *hipothalamus*, *hipophysis* dan *glandula adreale (HPA axis)*. Kedua

postulat tersebut berhubungan dengan perubahan stimulus pada sirkuit neuronal. Gejala positif dan kognitif disebabkan oleh abnormalitas inteneuron positif parvalbumin di korteks lateral prefrontal dan hipokampus, dan korteks medial frontal. Gejala negatif dan kerentanan pada stres disebabkan oleh disregulasi pada korteks medial frontal, tepatnya pada korteks cingulatum dorsal anterior dan korteks dorsal medial prefrontal (Park *et al.*, 2022; Johannessen & Joa, 2021; Taylor *et al.*, 2019).

Perjalanan penyakit pada pasien juga berkaitan dengan gangguan kepribadian yang dialaminya. Penelitian *cross-sectional* pada 1.497 pasien psikiatri dengan gangguan psikotik dan gangguan non psikotik menunjukkan bahwa 37% pasien dengan skizofrenia juga mengalami gangguan kepribadian dengan 22% diantaranya merupakan gangguan kepribadian paranoid (Wang *et al.*, 2021). Komorbiditas ini berhubungan dengan beratnya gangguan fungsional pada pasien dan peningkatan kesulitan pada tatalaksana

skizofrenia. Gangguan kepribadian paranoid merupakan premorbid terjadinya skizofrenia dan pada keadaan klinis menunjukkan kesamaan gejala skizofrenia tanpa adanya gejala positif atau perubahan perilaku yang berat. Gangguan kepribadian paranoid juga memiliki kecenderungan untuk berkembang menjadi episode psikotik 12 bulan setelah diagnosisnya (Schultze-Lutter *et al.*, 2019).

Komorbiditas dan tahapan perjalanan penyakit sangat mempengaruhi kesembuhan pasien. Kesembuhan didefinisikan sebagai terbebasnya gejala disertai pengembalian fungsi sosial pasien baik secara intrapersonal maupun interpersonal. Kenyataannya, hanya 40% pasien yang dapat mencapai definisi ini dan 80% lainnya mengalami disabilitas yang menetap (Chen *et al.*, 2019). Pada tahap remisi, pasien masih mengalami gangguan dalam fungsi sosial, kesulitan dalam mengerjakan rutinitas harian, kurangnya motivasi dan buruknya kemampuan komunikasi. Tipe dari mekanisme koping dan mekanisme pertahanan diri dapat

menjadi faktor protektif atau faktor resiko pada manifestasi gejala pasien pada tahap remisi (Panfil *et al.*, 2020). Mekanisme koping merupakan pikiran dan perilaku yang disadari individu dalam menghadapi stresor internal dan eksternal sedangkan mekanisme pertahanan diri merupakan respon adaptif yang tidak disadari individu dalam mereduksi atau menoleransi stres. Mekanisme koping terbagi menjadi strategi reaktif atau negatif (menghindari stresor) dan strategi proaktif atau positif (mengatasi stresor), kedua strategi tersebut dapat berfokus pada masalah, emosi, strategi kognitif maupun dukungan sosial (Algorani & Gupta, 2022). Studi yang dilakukan pada 248 pasien rawat jalan dengan skizofrenia di Provinsi Hunan, Cina membuktikan bahwa manajemen stres dapat dilakukan melalui promosi mekanisme koping positif dan mengatasi mekanisme koping negatif pada pasien (Wang *et al.*, 2021). Penderita skizofrenia biasanya memiliki mekanisme koping negatif yang terfokus pada emosi dan cenderung pasif. Pasien lebih sering menghindari daripada mencari solusi dari

masalah yang dihadapinya. Mekanisme pertahanan diri sering bertumpang tindih dengan mekanisme koping. Walaupun demikian, rasionalitasnya pada terapi sering diabaikan karena prosesnya yang tidak disadari. Mekanisme pertahanan diri memiliki peran yang penting dalam memfasilitasi fungsi adaptasi, seperti pemrosesan informasi emosional dan non-emosional, kesiapan tindakan, dan kontrol kognitif (Bowins, 2018). Mekanisme pertahanan diri menurut *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS) terbagi menjadi 3 kategori dengan tingkatan terendah ke tertinggi adalah *immature*, neurotik dan *mature*. Pasien dengan skizofrenia biasanya memiliki pertahanan *immature*, menghindari masalah serta emosi mereka dengan tujuan melindungi diri mereka dari perasaan terancam, contohnya mekanismenya seperti proyeksi, *acting-out*, denial, dan fantasi. Kategori neurotik berkaitan dengan kecenderungan untuk mengalihkan pikiran, perasaan, dan perilaku yang untuk menghindari situasi yang sebenarnya terjadi. Contoh dari

