

# Interaksi Dinamis Penderita Gangguan Psikotik dengan Keluarga

M.A. Subandi<sup>1</sup>

Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

## Pengantar

Gangguan psikotik merupakan masalah utama dalam kesehatan mental. Prevalensi gangguan ini adalah sekitar satu persen (Kaplan & Sadock, 1998; Esan, Ojagbemi, Gureje, 2012). Hal ini berarti ada sekitar 250 juta penduduk Indonesia menderita gangguan psikotik. Bagi keluarga, masalah gangguan psikotik ini menimbulkan berbagai macam beban, mulai dari beban finansial yang luar biasa, beban psikologis (*distress*), sampai persoalan stigma sosial. Beratnya masalah yang dialami keluarga semakin bertambah karena penderita psikotik memerlukan perawatan dalam jangka waktu lama.

Kajian ilmiah tentang gangguan psikotik telah dipelajari sejak lama. Pada awalnya, fokus penelitian hanyalah berpusat pada faktor-faktor biologis yang menyangkut studi pengaruh genetik dan abnormalitas pada otak pada gangguan psikotik. Hasil berbagai penelitian di bidang ini menunjukkan bahwa faktor biologis akan meningkatkan tingkat kerentanan individu dalam kemunculan gangguan psikotik (Nuechterlein, 1987). Sementara itu faktor psikososial menjadi faktor pemicu muncul tidaknya gangguan psikotik tersebut. Demikian juga pada kajian tentang intervensi gangguan psikotik juga ditemukan hal yang sama. Intervensi yang menitik beratkan pada aspek biologis tidak akan memberikan hasil yang

memuaskan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi yang mengkombinasikan pendekatan biologis beserta pendekatan psikososial akan memberikan hasil yang lebih memuaskan (Birchwood & Spencer, 1999). Salah satu faktor psikososial yang sangat penting adalah keluarga.

Dimensi keluarga mendapat perhatian yang sangat besar dari para peneliti yang mengkaji aspek psikososial gangguan psikotik. Ada dua pendekatan pokok dalam penelitian tentang keluarga gangguan psikotik, yang diklasifikasikan berdasarkan arah pengaruh kausalitas. Pendekatan pertama adalah penelitian-penelitian yang mengkaji pengaruh keluarga pada penderita gangguan psikotik, sedangkan kelompok pendekatan kedua melihat bagaimana pengaruh gangguan psikotik yang dialami oleh penderita pada keluarga. Tulisan ini akan mengkaji kedua kelompok penelitian ini.

## *Pengaruh Keluarga pada Penderita Psikotik*

Penelitian-penelitian awal aspek psikososial pada keluarga dapat ditemukan pada tahun 1930-an yang menekankan pada pengaruh orang tua, terutama ibu, terhadap munculnya gangguan psikotik berat, yaitu skizofrenia (Parker, 1982). Penelitian tersebut mencapai puncaknya ketika diformulasikan teori tentang “ibu skizofrenogenik” (*schizophrenogenic mother*) Seeman, 2009). Teori tersebut menekankan pada bagaimana interaksi antara ibu skizofrenogenik dengan setiap anggota

---

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai artikel ini dapat melalui:  
subandi@ugm.ac.id

keluarga. Teori ini memberikan perhatian yang besar terhadap peran anggota keluarga pada kemunculan dan perkembangan gangguan psikotik. Pada periode berikutnya muncul teori *double-bind, skew/schism* pada keluarga, yang menunjukkan adanya penyimpangan atau ketidaksehatan komunikasi dalam keluarga secara keseluruhan. Perhatian lebih banyak diarahkan pada interaksi dan komunikasi yang terjadi dalam keluarga. Kedua teori tersebut akan dijabarkan lebih lanjut pada bagian di bawah ini.

