

## Paranoia sebagai Pengalaman Psikotik Utama: sebuah Analisis Jaringan Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik di Sampel Komunitas

Hardaya Suriatmaja<sup>1</sup>, Hermanto Eko<sup>2</sup>, Edo Sebastian Jaya<sup>3</sup>

Kelompok Riset Studi Psikosis, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia<sup>1,2,3</sup>

hardaya.suriatmaja@ui.ac.id<sup>1</sup>, eko.hermanto@ui.ac.id<sup>2</sup>, edo.jaya@ui.ac.id<sup>3</sup>

### Abstrak

Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik (AKPP) merupakan kuesioner yang mengukur tentang simtom psikotik yang merupakan adaptasi dari kuesioner *Community Assessment of Psychic Experiences* (CAPE). Simtom psikotik yang diukur adalah simtom positif (pengalaman unik, halusinasi, paranoia, pemikiran magis, & waham kebesaran), negatif (afek datar, penarikan sosial, & amotivasi), dan depresi. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat jaringan simtom yang dipetakan oleh AKPP. Partisipan penelitian ini merupakan sampel komunitas (N = 464) yang terdiri dari orang tanpa diagnosis mental (sehat), orang dengan diagnosis mental, serta orang dengan diagnosis skizofrenia. Analisis jaringan dilakukan menggunakan paket *qgraph* dari program statistik R. Hasil analisis jaringan menunjukkan bahwa item-item yang mengukur simtom paranoia berada di tengah jaringan nampaknya paranoia dapat diinterpretasikan sebagai simtom inti dari simtom psikotik. Selain itu, paranoia juga nampaknya berfungsi menjadi jembatan yang menghubungkan berbagai simtom psikotik yang lain. Kami juga menemukan bahwa pemikiran magis dan waham kebesaran merupakan simtom-simtom yang ada di pinggir jaringan, yang berarti kedua simtom tersebut merupakan simtom sampingan dan tidak terlalu mempengaruhi simtom-simtom lainnya. Bila penemuan ini dapat direplikasikan pada sampel pasien skizofrenia dan secara longitudinal, penemuan ini dapat membawa implikasi penting untuk praktek klinis: terapi psikologis pada orang dengan skizofrenia harus menysasar simtom paranoia dahulu, dan mungkin simtom yang lainnya dapat hilang dengan sendirinya.

*Kata kunci:* AKPP, depresi, jaringan, psikotik, paranoia

### Abstract

*Community Assessment of Psychotic Experiences (AKPP) is a questionnaire that measures psychotic symptoms which are adaptations of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) questionnaire. The psychotic symptoms measured were positive symptoms (unique experiences, hallucinations, paranoia, magical thinking, and greatness), negative (flat affect, social withdrawal, & motivations), and depression. The purpose of this study was to look at symptom networks mapped by AKPP. The study participants were community samples (N = 464) consisting of people without a mental diagnosis (healthy), people with a mental diagnosis, and people with a diagnosis of schizophrenia. Network analysis is performed using the qgraph package from the R statistical program. The results of the network analysis show that the items that measure the paranoia symptom in the middle of the network appear to be interpreted as paranoia the core symptom of the psychotic symptom. In addition, paranoia also seems to function as a bridge connecting various other psychotic symptoms. We also found that magical thinking and ideology of greatness are symptoms that exist on the edge of the network, which means that both of these symptoms are side symptoms and do not greatly affect other symptoms. If these findings can be replicated in a sample of schizophrenic patients and longitudinally, these findings could have important implications for clinical practice: psychological therapy in people with schizophrenia should target the symptoms of paranoia first, and maybe the other symptoms can disappear by themselves.*

*Keywords:* AKPP, depression, network, psychotic, paranoia

## Pendahuluan

Psikosis dan khususnya diagnosis skizofrenia adalah kondisi seseorang menganggap, memikirkan, merasakan, atau melakukan tindakan yang berbeda dengan realita yang ada (*National Collaborating Centre for Mental Health, 2014*). Psikosis mengganggu hubungan interpersonal, mengganggu kemampuan kerja atau hidup dan bahkan dapat meningkatkan tingkat bunuh diri atau kematian secara signifikan. Perkembangan psikotik atau skizofrenia seringkali diawali dengan fase prodromal, yaitu periode mulai terjadinya penurunan fungsi kehidupan. Penurunan fungsi tersebut seringkali ditandai dengan hilangnya minat terhadap aktivitas sosial atau meningkatnya kesulitan dalam memenuhi tanggung jawab atau tuntutan hidup sehari-hari. Fase prodromal biasanya muncul secara bertahap, jarang disadari oleh orang lain hingga masuk fase akut. Menurut DSM-5, seseorang dapat didiagnosis skizofrenia jika setidaknya dua dari simtomnya terjadi dalam waktu 1 bulan mengalami delusi, halusinasi, bicara tidak teratur, tingkah laku tidak teratur, dan simtom negatif berupa afek datar, penarikan sosial, ataupun lainnya (*American Psychiatric Association, 2013*).

