

PSIKOSA DEPRESI REAKTIF (*Psychotic Depressive Reaction*)

Oleh: Soebagjo Hadinoto

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

PENGANTAR

Tulisan ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama menguraikan berbagai aspek unsur-unsur pokok dalam psikosa depresi reaktif, yaitu psikosa, sindrom depresi dan *stress*. Maksud uraian itu ialah untuk mendapatkan latar belakang materi yang agak luas sebagai orientasi umum yang menjadi landasan bagi bagian kedua, yang berisi peninjauan materi praktis yang diperoleh dari keterangan-keterangan dalam status penderita-penderita psikosa depresi reaktif, yang mondok di klinik Bagian Psikiatri Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, selama tahun 1973, 1974 dan 1975. Dengan peninjauan itu diharapkan terdapat sedikit gambaran sampai di mana kenyataan praktis sesuai dengan teori dan sebaliknya.

ORIENTASI UMUM

1. PERBEDAAN KLASIFIKASI

Dalam buku *Klasifikasi Penyakit Jiwa dan Aspek-aspek Pengobatannya* (Soejono Prawirohardjo 1973) diterangkan, bahwa *psychotic depressive reaction* atau psikosa depresi reaktif adalah suatu psikosa dengan gejala utama depresi pada penderita yang tidak ada riwayat psikosa manik depresif dan biasanya ada benturan psikis sebelumnya. Dalam buku itu Psikosa Depresi Reaktif (P.D.R.) dimasukkan dalam golongan psikosa afektif sebagai bagian dari penyakit jiwa psikogenik. Penggolongan di atas adalah tidak sama dengan klasifikasi WHO tahun 1965, yaitu 8th Revision of the International Classification of Diseases of Mental Disorders, yang terkenal dengan I.C.D. 8-WHO 1965, di mana *psychotic depressive reaction* tidak dimasukkan dalam *affective psychosis* (296), tetapi dalam psikosa lain dengan nomor 298.0. Kalau kita tinjau klasifikasi American Psychiatric Association, yaitu DSM I tahun 1952, *psychotic depressive reaction* masih dimasukkan dalam *affective reaction*, akan tetapi dalam DSM II tahun 1968, maka P.D.R. tidak lagi dimasukkan dalam Major Affective Disorders dengan nomor 296, tetapi dalam golongan "Other psychosis" dengan nomor 298.0.

Kemudian jika kita lihat pada klasifikasi Indonesia, yaitu buku *Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa di Indonesia*, ed. 1 tahun 1973 (PPDGJ I 1973), maka ternyata bahwa psikosa depresi reaktif juga tidak dimasukkan dalam golongan psikosa afektif dengan nomor 296, tetapi dalam "psikosa lain" dengan nomor 298.0. seperti DSM II 1968 dan I.C.D. 8 WHO 1965.

Adapun perbedaan klasifikasi itu dalam dunia psikiatri adalah biasa dan itu tergantung pada pegangan dan orientasi yang dipakai oleh penyusunnya. Maka dalam hubungan dengan penulisan *paper* ini perbedaan penggolongan

tidak perlu kita persoalkan lebih lanjut dan kita sebaiknya memakai klasifikasi dan *glossary* PPDGJ I 1973, yang telah dimufakati oleh para psikiater Indonesia yang terkemuka.

Adapun dalam *glossary* klasifikasi Indonesia itu diterangkan tentang psikosa depresi reaktif sebagai berikut:

Pada keadaan P.D.R. (psikosa depresi reaktif) terdapat gejala yang sama seperti psikosa manik depresif jenis depresi, tetapi timbul karena suatu tekanan jiwa seperti meninggalnya seorang yang dicintainya atau suatu kekecewaan (frustrasi) yang mendalam.

Dalam golongan ini tidak termasuk tekanan fisik (physical stress), seperti melahirkan anak atau menjalani pembedahan dan psikosa manik depresif jenis depresi.

Jika kita meninjau *glossary* dalam bermacam-macam klasifikasi, maka ternyata bahwa terdapat intisari yang sama tentang P.D.R., yaitu adanya tiga komponen: a. psikosa b. sindrom depresi c. trauma psikis. Untuk mendapatkan latar belakang teoritis yang agak luas, maka ketiga unsur pokok itu akan kita tinjau lebih lanjut.

2. PSIKOSA

Definisi yang seragam mengenai psikosa belum ada. Soejono Prawirohardjo (1973) menerangkan tentang psikosa sebagai berikut: sering terdapat disorganisasi kepribadian penderita, putus hubungannya dengan realitas dan logika, timbul gangguan afek yang mendalam dan kadang-kadang timbul gejala-gejala waham dan halusinasi, hingga kapasitasnya untuk bekerja secara efektif dan hubungannya dengan orang lain menjadi terganggu, baik temporer maupun permanen.

Kusumanto Setyonegoro (1968) menulis tentang psikosa sebagai berikut:

Persoalan psikosis dapat kita dekati menurut 3 koordinat psikiatrik, yaitu:

1. alam perasaan (*feeling life, affective state and emotional reaction; Stimmung; gevoelsleven*)
2. alam pikiran (*thought processes; Denkprozesse; denkleven*)
3. alam perbuatan (*behaviour, Handlung; gedrag*).

Dalam menghadapi orang yang psikotik, kita sebagai pemeriksa dapat memastikan dua hal pokok. Adapun dua hal pokok, yang pada umumnya dimiliki oleh semua penderita yang bereaksi psikotik itu, ialah:

- a. penderita telah kehilangan pengertian tentang realitas. Sering kali ini disebabkan bahwa pasien itu telah kehilangan "reality testing ability"-nya. Oleh karena itu pula, maka sering kali kita tak dapat lagi mengikuti cara berfikir atau cara perasaan atau cara membuatnya, oleh karena ia memiliki cara fikir, cara berperasaan dan cara berbuat yang tersendiri, yang tidak mengakui cara berfikir akal sehat, yang dijunjung orang sebagai kebenaran umum.
- b. penderita mengalami kekacauan dalam satu atau lebih dari pada ketiga "alam" (atau: koordinat kepribadiannya, yaitu alam pikirannya, alam perasaannya dan alam perbuatannya).

Dalam buku-buku dan tulisan-tulisan psikiatri dan psikopatologi umumnya juga hanya disajikan gambaran umum tentang psikosa. Adapun buat kita di Indonesia sekarang sebaiknya berpegang pada rumusan "resmi" dalam PPDGJ I 1973, sebagai berikut:

Psikosa adalah suatu gangguan fungsi kepribadian (mental) seseorang sampai taraf tertentu, sehingga tidak memungkinkannya lagi melakukan beberapa tugas secara memuaskan, seperti: daya kemampuan untuk menilai kenyataan (realitas) yang objektif secara cukup dan adekuat, khususnya yang menyangkut pengertian dan penilaian berdasarkan norma yang dibenarkan oleh umum, daya kemampuan untuk tanggapan perspektif dan afektif (dalam perasaan) individu, sehingga kemampuan seseorang untuk memberi jawaban (*response*) yang adekuat ini terganggu.

Menurut faham kami, maka intisari semua gambaran umum tentang psikosa adalah sama, yaitu:

1. adanya distorsi realitas,
2. gangguan kepribadian yang hebat meliputi seluruh atau hampir seluruh koordinat,
3. tidak mampu menjalankan tugas umum untuk diri sendiri dan masyarakat.

Dalam rangka pembicaraan P.D.R., maka kriteria psikosa itu penting sekali untuk membedakan P.D.R. dari *neurotic depressive reaction*, di mana kedua-duanya menunjukkan sindrom depresi dan kedua-duanya merupakan reaksi terhadap trauma psikis dari lingkungannya, hanya yang satu psikotik dan yang lain neurotik. Sifat neurotik berarti adanya *anxiety* dan tidak menunjukkan distorsi atau misinterpretasi yang hebat tentang realitas, tidak ada kerusakan kepribadian dan masih dapat melakukan tugas umum untuk diri sendiri dan masyarakat dengan lumayan.

3. DEPRESI

- a. Dalam *Psychiatric Dictionary*, ed. 4 (Hinsie & Campbell, 1970) disebutkan, bahwa di dalam psikiatri konsep depresi adalah suatu sindrom klinik yang ditandai dengan menurunnya perasaan (*feeling of painful dejection*), kesukaran berfikir dan kelambatan aktivitas psikomotor. Retardasi umum itu dapat terselubung oleh kecemasan, berfikir obsesif dan agitasi.

Depresi dapat juga berarti menurunnya perasaan atau sedih saja, jadi sebagai suatu simtom saja, yang dapat pula terjadi pada orang normal, sebagai reaksi emosional yang normal terhadap suatu kehilangan, gangguan pada hubungan interpersonal yang erat, kedudukan atau *prestige*, keuangan dan sebagainya.