Penelitian klinis tentang karakteristik keluarga pada penderita gangguan psikotik dilaporkan pertama kali oleh Kasanin dkk. (dalam Parker, 1986). Ditilik dari sejarah masa kecil dari 45 orang penderita skizofrenia, ditemukan bahwa 2 penderita mengalami penolakan dari ibu kandung dan 33 lainnya mengalami proteksi berlebihan dari sang ibu. Dengan mengesampingkan kekurangan metode penelitian yang digunakan, sejumlah penelitian selanjutnya mendukung adanya hubungan antara karakteristik interaksi orang tua dalam keluarga dengan muncul tidaknya gangguan skizofrenia. Dari penelitian-penelitian tersebut ditemukan ciri-ciri keluarga yang dapat memunculkan gangguan skizofrenia, antara lain: ibu yang dominan, melakukan proteksi yang berlebihan pada anak-anaknya, tetapi pada saat yang sama juga melakukan penolakan pada anak-anaknya, sementara itu ayah lebih bersikap pasif dan tidak memiliki pengaruh pada keluarga (Parker, 1986).

Berdasarkan penelitian karakteristik orang tua pada penderita skizofrenia dengan pendekatan psikoanalisis, Fromm-Reichmann pada tahun 1948 memformulasikan teori yang dikenal luas yaitu *schizophrenogenic mother* (ibu skizofrenogenik) (lihat Seeman, 2009). Berdasarkan teori ini, awal mula munculnya

skizofrenia terletak pada pola interaksi ibu yang kontradiktif. Di satu sisi, ibu skizofrenogenik bersikap dingin, menjaga jarak, tidak menunjukkan keramahan dan kasih sayang; tetapi di sisi lain mereka juga mendominasi dan bersikap over-protektif pada anak-anaknya. Mirip dengan teori sebelumnya, Cheek (1968) mengkaji karakteristik ayah dari penderita gangguan psikotik. Ia menemukan bahwa pada keluarga yang memiliki satu penderita skizofrenia, peran ayah cenderung pasif dan terpinggirkan, tetapi pada beberapa kasus juga bersikap bersifat kasar dan dominan.

Studi mengenai karakteristik orang tua skizofrenik telah banyak dikritik oleh para ahli lain karena dianggap tidak pernah memberikan bukti empiris yang cukup kuat (Hatfield, 1987b). Namun demikian teori tersebut telah memberikan kontribusi besar dalam memberikan terobosan mengenai peran interaksi keluarga penderita skizofrenia. Adanya teori tersebut mengubah fokus penelitian dari peran tiap anggota keluarga menjadi peran keluarga secara keseluruhan. Beberapa konsep yang banyak digunakan antara lain struktur, peran, norma, nilai, interaksi, juga komunikasi dalam keluarga.

Bateson (1972; Cullin, 2006) menitikberatkan penelitiannya pada pola komunikasi interpersonal di dalam keluarga. Berdasarkan observasinya pada apa yang dikatakan oleh para anggota keluarga (isi komunikasi) dan bagaimana hal itu diutarakan (cara menyampaikan isi), Bateson mengajukan hipotesis atau teori yang disebut *double bind*. Berdasarkan teori tersebut penderita skizofrenia secara berulang menerima pesan verbal yang kontradiktif atau berupa kontradiksi antara pesan verbal dengan pesan dari komunikasi non-verbal.

Seperti yang diutarakan oleh Bateson, Wynne dkk. (1965) juga menekankan pada komunikasi dan interaksi di dalam keluarga, yang menekankan pada hubungan *pseudo mutuality*. Istilah ini digunakan untuk mendeskripsikan keramahan yang ditunjukkan keluarga di situasi publik untuk menutupi konflik yang terjadi di baliknya. Wynne berargumen bahwa komunikasi yang terganggu ini merupakan inti masalah pada keluarga penderita gangguan skizofrenia. Pada tipe keluarga ini, komunikasi dan interaksi sifatnya tidak saling berhubungan, terpisah, dan tidak jelas. Perilaku skizofrenik dinyatakan sebagai hasil proses internalisasi dari sistem keluarga *pseudo mutuality* yang terjadi dalam waktu yang cukup lama.