Salah satu instrumen penelitian paling populer untuk pengukuran psikotik dalam pandangan kontinum adalah kuesioner yang disebut *The Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE)* yang mengukur pengalaman psikotik (Stefanis et al., 2002). CAPE mengukur frekuensi dan *distress* dari pengalaman psikotik dalam bentuk simtom positif seperti, “apakah anda pernah mendengar suara saat Anda sendirian?” dan simtom negatif seperti, “pernahkah Anda merasakan emosi anda tumpul?”. Kuesioner CAPE mengukur pengalaman psikotik dengan lengkap, tidak seperti beberapa kuesioner lainnya yang fokus hanya mengukur sebuah dimensi dari pengalaman psikotik seperti paranoia (Freeman et al., 2005) dan halusinasi menurut *Launay-Slade Hallucination Scale* (Launay & Slade, 1981). CAPE sering digunakan sehingga dapat dilakukan studi meta-analisis mengenai kuesioner tersebut. Studi meta-analisis meninjau properti psikometrik dari CAPE berdasarkan pada 111 penelitian (Mark & Touloupoulou, 2016). Mereka menyimpulkan faktor-faktor yang sebenarnya diukur oleh instrumen CAPE masih tidak begitu jelas. Berangkat dari penemuan tersebut, Schlier et al. (2015) melakukan analisis faktor kembali pada CAPE dengan sampel non-klinis dan orang dengan skizofrenia di Jerman. Penelitian ini menemukan bahwa terdapat sembilan kluster terbagi atas simtom positif (dimensi pengalaman unik, halusinasi, paranoia, pemikiran magis, dan waham kebesaran) serta simtom negatif (afek datar, penarikan sosial, amotivasi, dan juga simtom depresi). Penemuan ini berhasil direplikasi dengan sampel non-klinis di Indonesia pada instrumen CAPE versi bahasa Indonesia bernama Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik (AKPP) yang dipublikasikan dalam *Makara Human Behavior Studies in Asia* tahun 2017 (Jaya, 2017).

Walaupun faktor-faktor yang diukur oleh AKPP sudah diketahui, belum pernah ada analisis jaringan terhadap instrumen AKPP. Analisis jaringan itu penting karena analisis jaringan dapat memetakan simtom apa saja yang berkumpul menjadi satu, simtom-simtom apa saja yang menjembatani simtom-simtom lain, dan simtom-simtom apa saja yang berada di daerah ujung jaringan sehingga sebenarnya tidak terlalu penting untuk diintervensi. Analisis jaringan juga dapat dilakukan untuk konfirmasi penemuan hasil analisis faktor yang telah dilakukan oleh Jaya (2017).

Penelitian ini melakukan analisis jaringan terhadap AKPP dengan sampel komunitas di Indonesia. Analisis jaringan bersifat eksploratoris untuk melihat bagaimana peta pengalaman psikotik pada sampel komunitas di Indonesia. Pemetaan terhadap pengalaman psikotik belum banyak dilakukan, salah satunya adalah penelitian yang memetakan pengalaman psikotik secara umum pada sampel komunitas dari negara maju dan negara berkembang (Wuesten et al., 2018). Peta pengalaman psikotik dapat bermanfaat untuk mengetahui pengalaman psikotik manakah yang penting dan perlu menjadi target prioritas penanganan dengan psikoterapi atau farmakoterapi. Selain itu, identifikasi pengalaman psikotik yang menjembatani pengalaman psikotik lain juga penting karena bisa jadi pengalaman psikotik tersebut yang membuat seseorang menderita sindrom psikotik. Dengan kata lain, bisa jadi cukup beberapa pengalaman psikotik dijadikan target penanganan, dan kemudian keterhubungan antar pengalaman psikotik dapat putus (sindrom psikotik hilang).

## Metode

### Sampel

Penelitian berlangsung secara daring dalam jangka waktu 14 November 2018 hingga 9 Januari 2019. Sampel penelitian komunitas di Indonesia ( $n=464$ ) dengan rentang usia 18 - 57 tahun ( $M = 22.33$ ,  $SD = 5.13$ ). 73.3% partisipan adalah perempuan ( $n=340$ ), dan lebih dari separuh total partisipan memiliki pendidikan terakhir SMA/ SMK sederajat (63.4%;  $n=294$ ). 33.2% ( $n = 154$ ) partisipan menyatakan bahwa sepanjang hidupnya mereka memiliki setidaknya satu diagnosis gangguan kesehatan mental. Secara gangguan psikotik, 2.8% partisipan ( $n = 13$ ) pernah didiagnosis mengalami skizofrenia atau gangguan psikotik lainnya. Tipe diagnosis gangguan psikotik yang dialami partisipan misalnya skizofrenia ( $n=5$ ), gangguan delusional ( $n=2$ ), gangguan *schizoaffective* ( $n=1$ ), hingga diagnosis lainnya ( $n = 3$ ) serta yang tidak tahu tipe diagnosis spesifiknya ( $n=2$ ). Dari rincian tersebut, hanya 23.1% ( $n = 3$ ) partisipan yang pernah dirawat di rumah sakit karena kondisi kesehatan mentalnya.

