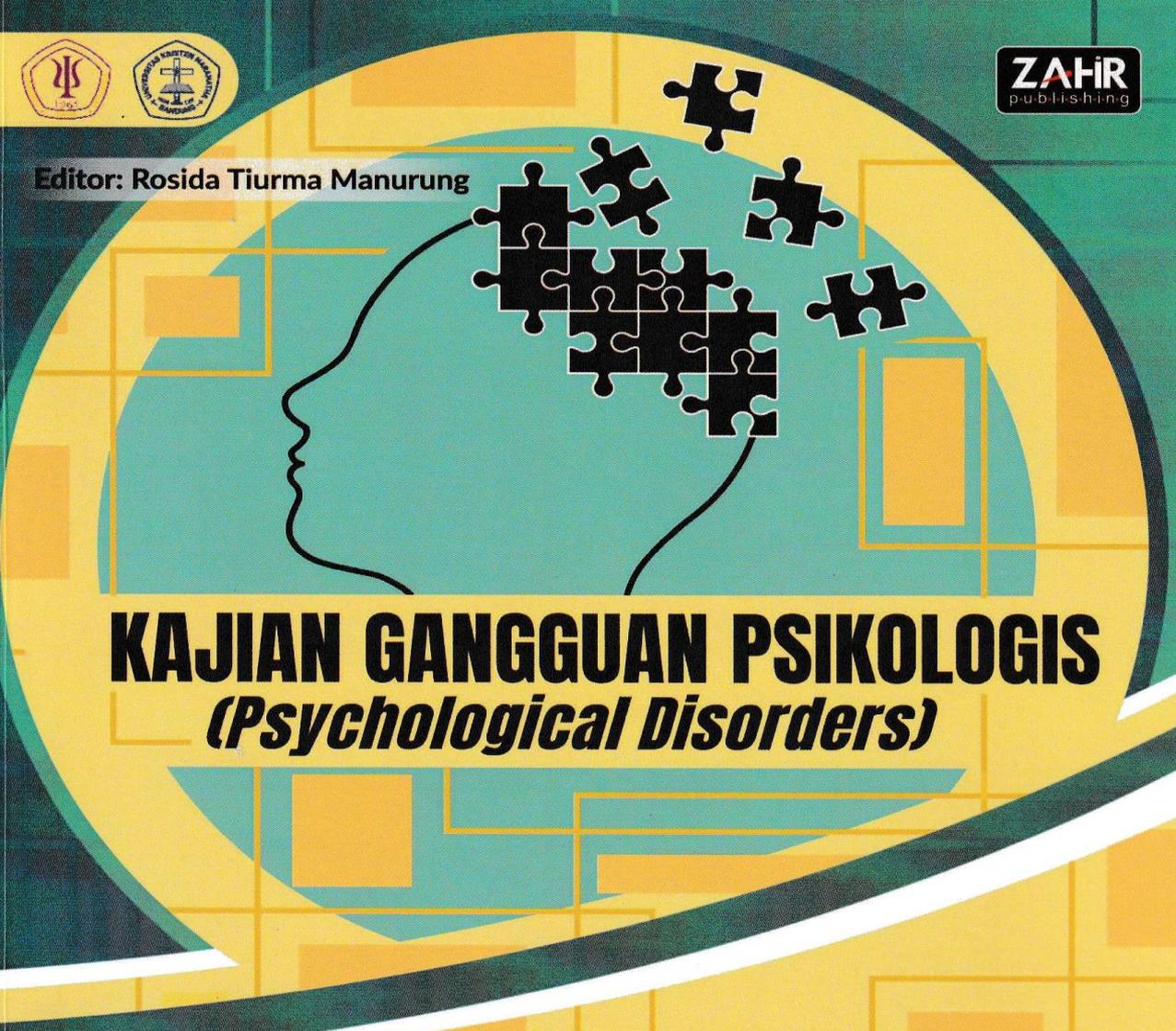


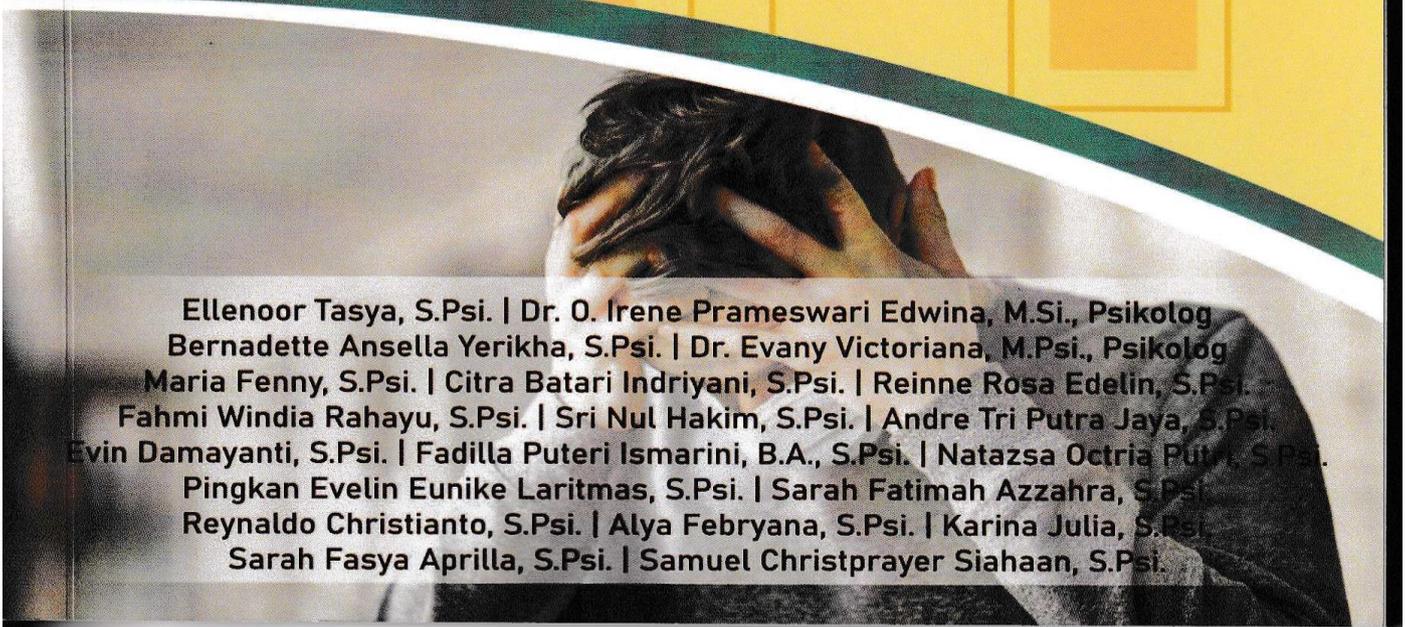


ZAHIR
publishing

Editor: Rosida Tiurma Manurung



KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS *(Psychological Disorders)*



Ellenoor Tasya, S.Psi. | Dr. O. Irene Prameswari Edwina, M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. | Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S.Psi. | Citra Batari Indriyani, S.Psi. | Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. | Sri Nul Hakim, S.Psi. | Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti, S.Psi. | Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. | Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas, S.Psi. | Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S.Psi. | Alya Febryana, S.Psi. | Karina Julia, S.Psi.
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi. | Samuel Christprayer Siahaan, S.Psi.

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (PSYCHOLOGICAL DISORDERS)

Ellenoor Tasya, S.Psi.

Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog

Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.

Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog

Maria Fenny, S.Psi.

Citra Batari Indriyani, S.Psi.

Reinne Rosa Edelin, S.Psi.

Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.

Sri Nul Hakim S.Psi.

Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.

Evin Damayanti

Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.

Natazsa Octria Putri, S.Psi.

Pingkan Evelin Eunike Laritmas

Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.

Reynaldo Christianto, S. Psi.

Alya Febryana, S.Psi.

Karina Julia

Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.

Samuel Christprayer Siahaan

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (PSYCHOLOGICAL DISORDERS)

Penulis

Ellenoor Tasya, S.Psi.
Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.
Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S. Psi.
Citra Batari Indriyani, S.Psi.
Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.
Sri Nul Hakim S.Psi.
Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti
Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.
Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas
Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S. Psi.
Alya Febryana, S.Psi.
Karina Julia
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.
Samuel Christprayer Siahaan

Tata Letak

Ulfa

Desain Sampul

Faizin

15.5 x 23 cm, vi + 197 hlm.
Cetakan pertama, Juli 2022

ISBN: 978-623-466-085-2

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta
No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Salam sejahtera,

Kesehatan mental manusia merupakan hal penting. Akan tetapi, tidak jarang terdapat gangguan pada kesehatan mental manusia atau dikenal sebagai gangguan psikologis. Pengetahuan mengenai berbagai gangguan psikologis, penyebab, dan intervensi terhadap gangguan psikologis merupakan hal yang dapat bermanfaat bagi individu yang mengalami gangguan, *family care giver*, maupun bagi praktisi kesehatan mental dan ilmuwan psikologi.