Kalau Bateson (1972) menekankan pada pola komunikasi yang tidak sinkron (*double bind*), dan Wynne (1965) menekankan pada sistem keluarga yang mengalami *pseudo mutuality*, Lidz dkk, (1965) menekankan struktur keluarga sebagai fokus teori yang dikemukakan, yaitu *marital schism and skew*. Lidz mengamati bahwa keluarga skizofrenia sering menunjukkan perpecahan dan struktur yang timpang. Ketimpangan ini terlihat pada orang tua yang menunjukkan konflik secara terbuka, adanya persaingan antara orang tua untuk mendapatkan kepatuhan anak. Keluarga seperti ini berada dalam perpecahan akut dan ketidakseimbangan. Lidz mengatakan bahwa anak-anak akan terjebak dalam struktur keluarga yang tidak sehat. Menurut pandangan ini, tindakan apapun yang menyenangkan salah satu orang tua dipandang sebagai penolakan dari orang tua satunya.

Menurut Hatfield (1987) teori ibu skizofrenogenik dikemukakan berdasarkan data-data klinis, sedangkan teori interaksi, struktur, dan komunikasi dalam keluarga didapatkan dari pengamatan

alamiah, studi kasus mendalam, dan sesi terapi keluarga. Namun kesemua teori memberikan interpretasi secara psikoanalisis. Studi yang bersifat lebih objektif dilakukan oleh Mishler dan Waxler (1975) dan koleganya, dengan menggunakan metode eksperimen untuk mempelajari proses interaksi keluarga.

Penelitian keluarga sebagai sebuah sistem keseluruhan memiliki cara yang lebih baik dalam menentukan aspek psikososial gangguan psikotik dibandingkan dengan penelitian yang hanya fokus pada tiap anggota keluarga. Leff dan Vaughn (1978) memberikan kontribusi penting dalam penelitian keluarga pada gangguan psikotik, ketika mereka menyelidiki dimensi emosi dari komunikasi dan interaksi dalam keluarga psikotik dengan mengemukakan konsep teori *Expressed Emotion* (EE). Dalam teori EE disebutkan bahwa terdapat lima tipe suasana emosi dalam keluarga yang terkait dengan penderita psikotik, yang dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok. Pertama, kelompok emosi positif, yang terdiri dari kehangatan (*warm*) dan ungkapan perkataan yang positif (*positive remark*). Kelompok kedua adalah emosi negatif yang terdiri dari ungkapan perkataan yang penuh kritikan (*critical comments*), permusuhan (*hostility*), dan keterlibatan emosi yang terlalu mendalam (*emotional over involvement*) (lihat Subandi, 2011 untuk diskusi lebih lanjut)

Perbedaan utama antara studi awal tentang kondisi keluarga penderita skizofrenia (teori *double bind*, *pseudo-mutuality*, *family skew*) dengan studi yang lebih baru tentang *expressed emotion* (EE) adalah bahwa pada studi dan teori-teori awal menyebutkan bahwa faktor keluarga menjadi penyebab timbulnya gangguan psikotik. Sementara itu pada studi yang lebih terkini (teori EE) menyebutkan bahwa EE

ternyata *bukan* merupakan faktor yang mencetuskan gangguan psikotik. Akan tetapi, banyak studi mengindikasikan bahwa EE memberikan pengaruh penting terhadap proses terjadinya kekambuhan gangguan tersebut (Butzlaff & Hooley, 1998; Wearden dkk., 2000). Hal ini menunjukkan bahwa penderita psikotik yang telah dinyatakan sembuh setelah diberikan terapi di rumah sakit, namun kemudian kembali tinggal bersama keluarga yang memiliki skor EE tinggi (lebih banyak emosi negative) ternyata penderita lebih banyak kemungkinan untuk kambuh kembali mengalami episode psikotik daripada tinggal dengan keluarga dengan skor EE rendah (lebih banyak muatan emosi positif dalam keluarga).

Konsep EE dan pengukurannya telah banyak menjadi topik kajian dalam berbagai jurnal ilmiah. Konsep ini telah menjadi konstruk psikososial yang paling banyak diteliti di ranah psikiatri (Jenkins & Karno, 1992) dan menjadi kontributor paling penting pada perkembangan pengetahuan baru mengenai gangguan psikotik beserta aspek psikososialnya (Barrett, 1996). Bertambahnya jumlah penelitian selanjutnya memperbanyak implementasi konsep EE di bidang perawatan kesehatan lainnya (Wearden, *dkk.*, 2000). Walaupun masih banyak perdebatan tentang pengartian dan pengukuran EE di kultur yang berbeda, konsep EE dan pengukurannya telah diadopsi di banyak negara (Hashemi & Cochrane, 1999). Progam intervensi keluarga juga dikembangkan sebagai bagian dari terapi skizofrenia yang komprehensif dimana keluarga dilatih untuk menurunkan skor EE.