### Alat ukur: Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik (AKPP)

Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik (AKPP) adalah kuesioner yang mengukur pengalaman psikotik seumur hidup diterjemahkan ke Bahasa Indonesia (Jaya, 2017) dari kuesioner CAPE (Stefanis et al., 2002). AKPP terdiri dari 42 pertanyaan tentang pengalaman psikotik dan dua sub-skala frekuensi dan seberapa mengganggu pengalaman psikotik yang dialami partisipan. Partisipan dapat memberikan respon 0 (Tidak pernah) - 3 (Hampir selalu) untuk sub-skala frekuensi, dan respon 0 (Tidak stres) - 3 (Sangat stres).

AKPP mengelompokkan item dalam tiga dimensi yaitu Positif, Negatif, dan Depresi. Dimensi Positif memiliki 20 item seperti, “apakah anda pernah mendengarkan suara ketika sedang sendirian?” yang berisi lima sub-dimensi halusinasi seperti, “*apakah anda pernah pernah melihat benda-benda, orang-orang, atau binatang-binatang yang tidak dapat dilihat oleh orang lain?*”, pengalaman unik seperti, “*apakah anda pernah merasa seolah-olah isi*

majalah atau televisi ditulis secara khusus untuk anda?”, paranoia seperti, “apakah anda pernah merasa seolah-olah anda dianiaya dengan cara tertentu?”, pemikiran magis seperti, “apakah anda percaya dengan adanya kekuatan sihir, voodoo, atau okultisme?”, dan waham kebesaran seperti, “apakah anda pernah merasa seolah-olah ditakdirkan untuk menjadi orang yang sangat penting?”.

Selain itu terdapat dimensi negatif yang memiliki 14 item seperti, “apakah anda pernah merasakan emosi yang tumpul?” yang berisi tiga sub-dimensi penarikan sosial seperti, “apakah anda pernah merasa bahwa anda tidak banyak bicara ketika bercakap-cakap dengan orang lain?”, afek datar seperti, “apakah anda pernah merasa hanya mengalami sedikit emosi atau tidak mengalami emosi sama sekali pada peristiwa-peristiwa penting?”, dan amotivasi seperti, “apakah anda pernah merasa bahwa tidak memiliki motivasi untuk melakukan banyak hal?”. Sedangkan dimensi depresi berisi 8 item seperti, “apakah anda pernah menangis tanpa alasan?”.

## Teknik Analisis Statistik

Analisis jaringan menggunakan metode korelasi matriks polikronik dan *Extended Bayesian Information Criterion Graphical Lasso: Estimation of Gaussian Graphical Models* (EBICglasso) dalam mengukur kedekatan antar jaringan. Model dibuat dengan rasio  $\lambda$  minimal 0.1. Visualisasi hasil menggunakan Qgraph versi 1.6.3 (Epskamp et al., 2012) dalam bahasa pemrograman R versi 3.6. Hubungan positif ditandai garis berwarna hijau dan hubungan negatif ditandai garis berwarna merah. Kriteria penggambaran hubungan diatur dengan korelasi minimal 0.001 dan maksimal 1. Penelitian dibagi dua parameter yaitu model 1 dan model 2. Model 1 berisi 42 item pertanyaan AKPP. Model 2 berisi sembilan sub-dimensi struktur faktor AKPP (simtom positif: paranoia, pengalaman unik, halusinasi, pemikiran magis, waham kebesaran. Kemudian simtom negatif: afek datar, penarikan sosial, amotivasi. Serta simtom depresi). Kode yang diprogram dapat dilihat pada *Figure 1* dan *Figure 2* berikut:

**Figure 1**

*Kode untuk Model 1*

```
dimensions <- structure(list(dep = c(5,13,3,14,19,38,40,37),be = c(12,28,27,18,20,30,39), ha =
c(36,42,35,41),
      par = c(10,9,11,7,24),
      mgt = c(1,21), grd = c(15,2), swd = c(6,4,17,22), aft = c(8,16,33),
      amt = c(25,23,29,26,32,31,34)),
  .Names = c("Depresi", "Pengalaman Unik", "Halusinasi", "Paranoia", "Pemikiran Magis",
    "Waham Kebesaran", "Penarikan Sosial", "Afek Datar", "Amotivasi"))
# List coding/naming are not based/sorted on appropriate item questions given
# So I try to re-label it based on grouped dimensions
cormod1f42 <- lavCor(modellf42, output = "cor")
glassomod1f42 <- EBICglasso(cormod1f42, nrow(modellf42), gamma = 0.5, penalize.diagonal = FALSE,
nlambda = 100,lambda.min.ratio = 0.1)
graphmod1f42 <- qgraph(glassomod1f42,minimum = 0.001, maximum = 1.0,vsiz = 5, groups=dimensions,
  layout="spring", palette="ggplot2", label.font = 15, details=F, legend.cex=0.45)
```