Di kalangan orang awam umumnya berlaku pengertian depresi demikian itu yang di dalam psikiatri disebut: *grief reaction, sadness, dejection*, normal atau depresi fisiologis (Gottlieb & Torney). Depresi dalam artian di atas dapat ditemukan dalam perjalanan tiap-tiap gangguan psikiatrik (Hinsie & Campbell, 1970).

Depresi sebagai sindrom klinik dirumuskan oleh Karnadi Darmawan (1969) dengan gejala-gejala:

1. Keadaan afektif yang hypothymik-depresif.
2. kesulitan dalam daya konsentrasi dan berfikir yang bersifat suatu retardasi psikomotor.
3. kelambatan umum dalam gerakan lokomotorik.

Pfeiffer (1960) melukiskan tentang fenomenologi depresi sebagai berikut:

Dalam depresi terdapat suatu inti, yaitu kelompok gejala (*symptoms*) dan tanda (*signs*). Gejala-gejala itu ialah:

1. kesedihan yang menyakitkan,
2. hilangnya perhatian,
3. hambatan aktivitas,
4. pesimismo yang mendalam dengan manifestasi mengurangnya harga diri dan penilaian yang gelap terhadap keadaan dan hari depan.

Di samping kelompok gejala di atas terdapat pula fenomena patologis yang biasanya disebut tanda-tanda (*signs*), yaitu tanda-tanda biologis yang menunjukkan sindroma depresi itu tidak terbatas pada alam psikologis, tetapi meliputi seluruh organisme. Tanda-tanda biologis itu ialah:

1. gangguan tidur,
2. gangguan nafsu makan,
3. berat badan menurun,
4. konstipasi atau lebih jarang diarrhae,
5. retardasi psikomotor atau lebih jarang agitasi,
6. siklus suasana hati yang berulang, yaitu rasa sedih yang-keras pada pagi hari yang membaik dengan menjelang malam.

Grinker *et al.* (1961) mengadakan studi tentang fenomenologi depresi dengan menggunakan teknik analisa faktor. Mereka melukiskan adanya beberapa faktor dalam depresi. Adapun yang disebut faktor ialah sekelompok (*cluster*) gejala yang selalu terdapat bersama. Beberapa faktor yang penting ialah:

1. *basic depression factor* yang isinya sesuai dengan gambaran Pfeiffer di atas.
2. perasaan bersalah tentang kekeliruan-kekeliruan kecil yang nyata atau dalam fantasi. Penderita-penderita itu merisaukan tentang hukuman-hukuman yang akan dihadapi. Dengan menggunakan proyeksi *defence mechanism* dapat timbul waham dan halusinasi.
3. faktor lain ialah "anxiety" yang dapat bervariasi dari rasa ketegangan subjektif sampai dengan tanda-tanda *anxiety* yang nyata, yang dapat meliputi tangan gemetar sampai agitasi seluruh badan, sampai usaha mutilasi diri.
4. faktor yang lebih jarang ialah kerisauan hipokondrik.

Oleh Goldberg (1973) dikatakan tentang waham dalam *psychotic depression*, bahwa waham itu berhubungan dengan gangguan affeknya. Waham itu umumnya meliputi dua type, yaitu waham nihilistik dan waham somatik. Waham nihilistik disebabkan oleh proyeksi perasaan susah ke arah dunia luar. Penderita menjadi percaya, bahwa dunia akan berakhir dan akan hancur. Waham somatik isinya serupa. Penderita percaya, bahwa ada suatu gangguan yang mengerikan terjadi pada tubuhnya, misalnya tubuhnya bosok, penuh kanker atau organ-organ dalam telah hilang.

Kolb (1973) mengatakan, bahwa waham pada depresi sering merupakan rasionalisasi gangguan-gangguan afeknya, yang bersandar pada kecenderungan-kecenderungan bermusuhan yang tidak disadari terhadap orang-orang yang seharusnya perasaan-perasaan dan kecenderungan-kecenderungan itu tidak ditujukan. Waham depresi biasanya diekspresikan dalam pikiran-pikiran mengenai kesalahan, penyakit atau kemiskinan.

Oleh Kolb dikatakan pula, bahwa gejala halusinasi tidak menonjol pada psikosa depresi, bahkan bila hal ini terjadi, apalagi jika isi halusinasinya tidak merupakan proyeksi gangguan afeknya, tetapi suatu pemalsuan realitas yang persisten, maka hal itu menimbulkan pertimbangan ke arah adanya psikosa yang lebih malignan.

- b. Suatu aspek yang penting pada depresi yang harus diperhatikan, yaitu bunuh diri atau hasrat bunuh diri.

Menurut Desmond Curran (1972), maka tiap penderita dengan depresi yang agak keras, endogen maupun reaktif, harus dipandang merupakan kemungkinan "suicidal risk". Penilaian tentang risiko bunuh diri itu kadang-kadang memang sukar. Pada umumnya jika depresinya cukup keras, sehingga terdapat perasaan akan terjadinya suatu musibah, maka risiko bunuh diri cukup besar.

Jika ada keragu-raguan, sebaiknya diambil jalan yang aman, yaitu keluarga diberi tahu, penderita dalam pengawasan yang ketat dan sebaiknya dikirim ke rumah sakit. Masalah bunuh diri di negara-negara maju besar sekali. Di beberapa negara bagian di Amerika Serikat itu merupakan sebab kematian nomer 6 dan di antara mahasiswa dan prajurit-prajurit dalam keadaan damai malah nomer 3 setelah neoplasma dan kecelakaan (Edwin *et al.*, 1961). Di Amerika Serikat pada tahun 1961 terdapat 20.588 orang bunuh diri, jadi 10,8 per 100.000 penduduk. Di Jerman Barat terdapat 30 per 100.000 penduduk.

Dalam tulisan Bharya dan Kusumanto Setyonegoro (1968) dikemukakan bahwa menurut laporan WHO (13) tahun 1958, Jepang mempunyai angka *suicide* tertinggi, yaitu 24,1 per 100.000 penduduk; sedangkan Austria, Denmark, Inggris dan Wales menyusul dengan berturut-turut 22,8; 22,5 dan 11,8 bunuh diri per 100.000 penduduk rata-rata. Angka *actual suicide* naik dengan bertambahnya umur, terutama untuk laki-laki. Pada umur antara 40 sampai 55 angka tersebut adalah 25 per 100.000, dan pada umur 80 sampai 60 per 100.000. Pada umumnya laki-laki lebih banyak bunuh diri dari pada wanita. Masalah bunuh diri sebegitu pentingnya di kota-kota metropolitan, sehingga perlu diadakan usaha khusus untuk mencegahnya berupa "suicidal rescue centers" yang bekerja siang malam.

Pichet (1974) mengemukakan sebagai berikut: Problem depresi adalah problem terpenting dalam seluruh bidang Psikiatri, karena jumlah kasus besar sekali.

Dalam kenyataannya, kita tidak mempunyai ide yang nyata tentang jumlah pasien yang menderita depresi, karena sedikit dari mereka pergi ke dokter dan di antaranya itu hanya sedikit yang ditangani oleh spesialis. Maka jika kita sebagai psikiater bicara tentang depresi, sebetulnya kita bicara tentang golongan pasien yang sangat terpilih dibandingkan dengan populasi umum penderita-penderita depresi. Meskipun demikian, toh tidak ada persamaan nyata di antara kita tentang depresi, sekalipun lapangan itu dianggap sebagai sesuatu, di mana kita telah membuat kemajuan-kemajuan besar dalam tahun akhir-akhir ini. Bahkan dalam lapangan diagnosa dan klasifikasi depresi masih terdapat variasi yang besar di antara psikiater. (J. Med. Res. 3, suppl 3, 1975).

- c. Tentang luasnya problem depresi digambarkan oleh Watts (1974) sebagai sebuah gunung es, di mana hanya sebagian kecil saja yang tampak di atas permukaan, bagian yang terbesar terletak di bawah permukaan. Menurut keterangannya hanya 15% dari kasus-kasus depresi diperiksa kepada dokter, di mana hanya 1,9% diperiksa oleh psikiater.

Depresi dapat ditemui pada segala usia, meskipun hal ini sukar dikenal pada masa kanak-kanak. Disebutkan adanya "anaclitic depression" pada masa kanak-kanak. Depresi terdapat paling sering pada usia dewasa dan masa senium. Pada usia yang lebih lanjut keadaan depresi dapat berlangsung lebih lama bila dibandingkan dengan usia yang lebih muda (Darmawan, 1969).

Oleh Dyker (1974) dikatakan, bahwa depresi adalah problem yang kompleks dan manifestasinya adalah multi-symptomatik. Oleh Solomon (1974) dikemukakan, bahwa depresi dapat menyertai hampir semua gangguan psikiatrik dan sering merupakan kesukaran dalam diagnose dengan adanya "masked depression", "smiling depression" dan "depressive equivalent". Hal ini disebabkan karena depresi sering tersembunyi di belakang keluhan-keluhan somatis atau sindrom psikiatrik lain. Pada keadaan-keadaan itu gangguan afek yang karakteristik untuk depresi tidak tampak atau sukar sekali diobservasi, maka keadaan itu sering disebut "depression sine pression". Konsep di atas merupakan peringatan yang berguna, bahwa penderita-penderita tertentu dengan keluhan nyeri atau keluhan-keluhan fisik yang tak jelas sering disembuhkan secara dramatis dengan BCT atau obat-obat anti-depresan. Begitu pula beberapa jenis tingkah laku, misalnya aktivitas seksual yang tidak wajar atau bekerja suka rela melampaui batas dapat merupakan suatu substitusi atau *defence* terhadap depresi.