Gangguan psikologis secara umum terbagi dalam kelompok psikotik, neurotik, dan gangguan kepribadian. Pengelompokan gangguan psikologis tergambarkan dalam artikel di *book chapter* ini: 1) kajian psikotik dalam artikel nomor 1-3, yaitu gangguan delusi, skizofrenia, gangguan skizoafektif; 2) kajian neurotik dalam artikel 4-12, yaitu fobia spesifik, gangguan kecemasan sosial, gangguan kecemasan menyeluruh, gangguan stres pascatraumatik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kecemasan penyakit, faktor psikologi mempengaruhi kondisi medis lain, gangguan depresif, dan bipolar; 3) kajian gangguan kepribadian dalam artikel 13-19, yaitu gangguan kepribadian paranoid, skizotipal, antisosial, borderline, narsistik, avoidant, dan dependen.

Melalui penulisan artikel dalam *book chapter* "Kajian Gangguan Psikologis" ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca sehingga mendapatkan pengetahuan mengenai gangguan psikologis yang dialami manusia, penyebab, dan bagaimana penanganan gangguan psikologis yang dialami manusia. Semoga bermanfaat.

Sekian dan terima kasih.

Bandung, 26 Juli 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| KATA PENGANTAR | iii |
| DAFTAR ISI | v |
| KETAHUI APA ITU GANGGUAN WAHAM DAN SEPERTI APA INTERVENSINYA Ellenoor Tasya, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 1 |
| SKIZOFRENIA (<i>SKIZOPHRENIA</i>) Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 9 |
| MENGENAL LEBIH JAUH SKIZOAFEKTIF Maria Fenny, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 26 |
| FOBIA SPESIFIK (<i>SPECIFIC PHOBIA</i>) Citra Batari Indriyani, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 33 |
| <i>SOCIAL ANXIETY DISORDERS</i> Reinne Rosa Edelin, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 45 |
| GANGGUAN KECEMASAN MENYELURUH (<i>GENERALIZED ANXIETY DISORDER</i>) Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 56 |
| <i>MINDFULNESS</i> DALAM MENURUNKAN SIMPTOM <i>POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER</i> Sri Nul Hakim S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 66 |
| <i>OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER</i> / GANGGUAN OBSESIF KOMPULSIF Andre Tri Putra Jaya, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 78 |
| FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI GANGGUAN KECEMASAN Evin Damayanti dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 90 |

| | |
|--|-----|
| <i>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING OTHER MEDICAL CONDITIONS</i> (FAKTOR PSIKOLOGIS YANG MEMPENGARUHI KONDISI MEDIS LAINNYA) Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog | 102 |
| HAMBATAN DALAM PENCARIAN BANTUAN PSIKOLOGIS PADA INDIVIDU DENGAN GANGGUAN DEPRESI DAN SOLUSINYA Natazsa Octria Putri, S.Psi., dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi, Psikolog..... | 114 |
| <i>"MENGAPA AKU TIBA-TIBA CERIA LALU MENANGIS?"</i> : MENJELAJAHI LEBIH JAUH PERJALANAN <i>BIPOLAR DISORDER</i> SEBAGAI PERILAKU ABNORMAL Pingkan Evelin Eunike Laritmas dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 125 |
| GANGGUAN KEPERIBADIAN PARANOID Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog..... | 139 |
| <i>SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER</i> Reynaldo Christianto, S. Psi., dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 151 |
| APA ITU GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTISOSIAL (<i>ANTISOCIAL PERSONALITY</i>) <i>DISORDER</i> ? Alya Febryana, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog..... | 163 |
| MENGETAHUI RELASI SOSIAL <i>BORDERLINE PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG) Karina Julia dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 176 |
| <i>NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER</i> Sarah Fasya Aprilla, S.Psi, dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog.... | 183 |
| KENALI APA ITU <i>AVOIDANT PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN MENGHINDAR) Samuel Christprayer Siahaan dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog | 190 |

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Reynaldo Christianto, S. Psi.¹⁾, Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog²⁾

Universitas Kristen Maranatha

reynaldo97.rc@gmail.com¹⁾, irene.pe@psy.maranatha.edu²⁾

A. Pendahuluan

Schizotypal personality disorder adalah suatu pola pervasif dari defisit sosial dan interpersonal yang ditandai dengan ketidaknyamanan akut dan berkurangnya kapasitas untuk menjalin hubungan dekat serta memiliki distorsi kognitif dan perilaku yang eksentrik, dimulai pada awal masa dewasa^[1]. Individu dengan gangguan kepribadian skizotipal biasanya tak mengerti atau sulit untuk menjalin relasi dengan orang lain. Contoh dalam sebuah studi kasus, NR merupakan seorang perempuan berusia 46 tahun memiliki adik yang mengidap skizofrenia. NR memiliki defisit pada hubungan sosial dan interpersonal yang disebabkan rasa tidak nyaman dan pikiran paranoid yang dimiliki terhadap lingkungannya. NR yang merasa tertekan dan memiliki pengalaman traumatis membuat NR menggunakan mekanisme pertahanan diri dengan mengosongkan pikiran dan terhanyut dalam 'dunia lain' untuk memutuskan diri dari hubungan sosial^[2]. Mungkin gangguan kepribadian ini masih asing bagi sebagian besar orang dan lebih familiar dengan skizofrenia. Untuk itu, bagian ini akan menjelaskan gambaran besar dari gangguan kepribadian skizotipal, seperti sejarah, penyebab, diagnosis, variasi, hingga intervensi yang bisa dilakukan untuk individu yang mengalami gangguan ini.