**Figure 2**

*Kode untuk Model 2*

```

dimensions <- structure(list(pos= c(2,3,4,5,6) , neg= c(7,8,9), dep= c(1)),
  .Names = c("Positif", "Negatif", "Depresi"))
# List coding/naming are not based/sorted on appropriate item questions given
# So I try to re-label it based on grouped dimensions
cormod2f42 <- lavCor(model2f42, output = "cor")
glassomod2f42 <- EBICglasso(cormod2f42, nrow(model2f42), gamma = 0.5, penalize.diagonal = FALSE,
nlambda = 100,lambda.min.ratio = 0.1, threshold = T)
graphmod2f42 <- qgraph(glassomod2f42,minimum = 0.001, maximum = 1.0,vsize = 7,
groups=dimensions,layout="spring", palette="pastel",label.font = 500, edge.labels=T, edge.label.font=20,
edge.label.color='black', details=F)
    
```

### Hasil

Hasil penelitian dapat dibaca dalam Tabel 1 dan Tabel 2 berikut:

**Tabel 1**

*Model 1 Dipaparkan per Item*

Pertanyaan	Minimum	Maksimum	Mean	Std. deviasi
Q1: Merasa sedih	0	3	1,756	0,737
Q2: Merasa seolah-olah orang lain memberi petunjuk atau mengatakan sesuatu yang bermakna ganda mengenai diri	0	3	1,006	0,868
Q3: Merasa bukan orang yang mengasyikan	0	3	1,547	0,876
Q4: Tidak banyak bicara	0	3	1,457	0,900
Q5: Merasa seolah-olah isi majalah atau televisi ditulis secara khusus untuk diri	0	3	0,407	0,657
Q6: Merasa seolah-olah beberapa orang menampilkan dirinya berbeda dari yang sebenarnya	0	3	1,651	0,823
Q7: Merasa seolah-olah dianiaya dengan cara tertentu	0	3	0,735	0,902
Q8: Hanya mengalami sedikit emosi atau tidak mengalami emosi sama sekali pada peristiwa-peristiwa penting	0	3	1,164	0,864
Q9: Merasa pesimistik segala hal	0	3	1,478	0,903

Pertanyaan	Minimum	Maksimum	Mean	Std. deviasi
Q10: Merasa ada konspirasi menyerang diri	0	3	0,677	0,818
Q11: Merasa seolah-olah ditakdirkan untuk menjadi orang yang sangat penting	0	3	0,914	0,837
Q12: Merasa tidak punya masa depan	0	3	1,084	0,948
Q13: Merasa bahwa diri adalah orang yang sangat spesial dan tidak biasa	0	3	1,019	0,850
Q14: Merasa tidak mau hidup lagi	0	3	0,978	0,983
Q15: Pernah berpikir bahwa orang dapat berkomunikasi dengan telepati	0	3	0,800	0,837
Q16: Pernah merasa tidak tertarik untuk bersama dengan orang lain	0	3	1,241	0,853
Q17: Merasa seolah-olah peralatan elektronik seperti komputer dapat memengaruhi pikiran	0	3	0,845	0,958
Q18: Tidak memiliki motivasi untuk melakukan banyak hal	0	3	1,534	0,901
Q19: Pernah menangis tanpa alasan	0	3	1,101	0,953
Q20: Percaya dengan adanya kekuatan sihir, voodoo, atau okultisme	0	3	0,817	0,851
Q21: Merasa kekurangan energi	0	3	1,543	0,846
Q22: Merasa bahwa orang lain melihat diri dengan aneh karena penampilan	0	3	1,297	0,967
Q23: Merasa pikiran kosong	0	3	1,017	0,896
Q24: Merasa seolah-olah pikiran-pikiran diambil dari dalam kepala	0	3	0,610	0,855
Q25: Merasa bahwa menghabiskan hari-hari tanpa melakukan apa-apa	0	3	1,683	0,914
Q26: Merasa seolah-olah pikiran-pikiran bukanlah milik diri sendiri	0	3	0,552	0,822
Q27: Kurang berperasaan/intensitas perasaan kurang/perasaan kurang dalam	0	3	1,067	0,885
Q28: Pikiran pernah muncul dengan sangat jelas hingga khawatir orang lain dapat mendengarnya	0	3	0,759	0,890