mekanisme neurotik antara lain seksualisasi, regresi, disosiasi, eksternalisasi, internalisasi, isolasi, dan intelektualisasi. Kategori *mature* atau biasa dikenal dengan mekanisme pertahanan diri yang positif berkaitan dengan penerimaan pikiran, emosi dan perilaku pada stresor internal dan eksternal yang dialami individu. Mekanisme ini dapat membantu individu dalam mengidentifikasi, memahami dan memecahkan masalah yang ia hadapi. Contoh dari mekanisme pertahanan ini adalah altruisme, antisipasi, humor, sublimasi, supresi dan afiliasi (Di Giuseppe & Perry, 2021). Mekanisme koping yang dilakukan oleh Tn. S merupakan strategi koping reaktif yang berfokus pada emosi, yaitu pasien terlarut dalam perasaan sedih akibat kegagalannya dalam melanjutkan sekolahnya. Reaksi tersebut diperburuk dengan kurangnya hubungan sosial pada pasien akibat kepribadiannya yang tertutup, pemalu dan sulit mengungkapkan perasaan. Depersonalisasi berupa perubahan perilaku pasien seperti anak kecil merupakan

manifestasi dari mekanisme pertahanan diri pasien. Mekanisme pertahanan diri pasien berdasarkan depersonalisasi yang dialaminya merupakan mekanisme neurotik, regresi. Perubahan perilaku ini terjadi setelah pasien menghadapi stresornya. Depersonalisasi dengan maladaptasi mekanisme pertahanan diri pada pasien juga berhubungan dengan gangguan daya nilai dan daya realita pasien. Hal tersebut tercermin pada preokupasi pasien yang berkeinginan melanjutkan sekolah SLTP, sementara pada usianya tersebut pasien seharusnya bekerja atau menikah.

Modifikasi mekanisme koping dan mekanisme pertahanan diri pada pasien dengan menggunakan formulasi ABC (*activating events, person's beliefs, and consequences of those beliefs*). *Activating event* merepresentasikan peristiwa yang dialami pasien, berupa gejala yang timbul akibat stresor. *Person's beliefs* merepresentasikan nilai-nilai yang dibenarkan pasien, pada umumnya meliputi kesalahan interpretasi realita.

Consequences of person's beliefs merepresentasikan emosi dan perilaku yang timbul bersamaan dengan nilai-nilai yang diyakini pasien (Batinic, 2019).

Formulasi A pada pasien adalah pasien mendengar suara ejekan dari orang sekitarnya yang mengatakan bahwa pasien seperti anak kecil setelah ia putus sekolah dan gagal menjadi TNI. Intervensi CBT diawali dengan elaborasi suara ejekan yang didengar oleh pasien, meliputi: “suara siapa?”, “bagaimana awal munculnya suara?”, “seberapa sering suara tersebut muncul?”, “seberapa berartinya suara tersebut bagi pasien?”, dan “bagaimana pasien menanggapi suara?” Hasil anamnesis menunjukkan bahwa suara ejekan tersebut muncul saat pasien teringat pada kegagalan cita-citanya. Psikoedukasi dilakukan dengan meyakinkan pasien bahwa suara tersebut tidak nyata dan apabila suara tersebut muncul lagi, pasien diminta untuk melakukan aktivitas lain untuk mengalihkan perhatiannya.

Formulasi B pada pasien adalah keyakinan pasien bahwa pasien adalah

orang yang bodoh dan tidak berguna. Perasaan bahwa pasien merupakan orang yang bodoh dan tidak berguna karena pasien merasa tidak berhasil jika tidak menjadi TNI. Psikoedukasi pada nilai pasien dilakukan dengan meyakinkan pasien bahwa gagal meraih cita-cita bukan akhir dari segalanya, masih ada jalan lain untuk mencapai kesuksesan.