B. Pembahasan

Sejarah perkembangan gangguan kepribadian skizotipal dimulai tahun 1863 dengan menyebutkan istilah hebephrenia untuk menjelaskan tentang pergantian suasana hati yang tidak menentu dengan cepat, diikuti oleh melemahnya semua fungsi secara cepat, dan akhirnya berkembang menjadi penurunan

psikis yang tidak dapat diubah yang dimulai pada masa remaja. Selanjutnya, observasi berbagai kasus dilakukan oleh Kraepelin dan Blueler yang menampilkan pemikiran, perasaan, dan tindakan yang terfragmentasi dinamakan sebagai kelompok skizofrenia, sebuah label yang dipilih untuk menandakan perpecahan (*schism*) di dalam pikiran (*phrenos*) dari pasien. Skizofrenia dapat terjadi dalam bentuk non-psikotik yaitu tanpa delusi, halusinasi, atau kemerosotan. Psikotik sendiri dapat diartikan sebagai sebuah kondisi di mana penderitanya mengalami kesulitan dalam membedakan kenyataan dan imajinasi. Sistem reaksi yang merugikan diri sendiri dan maladaptif (kepribadian) pada penderita skizofrenia yang cenderung menetap dan berkembang. Ini menjadi pelopor utama dari kepribadian sindrom skizotipal, disposisi mengenai skizofrenia yang dapat berkembang menjadi sistem kepribadian yang cukup disfungsi dan bertahan lama yang dapat menjadi keadaan klinis. Akhirnya, istilah skizotipal diciptakan oleh S. Rado sebagai singkatan dari skizofrenia fenotipe, menunjukkan kecenderungan genetik yang mendasari skizofrenia^[3].

Data prevalensi menunjukkan bahwa gangguan kepribadian skizotipal yang ada di Amerika Serikat menunjukkan angka di kisaran 4 persen dari populasi, dengan jenis kelamin laki-laki di kisaran 4,2% dan perempuan 3,7% [4]. Dari 30% hingga 50% individu yang didiagnosis dengan gangguan ini memiliki diagnosis bersamaan dengan gangguan depresi mayor ketika dirawat di tempat klinis. Dan juga sering terjadi bersama dengan gangguan kepribadian skizoid, paranoid, *avoidant*, dan *borderline*. Studi tentang gangguan kepribadian skizotipal penting secara klinis, karena kurang dipelajari, sulit untuk diobati, sering kurang dikenali atau salah didiagnosis, dan terkait dengan gangguan fungsional yang signifikan^[5]. Untuk itu, diperlukan kehati-hatian dalam memberikan diagnosis pada individu dengan *schizotypal personality disorder* (SPD).

Penyebab

Sejauh ini para peneliti belum mengetahui secara persis apa yang menjadi penyebab gangguan kepribadian skizotipal walaupun

sudah banyak penelitian yang dilakukan. Mereka percaya itu adalah kombinasi dari faktor dalam diri (*nature*) dan faktor luar diri (*nurture*)^[6]. Faktor dalam diri seperti genetik dan psikologis, sedangkan *nurture* seperti pola pengasuhan dan hubungan interpersonal. Individu yang memiliki kerabat dekat dengan skizofrenia memiliki faktor risiko yang lebih tinggi untuk dapat mengembangkan gangguan kepribadian skizotipal. Ditambah dengan faktor luar diri seperti trauma psikologis, stres kronis, pola pengasuhan saling berinteraksi dan membentuk gangguan kepribadian skizotipal^[7].

Pedoman Diagnosis *Schizotypal Personality Disorder* (SPD)

International Classification of Diseases (ICD) 10^[8]

Schizotypal Disorder F21

Informasi Klinis

- Gangguan yang dicirikan oleh pola ketidakmampuan yang bertahan lama untuk membangun hubungan dekat ditambah dengan distorsi kognitif atau persepsi, kepercayaan dan ucapan yang aneh, dan perilaku dan penampilan eksentrik.
- Gangguan kepribadian di mana ada keanehan pemikiran (pemikiran magis, ide paranoid, kecurigaan), persepsi (ilusi, depersonalisasi), ucapan (digresif, kabur, berlebihan), dan perilaku (afek yang tidak pantas dalam interaksi sosial, seringkali isolasi sosial) yang tidak cukup parah untuk mencirikan skizofrenia.
- Gangguan kepribadian yang ditandai dengan pikiran dan penampilan yang eksentrik, afek, dan perilaku yang tidak sesuai, kecemasan sosial yang ekstrem, dan interaksi interpersonal yang terbatas.

