



**TERAPI KELUARGA PADA SKIZOFRENIA
(FOKUS PADA MODEL PSIKOEDUKASI)**

***FAMILY THERAPY IN SCHIZOPHRENIA
(FOCUSED ON PSYCHOEDUCATIONAL MODEL)***

Oleh : Syarifah Aini ¹, Didi Aryono Budiyono²

-
- * Dokter Umum, peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I , Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- ** Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa / Psikiater (Konsultan), Staf Pengajar pada Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang terdiri dari berbagai variasi psikopatologi dengan perjalanan penyakit yang biasanya kronis. Antipsikotik merupakan tatalaksana utama, namun intervensi psikososial memberikan dampak yang sangat signifikan, apalagi jika dikombinasikan. Kronisitas skizofrenia sangat mempengaruhi semua aspek dalam keluarga, termasuk pengaturan peran dan interaksi antar anggota keluarga. Intervensi psikososial pada keluarga skizofrenia bermula dari teori yang menyatakan bahwa keluarga turut berperan aktif dalam muncul dan kambuhnya skizofrenia. Terapi keluarga membantu dengan cara menurunkan angka kekambuhan, rehospitalisasi, dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. Terapi keluarga yang dianggap sesuai untuk keluarga skizofrenia di Asia adalah model psikoedukasi karena bersifat *multifamily*, relatif sederhana, memperhatikan beragam aspek skizofrenia, dan dapat dilakukan secara simultan sehingga tidak terlalu menghabiskan biaya.

Kata Kunci : skizofrenia, terapi keluarga, model psikoedukasi

ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder characterized by various psychopathology which happened chronically. Antipsychotic medications have been widely accepted until now, but psychosocial interventions has proven significantly effective, moreover when combined. Family of schizophrenia are greatly affected by its chronicity, because it will change almost every part of the family, including role and interaction between family member. Psychosocial interventions rise from the theory that family actively induced schizophrenia. Family therapy helped by decreasing relapse, rehospitalization, and improving the patients's adherence to treatment. Psychoeducational model of family therapy is the most suitable in Asia due to its benefits such as multifamily, simplicity, show interest to many aspect of schizophrenia, and could be done simultaneously therefore cost less.

Keyword : schizophrenia, family therapy, psychoeducational model

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah suatu sindrom klinis dengan gambaran psikopatologi bervariasi meliputi aspek kognisi, emosi, persepsi, dan perilaku lain yang sangat berat dan cenderung berlangsung lama. Terapi skizofrenia bertujuan memperbaiki gejala, memaksimalkan kualitas hidup, dan mencapai kesembuhan serta mencegah kekambuhan. Tatalaksana utama adalah psikofarmaka yakni penggunaan antipsikotik, tetapi angka kekambuhan masih cukup tinggi walaupun penderita patuh terhadap pengobatan. Penelitian Brown dkk (1972) yang menemukan bahwa banyak penderita skizofrenia mengalami kekambuhan setelah kembali ke keluarganya, menyokong teori terdahulu yang menyatakan bahwa keluarga merupakan penyebab dan pencetus kekambuhan skizofrenia dengan cara berinteraksi dengan penderita (Cannavan, 1999; Sadock & Sadock, 2009; Chakrabarti, 2011; Weinberger & Harrison, 2011; Gabbard, 2014).

Efektifitas terapi pada skizofrenia biasanya dihubungkan dengan angka rehospitalisasi, yang seiring dengan peningkatan kualitas hidup, perbaikan gejala, serta perbaikan fungsi sosial dan pekerjaan penderita. Terdapat 821 penelitian yang menyatakan bahwa penggunaan antipsikotik saja dapat menurunkan angka rehospitalisasi hingga 70%, angka ini serupa bila antipsikotik digunakan bersamaan dengan psikoterapi suportif berorientasi tilikan (*insight-oriented psychotherapy*). Antipsikotik dan psikoterapi spesifik menurunkan kekambuhan hingga 80%. Antipsikotik disertai rehabilitasi psikososial memberikan hasil serupa intervensi keluarga, menurunkan 92% kekambuhan, yang artinya hanya 8% kekambuhan dalam satu tahun (Chakrabarti, 2011; Viora, 2015).

PEMBAHASAN

1. Definisi dan Fungsi Terapi Keluarga

Terapi keluarga mengacu pada interaksi dengan anggota keluarga mengenai kesehatan jiwa dan masalah biopsikososial lain yang mempengaruhinya, dilakukan secara terstruktur, terorganisasi, dan terencana. Fokus dari terapi keluarga adalah memperbaiki hubungan interpersonal anggota keluarga yang bermasalah dengan anggota keluarga lain (Sadock & Sadock, 2009).