Formulasi C meliputi emosi sedih dan marah yang dirasakan oleh pasien serta perilaku menarik diri dari pasien dan kelakuannya yang seperti anak kecil. Psikoedukasi pada perasaan sedih dan marah diawali dengan meminta pasien memvalidasi perasaan tersebut. Sedih dan marah merupakan perasaan yang wajar dan bukanlah aib yang harus ditutupi, tidak perlu merasa sendiri karena masih ada keluarga yang siap mendengarkan isi hati pasien. Psikoedukasi tersebut bertujuan meningkatkan kepercayaan diri pasien dan keberanian mengungkapkan perasaan. Pasien diminta untuk memaparkan alasannya menarik diri “apa penyebab dari perilaku tersebut?” “apakah merasa tidak

nyaman dalam bersosialisasi?” “apa saja kekhawatiran yang dirasakan saat bersosialisasi?”. Perilaku menarik diri terjadi karena pasien takut menerima tanggapan orang lain tentang kegagalan yang ia alami. Psikoedukasi dilakukan dengan “*trial and error*”, pasien diminta untuk menjalin interaksi sederhana secara bertahap, dimulai dari pasien lain di bangsal, keluarga yang berkunjung hingga lingkungan sekitar rumahnya.

Perubahan perilakunya sebagai anak kecil merupakan wujud dari regresi sebagai mekanisme pertahanan pasien yang gagal beradaptasi pada stresor yang dihadapi. Psikoedukasi dilakukan dengan mengembalikan daya nilai pasien, secara bertahap, dimulai dari menyadarkan pasien bahwa kemampuannya lebih dari anak kecil dengan potensi berupa tubuh dewasa, umur dan pengalaman hidup yang lebih dari seorang anak kecil. Selanjutnya, ketika kepercayaan diri pasien sudah meningkat, pasien diminta untuk berpartisipasi aktif pada kegiatan yang biasanya dilakukan orang dewasa, seperti bekerja, mengurus

diri sendiri dan mengambil keputusan.

SIMPULAN DAN SARAN

CBT berperan penting dalam keberhasilan terapi pada pasien skizofrenia dengan tingkat kekambuhan yang tinggi dan kepatuhan pengobatan psikotik yang rendah. Kombinasi CBT dengan antipsikotik mampu memperbaiki gejala residual dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Konseptualisasi CBT yang bersifat individualistik pada studi kasus ini memiliki kecenderungan bias pada pasien skizofrenia lain dengan riwayat penyakit yang berbeda. Oleh karena itu, diperlukan studi lanjutan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan CBT sebagai terapi kombinasi antipsikotik.

DAFTAR PUSTAKA

- Algorani, E.B. & Gupta, V. (2022). Coping Mechanism. StatPearls: National Library of Medicine. 3 September 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
- Boldrini, T., Buglio, G.L., Giovanardi, G., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Defense Mechanisms in Adolescents at High Risk of Developing Psychosis: an Empirical Investigation. Research in Psychotherapy Psychopathology Process and Outcome. 23(4): 4-15
- Bowins, B. (2018). Illness and Psychotherapy: Rational Aspects of the Unconscious and Psychotherapy Implications. American Journal of Psychotherapy. 71(1): 28-3
- Batinic, B. (2019). Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. Psychiatria danubina. 31(2): 181-184
- Carvalho, L.F., Reis, A.M., & Pianowski, G. (2019). Investigating Correlations between Defence Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. Revista Colombiana De Psiquiatria. 48(4): 232-243
- Chen, H., Xu, J., Mao, Y., Sun, L., Sun, Y., & Zhou, Y. (2019). Positive Coping and Resilience as Mediators between Negative Symptoms and Disability among Patients with Schizophrenia. Frontiers in Psychiatry. 10(641): 1-9
- Di Giuseppe, M. & Perry, J.C. (2021). The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning with the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort. Frontiers in Psychology. 12(718440): 1-23
- Haddad, P.M. & Correll, C.U. (2018). The Acute Efficacy of Antipsychotics in Schizophrenia: a Review of Recent Meta-Analyses. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 8(11): 303-318
- Hany, M., Rehman, B., & Azhar, Y. (2022). Schizophrenia. StatPearls. 6-8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Johannessen, J.O. & Joa, I. (2021). Modern Understanding of Psychosis: from Brain Disease to Stress Disorder and Some Important Aspects of Psychosis. Psychosis 13(4): 289-301
- Kart, A., Ozdel, K., Turkcapar, M.H. (2021). Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia.