Menurut kriteria DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*)^[9], ada beberapa kriteria diagnostik, yaitu:

1. Merupakan pola pervasif dari defisit sosial dan interpersonal yang ditandai dengan ketidaknyamanan akut dan berkurangnya kapasitas untuk memiliki hubungan dekat serta oleh distorsi kognitif atau persepsi dan eksentrisitas perilaku, dimulai pada

awal masa dewasa dan hadir dalam berbagai konteks, seperti yang ditunjukkan oleh lima (atau lebih) dari berikut ini:

- a. *Ideas of reference* (tidak termasuk *delusions of reference*)
 - b. Keyakinan aneh atau pemikiran magis yang mempengaruhi perilaku dan tidak sesuai dengan norma budaya (misalnya, takhayul, kepercayaan pada kewaskitaan, telepati, atau "indra keenam"; pada anak-anak dan remaja, fantasi yang aneh atau preokupasi).
 - c. Pengalaman persepsi yang tidak biasa, termasuk ilusi tubuh.
 - d. Pemikiran dan ucapan yang aneh (misalnya, samar-samar, tidak langsung, metaforis, terlalu rumit, atau stereotipik).
 - e. Kecurigaan atau ide paranoid.
 - f. Afek yang tidak tepat atau terbatas.
 - g. Perilaku atau penampilan yang ganjil, eksentrik, atau ganjil.
 - h. Kurangnya teman dekat atau orang kepercayaan selain yang kerabat utamanya.
 - i. Kecemasan sosial berlebihan yang tidak berkurang dengan keakraban dan cenderung dikaitkan dengan ketakutan paranoid daripada penilaian negatif tentang diri sendiri.
2. Tidak terjadi selama perjalanan skizofrenia, gangguan bipolar atau gangguan depresi dengan ciri psikotik, gangguan psikotik lain, atau gangguan spektrum autisme.

Selain berdasarkan panduan di atas, diperlukan pemeriksaan lanjutan untuk bisa memperoleh data yang lebih lengkap agar bisa memperjelas diagnosis, seperti dengan menggunakan *diagnostic classification version of the schizotypal personality questionnaire* (DC-SPQ), wawancara, dan *self-report*^[10].

Perbedaan Diagnosa

Meskipun sudah secara rinci disebutkan diagnosis kriteria pada SPD dalam DSM, diperlukan tambahan diagnosis agar bisa membedakannya dari gangguan kepribadian lain yang memiliki ciri-ciri tertentu yang sama. Seperti gangguan kepribadian paranoid dan

skizoid dicirikan memiliki afek terbatas dan *social detachment*, SPD dapat dibedakan dari kedua diagnosis ini dengan adanya distorsi kognitif atau persepsi dan perilaku eksentrik. Hubungan dekat terbatas pada SPD dan gangguan kepribadian *avoidant*; namun, pada gangguan kepribadian *avoidant*, keinginan aktif untuk menjalin hubungan dibatasi oleh rasa takut akan penolakan, sedangkan pada SPD terdapat kurangnya keinginan untuk menjalin hubungan dan keterpisahan yang terus-menerus.

Individu dengan gangguan kepribadian *borderline* mungkin juga memiliki gejala seperti psikotik sementara, tetapi ini biasanya lebih erat terkait dengan perubahan afektif dalam menanggapi stres (misalnya, kemarahan yang intens, kecemasan, kekecewaan) dan biasanya lebih disosiatif (misalnya, derealisasi, depersonalisasi). Sebaliknya, individu dengan SPD lebih cenderung memiliki gejala seperti psikotik yang bertahan lama yang dapat memburuk di bawah stres, tetapi cenderung tidak selalu dikaitkan dengan gejala afektif yang diucapkan. Selanjutnya, individu dengan SPD biasanya tidak menunjukkan perilaku impulsif atau manipulatif dari individu dengan gangguan kepribadian *borderline*.

SPD sering juga dipandang sebagai bentuk ringan dari skizofrenia sehingga dapat memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai penyebab secara genetika dan pengobatan penyakit psikotik terkait^[5]. Untuk memberikan diagnosis tambahan SPD, gangguan kepribadian harus sudah ada sebelum timbulnya gejala psikotik dan bertahan ketika gejala psikotik dalam remisi. Ketika individu memiliki gangguan psikotik persisten (misalnya, skizofrenia) yang didahului oleh SPD, SPD juga harus dicatat diikuti dengan “premorbid” dalam tanda kurung. Oleh karena merupakan bentuk ringan dari skizofrenia, SPD dapat dibedakan dari skizofrenia dengan gejala di bawah ambang batas yang berhubungan dengan ciri kepribadian yang persisten^[9].