Hasil akhir yang diharapkan dalam terapi keluarga adalah (1) mengeksplorasi hubungan yang dinamis dalam keluarga dan kaitannya dengan psikopatologi, (2) meningkatkan kekuatan internal dan sumber daya yang potensial dalam suatu keluarga, (3) menata kembali pola interaksi yang maladaptif, dan (4) menguatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah (Sholevar & Schwaeri, 2003).

2. Efektifitas terapi keluarga pada skizofrenia

Terdapat banyak penelitian yang mendukung efikasi intervensi keluarga pada skizofrenia. Penelitian mengenai intervensi keluarga dapat membantu menganalisis hubungan antara variabel keluarga skizofrenia dan prognosis penderita. Terapi keluarga tidak mempengaruhi gejala klinis (positif, negatif, dan kognisi) penderita, tetapi menurunkan angka kekambuhan dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Dari segi ekonomi, terapi keluarga menurunkan biaya sekitar 19% per individu, yang dapat diturunkan lagi pada model *multifamily*. Keluarga skizofrenia juga mengalami perbaikan *burden*, mekanisme *coping*, tingkat pengetahuan terkait skizofrenia, dan penatalaksanaannya (Leff *et al.*, 1989; Bellack *et al.*, 2000; Bustillo *et al.*, 2001; Asen E. 2002; Sadock & Sadock, 2009; Chakrabarti, 2011; Gabbard, 2014).

Terapi keluarga yang dilakukan dalam jangka panjang sangat efektif untuk menurunkan ekspresi emosi keluarga dan meningkatkan fungsi penderita tetapi menghabiskan banyak biaya. Penelitian Schooler dkk (1997), Mc Farlane dkk (1995), dan Linszen dkk (1997) menyatakan bahwa untuk penatalaksanaan skizofrenia tidak ada model yang lebih superior, tetapi diyakini terdapat dua model yang sesuai, yakni model modifikasi perilaku pemecahan masalah (FFT) dan psikoedukasi (Bustillo *et al.*, 2001; Sholevar & Schwaeri, 2003).

3. Terapi keluarga model psikoedukasi *single-family*

Model psikoedukasi dibuat berdasarkan asumsi bahwa terapi yang efektif harus melibatkan semua aspek dari penyakit tersebut. Model ini lebih banyak diteliti di negara Asia dan dianggap paling sesuai karena relatif sederhana, memberikan dukungan secara emosional, dan dapat dilakukan dengan cara memberdayakan tenaga sosial terlatih.

Terdapat lima tahap utama model psikoedukasi yang dibuat berdasarkan teori Anderson dan sesuai dengan fase skizofrenia, mulai dari fase akut hingga rehabilitasi (Bustillo *et al.*, 2001; Lebow 2005; Lefley, 2009; Chakrabarti 2011; Gabbard, 2014).

3.1. Tahap 1 : *Joining*

Tahap ini berlangsung 3 hingga 5 sesi, ditandai dengan kerjasama antara terapis dan keluarga yang terus berlangsung selama terapi. Pada tahap ini terapis menunjukkan empati, bersedia memberikan bantuan diluar sesi terapi, dan tidak menyalahkan keluarga. Tujuan yang akan dicapai adalah : (Lebow 2005)

- a. Menjalin kerjasama antara anggota keluarga dan penderita
- b. Membuat anggota keluarga menyadari masalah yang mungkin berhubungan dengan stresor pada penderita ataupun keluarga
- c. Menentukan tanda-tanda dan penyebab kekambuhan secara psikososial
- d. Mengetahui kekuatan, dukungan sosial, dan daya tahan keluarga terhadap stresor
- e. Memberikan harapan dan berorientasi pada kesembuhan
- f. Membuat kontrak yang saling menguntungkan dan dapat tercapai

3.2. Tahap 2 : *Educational and training workshop*

Penderita dan keluarga mengikuti pelatihan mengenai skizofrenia, yang dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti diskusi, kuliah, tanya jawab, di tempat formal ataupun di rumah penderita. Tujuannya adalah menciptakan lingkungan keluarga yang nyaman agar lebih menerima dan memahami penderita, serta meminimalisir stresor yang dapat memicu kekambuhan (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Beberapa hal yang harus disampaikan pada fase ini, adalah mengenai aspek biologi, psikologi, dan sosial skizofrenia dan penatalaksanaannya terutama respon keluarga ketika berhadapan dengan penderita. Stresor psikososial dapat memicu kekambuhan sehingga keluarga mengetahui dan mengendalikan stresor dengan cara menurunkan kritik dan ekspresi emosi. Terapis memberikan edukasi untuk mengurangi rasa bersalah dan penyesalan yang dialami keluarga serta tanda awal kekambuhan. Penderita diberikan edukasi agar menerima penyakitnya, memiliki harapan, dan merencanakan pekerjaan, kehidupan sosial, serta tujuan yang akan dicapai (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