- Archives of Neuropsychiatry. 58(1):61-65
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). InfoDATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia. 1-3
- Lieberman, J.A. & First, M.B. (2018). Psychotic Disorders. The New England Journal of Medicine. 397(3): 270-280
- Luptak, M., Michalickova, D., Fisar, Z., Kitzlerova, E., & Hroudova, J. (2021). Novel Approaches in Schizophrenia-from Risk Factors and Hypotheses to Novel Drug Targets. Words Journal of Psychiatry. 11(7): 277-296
- Moges, S., Belete, T., Mekonen, T., & Menberu, M. (2021). Lifetime Relapse and Its Associated Factors Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders Who are on Follow Up at Comprehensive Specialized Hospital in Amhar Region, Ethiopia: a Cross-Section Study. International Journal of Mental Health Systems, 15(42): 1-12
- Morrison, A.P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., French, P. *et al.* (2018). Antipsychotic Drugs Versus Cognitive Behavioural Therapy versus a Combination of Both in People with Psychosis: a Randomised Controlled Pilot and Feasibility. Lancet Psychiatry. 5: 411-423
- Panfil, A., Frandes, M., Nirestean, A., Hurmuz, M., Lungeanu, D., Cristanovici, M., Lemeti, L., *et al.* (2020). Interrelations between Defensive Mechanisms and Coping Strategies in Psychiatry Trainees in Romania: a Multicenter Study. Annals of General Psychiatry. 19(56): 1-9
- Park, H.Y., Bang, M., Seo, E., Koo, S.J., Lee, E., Lee, S., & An, S.K. (2022). The Stress-Vulnerability Model on the Path to Schizophrenia: Interaction between BDNF Methylation and Schizotypy on the Resting-State Brain Network. Schizophrenia. 8(49): 1-7
- Reid, K. (2019). Is Adjunctive CBT Really Effective for Schizophrenia. BJ Psychiatry Advances. 25: 273-278
- Schultze-Lutter, F., Nnadic, I., & Grant, P. (2019). Psychosis and Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders Require Early Detection on Different Symptom Dimensions. Frontiers in Psychiatry. 10:476
- Shoib, S., Das, S., Gupta, A.K., Saleem, T., & Saleem, S.M. (2021). Perceived Stress, Quality of Life, and Coping Skill among Patients with Schizophrenia in Symptomatic Remission. Middle East Current Psychiatry. 28(70): 1-8
- Simonsen, E. & Newton-Howes, G. (2018). Personality Pathology and Schizophrenia Schizophrenia Bulletin. 44(6): 1180-1184
- Spencer, H.M., Dudley, R., Freeston, M.H, & Turkington, D. (2020). What are the Essential Ingredients of a CBT Case Conceptualization for Voices and Delusions in Schizophrenia Spectrum Disorders? A Study of Expert Consensus. Schizophrenia Research. 224:74-81
- Stroup, T.S. & Gray, N. (2018). Management of Common Adverse Effects of Antipsychotic Medication. World Psychiatry. 17:341-356
- Tolentino, R. & McMahon, A. (2021). The Integration of Olanzapine and Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Schizophrenia: A Literature Review. Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology Journal. 5(1): 1-8
- Wang, Q., Zhang, L., Zhang, J., Ye, Z., Li,

- P., Wang, F., Cao, Y., *et al.* (2021). Prevalence of Comorbid Personality Disorder in Psychotic and Non Psychotic Disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 12:800047
- Wang, Q., Zhu, X., Li, M., Chang, R., Chen, B., & Liu, J. (2021). Relationship between Stressful Life Events, Coping Styles and Schizophrenia Relapse. *International Journal of Mental Health Nursing*. 30: 1149-1159
- World Health Organization (WHO). (2019). Schizophrenia. 3 September 2022. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/schizophrenia>
- Taylor, S.F., Grove, T.B., Ellingrod, V.L., & Tso, I.F. (2019). The Fragile Brain: Stress Vulnerability, Negative Affect and GABAergic Neurocircuits in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 45(6):1170-1183