Variasi *Schizotypal Personality Disorder*

Terdapat dua variasi gangguan berdasarkan hubungannya dengan kepribadian *schizoid* dan *avoidant*^[11], yaitu:

Inspid Schizotypal Personality Type

Individu dengan tipe ini tidak memiliki kepekaan terhadap perasaan, bahkan sering mengalami pengalaman terpisah antara pikiran dan tubuh fisik mereka. Proses kognitif yang terjadi tidak jelas, kabur, dan tangensial. Dan secara perilaku, mereka cenderung tidak ekspresif, tidak termotivasi, dan tidak peduli dengan dunia luar.

Timorous Schizotypal Personality Type

Individu dengan tipe ini secara aktif melindungi dirinya sendiri dari perasaan sakit dan penderitaan hubungan interpersonal dengan cara berusaha untuk 'mematikan' perasaan, keinginan, dan menarik diri dari hubungan sosial. Proses kognitif sengaja dibingungkan dengan menghilangkan pemikiran yang rasional dan menciptakan halusinasi, imajinasi, dan dunia fantasi mereka sendiri agar bisa menghindari dunia nyata yang menyakitkan. Dan pada akhirnya, mereka menjadi bersemangat dan aneh untuk berperilaku yang tidak rasional; seperti meneriakan suara-suara yang sama sekali tidak dipahami; hanya untuk membuktikan bahwa mereka adalah nyata.

Gambaran Klinis

Gambaran klinis SPD dapat ditinjau dari perspektif biologi, psikodinamik, interpersonal, kognitif, dan *evolutionary-neurodevelopmental*^[11].

- **Perspektif Biologi**

Studi telah memberikan bukti bahwa riwayat keluarga, adopsi, dan studi kembar semuanya menunjukkan bahwa SPD ditularkan secara genetik. Gen yang mengatur sistem reseptor NMDA telah dikaitkan dengan skizofrenia dan gangguan kepribadian skizotipal. Individu dengan SPD menunjukkan kelainan pada area otak yang sama dengan orang dengan skizofrenia, kelainan ini cenderung kurang parah pada SPD daripada skizofrenia, yang menunjukkan bahwa gejala yang ditimbulkan kurang parah^[11]. Selain pada struktur otak, neurotransmitter memainkan peran penting terjadinya distorsi

kognitif yang terjadi pada SPD. Neurotransmitter merupakan neuron yang berkomunikasi satu sama lain di sinaps melalui pembawa pesan kimia. Pada penderita SPD, neurotransmitter yang terlibat adalah dopamin. Ada sebuah hipotesis yang menyatakan bahwa peningkatan kadar bahan kimia yang menandai aktivitas dopamin yang terlalu banyak menyebabkan gejala positif pada SPD. Sedangkan gejala negatif terjadi karena cacat struktur otak pada SPD.

- **Perspektif Psikodinamik**

Menurut pandangan klasik, SPD dapat terjadi karena reaksi terhadap dunia yang kejam dengan mundur kembali ke tahap perkembangan sebelum ego terbentuk, atau biasa dikenal sebagai regresi. Fungsi utama ego adalah untuk mengintegrasikan dorongan dari dalam diri (id), tuntutan dari luar (superego), dan menjadi batas realitas bagi individu. Bagi SPD, ego kurang berfungsi yang menyebabkan dunia internal individu SPD sangat tidak terintegrasi dan bercampur antara ingatan, persepsi, impuls, perasaan, dan bahkan hal tersebut seringkali bertentangan. Ini mengakibatkan SPD sering terlihat labil atau neurotik. Selain itu, individu dengan SPD dapat menunjukkan tingkat regresi yang lebih primitif sehingga dapat membuat individu dengan SPD menarik diri secara sepenuhnya kedalam keadaan autis atau katatonik sebagai bentuk perlindungan dari orang lain dan meminimalkan semua rangsangan eksternal.

Banyak individu dengan SPD memiliki residu superego yang dibawa untuk menanggung perilaku dan impuls mereka yang tidak terduga sehingga sering menyebabkan perasaan bersalah yang luar biasa. Karena superego terdiri dari larangan-larangan yang diinternalisasikan dan superego yang normal mengekspresikan isi hati nurani dan ego ideal. Sederhananya, hati nurani membuat individu keluar dari masalah dan ego ideal memberi arah dan nilai. Sedangkan pada individu SPD, superego tidak berfungsi yang menyebabkan gambar diri terpecah-pecah karena terjebak pada

masalah dan tidak memiliki arah dan nilai. Ini membuat mereka menciptakan pemikiran magis dan keyakinan aneh seperti takhayul.