- d. Tentang *masked depression* dikemukakan oleh Goldberg (1974), bahwa sering terdapat sindrom fisik tertentu, yaitu:

1. insemia dengan type tertentu, sering disebut insemia terminal.
2. perasaan jelek pagi-pagi, paling baik malam hari.
3. anorexia.
4. kehilangan libido, yang kadang-kadang diadakan usaha *defence denial* dan tingkah laku seksual yang berlebihan.
5. kurang enersi dan perhatian.
6. konstipasi.

7. keluhan sakit badan yang tidak jelas.

Dengan adanya depresi yang berselubung itu dapat dimengerti, bahwa banyak depresi yang tidak terdiagnosis, tetapi dengan gampangness diperoleh obat-obat anti-depresan sekarang, maka dapat pula diagnose depresi terlalu banyak dibuat.

Menurut Curran (1972), maka kesalahan yang biasa dalam psikiatri adalah kesalahan menetapkan diagnose depresi. Dalam hubungan itu memang baik sekali anjuran Dyker (1975) untuk waspada terhadap penyakit fisik yang manifestasinya sebagai penyakit psikiatris dan vice versa.

Dyker (1975) memberi contoh kasus sebagai berikut:

Seorang laki-laki umur 48 tahun memeriksakan diri pada dokter umum dengan keluhan tak dapat berkonsentrasi dan kurang kemampuan bekerja, yang oleh dokter diberi diagnose: *anxiety state*: diberi Valium dan istirahat. Kemudian penderita menunjukkan sifat-sifat agresif terhadap isterinya. Mengeluh tentang kehilangan libido dan perhatian pada umumnya. Oleh dokter ditemukan hipertensi, maka diberi obat hypotensif. Penderita tidak mengalami perbaikan dan karena ia putus asa, maka minum Valium dengan dosis berlebihan. Oleh dokter itu ia dikirim ke rumah sakit, dan diberi obat anti-depresan dan ECT. Di rumah sakit malah timbul hemiplegia dan ditemukan pula hemianopsia. Pada akhirnya dia dikirim ke neurochirurgi, di mana ditemukan adanya meningioma.

Contoh sebaliknya yang klasik dan ekstrim ditemukan oleh Bayliss (1964) tentang wanita berumur 30 tahun yang menderita depresi, di mana sebelum penyakitnya ditemukan telah mengalami pemeriksaan 20 dokter umum, 8 konsultan, 2 operasi perut dan mondok di rumah sakit selama 21 minggu.

- e. Tentang teori depresi ada bermacam-macam pandangan. Adapun yang terkenal ialah:

- a. pandangan psikoanalitik dan psikodinamik.
- b. pandangan somatik.

ad a) Pandangan Psikoanalitik bertolak dari tulisan Freud "On mourning and melancholy" (1917) di mana diterangkan dengan Teori Freud yang terkenal dengan konsep tripartit: id, ego dan superego. Dalam depresi normal seperti berkabung atau *mourning*, misalnya setelah kematian saudara, orang tua atau anak terdapat keadaan murung (*dejection*), kehilangan perhatian terhadap dunia luar, penghambatan aktivitas dan ada kecenderungan untuk merenungkan bermacam-macam aspek pada orang yang hilang itu. Freud mengatakan, bahwa gambaran yang sama terdapat pula pada depresi patologis seperti melancholia, tetapi penderita lebih menyusahkannya tentang "inner loss" daripada kehilangan "love object" yang external.

Penderita sebetulnya tidak menyusahkannya tentang kehilangan orang, tetapi tentang diri sendiri, terutama tentang aspek diri sendiri yang merusak perasaan *security* atau *self-esteem*. Dia dapat menjadi marah terhadap diri sendiri, bahkan mencaci-maki diri sendiri. Freud berpendapat, bahwa kemarahan penderita terhadap

diri sendiri itu mula-mula ditujukan terhadap orang lain yang kemudian diintrojeksi secara simbolis dalam diri sendiri dengan proses semacam identifikasi.

Adapun formulasi psikodinamika yang modern menekankan kepada ketergantungan (*dependency*) sebagai soal primer dalam orang-orang yang cenderung untuk depresi. Orang-orang itu mempunyai kebutuhan yang berlebihan untuk memelihara (*nurturing*), bantuan atau persetujuan dari orang lain. Orang yang sangat dependen selalu *vulnerable* terhadap kekecewaan. Karena ia memerlukan terlalu banyak, maka ia tidak pernah merasakan mendapatkan cukup. Karena kebutuhan-kebutuhannya tak terpenuhi secara kronis, maka ia merasa kecewa dan marah. Orang demikian itu sangat terikat, sebab jika ia memperlihatkan kemarahannya, maka orang yang ditergantunginya menjauh dan marah. Karena itu ia selalu menekan kemarahannya, dan seakan-akan ia termakan dari dalam, yang akhirnya menimbulkan perasaan "hopeless" dan menyalahkan diri sendiri.

Pada penderita depresi terdapat juga "secondary gain". Dengan menunjukkan perasaan sedih yang sangat, maka penderita mendapatkan hiburan dan simpati dari teman-temannya dan membuat temannya ikut sedih dan bersalah, hal mana justru dapat memenuhi kepuasan perasaan marah penderita.

Pada umumnya konsep psikodinamika tentang depresi dapat kita rumuskan sebagai berikut:
Semua gejala mental depresi adalah korelat kehilangan harga diri. Penderita mengalami rasa kegagalan, rasa bersalah atau keluhan badaniah dalam berbagai proporsi. Pada suatu ketika ia menunjukkan kemarahannya yang hebat yang dia arahkan sebagian besar terhadap diri sendiri. Apa yang membuat ia marah adalah suatu kehilangan, nyata atau simbolis. Dia sangat peka terhadap kehilangan yang disebabkan karena kebutuhan yang berlebihan akan pemeliharaan (*nurturing*) atau hati nuraninya terlalu waspada, kejam dan tidak dapat mengerti.

ad b. Pandangan somatik dalam teori depresi berdasarkan penyelidikan-penyelidikan fisiologis dan biokimia yang menunjukkan adanya berbagai perubahan fisik dalam depresi, antara lain dalam sekresi 17-hydroxy-corticosteroid, retensi natrium dan pola EEG.

Keadaan abnormal di atas oleh sementara psikiater dipandang kurang berarti, tetapi beberapa psikiater lain mengambil kesimpulan, bahwa etiologi depresi adalah primer fisiologis dan biokimia, sedangkan faktor psikologis hanya sekunder dan tidak merupakan kausa.

Argumen-argumen pokok yang menunjang hypotesa somatologis depresi ialah:

1. pola herediter psikosa manik depresif,
2. adanya depresi yang bersamaan dengan stress fisik
3. sering terdapatnya depresi tanpa adanya faktor presipitasi psikologis yang jelas.

Rees (1974) mengambil kesimpulan sebagai berikut: Dari studi biokimia tentang depresi yang terpenting ialah peranan *biogenic amines* dan hasilnya sampai sekarang menunjukkan bahwa indolamine berperan penting dalam etiologi depresi. Catecholamine dapat juga mempunyai peranan, tetapi hal itu tidak berdasarkan suatu bukti ilmiah yang kuat. Juga pergeseran elektrolit masih merupakan kontroversi dan studi aselinya tidak dibenarkan oleh hasil-hasil penyelidikan kemudian.

Dalam lapangan fungsi neuroendokrin sekarang ada tanda, bahwa sekresi *trophic hormon* yang dibuat oleh lobus anterior hypophyse berubah nyata dalam penyakit depresi. Karena sekresi itu dipengaruhi oleh hormon "releasing dan inhibiting" dari hypothalamus, maka banyak orang percaya, bahwa salah satu keadaan abnormal yang fundamental dalam penyakit depresi adalah disfungsi hypothalamus.

Hal itu kiranya ada hubungannya dengan teori Papez, bahwa hidup emosi itu berasal atau dibentuk dalam rangkaian struktur anatomi cerebral yang terdiri dari hippocampus-fornix-corpora mammillaria-hypothalamus nuclei anteriores, thalamus dan gyrus cinguli, yang semuanya merupakan sebuah "lingkaran" yang disebut "lingkaran Papez" (Kusumanto Setyonegoro, 1968).

f. Tentang klasifikasi depresi masih belum ada yang memuaskan, masih terdapat kontroversi-kontroversi yang belum terpecahkan (Poldinger, 1975). Dalam *paper* Darmawan (1969) diajukan pembagian Gottlieb & Torney (1959) untuk mendapatkan gambaran menyeluruh tentang gangguan-gangguan yang disertai oleh keadaan atau sindroma depresi, yaitu:

A. Primary depression:

1. grief reaction (acute situational depression, normal or physiologic depression),
2. reactive depression,
3. manic depressive reaction,
4. involutional depression.