Pertanyaan	Minimum	Maksimum	Mean	Std. deviasi
Q30: Mendengar pikiran bergema kepada diri sendiri	0	3	0,866	0,957
Q31: Pernah merasa seolah-olah berada di bawah kontrol dari kekuatan lain di luar diri	0	3	0,496	0,780
Q32: Pernah merasa emosi datar	0	3	1,073	0,844
Q33: Pernah mendengar suara-suara ketika sedang sendiri	0	3	0,543	0,814
Q34: Pernah mendengar suara-suara berbicara satu sama lain ketika sedang sendiri	0	3	0,341	0,720
Q35: Merasa bahwa mengabaikan penampilan atau kebersihan diri	0	3	1,144	0,876
Q36: Merasa bahwa tidak akan pernah dapat menyelesaikan tugas-tugas	0	3	1,196	0,954
Q37: Hanya memiliki sedikit hobi atau kesukaan	0	3	1,289	1,005
Q38: Merasa bersalah	0	3	1,836	0,774
Q39: Merasa seperti orang yang gagal	0	3	1,558	0,955
Q40: Merasa tegang	0	3	1,491	0,726
Q41: Merasa seolah-olah seorang penyamar telah mengambil tempat dari anggota keluarga, teman, atau kenalan	0	3	0,300	0,679
Q42: Melihat benda-benda, orang-orang, atau binatang-binatang yang tidak dapat dilihat oleh orang lain	0	3	0,231	0,599

Note. Q menandakan item. M = Mean atau rata-rata. Std. Deviasi = Standar Deviasi atau Persimpangan Baku.

Ringkasan dari setiap item dipaparkan disini, bukan bunyi item tersebut.

**Tabel 2**

*Model 2 Dipaparkan per Dimensi*

Variabel	M	SD	Range
Simtom positif	14,864	9,602	0 - 56
Pengalaman unik	4,534	4,135	0 - 21
Halusinasi	1,414	2,173	0 - 12
Paranoia	5,366	3,272	0 - 15

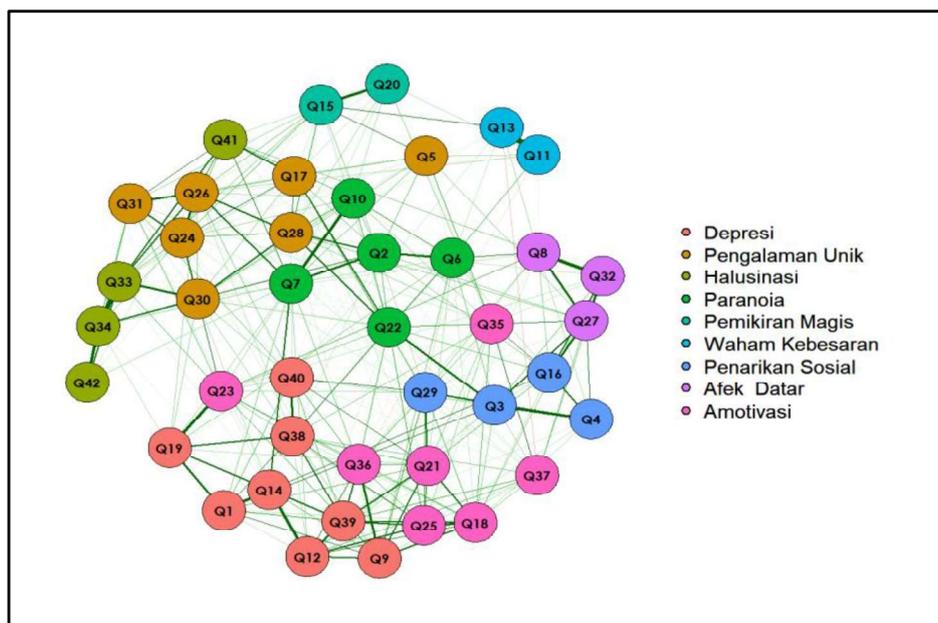
Variabel	M	SD	Range
Pemikiran magis	1,933	1,483	0 - 6
Waham kebesaran	1,616	1,399	0 - 6
Simtom negatif	18,418	8,173	0 - 41
Afek datar	3,304	2,132	0 - 9
Penarikan sosial	5,707	2,605	0 - 12
Amotivasi	9,407	4,588	0 - 21
Simtom depresi	11,284	5,267	1 - 24

Note. M = mean atau rata-rata. SD = standar deviasi atau persimpangan baku.

Secara umum, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar item pertanyaan saling berhubungan positif. Terdapat satu hubungan berasosiasi negatif antara Pemikiran Magis (Q13) dengan Amotivasi (Q37). Hubungan Positif ditandai garis warna hijau dan Hubungan Negatif ditandai garis warna merah. Penjelasan lainnya dijelaskan per item dimensi parameter.

Figure 1

Visualisasi Model 1, Jaringan Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikotik pada Tingkat Item



Note. Q menandakan item, misal Q1 artinya item 1 dan Q2 artinya item 2. Warna menandakan dimensi, misalnya warna biru muda Q13 dan Q11 menandakan dimensi waham kebesaran.