- **Perspektif Interpersonal**

Perilaku interpersonal dan gaya kognitif terkait erat dan saling bekerja sama untuk membentuk SPD. Individu dengan SPD suka melamun tidak produktif yang mana ini berkontribusi pada pemikiran magis dan kecurigaan irrasional, yang semakin mengaburkan batas antara kenyataan dan fantasi. Adanya penyimpangan kognitif membuat SPD cenderung salah dalam menguraikan makna peristiwa di dunia eksternal dan mungkin juga berlaku untuk dunia internal. Ketika SPD berkomunikasi dengan diri mereka sendiri melalui introspeksi atau refleksi, *self-talk* mereka mengalami distorsi yang sama seperti ketika berkomunikasi dengan orang lain. Ditambah dengan tidak adanya interaksi sosial yang mungkin memberikan umpan balik, SPD sering tidak memiliki kesadaran bahwa tindakan mereka tidak pantas dan mungkin tidak mengerti mengapa tindakan tersebut tidak pantas bahkan ketika alasannya dijelaskan kepada mereka.

Bagi kebanyakan orang, individu dengan SPD penuh dengan kejutan dan membingungkan, yang membuat orang mungkin tidak tahu apa yang dibicarakan oleh SPD atau mengapa. Ini membuat banyak orang mengakhiri pertemuan secara tiba-tiba atau mengabaikan apa yang tidak dapat dipahami dan ini memiliki pesan terselubung, yaitu penolakan. Umpan balik semacam ini yang sering dijumpai oleh SPD dalam hubungan interpersonal memunculkan kecemasan sosial yang intens dan keinginan untuk sendiri. Akhirnya hal tersebut memberikan kontribusi terjadinya depersonalisasi, keterasingan diri, bahkan perasaan teror akan eksistensinya.

- **Perspektif Kognitif**

SPD seringkali tampak tidak mampu mengatur pikiran mereka yang berakibat pada bahasa dan komunikasi juga menjadi tidak teratur yang mana ini dianggap sebagai inti dari SPD. Kognisi terkadang tampak autis dan mengikuti beberapa logika internal

yang tidak diketahui orang lain. Terkadang juga cenderung mudah teralihkan atensinya sehingga dapat mengalihkan topik secara tiba-tiba sesuai dengan logika internalnya sendiri. Ini membuat SPD kesulitan untuk melakukan kegiatan yang perlu mempertahankan atensi. Selain itu, SPD juga sering bertingkah laku sesuai dengan informasi yang mereka terima dari sumber aneh yang dimilikinya atau biasa disebut sebagai penalaran emosional, di mana individu mengasumsikan bahwa emosi negatif secara otomatis memerlukan beberapa penyebab eksternal negatif yang dapat diidentifikasi. Contohnya seperti individu dengan SPD menyimpulkan bahwa suara-suara di dalam rumah merupakan bukti dari roh-roh jahat dan menjual rumah atas dasar ini. Atau mereka menerima undangan makan malam dari seorang kenalan yang mengendarai mobil putih, yang melambangkan kesucian dan kebaikan, tetapi menolak undangan serupa dari kenalan yang mengendarai mobil hitam.

- **Perspektif *Evolutionary-Neurodevelopmental***

Perspektif ini menyatakan bahwa SPD ada pada sebuah kontinum keparahan dari gangguan kepribadian skizoid dan *avoidant*. Ini membuat etiologi dan perkembangan dari SPD akan mirip dengan skizoid dan *avoidant*, tetapi dengan derajat yang lebih berat. Berdasarkan teori evolusi, gejala negatif dari SPD dapat menangkap dan melebih-lebihkan sikap apati sosial pada skizoid dan gejala positif pada *avoidant*. Skizotipal yang berbasis skizoid beralih ke pikiran yang menyendiri dan tidak terkendali. Seiring waktu, perilaku sosialnya menjadi dikendalikan oleh fantasi pribadi sehingga aktivitas sosialnya beralih ke fantasi tidak nyata, bergerak ke arah mistik dan magis. Sedangkan skizotipal berbasis *avoidant* berupa untuk meminimalkan kesadaran mereka akan ketidaknyamanan eksternal, berfantasi, merenung, dan *self-defeating*. Mereka mengalami konflik batin yang intens dan mereka juga menghabiskan banyak waktu untuk menghidupkan kembali dan menduplikasi peristiwa masa lalu yang menyakitkan. Upaya ini cenderung hanya akan memperkuat rasa sakit dan penderitaan yang dialami. Dan dalam upayanya dalam melawan pikiran yang menindas

tersebut, mereka berusaha untuk memblokir dan menghancurkan kerjernihan kognitif.