B. Secondary depression:

1. depression associated with schizophrenia,
2. depression associated with physical diseases.

Primary depression adalah depresi, di mana depresi terdapat sebagai gejala utama. *Secondary depression* ialah depresi, di mana gejala depresi merupakan gejala sekunder, di samping adanya keadaan-keadaan lain.

Dalam rangka pembagian di atas, maka *psychotic depressive reaction* termasuk dalam *primary depression subreactive depression* bersama-sama

dengan *neurotic depressive reaction*. Meskipun dalam prinsip perbedaan antara *psychotic* dan *neurotic depression* cukup jelas, tetapi dalam praktek sering tidak mungkin untuk mengatakan apakah seseorang menderita *neurotic depressive reaction* atau permulaan dari P.D.R.

Sering kali hanya penelitian perjalanan penyakitnya membenarkan salah satu diagnosa. Dalam hubungan itu Goldberg (1974) menyarankan, bahwa jika ada keraguan antara kedua type depresi itu, maka lebih aman untuk memandang keadaan itu sebagai psikotik.

Di samping klasifikasi depresi di atas, maka depresi dapat dibagi menurut bermacam-macam kriterium, misalnya menurut intensitasnya depresi dalam *simple depression*, *acute depression* dan *stuporous depression*; kemudian menurut keadaan psikomotor dalam *inhibited depression* dan *agitated depression*; menurut dasar kausa menjadi *physiologic depression* dan *psychologic depression* seperti dikemukakan oleh Pollit (1973); dan juga *monopolar* dan *bipolar depression* seperti dikemukakan oleh New-Castle-School dari Inggris, dsb. -nya.

Tentang klasifikasi depresi, maka Kelly (1974) mengambil kesimpulan: Ada banyak cara untuk membuat klasifikasi depresi, akan tetapi meskipun menjadi acara debat beberapa tahun, nyatanya sekarang belum ada satu klasifikasi yang ideal dan diterima universal.

Poldinger mengemukakan, bahwa meskipun masih adanya banyak kontroversi tentang klasifikasi depresi, toh dipandang masih perlu mengadakan klasifikasi depresi yang sebaik mungkin. Dalam hubungan itu dia menganjurkan *nesological approach* untuk membedakan antara depresi *somatogenic*, *endogenous* dan *psychogenic*. Kemudian untuk diagnostik dalam praktek, maka gejala-gejala depresi dapat dibagi dalam: gejala-gejala mental, gejala-gejala psikomotor dan gejala-gejala psikosomatik. Gejala-gejala mental ialah: antara lain rasa sedih, sukar mengambil keputusan, retardasi proses berpikir, apathi atau *inner unrest*, anxiety, emotional vacuum. Gejala-gejala psikomotor ialah retardasi psikomotor (melambatnya gerakan badan, keseganan untuk ekspresi diri) atau agitasi psikomotor (kegelisahan fisik, gerakan-gerakan badan yang kompulsif, kesibukan). Gejala-gejala psikosomatis ialah:

- gangguan vitalitas (hilangnya kekuatan, kurangnya perasaan *fit*)
- *autonomic impairment* dalam arti sempit (*dizziness*, *cardiac dysrhythmic*, mulut kering, konstipasi, gangguan respirasi)
- *autonomic impairment* dalam arti luas (*insomnia*, perasaan nyeri, dingin, kehilangan nafsu makan dan berat badan, gangguan menstruasi dan impotensi).

Poldinger juga mengemukakan tentang pentingnya memberi perhatian kepada keadaan, bahwa banyak gangguan fisik dapat menutupi depresi. Jika ada gejala-gejala fisik yang tidak dapat diterangkan secara logis dan tidak mempan terhadap pengobatan, maka harus dipertimbangkan adanya *masked, endogenous depression*.

- g. Dalam hubungan dengan penulisan *paper* ini, maka kita tetap berpegang kepada konsep depresi yang dirumuskan dalam *glossary* PPDGJ I 1973, yaitu:

Keadaan depresi ini ditandai oleh afek sedih, yang berkisar antara ringan dan berat. Pasien merasa seolah-olah dunia ini gelap dan tidak mempunyai kegairahan hidup (*perplexed*). Arus pikir dan gerak tubuh lambat. Perobahan keadaan afektif itu menimbulkan depersonalisasi, waham rendah diri, gejala hypochondrik serta paranoid (misalnya orang lain menghindari dirinya oleh karena dia seorang yang tidak berguna). Ilusi dan halusinasi sering terjadi. Pola tidur terganggu (biasanya bangun terlalu pagi), nafsu makan kurang, berat badan turun dan nafsu seksual merosot. Pada wanita mungkin terdapat amenorrhoe. Dalam keadaan memuncak, hambatan motorik dapat berubah menjadi stupor.

- h. Pada akhir pembicaraan sindroma depresi kita kemukakan pendapat Poldinger, bahwa persoalan-persoalan *scientific* yang menonjol hanya dapat dipecahkan dengan kerja sama interdisipliner dan internasional. Poldinger mengatakan, bahwa Guardine, seorang filosof dan ahli teologi yang terkenal mengatakan dalam kata pengantar buku kecil "Vom Sinn der Schwermut": Melancholia adalah terlalu mengerikan dan terlalu mendalam pada akar-akar existensi manusia untuk diserahkan kepada psikiater saja.

4. STRESS

a. Istilah dan konsep:

Dalam penggunaan sehari-hari arti *stress* dan trauma adalah sama, meskipun menurut arti kata dalam kamus, trauma artinya luka (*injury*), dan *stress* artinya tekanan atau sesuatu yang menyebabkan luka (Wojowasito, 1959). Menurut Hinsie dan Campbell (1970) *stress* adalah tiap pengaruh yang mengganggu fungsi organisme pada tiap-tiap tingkat, dan yang menimbulkan situasi yang secara wajar dihindari oleh organisme itu.

Menurut Maher (1966) *stress* adalah istilah yang paling banyak dipakai dalam bahasa psikopatologi, tetapi juga yang paling tidak akurat didefinisikan. Keadaan yang mengandung *stress* antara lain: keadaan takut, kerja badaniah yang keras dan lama, keadaan tak aman yang berlangsung lama, pengaruh keras dan luar biasa panas, dingin, suara, kurang gizi, kurang tidur dsb. -nya. Sesuatu yang menyebabkan *stress* dinamakan *stressor*.

Menurut Baton & Peterson (1969) situasi *stress* terjadi, jika sesuatu dalam lingkungan menyebabkan suatu ancaman terhadap hidup; suatu risiko atau luka, suatu kehilangan yang nyata atau potensial keamanan, harga diri atau sumber-sumber penting untuk kepuasan. Hidup tidak pernah berlangsung tanpa *stress*. Orang sehat mempunyai berbagai teknik (sadar) dan berbagai mekanisme (yang tidak sadar) untuk mengatasinya.

Menurut Selyé (1956) sebetulnya konsep *stress* sudah dikenal lebih dari 24 abad. Hippocrates telah mengajarkan kepada murid-muridnya bahwa penyakit itu bukan hanya pathos atau penderitaan, tetapi juga penes (kerja keras, *toil*), yaitu perjuangan badan untuk memulihkan keadaan normal.

Bernard, ahli fisiologi yang terkenal kira-kira seabad yang lalu, menunjukkan, bahwa salah satu sifat karakteristik semua makhluk hidup adalah kecakapannya untuk memelihara "milieu interieur" yang tetap, yaitu keadaan stabil yang oleh Cannon dinamakan "homeostasis". Maka secara umum dapat dikatakan, bahwa tiap deviasi dari keadaan stabil dan usaha untuk memulihkan homeostasis itu adalah *stress*. Menurut Selyé, konsep demikian itu terlalu luas dan kabur, maka ia mengemukakan definisi yang lebih jelas, yaitu "operational definition", karena *stress* manifestasinya selalu dalam bentuk sindrom yang tertentu dan stereotype. Adapun "operational definition" itu ialah: *stress* adalah keadaan yang bermanifestasi dengan sindrom spesifik, yang terdiri dari semua perubahan dalam sistem biologik, yang sebabnya adalah non-spesifik. Jadi dalam arti demikian, *stress* mempunyai bentuk karakteristik, tetapi tidak mempunyai sebab yang khusus.

Menurut Selyé, suatu keadaan hanya dapat dikenal karena manifestasinya, begitu pula dengan *stress syndrome* atau "general adaptation syndrome" (G.A.S.)

b. Biologi *stress* dan G.A.S.