Pada Model 1 di *Figure 1*, item 22 (merasa dianggap berpenampilan aneh) terlihat menghubungkan semua masalah yang ada. Hubungan positif yang kuat terhubung pada sub-dimensi paranoia (item 22) terhubung dengan sub-dimensi pengalaman unik (item 17) (terpengaruh peralatan elektronik), (item 28: pemikiran muncul jelas sehingga merasa kuatir orang mengetahui), dan penarikan sosial (item 3: merasa kurang antusias). Ketiga item 17, item 28, dan item 3 menghubungkan beberapa item pertanyaan lain di sekitarnya saling berantai. Untuk keterangan bagaimana beberapa sub-dimensi lainnya saling berhubungan dapat dijelaskan secara berikut.

Pada sub-dimensi paranoia, masing-masing *item* pertanyaannya terhubung kuat positif. Beberapa *item* pertanyaan-nya memiliki hubungan dengan beberapa sub-dimensi lainnya. Seperti *item 7* (merasa seolah olah dianiaya dengan cara tertentu) terhadap sub-dimensi pengalaman unik dan depresi, *item 6* (merasa seolah-olah beberapa orang menampilkan dirinya berbeda dari yang sebenarnya) dengan sub-dimensi amotivasi dan *item 22* dengan sub-dimensi pengalaman unik (*item 17* dan *item 28*), penarikan sosial (*item 29* dan *item 3*), depresi (*item 38*) dan amotivasi (*item 35*, *item 36*, *item 25*).

Pada sub-dimensi pengalaman unik, masing masing *item* pertanyaan-nya terhubung kuat positif. Hubungan positif kuat antara halusinasi dengan pengalaman unik terlihat pada *item 30* (mendengarkan pikiran yang menggema) menghubungkan *item 33* (mendengar suara) & *item 34* (mendengar suara berbicara satu sama lain).

Pada sub-dimensi halusinasi perlu ditandai bahwa *item 41* (merasa ada penyamaran) menghubungkan kuat secara positif salah satu sub-dimensi pengalaman unik (*item 17*) yang merupakan hubungan positif langsung dengan masalah utama (*item 22*) namun hubungan antar halusinasi sendiri hanya cukup positif kuat saja.

Pada sub-dimensi penarikan sosial, *item 3* selain terhubung positif dengan masalah utama (*item 22*), hubungan antar penarikan sosial sendiri cukup positif kuat. *Item 3* terhubung dengan *item 4* (merasa tidak banyak bicara), *item 29* (merasa kurang spontan), namun pada *item 16* (merasa tidak tertarik untuk bersama dengan orang lain) tidak begitu kuat. *Item 16* sendiri menghubungkan kuat positif sub-dimensi afek datar dan *item 29* menghubungkan cukup kuat positif sub-dimensi amotivasi.

Pada sub-dimensi afek datar, hubungan positif antar ketiga *item* pertanyaannya sangat kuat. Sub-dimensi penarikan sosial (*item 16*) menghubungkan kuat positif *item 27* (merasa bahwa anda kurang berperasaan) dan *item 32* (merasa emosi tumpul) namun tidak kuat pada hubungan langsung dengan *item 8* (merasa sedikit memiliki emosi), melainkan melewati *item 27*.

Pada sub-dimensi amotivasi, hubungan antara *item* pertanyaan kebanyakan tidak begitu kuat, namun beberapa *item* pertanyaannya menghubungkan dengan sub-dimensi depresi dengan kuat. Dapat dilihat bahwa *item 21* (merasa kekurangan energi), *item 25* (merasa menghabiskan hari tanpa melakukan apapun), *item 36* (merasa tidak dapat menyelesaikan tugas) menghubungkan *item 39*, *item 23* (merasa pikiran kosong) menghubungkan *item 19*, *item 18* (merasa tidak memiliki motivasi banyak hal) menghubungkan *item 9*. Amotivasi juga menghubungkan cukup kuat secara positif sub-dimensi paranoia (*item 7*) melalui *item 14* (merasa seolah-olah tidak mau hidup lagi) dan cukup lemah positif masalah utama (*item 22*) melalui *item 35* (mengabaikan penampilan atau kebersihan diri) yang menghubungkan cukup