#### *Pengaruh Penderita Psikotik terhadap Keluarga*

Tidak diragukan bahwa teori-teori pada pendekatan pertama (pengaruh

keluarga terhadap pasien psikotik) telah memberikan kontribusi penting berupa pemahaman mengenai gangguan psikotik, juga membantu memberikan penanganan yang lebih baik pada penderita psikotik. Akan tetapi, pada studi sebelumnya keluarga dipandang sebagai 'objek' yang menyebabkan dan mempengaruhi proses munculnya dan kambuhnya gangguan psikotik. Sementara itu bagaimana kondisi keluarga sebagai individu serta beban perawatan yang ditanggung, kurang mendapat perhatian peneliti. Kelompok penelitian tersebut dikritik karena menyalahkan keluarga sehingga semakin memberikan beban psikologis pada keluarga (Hatfield, 1987). Kritik ini mendorong munculnya pendekatan baru yang memfokuskan pada pengaruh gangguan penderita pada kehidupan keluarga. Arah pendekatan ini meningkat setelah peraturan deinstitutionalisasi diberlakukan dan tanggung jawab perawatan berada pada keluarga (Hatfield, 1987, Subandi, 2014).

Bagaimana respon keluarga setelah salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan psikotik diteliti dari respon kognitif, perilaku, dan respon emosional (Kreisman & Joy, 1974; Leafley, 1987). Respon kognitif mencakup interpretasi keluarga tentang gangguan (Guarnacia, 1984) dan pencarian makna kejadian tersebut (Terkelson, 1987b; Yarrow dkk., 1967). Respon perilaku mencakup pencarian perawatan dan penggunaan sumber daya dari perawatan kesehatan mental (Holden & Lewin, 1982). Respon emosional mencakup beban tanggung jawab dan distres (McElroy, 1987). Dilaporkan bahwa tingkat stres pada anggota keluarga penderita gangguan psikotik berada pada tingkat yang sangat tinggi. Mereka terus-menerus hidup dalam tekanan, kekhawatiran, ketakutan, dan amarah. Oleh karena itu, anggota keluarga sering menggunakan

banyak cara untuk mengatasi dan menyesuaikan diri terhadap kesulitan yang dihadapi (Hatfield & Leafley 1987; Scazufca & Kuipers, 1999). Selain itu, keluarga juga memiliki tanggungan ekonomi sebagai efek pengobatan jangka panjang dan ketidakmampuan penderita (Knapp dkk., 1999). Stigma sosial bahwa gangguan tersebut diturunkan secara biologis juga menjadi sebuah beban (Flynn, 1987). Beberapa studi juga menyelidiki kesulitan keluarga untuk berhubungan dengan pemberi layanan perawatan kesehatan mental (Holden & Lewin, 1982), termasuk beban keluarga untuk berpartisipasi pada terapi (Hatfield, 1987).

### Penutup

Sejarah perawatan kesehatan mental mencatat gerakan baru yang disebut *deinstitutionalisation* yang ditandai dengan pemindahan tanggung jawab merawat penderita psikotik dari rumah sakit pada keluarga di rumah. Gerakan ini mulai tahun 1950-an di Amerika dan kemudian juga dilaksanakan di seluruh dunia. Di masa lalu, rumah sakit jiwa dipercaya sebagai penanganan terbaik untuk penderita gangguan mental sehingga dibuat dalam kondisi yang menenangkan, damai, dan menyatu dengan alam. Sekarang hal tersebut terbalik. Baik ilmuwan kesehatan mental dan pemberi layanan kesehatan mental percaya bahwa penanganan terbaik untuk penderita psikotik adalah dengan berada dalam masyarakat, yaitu kondisi alamiah individu yang sebenarnya. Di sini keluarga memainkan peran kunci sebagai pengasuh. Melalui paper ini, penulis ingin memberi gambaran interaksi dinamis penderita psikotik dengan keluarganya. Sejumlah penelitian memaparkan bahwa kondisi keluarga mempengaruhi proses gangguan penderita. Sebaliknya, gangguan penderita mempengaruhi kon-

disi keluarga setiap harinya. Berdasarkan hal tersebut, psikolog dapat menentukan kebutuhan tiap pihak untuk menentukan program intervensi yang terbaik.