3.3. Tahap 3 : *Community reentry*

Tujuan dari tahap ini adalah membantu keluarga melewati perubahan yang terjadi pada penderita setelah fase akut psikotiknya. Tahap ini dijadwalkan secara teratur setiap dua minggu dengan fokus utama pada psikofarmaka. Terapis menjelaskan mengenai kerja obat yang mungkin tidak sesuai dengan harapan keluarga. Efek samping obat dan alasan

penggunaan obat tambahan untuk mengatasinya juga harus disampaikan sehingga keluarga lebih waspada. Keluarga juga mengawasi penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat lain (Lefley, 2009).

Pada tahap ini keluarga dilatih pemecahan masalah terkait penderita dan cara berkomunikasi yang baik, keluarga diberikan tugas-tugas yang bertujuan memperbaiki mekanisme *coping* keluarga dan meningkatkan kerja sama antara anggota keluarga dan terapis. Keluarga mulai memperkenalkan penderita ke komunitasnya secara bertahap, diberi tanggung jawab, dan dilatih cara pemecahan masalah sesuai kognitif dan kondisi penyakitnya (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

3.4. Tahap 4 : *Communication skills training*

Pada tahap ini keluarga dilatih agar mampu berkomunikasi dengan baik walaupun terjadi distorsi kognitif pada penderita. Keluarga dilatih untuk mengkomunikasikan emosi positif dan negatif terkait perilaku penderita dan mendiskusikannya. Metode yang digunakan berupa bermain peran (*role-play*), yang harus dipraktekkan oleh keluarga di rumah (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Teknik komunikasi yang diajarkan meliputi aspek verbal dan non-verbal. Suara, intonasi, kontak mata, dan ekspresi wajah adalah aspek non-verbal yang harus dikuasai. Aspek verbal meliputi isi dari pembicaraan, termasuk kemampuan mendengarkan dan menyederhanakan pembicaraan (Lefley, 2009).

3.5. Tahap 5 : *Social and vocational rehabilitation*

Tahap ini dilakukan setelah 9 hingga 18 bulan fase akut, satu atau dua kali perbulan, terutama ketika penderita telah menunjukkan kemauan dan inisiatif untuk berinteraksi dengan sekitar. Fokus pada tahap ini adalah rehabilitasi fungsi sosial dan pekerjaan penderita. Teknik yang dilakukan juga bermain peran pada situasi di rumah yang diprediksi dapat menyebabkan kekambuhan. Anggota keluarga juga diharapkan aktif untuk mendukung dan menjembatani hubungan antara penderita dan lingkungan sosial sekitarnya (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

4. *Psychoeducational Multifamily Group (PMFG)*

Modifikasi dari model psikoedukasi pada penderita skizofrenia adalah *psychoeducational multifamily group* (PMFG) yang melibatkan banyak keluarga secara bersamaan. Keluarga skizofrenia cenderung mendapat stigma negatif, dikucilkan dari masyarakat, masalah finansial, dan *burden* yang mempersulit keluarga tersebut. PMFG mengatasi masalah ini karena melibatkan komunitas yang lebih besar, menghubungkan antar keluarga, dan memberi kesempatan saling berbagi informasi dengan keluarga lain.

Antar keluarga juga lebih mudah saling mempercayai karena memiliki kesamaan nasib. Rasa kepercayaan diri dan harapan akan meningkat karena keluarga saling merefleksikan diri terhadap pencapaian keluarga lain sehingga diharapkan lebih kooperatif dalam melanjutkan terapi (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

McFarlene dkk (1972), membandingkan efektifitas model psikoedukasi *single-family* dan PMFG. Dalam periode 2 tahun, 16% penderita yang mendapatkan PMFG mengalami kekambuhan dan 27% pada kelompok kontrol (*single-family*). Selain kekambuhan yang dinilai melalui rehospitalisasi ditemukan juga perbaikan gejala serta peningkatan fungsi sosial dan pekerjaan. *Burden* objektif dan subjektif pada pelaku rawat membaik dan keluarga lebih puas terhadap pencapaian penderita. Dari segi finansial PMFG menurunkan biaya kesehatan hingga 83% (Lefley, 2009).