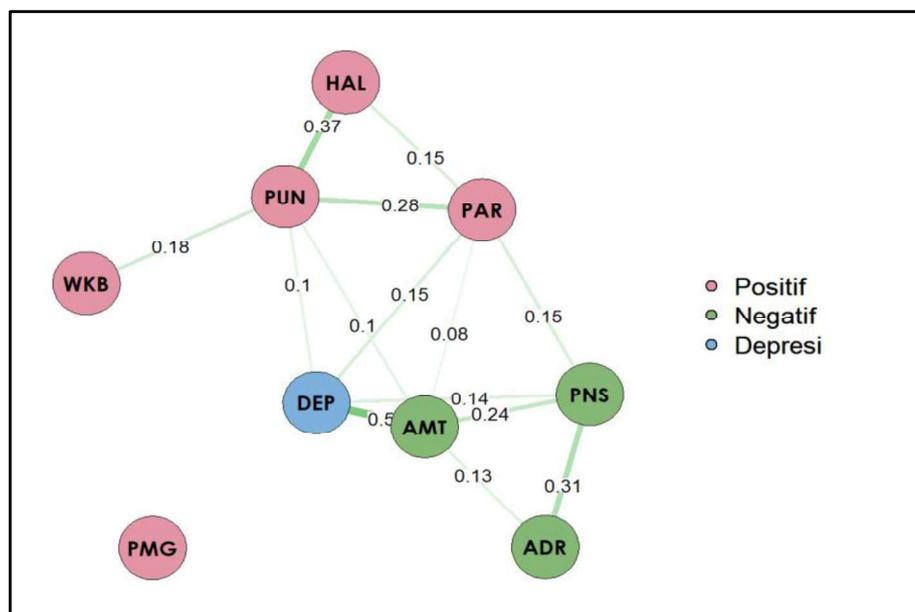
lemah sub-dimensi sekitarnya penarikan sosial (item 16), afek datar (item 27), dan halusinasi (item 5: seolah olah media meliputi diri). Secara keseluruhan, amotivasi seolah-olah merupakan pusat masalah kedua selain paranoia dikarenakan ada dua item pertanyaan yang terhubung dengan sub-dimensi lain dan tersebar, namun kekuatannya cukup lemah dibandingkan dengan paranoia yang hanya satu item pertanyaannya saja (item 22) bisa memiliki banyak hubungan kuat dengan sub-dimensi lainnya dan memiliki item pertanyaan lain yang berkaitan kuat dengan sub-dimensi lainnya (item 7: merasa seolah olah dianiaya dengan cara tertentu).

Pada sub-dimensi depresi, hubungan antara item pertanyaannya cukup positif kuat. Item 40 (merasa tegang) terlihat berhubungan positif kuat dengan item 38 (merasa bersalah). Pertanyaan depresi sendiri berhubungan dekat dengan amotivasi. Item 39 (merasa seperti orang gagal) menghubungkan item 21, item 25, item 36, item 19 (pernah menangis tanpa alasan) menghubungkan item 23, item 9 (merasa pesimistik dalam segala hal) menghubungkan item 18. Depresi terhubung cukup kuat pula dengan dimensi lain seperti paranoia terlihat pada item 14 pada depresi berhubungan dengan item 7 pada paranoia.

Hal lain yang dapat dilihat adalah sub-dimensi waham kebesaran dan pemikiran magis tidak begitu berhubungan positif kuat dengan sub-dimensi lainnya namun dalam dimensi sendiri sangat positif kuat. Waham kebesaran (item 15) dan pemikiran magis (item 13) dapat dilalui sub-dimensi halusinasi (item 5) memiliki kekuatan yang lemah secara positif.

**Figure 2**

*Visualisasi Model 2, Jaringan Asesmen Komunitas terhadap Pengalaman Psikitik pada Tingkat Sub-dimensi*



*Note:* WKB = dimensi waham kebesaran, PUN = dimensi pengalaman unik, HAL = dimensi halusinasi, PAR = dimensi paranoia, DEP = dimensi depresi, AMT = dimensi amotivasi, PNS = dimensi penarikan sosial, ADR = dimensi afek datar.

Pada Model 2 di *Figure 2*, paranoia berkaitan kuat dengan pengalaman unik ( $r = 0,28$ ) yang berkaitan kuat dengan halusinasi ( $r = 0,37$ ). Hubungan yang cukup kuat paranoia dengan

dimensi lainnya tampak terhubung pada depresi dan penarikan sosial ( $r = 0,15$ ). Depresi sendiri terhubung kuat dengan amotivasi ( $r = 0,52$ ) sementara penarikan sosial terhubung kuat dengan afek datar ( $r = 0,31$ ). Hal menarik lainnya adalah bagaimana sub-dimensi simtom negatif dan simtom depresi itu saling terhubung antara satu dengan yang lainnya, namun hanya sub-dimensi paranoia dari seluruh sub-dimensi positif yang memiliki hubungan yang cukup terlihat dengan kumpulan sub-dimensi simtom negatif dan simtom depresi.