### Daftar Pustaka

- Barrett, R. (1996). *The psychiatric team and the social definition of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (1999). Psychotherapies for Schizophrenia: A Review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and psychiatric relapse: A meta analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cheek, F. E. (1975). The father of the schizophrenic: The function of a peripheral role. In E. G. Mishler & N. E. Waxler (Eds.), *Family Processes and Schizophrenia*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Cullin, J. 2006. Double Bind: Much More Than Just a Step 'Toward a Theory of Schizophrenia'. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. 27 (3), 135-142
- Esan, O.B., Ojagbemi, A, Gureje, O. (2012) *Epidemiology of schizophrenia: An update with a focus on developing countries International Review of Psychiatry*, 24(5): 387–392
- Flynn, L. M. (1987). The stigma of mental illness. In A. B. Hatfield (Ed.), *New Directions for Mental Health Services*, 34, 53-59.
- Hashemi, A. H., & Cochrane, R. (1999). Expressed emotion and schizophrenia: A review of studies across cultures.

- International Review of Psychiatry*, 11(2-3), 219-224.
- Hatfield, A. B., & Lefley, H. P. (Eds.). (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Hatfield, A. B. (1987). Families as caregivers: a historical perspective. In A. B. Hatfield & H. P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: The Guilford Press.
- Holden, D. F., & Lewine, R. R. J. (1982). How family evaluate mental health professionals, resource, and effect of illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 626-633.
- Horwitz, A. V., Reinhard, S. C., & Howell White, S. (1996). Caregiving as reciprocal exchange in families with seriously mentally ill members. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(2), 149-162.
- Jenkins, J. H., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9-20.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Knapp, M., Almond, S., & Percudani, M. (1999). Cost of schizophrenia: A Review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: The Guilford Press.
- Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. In A. B. Hatfield (Ed.). *New Direction for Mental Health Services*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1960). Schism and skew in the families of schizophrenics. In N. W. Bell & E. F. Vogel (Eds.), *A Modern introduction to the family*. London: Roudledge & Kegan Paul.
- McElroy, E. M. (1987). Sources of distress among families of the hospitalized mentally ill. *New Directions for Mental Health Services*, 34, 61-72.
- Mishler, E. G., & Waxler, N. E. (1975). *Family processes and schizophrenia*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Hafner & W. F. Gattas & W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia*. Giesen: Springer-Verlag.
- Scazufca, M., & Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-158.
- Seeman, M. 2009. The Changing Role of Mother of the Mentally III: From Schizophrenogenic Mother to Multigenerational Caregiver. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 72(3), 284-294.
- Subandi, M. A. (2011). Family Expressed Emotion in a Javanese Cultural Context. *Culture Medicine and Psychiatry*, 35, 331-346. doi: 10.1007/s11013-011-9220-4
- Subandi, M.A. (2014). Pemberdayaan pasien dan keluarga gangguan jiwa di Indonesia. dalam Wimbarti, S. dan Chisanah, L (Eds). *Perkembangan Psikologi Masa Kini: Kajian Berbagai Bidang*. Yogyakarta: Beta Offset.

## INTERAKSI DINAMIS, GANGGUAN PSIKOTIK, ANGGOTA KELUARGA

- Wearden, A. J., Tarrier, N.; Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633-666.
- Yarrow, M. R., Schwartz, C. G., Murphy, H. S., & Deasy, L. C. (1967). The psychological meaning of mental illness in the family. In T. J. Schieff (Ed.), *Mental illness and social process*. New York: Harper & Row.