PMFG memiliki 3 fase, fase pertama yakni *joining* yang serupa dengan model psikoedukasi *single-family*, perbedaannya terletak pada tahap *workshop* PMFG dilakukan simultan oleh banyak keluarga. Fase kedua meliputi peningkatan fungsi penderita pada komunitasnya, termasuk rehabilitasi sosial dan vokasional. Fase ketiga fokus pada kontak penderita dengan lingkungan sosial dan pengawasan psikofarmaka dalam waktu lama (Lebow, 2005).

4.1. *Joining*

Pada fase *joining* PMFG, diperlukan minimal tiga keluarga yang akan memilih ketua grup untuk bertemu dengan setiap anggota keluarga. Pertemuan ini diikuti pertemuan terpisah dengan penderita skizofrenia dalam keluarga tersebut. Fase *joining* dilakukan secepatnya, dalam 48 jam setelah fase akut. Jarak antara *joining* dan *workshop* tidak boleh lebih dari 3 minggu, apabila *workshop* terjadwal lebih lama maka fase *joining* harus ditambahkan lagi (Lebow, 2005).

Tugas terapis adalah membangun *rapport*, menjadi pemandu dan penghubung antar keluarga dan antar anggota keluarga, serta memberikan *feedback* dan informasi terkait skizofrenia bila diperlukan. Setiap sesi dimulai dan diakhiri dengan sosialisasi sehingga dapat mengurangi kecemasan, mempererat kerjasama, memberikan informasi dan ketertarikan diluar dari skizofrenia. Terapis juga harus menghargai pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki keluarga selama berinteraksi dengan penderita, tidak menyalahkan keluarga sebagai penyebab kekambuhan, serta terus mengulangi manfaat keikutsertaan keluarga. Keluarga diberi kesempatan untuk mengekspresikan rasa marah, kehilangan, frustrasi, tidak berdaya, rasa bersalah, serta rasa tidak nyaman lain terkait penderita sehingga terapis dapat menunjukkan perhatian dan empatinya (Lebow, 2005).

Pada pertemuan awal, yang dibahas adalah mengenai krisis yang dialami keluarga pada fase akut dan membuat keluarga mengetahui fase prodromal atau tanda kekambuhan skizofrenia. Pertemuan ini juga membahas mengenai reaksi dan upaya keluarga saat mengatasi krisis serta siapa saja yang berperan pada fase tersebut. Pertemuan kedua membahas dampak skizofrenia terhadap setiap anggota keluarga. Anggota keluarga dapat menyampaikan perasaannya dan ketua grup memberikan dukungan dan respon positif terhadap hal yang telah dilakukan oleh keluarga. Terapis mengobservasi interaksi antar anggota keluarga, antara keluarga dan lingkungan, dukungan sosial masyarakat, serta pengalaman keluarga dengan sistem kesehatan. Terapis juga mengobservasi pekerjaan, hobi, sekolah, dan institusi lain yang membantu keluarga sehingga dapat menyusun genogram yang melibatkan anggota keluarga lain, teman, dan tetangga (Lebow, 2005).

Pada pertemuan terakhir dilakukan diskusi mengenai tujuan akhir yang ingin dicapai. Terapis mempersiapkan keluarga untuk bertemu dengan keluarga dari grup lain. Terapis juga dapat menjadwalkan sesi tambahan untuk mengakrabkan antar keluarga, terutama bila ditemukan adanya anggota keluarga yang masih malu dan kurang percaya diri ketika berbicara dalam kelompok (Lebow, 2005).

4.2. Educational workshop

Fase *educational workshop* PMFG serupa dengan model psikoedukasi *single-family* hanya saja dilakukan oleh 5-8 keluarga secara bersamaan. Aspek penting dari tahap ini adalah memberikan harapan pada keluarga bahwa skizofrenia memang penyakit yang berat dan sulit, tetapi akan lebih mudah diatasi bila keluarga mengerti cara mengatasinya. Tugas terapis yang cukup sulit pada fase ini adalah membuat setiap anggota keluarga mau terlibat dan berpartisipasi aktif pada penatalaksanaan skizofrenia. Pada akhir fase ini diharapkan keluarga merasa optimis terhadap PMFG sehingga mau melanjutkan ke fase selanjutnya karena rentan terjadi *drop-out* (Lebow, 2005).