### **Pembahasan**

Pada penelitian ini, dibuktikan bahwa analisis jaringan dapat memetakan simtom-simtom psikosis yang diukur oleh AKPP pada sampel komunitas di Indonesia. Bila jaringan dilihat pada tingkat item, jaringan menunjukkan bahwa item tentang merasa dianggap berpenampilan aneh (item 22) dari sub-dimensi paranoia menghubungkan banyak item lain di luar sub-dimensi paranoia seperti perasaan terpengaruh peralatan elektronik (item 17) dan perasaan orang mengetahui isi pikiran (item 28) dari sub-dimensi pengalaman unik, merasa kurang spontan (item 29) dan merasa kurang antusias (item 3), dari sub-dimensi penarikan sosial, merasa bersalah (item 38), dari sub-dimensi depresi, serta mengabaikan penampilan atau kebersihan diri (item 35), tidak akan pernah dapat menyelesaikan tugas-tugas (item 36), dan menghabiskan hari-hari tanpa melakukan apa-apa (item 25) dari sub-dimensi amotivasi. Dari jaringan item, dapat muncul kesan bahwa paranoia khususnya pemikiran dianggap berpenampilan aneh itu memiliki peran sentral dalam simtom-simtom psikosis. Untuk memastikan apakah hal ini berlaku khusus pada simtom paranoia tersebut, atau sebenarnya kesimpulan ini berlaku untuk paranoia secara umum, kami melanjutkan analisis jaringan dengan melihatnya pada tingkat sub-dimensi.

Bila jaringan dilihat pada tingkat sub-dimensi, jaringan menunjukkan bahwa sub-dimensi paranoia menghubungkan secara langsung sub-dimensi pengalaman unik yang juga menghubungkan halusinasi, paranoia menghubungkan secara langsung sub-dimensi penarikan sosial yang juga menghubungkan afek datar dan juga amotivasi yang menghubungkan depresi. Jaringan pada tingkat sub-dimensi menunjukkan bahwa paranoia memiliki peran utama dalam menghubungkan berbagai simtom psikosis menjadi sebuah kesatuan.

### **Kesimpulan dan Saran**

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis jaringan terhadap kuesioner psikosis secara umum pada sampel komunitas di Indonesia. Jaringan menunjukkan bahwa paranoia berfungsi menjadi penghubung berbagai simtom psikotik yang lain. Simtom positif seperti pemikiran magis dan waham kebesaran ada di pinggir jaringan, sehingga nampaknya kedua simtom tersebut merupakan simtom sampingan dan tidak terlalu mempengaruhi simtom lainnya.

Keterbatasan dari penelitian ini adalah kurangnya jumlah sampel partisipan orang dengan skizofrenia, terutama kurangnya sampel orang dengan skizofrenia (baik yang sedang rawat inap di rumah sakit maupun rawat jalan) dan orang dengan skizofrenia residual. Keterbatasan dari penelitian ini adalah kurangnya jumlah sampel partisipan orang dengan skizofrenia,

terutama kurangnya sampel orang dengan skizofrenia (baik yang sedang rawat inap di rumah sakit maupun rawat jalan) dan orang dengan skizofrenia residual. Bila hasil penelitian ini dapat direplikasikan pada sampel tersebut dan pola yang serupa dapat ditemukan dalam jaringan pola longitudinal, penemuan ini dapat membawa implikasi penting untuk praktek klinis: terapi psikologis pada orang dengan skizofrenia yang dapat menurunkan simtom paranoia dapat dengan sendirinya membawa dampak positif pada simtom-simtom psikotik lainnya.

### Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Epskamp, S., Cramer, A.O.J., Waldorp L.J., Schmittmann, V.D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software*, 48(4), 1-18.  
<http://www.jstatsoft.org/v48/i04/>.
- Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2015). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia Bulletin*, sbv141.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>.
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological Investigation of the Structure of Paranoia in a Non-Clinical Population. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427–435.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.427>.
- Jaya, E. (2017). Confirmatory Factor Analysis of the Indonesian Version of Community Assessment of Psychic Experiences. *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 21(1). 10.7454/mssh.v21i1.3495.
- Launay, G., & Slade, P. (1981). The Measurement of Hallucinatory Predisposition in Male and Female Prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2(3), 221–234.  
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(81\)90027-1](https://doi.org/10.1016/0191-8869(81)90027-1).
- Mark, W., & Touloupoulou, T. (2016). Psychometric Properties of "Community Assessment of Psychic Experiences": Review and Meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 42(1), 34–44.  
doi:10.1093/schbul/sbv088.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults. In *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. National Institute for Health and Care Excellence (UK).
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.  
<http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>.
- Schlier, B., Jaya, E. S., Moritz, S., & Lincoln, T. M. (2015). The Community Assessment of Psychic Experiences Measures Nine Clusters of Psychosis-Like Experiences: A Validation of the German Version of the CAPE. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 274-279.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.034>.

- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., & Van Os, J. (2002). Evidence that Three Dimensions of Psychosis have a Distribution in the General Population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347–358.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and Delusions as Points on Continua Function: Rating Scale Evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21(5), 581–586.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740230069010>.
- Wüsten, C., Schlier, B., Jaya, E. S., Alizadeh, B. Z., Bartels-Velthuis, A. A., Beveren, V., & Lincoln, T. M. (2018). Psychotic Experiences and Related Distress: A Cross-National Comparison and Network Analysis based on 7141 Participants from 13 Countries. *Schizophrenia Bulletin*.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sby087>