Di atas telah dikemukakan, bahwa jika organisme mendapatkan *stress*, maka akan terjadi suatu reaksi biologis, yang sifatnya endokrin-neural. System endokrin-neural itu dibagi dalam 2 komponen, masing-masing disebut *pituitary-adrenal axis* dan system saraf autonom.

Kita tahu, bahwa system endokrin terdiri dari beberapa kelenjar endokrin, di mana yang terpenting adalah hypophyse, atau *pituitary gland*, yang dinamakan "master gland" karena dapat mempengaruhi kelenjar endokrin lain-lain.

Hypophyse dibagi dalam 3 komponen, yaitu anterior, intermedia dan posterior. Adapun hypophyse anterior mengeluarkan hormon yang menstimulasi ekskresi kelenjar endokrin lain-lain, maka hormon hypophyse anterior dinamakan *trophic hormon*. Misalnya hormon ACTH atau *adrenocorticotrophic hormon* menstimulasi cortex glandula suprarenalis (cortex adrenal) untuk produksi corticoid. Antara kelenjar hypophyse dan cortex adrenal ada hubungan fungsional atau interaksi yang disebut: *pituitary-adrenal axis*.

Di atas telah dikemukakan teori Selyé tentang efek *stressor* terhadap fungsi biologis. Pola-pola efek itu dinamakan: *General Adaptation Syndrome*. Teori Selyé itu penting sekali dalam studi gangguan psikosomatik dan gangguan jiwa pada umumnya. Jika badan mengalami *stress*, maka hypophyse anterior mensekresi ACTH. Hormon ini dalam darah mengaktifasi cortex adrenal untuk mensekresi hormon corticoid, yaitu mineralocor-

ticoid atau *prophlogistic corticoids* (P.C.'s) dan glucocorticoid atau *anti-phlogistic corticoids* (A.C.'s).

P.C.'s menstimulasi fungsi jaringan pengikat (*connective tissue*) dalam kemampuan proliferasi dan reaktivitas. Jadi P.C.'s memperkuat "inflammatory potential" *connective tissue*. Artinya P.C. membantu membuat barikade yang kuat dari jaringan pengikat sehingga badan terlindung dari invasi selanjutnya dari *stressor* yang patogenis. Contoh-contoh P.C. *desoxy-corticosterone* (D.O.C.) dan aldosterone.

Dalam keadaan biasa cortex adrenal mensekresi lebih banyak A.C.'s yang menghambat kemampuan badan untuk membentuk granulasi terhadap invasi, malah menyebabkan involusi jaringan pengikat dan memperlemah *inflammatory potential*. Jadi A.C. menekan inflamasi dan bersama itu membuka jalan ke arah meluasnya infeksi. Contoh A.C. ialah: cortisol dan cortisone.

G.A.S. atau *General Adaptation Syndrome* Selyé berlangsung melalui 3 phase: Phase pertama, dinamakan phase reaksi alarm yang pada hakekatnya merupakan *defense mechanism* biologis. Phase pertama dibagi dalam *initial phase disorganized shock* dan phase di mana organisme melawan *shock* dengan mencoba memulihkan balans homeostatik.

Masa kedua dinamakan phase *resistence*, yaitu phase *general adaptation syndrome*, di mana usaha organisme untuk memulihkan balans fisiologis berhasil baik, sehingga terjadi adaptasi terhadap *stressor* yang menyebabkan gangguan. Jika *stress* berlangsung lebih lama lagi, maka terjadi phase ke 3, yang dinamakan phase *exhaustion*, di mana *resistence* dan homeostasis tak dapat dipertahankan. Perubahan-perubahan dalam fungsi dan struktur badan dapat terjadi pada masing-masing phase. Degenerasi jaringan seperti ulserasi lambung dan usus menonjol pada permulaan reaksi alarm dan kemudian dalam phase *exhaustion*. Karena perubahan-perubahan fisik dapat disebabkan oleh *stress* emosional dan biologis, maka teori Selyé tentang *General Adaptation Syndrome* erat hubungannya dengan pengertian gangguan-gangguan psikosomatik.

Begitu pula *general adaptation syndrome* mungkin dapat berhubungan dengan terjadinya neurosa dan psikosa fungsional karena *stress* emotionil seperti P.D.R. Ternyata pula bahwa *response* individu terhadap *stress* itu individual. Tingkatan *stress* yang dibutuhkan untuk memperoleh suatu *response* tertentu adalah variabel untuk berbagai orang.

Karena *resistence responsiveness* terhadap *stress* adalah faktor penting dalam genesa gangguan psikosomatik, maka penting pula mengetahui faktor-faktor apakah yang menyebabkan perbedaan orang-orang dalam reaksi mereka terhadap *stress*. Dalam hubungan dengan itu ada suatu hypothese, yaitu "stress resistance hypothesis" yang mengatakan, bahwa pengalaman bayi terhadap *stress* mempunyai pengaruh yang kritis terhadap cara kerja "stress resistance mechanism" di kemudian hari setelah bayi menjadi dewasa. Hypothese itu telah dites kebenarannya untuk hewan, a.l. tikus oleh Lavine & Lewis (1958).

Adapun tentang bagian neural system reaksi biologi terhadap *stress*, yaitu susunan saraf autonom dapat dikemukakan, bahwa dalam sistem reaksi itu kelenjar endoktrin glandula suprarenalis juga penting, yaitu bagian medulla atau medulla adrenal, yang karena stimulasi saraf simpatikus menskresi 3 macam hormon, yaitu: adrenaline, nor-adrenaline dan depamine, yang disebut catecholaminus.

Nervus sympaticus sangat reseptif terhadap keadaan *emergency* atau adanya ancaman dari lingkungan, maka jelas kiranya bahwa keadaan *emergency* itu menimbulkan bertambahnya sekresi catecholamine dalam darah yang seterusnya menyebabkan perubahan-perubahan fisiologis pada individu. Nor-adrenaline kecuali dibentuk oleh medulla adrenal, juga oleh saraf simpatikus sendiri.

Data yang diperoleh dari *research* a.l. oleh Ax (1953) menunjukkan, bahwa terhadap perbedaan hormonal dalam jenis emosi, yaitu marah dan takut. Marah menimbulkan produksi nor-adrenaline, sedangkan takut atau *anxiety* menimbulkan produksi adrenaline.

Funkenstein, King & Brelett (1953) mengatakan, bahwa individu yang marah menunjukkan pola nor-adrenaline atau mengadakan "anger out", sedang individu yang takut menyalahkan diri sendiri atau *anxiety* menunjukkan pola adrenaline atau mengadakan "anger in". Ternyata bahwa individu dalam bermacam-macam emosi itu dapat membentuk bermacam-macam reaksi dalam memproduksi nor-adrenaline atau adrenaline dalam darah.

Dalam hubungan itu Mahar (1966) memperingatkan, bahwa pengalaman emosi harus dipandang sebagai korelat pola aktivitas badan yang sangat *complicated*, yang berupa mekanisme-mekanisme yang jauh lebih sukar dari proses-proses hormonal yang sederhana. Dikatakan pula, bahwa sesungguhnya interaksi sistem-sistem reaksi biologis satu sama lain dan interaksi dengan stimula dari luar sangat luas dan kompleks. Kompleksitas dan keluasan itu menimbulkan kemungkinan-kemungkinan timbulnya bermacam-macam *biochemical hypothesis*, a.l. mengenai *biochemical causa* atau korelat schizoprenia, yaitu: *adrenochrome hypothesis*, *taraxeine hypothesis*, *serotoxin hypothesis* dan *physiological stress hypothesis*, yang tidak kita bicarakan di sini.

Menurut Selyé steroid dan persenyawaan-persenyawaan yang sehubungan mempunyai efek terhadap susunan saraf central dalam hewan. Misalnya dosis berlebihan yang sekonyong-konyong *desoxycorticosterone acetate* (DOCA) menimbulkan keadaan exitasi, disusul dengan keadaan anestesi pada tikus, anjing dan jenis mamalia lain-lain. Response demikian itu ternyata reaksi biologis yang umum untuk semua jenis hewan.

Sewaktu ACTH dan beberapa glucocorticoid (cortisone, cortisol, prednisolone) diintroduksi dalam praktek klinik, maka ternyata bahwa zat-zat itu dapat menimbulkan pula pada manusia exitasi atau depresi. Oleh Selyé dikemukakan pula, bahwa steroid mempunyai juga berbagai efek lain yang penting, antara lain *anticonvulsive* dan *tranquilizing*, perubahan-perubahan morfologis pada otak, efek pada inflamasi, efek pada paralyse muskuler dan *sexual derangement*, yang tidak akan kita tinjau lebih lanjut. Yang pokok ialah mengetahui, bahwa *stress* dan steroid mempunyai peranan penting dalam terjadinya bermacam-macam keadaan psikopatologi dan fisiopatologi, antara lain: depresi.

c. *Stress* dan P.D.R.