Intervensi

Perawatan untuk SPD biasanya melibatkan kombinasi psikoterapi dan pengobatan. Sangat sedikit penelitian tentang penggunaan psikoterapi dengan pasien SPD. Psikoterapi dapat mencakup psikoedukasi tentang keterampilan sosial serta teknik kognitif-perilaku yang membantu pasien mengidentifikasi dan menantang pola berpikir negatif atau terdistorsi. Terapi keluarga juga dapat membantu mendidik anggota keluarga tentang gangguan tersebut, meningkatkan komunikasi, dan mengatasi pola yang meningkatkan kecemasan bagi individu.

Tidak ada obat yang saat ini telah disetujui oleh *food and drug administration* untuk pengobatan gangguan kepribadian skizotipal. Namun, dokter mungkin meresepkan obat antipsikotik, antidepresan, penstabil suasana hati, atau obat anti-kecemasan untuk membantu mengatasi gejala. Stimulan yang sering digunakan untuk mengatasi masalah perhatian terkadang juga berguna pada pasien SPD. Perawatan mungkin juga termasuk mengatasi beberapa komplikasi dari gangguan tersebut. Secara keseluruhan, gejala cenderung membaik ketika orang dengan gangguan kepribadian skizotipal mulai membangun hubungan yang lebih kuat dan rasa efikasi diri di sekolah, tempat kerja, atau minat lainnya^[12].

C. Penutup

Studi tentang SPD penting dilakukan secara klinis karena relatif kurang dipelajari jika dibandingkan dengan gangguan kepribadian lainnya, sulit untuk diobati, sering kurang dikenali atau salah didiagnosis, dan banyak yang perlu dipahami sehubungan dengan intervensi secara farmakologis dan psikoterapi^[5]. Individu dengan SPD memiliki keyakinan dan perilaku yang tampak aneh bagi orang yang mengamatinya, tetapi individu dengan SPD mungkin tidak aneh sama sekali jika digabungkan dengan pengalaman mereka

yang tidak biasa, alasan mengapa mereka bertingkah laku demikian. SPD hanya membangun dunia atas dasar realitas subjektif mereka sendiri, layaknya individu lainnya. Dengan mengetahui tentang SPD ini, diharapkan masyarakat bisa melihat dari sudut pandang individu dengan SPD sehingga bisa lebih memahami dan bisa menyesuaikan respon apa yang sebaiknya diberikan saat berinteraksi secara langsung dengan mereka untuk menghindari dampak negatif yang mungkin terjadi, baik bagi individu dengan SPD ataupun bagi diri kita sendiri.

REFERENSI

- [1] Nolen, Susan & Hoeksema. (2014). *Abnormal Psychology 6th Edition*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- [2] Ariyanti, NMP., Ambarini, T.K., Widiyasavitri, P.N. (2020). *Gangguan Kepribadian Skizotipal pada perempuan di bali*. Jurnal Psikologi Ilmiah.
- [3] Millon, Theodore. (2011). *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*. New Jersey. John Wiley & Sons, Inc
- [4] Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2009). *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 11(2), 53–67. <https://doi.org/10.4088/pcc.08m00679>
- [5] Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., & Siever, L. J. (2014). *Schizotypal personality disorder: a current review*. Current psychiatry reports, 16(7), 452. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>
- [6] Kwapil, Thomas, R., & Barrantes-Vidal, N. (2012). *Schizotypal personality disorder: An integrative review*. In *The Oxford handbook of personality disorders*. New York: Oxford University Press
- [7] Schurhoff F, Laguerre A, Fisher H, et al. *Self-reported childhood trauma correlates with schizotypal measures in schizophrenia but not bipolar pedigrees*. Psychol Med. 2009; 39:365–70.

- [8] International Classification of Diseases. (n.d.). *Schizotypal Disorder*. Diakses pada 1 Juni 2022 dari <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F20-F29/F21->
- [9] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing
- [10] Fonseca-Pedrero, E., & Debbané, M. (2017). *Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update*. *Psicothema*, 29(1), 5–17. 10.7334/psicothema2016.209
- [11] Millon, Theodore. (2004), *Schizotypal Personality, Personality Disorders in Modern Life second edition*, John Wiley & Sons, Inc. P.403-434.
- [12] Smith, K. (9 Februari 2022). *Schizotypal Personality Disorder*. PSYCOM. <https://www.psychom.net/schizotypal-personality-disorder>

RIWAYAT HIDUP



Nama : Reynaldo Christianto
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Tempat, tanggal lahir : Bandar Lampung, 9 Desember 1997
 Agama : Buddha
 Alamat : Perum Kota Karang LK 1, Kota Bandar Lampung

Fakultas : Psikologi
 Nrp : 2132032
 No. Telp : 082164222966