Psychotic Depressive Reaction adalah gangguan jiwa psikosa depresif yang terjadinya sebagai reaksi terhadap *stress* lingkungan. Tetapi reaksi demikian itu tentu saja hanya terjadi pada individu-individu yang sudah mempunyai kecenderungan atau predisposisi ke arah itu. Adapun predisposisi pada umumnya diperoleh dari gabungan berbagai faktor, yaitu heriditer, konsitusi dan pengalaman-pengalaman tertentu dalam perjalanan hidup, sehingga mempunyai pola reaksi yang cenderung menjadi psikosa depresif setelah mendapatkan *stress* mental yang cukup besar. Maka untuk P.D.R. tentunya juga ada faktor-faktor predisposisi tertentu dan demikian pula faktor praesipitasinya.

Sesuai dengan *tridimensional approach* dalam psikiatri, yaitu demensi organobiologis, psikologis dan sosiobudaya, maka dalam demensi-demensi itu kita akan meninjau faktor-faktor praedisposisi dan faktor presipitasi untuk terjadinya P.D.R. Faktor demensi organobiologi, psikologi dan sosiokultural itu adalah faktor-faktor kausa atau etiologi gangguan-gangguan jiwa dan dinamakan pula faktor-faktor determinan. Faktor-faktor determinan itu pada umumnya tidak berdiri sendiri, tetapi mengadakan interaksi untuk dapat menimbulkan keadaan psikiatrik. Gangguan psikiatrik pada umumnya memang multikausal dan multisymptomatis.

ad. *Dimensi organobiologis*.

Mengenai faktor heriditer sebagai faktor praedisposisi P.D.R. tidak banyak kita ketahui. Tidak seperti pada psikosa manik depresif, di mana telah ada kesepakatan umum, bahwa pada psikosa itu terang ada faktor heriditer (Mahar, 1928; Kallman, 1950).

Resen (1972) meragukan tentang adanya faktor heriditer pada affektif psikosa umumnya, lebih-lebih P.D.R. yang tidak dipandang sebagai depresi endogen. Maka sementara kita menganggap bahwa P.D.R. tidak ada faktor heriditer.

Tentang determinan biologis lain sebagai faktor predisposisi tidak juga kita temukan data yang jelas, mungkin hanya keterangan Funkenstein (1954), bahwa pada penderita depresi medulla adrenal terlalu banyak menskresi adrenaline. Adapun determinan biologis sebagai *precipitating factor* untuk P.D.R. tidak ada, karena menurut definisi, maka *precipitating factor* untuk P.D.R. adalah *stress* psikis, tidak fisik seperti melahirkan anak atau mengalami operasi dsb.

ad. *Demensi psikologis.*

Faktor predisposisi psikologis untuk psikose afektif yang banyak dibicarakan ialah juga untuk psikosa manik-depresif. Menurut Freud (1917) penderita depresi mempunyai superego yang dominan dan punitif, dikatakan bahwa sebab penyesalan dan pencelaan terhadap seseorang tokoh yang diintrojeksikan pada diri sendiri itu adalah superego sendiri yang sifatnya dominan dan punitif. Tentang ego yang dikatakan, bahwa ego orang manik depresif seperti pula pada orang neurotik adalah lemah, kurang kuat untuk mengatasi tekanan-tekanan yang disebabkan oleh standar moralnya sendiri.

Abraham (1927) dapat menyokong konsep Freud dengan bukti-bukti klinis. Abraham mengemukakan pula hypothese, bahwa di belakang depresi orang dewasa terdapat depresi waktu anak-anak yang sudah lama dilupakan. Kemudian menurut pendapatnya ialah bahwa semua depresi adalah individu oral, yang membutuhkan lebih banyak cinta kasih sayang daripada yang mereka terima. Sumber "fundamental orality" itu terletak dalam konstitusinya.

Rode (1954) menekankan adanya permusuhan (hostility) di belakang penyesalan dan penyalahan diri sendiri itu. Menurut Goldman-Eisler (1953), selain *oral deprivation* juga penyapihan terlambat dihubungkan dengan pesimisme di kemudian hari.

Orang tua merupakan sumber potensi depresi di kemudian hari, yaitu sebagai sumber oral deprivation maupun sebagai model superego. Juga kehilangan orang tua sewaktu kecil sebelum umur 15 tahun, dipandang sebagai faktor predisposisi yang penting (Brown, 1961).

Menurut Resen (1972), maka kepribadian premorbid untuk psikosa manik depresif adalah sifat-sifat extrover, aktif dan cyclothymik dan untuk *involutional melancholia* biasanya sifat-sifat premorbid malu, introver dan juga kecenderungan obsesif dan perfeksionis dengan superego yang keras.

Tentang data kepribadian premorbid khusus untuk P.D.R. tidak kita temukan, mungkin berdasarkan analogi sindroma depresi, dapat kita kemukakan: sifat dependen, *oral type* banyak tuntutan, sedangkan ego yang lemah dan superego yang keras dan punitif sebagai kepribadian premorbid P.D.R. dan depresi pada umumnya.

Tentang faktor presipitasi psikologis dikatakan oleh Resen (1972), bahwa untuk psikosa manik depresif banyak hal yang dapat dipandang sebagai faktor penyetusan atau dapat pula tidak dapat diketahui adanya presipitasi yang nyata.

Kraepelin (1921) menceritakan tentang kasus wanita yang mengalami depresi tiga kali, yaitu setelah meninggalnya suaminya, anjing dan burung daranya. Trevis (1933) menemukan dalam studinya 7 kategori faktor presipitasi untuk psikosa manik depresif, yaitu:

1. *maladjustment* dalam perkawinan,
2. kematian dalam keluarga,

3. persalinan,
4. kondisi fisik jelek,
5. stress ekonomi,
6. antagonisme terhadap orang tua,
7. penyakit dalam keluarga.

Untuk P.D.R. kita dapat pula mengambil kesimpulan berdasarkan analogi, bahwa kategori-kategori di atas dapat kita pakai, kecuali persalinan dan kondisi fisik, sesuai dengan definisi P.D.R. menurut PPDGJ I 1973.

ad. *Demensi sosio-kultural.*

Tuchman & Conner (1962) mengatakan bahwa disorganisasi keluarga, kehilangan pekerjaan dan penolakan sebagai anggota *group* etnik merupakan faktor predisposisi untuk depresi dan bunuh diri. Bread (1963) juga mengemukakan bahwa pendapatan rendah, tidak mempunyai pekerjaan dan faktor-faktor sosial yang menyebabkan rusaknya keluarga dan pekerjaan jelas berhubungan dengan depresi dan bunuh diri.

Beberapa studi menunjukkan, bahwa frekwensi psikosa manik depresif mempunyai korelasi positif dengan status sosial ekonomis, jadi semakin tinggi status sosial ekonomi semakin banyak psikosa manik depresif, berlawanan dengan schizofrenia. Tetapi Hollinghead & Redlich (1958) melaporkan, bahwa memang lebih banyak neurosa afektif terdapat di tingkatan sosial atas, tetapi untuk psikosa afektif lebih banyak terdapat di kelas sosial yang rendah. Jadi ada kontroversi dalam hal psikosa afektif itu yang memerlukan *research* lebih lanjut untuk menjernihkan persoalan itu.

Mengenai kebudayaan yang berhubungan dengan depresi ada dikemukakan oleh Arieti (1959) hypothese sebagai berikut: Kebudayaan yang diarahkan ke dalam yaitu "inner directed" dengan tekanan pada kewajiban, kerja keras, merasa salah sebagai hukuman kegagalan, membantu terjadinya psikosa manik depresif, sedangkan kebudayaan yang *outer directed* mendorong terjadinya kesulitan-kesulitan lain.

Dalam membicarakan dimensi sosio-kultural ini kita tidak merinci dan memisahkan faktor-faktor *praedisposing* dan faktor *precipitating*, karena kedua faktor itu sukar dipisahkan (Ephraim Resen *et al.*, 1972).

PENUTUP

Akhirnya setelah kita mengadakan orientasi umum dengan menguraikan berbagai aspek dan unsur P.D.R., maka timbul kesan kepada kita bahwa P.D.R. kurang mendapat perhatian para penulis dan penyelidik, karena data khusus tentang P.D.R. sukar diperoleh, sekalipun dengan bantuan beberapa pusat perpustakaan luar negeri. Kesan atau dugaan kita itu mungkin dapat dimengerti dengan apa yang dikemukakan oleh Resen *et al.* (1972) sewaktu membicarakan problem klasifikasi gangguan-gangguan afektif sebagai berikut:

P.D.R. tidak termasuk dalam golongan psikosa affektif, sekalipun P.D.R. adalah primer suatu gangguan affek.

Tentang adanya *stress* psikologis dalam P.D.R. dikatakan, bahwa juga pada fase manik dan fase depresi dalam psikosa manik depresif sering terdapat suatu *stress* psikologis yang jelas sebagai faktor presipitasi. Kemudian dikatakan pula, bahwa sering sukar sekali untuk membedakan P.D.R. pada orang tua dengan *involutional melancholia*.

Selain apa yang dikemukakan oleh Resen, maka Goldberg (1974) juga mengatakan bahwa di dalam praktek sukar untuk membedakan antara permulaan P.D.R. dengan *neurotic depressive reaction*. Mungkin karena alasan-alasan itulah, maka sampai Resen *et al.* mengatakan, bahwa konsep P.D.R. sebagai kategori sendiri adalah "unreliable" dan tidak akan dipergunakan oleh mereka.

Dalam hubungan ini kita juga ingat pada keanehan kategori P.D.R. dalam beberapa system klasifikasi seperti DSM II 1968, ICD. 8. 1965 dan PPDGJ I 1973, di mana P.D.R. tidak "diakui" dan tidak dimasukkan dalam golongan psikosa affektif, tetapi dalam kategori "psikosa lain". Dalam hubungan di atas mungkin relevan pula pernyataan McCabe (1975):

Penulis percaya, bahwa kenyataan-kenyataan studi sebelumnya dan studi sekarang cukup memberi pertimbangan, bahwa psikosa reaktif merupakan psikosa fungsional ketiga sesudah psikosa manik depresif dan schizoprenia.

PENINJAUAN KASUS-KASUS

1. Pendahuluan

Setelah kita meninjau beberapa aspek teoretis ketiga komponen P.D.R., yaitu psikosa, depresi dan *stress*, maka dalam bagian kedua ini kita meninjau materi praktis yang kita peroleh dari keterangan-keterangan yang terdapat dalam status-status penderita P.D.R. di Klinik Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada selama 3 tahun, yaitu dari tahun 1973 sampai dengan 1975.

Adapun penetapan diagnose P.D.R. itu berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. adanya sindrom depresi,
2. sifat psikotik,
3. ada *stress* psikis sebagai *praecipitating factor*,
4. umur kurang dari 45 tahun untuk wanita dan 50 tahun untuk pria,
5. tidak ada riwayat manik depresif, artinya psikosa terjadi pertama kali dan tidak ada kepribadian *cyclothymik*,
6. tidak ada keadaan schizoprenik atau *organic brain syndrome*.

Dengan ketentuan-ketentuan di atas, maka kita menyampingkan kasus-kasus neurosa depresif reaksi, psikosa manik depresif, *involutional melancholia*, schizoprenia schizo-affektif depresif dan depresi karena *organic brain syndrome*. Juga tidak termasuk dalam P.D.R. depresi karena kelahiran, mengalami operasi dan lain-lain *stress* fisik sebagai faktor presipitasi.

Sebelum kita meninjau materi dalam status-status, maka kita tetapkan terlebih dahulu hal-hal yang kita pandang penting sebagai landasan peninjauan berdasarkan pengetahuan teoretis orientasi umum.

Adapun hal-hal yang kita anggap penting ialah:

1. umur,
2. jenis kelamin,
3. pekerjaan,
4. agama,
5. status sosial ekonomi dan kebudayaan,
6. gejala-gejala, termasuk permulaan sakit (*onset*), intensitas depresinya, waham, halusinasi dan bunuh diri,
7. kepribadian,
8. faktor predisposisi, termasuk hereditas, konstitusi dan pengalaman-pengalaman *stress* pada umumnya,
9. faktor presipitasi atau trauma psikis.

Dari pengecekan ternyata bahwa dalam 3 tahun itu jumlah penderita yang mondok ada 980, meliputi 308 penderita dalam tahun 1973, 319 penderita dalam tahun 1974 dan 363 penderita dalam tahun 1975. Dari semua itu terdapat 265 penderita dengan sindroma depresi, yang merupakan 27,3% dari semua penderita psikiatrik yang mondok.

Yang kita masukkan dalam golongan sindrom depresi ialah: depresi neurotik, psikosa manik depresif, psikosa depresi involusional, schizoprenia schizo-affektif depresi, depresi pada *organic brain syndrome* dan psikosa depresif reaktif sendiri.

Jumlah penderita P.D.R. adalah 54, meliputi 23 penderita dalam tahun 1973, 15 penderita dalam tahun 1974 dan 16 penderita dalam tahun 1975; dalam prosentase maka P.D.R. jadi 5,9% dari seluruh penderita yang mondok atau 23% dari kasus-kasus dengan sindroma depresi.

2. Hasil peninjauan status-status P.D.R.

Pembuatan status-status itu dilakukan oleh para koasisten dengan bantuan residen psikiatri yang bertugas dalam bangsal dengan pengawasan seorang psikiater yang ditunjuk oleh kepala Bagian. Meskipun sudah ada formulir dan pedomannya, tetapi karena petugas-petugas berganti-ganti dan sering-sering heteroanamnese sukar diperoleh, maka dalam pengisian status-status itu terdapat perbedaan-perbedaan dalam kelengkapan dan ketepatan, sehingga tidak semua data yang kita perlukan tercantum lengkap dalam status-status lain.

ad 1. Umur

Umur kita bagi dalam 3 kategori, yaitu:

- a. sebelum 20 tahun
- b. 20 sampai 30 tahun
- c. 30 tahun sampai 45 tahun untuk wanita dan 50 tahun untuk pria.

Ternyata bahwa bagian terbesar, yaitu 78% berumur antara 20 dan 30 tahun, sedangkan 16% terdapat di bawah umur 20 tahun dan hanya 6% dalam kategori c.

Wanita depresif psikotik di atas 45 tahun dan penderita depresif psikotik pria di atas 50 tahun dimasukkan dalam golongan diagnose psikosa involusional jenis depresi.

ad 2. *Jenis kelamin*

Ternyata bahwa perbandingan jumlah wanita dan pria adalah sama, bahkan pria lebih sedikit. Hal ini tidak sesuai dengan anggapan umum dan keterangan dari buku-buku, bahwa lebih banyak wanita menderita depresi daripada pria. Menurut Kolb (1973) penderita psikosa manik depresi pada wanita 2 × lebih banyak daripada pria.

Angka-angka perbandingan khusus untuk P.D.R. tidak kita ketahui.

ad 3. *Pekerjaan*

Pekerjaan kita bagi dalam kategori: pegawai pemerintah dan kategori swasta termasuk pelajar.

Ternyata bahwa golongan swasta dan pelajar dua kali lebih banyak dari golongan pegawai. Juga untuk ini kita punya angka-angka perbandingan.

ad 4. *Agama*

Kita bagi dalam agama: Islam, Kristen dan Katholik, agama lain dan tak beragama. Ternyata bahwa sebagian besar, yaitu 80% beragama Islam, 15% beragama Kristen dan Katholik, yang beragama lain tidak ada, sedangkan yang tidak beragama 5%. Angka-angka perbandingan juga tidak ada.

ad 5. *Status sosial ekonomi dan kebudayaan*

Tentang status sosial ekonomi boleh dikatakan, bahwa hampir seluruhnya dari golongan rendah atau miskin, yaitu 95%, sedang yang tidak tergolong miskin hanya 5%. Tentang kebudayaan atau subkultur dapat dikatakan bahwa semua orang Jawa, berasal dari DIY. Jadi sesuai dengan hypothesse Arieti, adalah berkebudayaan yang "inner directed".

ad 6. *Gejala-gejala*

Pada umumnya terdapat gejala-gejala psikis dan somatis cukup lengkap seperti dikemukakan oleh Grinker (1961) dan Pfeiffer (1968), yaitu gejala-gejala psikis seperti affek sedih, kurang perhatian terhadap dunia, kurang harga diri dan pandangan hari depan yang pesimistis, beserta gangguan somatis seperti gangguan tidur, gangguan nafsu makan, konstipasi, hambatan psikomotor berupa "remming" dan "hypoactivity", gangguan libido dan menstruasi.

Tentang intensitas sindroma depresi kita bagi dalam *simple*, *acute* dan *stuporous*. Ternyata bahwa sebagian besar adalah *simple*, meliputi 60%, yang *acute* 30% dan yang *stuporous* hanya 10%. Tentang terjadinya atau permulaan penyakit (*onset*) ternyata bahwa 80% mendadak dan 20% terjadinya pelan-pelan.

Mengenai hasrat atau percobaan bunuh diri ternyata bahwa hanya terdapat 5 kasus atau 10%. Semua laki-laki berumur antara 20 sampai 35 tahun.

Tentang waham terdapat 18 kasus atau 35%, di mana sebagian besar bersifat waham berdosa dan nihilistis, sedangkan sebagian kecil bersifat waham curiga. Tidak kita jumpai waham somatis yang sifatnya *bizarre*, seperti dikemukakan oleh Goldberg (1973).

Tentang ilusi dan halusinasi terdapat 12 kasus atau 24%, di mana sebagian besar bersifat halusinasi akustik.

Tidak kita temukan depersonalisasi dan "secondary gain" dalam keterangan status.

ad 7. *Kepribadian*

Keterangan dalam status hanya ada pembagian dalam extrovert dan introvert. Ternyata bahwa kepribadian introvert merupakan type yang terbanyak, yaitu 70% dan extrovert 30%. Dengan demikian sudah barang tentu kita tidak dapat mengecek pendapat Freud (1917) dan Abraham (1927), bahwa kepribadian premorbid penderita depresi adalah dependent, *oral type*, mempunyai ego lemah, sedangkan superegonya keras dan punitif.

ad 8. *Predisposisi*

Faktor predisposisi pertama, yaitu faktor herediter, tidak terdapat dalam kasus-kasus kita. Hal itu sesuai dengan dugaan kita, bahwa pada P.D.R. tidak ada faktor herediter. Tentang faktor konstitusi dan pengalaman masa kanak-kanak tidak terdapat banyak keterangan, karena itu kita tidak dapat mengecek hypothesse Abraham (1927), bahwa di belakang depresi orang dewasa terdapat depresi pada waktu kanak-kanak yang sudah dilupakan.

Begitu pula kita tidak dapat mengecek pendapat Eisler (1953), bahwa depresi pada orang dewasa dihubungkan dengan "oral deprivation" dan penyapihan yang terlambat. Juga pendapat Brown (1961) tidak dapat kita uji, yaitu bahwa kehilangan orang tua sewaktu kecil sebelum umur 15 tahun merupakan faktor predisposisi yang penting untuk depresi.

Sudah barang tentu keadaannya serupa pula dengan hypothesse tentang "stress resistance mechanism" yang mengemukakan adanya pengaruh kritis dari pengalaman sewaktu bayi.

ad 9. *Faktor presipitasi*

Faktor presipitasi untuk P.D.R. yaitu *stress* psikis, adalah bermacam-macam kejadian seperti dikemukakan oleh Travis (1933), antara lain kematian dalam keluarga, *stress* ekonomi, *maladjustment* dalam perkawinan, dsb. yang dapat kita simpulkan menjadi 2 golongan, yaitu kehilangan dan kegagalan atau frustrasi.

Ternyata bahwa dalam kasus-kasus kita, faktor kehilangan meliputi 40% dan faktor kegagalan meliputi 60% dari faktor presipitasi.

KESIMPULAN

Secara global dapat kita katakan, bahwa data yang diperoleh dari catatan-catatan dalam status-status itu secara kualitatif adalah konsisten dengan landasan teoretis, tetapi secara kuantitatif tidak dapat kita nilai, karena data perbandingan kurang atau tidak ada. Data khusus untuk P.D.R. tidak kita ketahui, dan keterangan-keterangan dalam status-status itu kurang terperinci, lagipula jumlah kasus terlalu sedikit untuk mendapatkan gambaran perbandingan kuantitatif yang "valid" dan "reliable". Oleh karena itu untuk

mendapatkan gambaran perbandingan yang lebih lengkap, lebih *valid* serta *reliable* perlu diadakan studi klinis dan epidemiologis lebih lanjut tentang P.D.R. dan depresi pada umumnya.

Dalam hubungan itu alangkah baiknya apabila kita dapat meningkatkan observasi kita ke arah pengukuran kuantitatif, agar mendapat data obyektif yang dapat dibandingkan secara nasional dan internasional. Untuk keperluan itu kiranya dapat dipertimbangkan penggunaan "rating scale" depresi Hamilton (1961) dan "measuring inventory" untuk depresi Beck *et al.* (1961) yang sudah distandardisasi dan dipakai secara internasional.

Untuk survey dalam masyarakat dapat kiranya dipertimbangkan penggunaan "standardized psychiatric interview for use in community surveys" oleh Goldberg *et al.* (1970).

SUMMARY

In part one of the paper various aspects of psychotic depressive reaction have been discussed as a general orientation to obtain a theoretical basis for the study in part two, comprising the checking of the information obtained from case recording of 54 in patients from the Psychiatric Clinic of the Gadjah Mada Medical Faculty, Yogyakarta, during the years 1973, 1974 and 1975.

As a conclusion there was some qualitative consistency between theory and practice, but quantitatively it was difficult to assess, because of insufficient detailed information from the recording and virtually no quantitative data available concerning psychotic depressive reaction for comparison.

KEPUSTAKAAN

- Aitken, R.C.B., *et al.* 1975 Assesment of depression. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (1) 18.
- Aldric, C. Knight 1966 *Introduction to Dynamic Psychiatry*. McGraw-Hill, New York.
- Arieti, Silvano, Appel, Kenneth, Cumers, Norman, Blain, Daniel, & Goldstein, Kent. 1959 *American Handbook of Psychiatry*. vol 1. Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Benjamin, Welman B. 1965 *Handbook of Clinical Psychology*. McGraw-Hill Book Company, New York.
- Bharya, M., & Kusumanto Setyonegoro 1968 Perangai percobaan bunuh diri pada pasien bangsa Indonesia. *Djiwa* 1 (1) : 11-20.
- Bleuler, Eugen 1955 *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer-Verlag, Berlin.
- Brendon, Maher A. 1966 *Principles of Psychiatry*. McGraw-Hill Book Company, New York.
- Budiono, Teguh 1976 Depresi agitatif. *Jiwa* 9 (2):97-108.
- Buss, Arnold. 1973 *Psychology — Man in Perspective*. John Wiley & Sons, Inc., New York.
- Coppen, A.J. 1975 The chemical pathology of the affective disorders. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. 3:52-56.
- Curran, D., Patridge, M., & Story, F. 1972 *Psychological Medicine*. Churchill Livingstone, London.
- Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan 1975 *Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa di Indonesia*, ed. 1. Jakarta.
- Dyker, G.S., *et al.* 1975 Epidemiology of depression in general practice. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (1).
- Eaten, Merryl T., & Peterson, Margareth H. 1969 *Psychiatry*. Medical Examination Publishing Company, Inc., New York.
- Eccleston, D. 1975 Modern views on diagnosis and classification of depressions. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (3):3-6.

- Ferrest, A.D., *et al.* 1965 Environmental factors in depressive illness. *Brit. J. Psychiatry*, 111.
- Hamilton, M. 1975 The methodology of trials of anti-depressants for depressed inpatients. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (3):64-69.
- Hansie, Lelands E., & Campbell, Robert J. 1970 *Psychiatric Dictionary*. Oxford University Press, New York.
- Heffect, Heinrich 1962 Typologische Gliederung depressiver Syndrome und somatotherapeutische Indikation Stellenungen. *Bibl. Psychiatr. Neurol.* 115.
- Iskandar, Yul 1976 Problema depresi dan mekanisme aksi dari obat-obat anti depressant. *Jiwa* 9 (3):67-92.
- Karnadi, Darmawan J. 1969. Depresi. Suatu tinjauan tentang berbagai manifestasinya. *Djiwa* 2 (3):10-27.
- Kelly, Desmond, *et al.* 1975 Modern views on the classification of depression. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (1) 7.
- Kessel, A., & Knox, N.F. 1965 Depression on analysis of a follow-up study. *Brit. J. Psychiatry*, 111.
- Kisker, George W. 1972 *The Disorganized Personality*. McGraw-Hill Kogakusha, Ltd., Tokyo.
- Kolb, Lawrence C. 1973 *Modern Clinical Psychiatry*. W.B. Saunders Company, Igaku Shoin Ltd., Tokyo.
- Kusumanto Setyonegoro 1968 Beberapa paham dasar dalam ilmu psikiatri. *Djiwa*, 1 (1):10-47.
- Lader, M.H. 1975 The clinical pharmacology of anti-depressives. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (3):31-40.
- Linford, Rees W. 1975 The aetiology of depression: Some biochemical considerations. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (1) 12.
- McCabe, Michael S. 1975 Reactive psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, suppl. 259.
- , & Strongren, Eric 1975 Reactive psychosis. A family study. *Arch. Gen. Psychiatry* 32.
- Melvin, Ian, & Caven, Enery L. 1972 *Abnormal Psychology*. Holt, Rinehart and Winston Inc., New York.
- Page, James 1947 *Abnormal Psychology*. Tata McGraw-Hill Publishing Company Ltd., New Delhi.
- Pfeiffer, Eric 1968 *Disordered Behaviour*. Oxford University Press, New York.
- Poldinger, W. 1975 Modern views on diagnosis and classification of depression. *J. Int. Med. Res.* 3, suppl. (3):7-11.
- Resen, Ephraim, Fox, Ronald E., & Gregory, Ian. 1972 *Abnormal Psychology*. W.B. Saunders Company, Toppan Company Limited, Tokyo.
- Sebin, James E. 197 Translating despair. *Am. J. Psychiatr.*
- Sélye, Hans 1956 Stress and psychiatry. *Am. J. Psychiatr.* 113(5).
- Soejono Prawirohardjo 1973 *Klasifikasi Penyakit Jiwa dan Aspek-Aspek Pengobatannya*. Yayasan "Jiwa Binangun", Yogyakarta.
- Solomon, Philip, & Patch, Verason D. 1974 *Handbook of Psychiatry*. Lange Medical Publication Marusen Company, Ltd.
- Strange, Jack Rey 1965 *Abnormal Psychology*. Tata McGraw-Hill Publishing Company Ltd., New Delhi.