4.3. Fase Lanjutan PMFG

Pada tahap ini dilakukan pertemuan rutin setiap dua minggu, selama 90 menit, dipandu oleh dua terapis, dan diikuti oleh 5-8 penderita dan keluarganya secara simultan. Terapis melatih keluarga agar memiliki strategi pemecahan masalah terkait perilaku penderita, kesulitan dari tugas ini adalah mencari solusi tepat yang dapat diterima dan sesuai dengan nilai yang dianut oleh keluarga. Tahap ini sebaiknya dilakukan dengan pelan karena memerlukan kepercayaan dan empati setiap anggota kelompok. Setiap anggota juga diberi kepercayaan dan dirangsang untuk proaktif dalam diskusi, terapis

hanya berperan memandu dan mengarahkan jalannya diskusi (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

5. Kendala pada Model Psikoedukasi

Setiap keluarganya memiliki latar belakang yang bervariasi berdasarkan kultur dan nilai yang dianut. Sering terjadi benturan kultur antar keluarga yang akan memicu perpecahan dalam kelompok. Terapis harus kreatif, sensitif, dan fleksibel dalam menghadapi berbagai benturan terkait kultur yang dibawa keluarga. Terkadang ada anggota PMFG yang kurang aktif dalam terapi, sementara yang lain mendominasi, terapis harus mampu mendorong dan mengarahkan diskusi sehingga kesempatan berbicara tidak didominasi oleh beberapa pihak. Mitos-mitos terkait skizofrenia dan rendahnya tingkat pendidikan akan mempengaruhi perilaku pengobatan keluarga dan mempersulit kelanjutan terapi sehingga edukasi yang disampaikan sebaiknya dalam bahasa yang mudah dipahami keluarga. Terapis dapat memeriksa kembali dengan meminta keluarga mengulangi hal-hal yang telah dipelajari pada diskusi setiap sesi (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

Model psikoedukasi yang berlangsung minimal tiga tahun dan harus diikuti oleh setiap anggota keluarga dapat memicu *drop-out*. Setiap akhir sesi terapis harus mengulang manfaat dan target yang akan dicapai keluarga, serta menyampaikan kemajuan terapi sehingga minat keluarga terus ada. Minimnya sistem pembiayaan kesehatan di negara Asia yang tidak memiliki dana untuk layanan rehabilitatif juga menjadi kendala. Terapis dapat melakukan kerjasama lintas sektoral dengan perusahaan, lembaga masyarakat, ataupun komunitas lain (Lebow, 2005; Lefley, 2009).

PENUTUP

Penatalaksanaan skizofrenia saat ini lebih berbasis komunitas dan keluarga menjadi pelaku rawat utama penderita, sehingga klinisi harus mampu memahami dan mendukung keluarga. Terapi keluarga dapat menurunkan angka kekambuhan, rehospitalisasi, dan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Terapi keluarga yang dianggap cocok diterapkan di negara Asia adalah model psikoedukasi karena bersifat *multifamily*, relatif sederhana, dan dapat dilakukan secara simultan. Model ini membuat keluarga mampu berfungsi lebih optimal, beradaptasi secara baik, menurunkan stres, stigma, dan isolasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Asen E. (2002) Outcome Research in family therapy. *Advances in psychiatric treatment journal*; 8:230-238. <http://apt.rcpsych.org/content/8/3/230.full>
- Ayuso-Mateos JL. (2006) Global Burden of Schizophrenia in the year 2000: Version 1 estimates World Health Organization Draft 15-08-06. *Global Program on Evidence for Health Policy (GPE)*.
- Bellack AS., Haas GL., Schooler NR., et al. (2000) Effects of Behavioral Family Management on Family Communication and Patient Outcomes in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 177: 434-439.
- Bustillo JR., Laurellio J., Horan WP., et al. (2001) The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *American Journal of Psychiatry* 158: 163-175.
- Cannavan J. (1999) The Role of the Family in Schizophrenia. *Trinity Student Medical Journal*. Diunduh dari <https://www.tcd.ie/tsmj/2000/Schiz.html>
- Chakrabarti S. (2011) Family Intervention in Schizophrenia : Issues of Relevance for Asian Countries. *World Journal of Psychiatry Vol.1 no.1 2011*. p.4-7. www.wjgnet.com/2220-3206office
- Chwalisz K (1992) Perceived Stress and Caregiver Burden after Brain Injury: A Theoretical Integration. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 37, No. 3, 1992. pp 189-203.
- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. (1993) *Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III cetakan pertama*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Falloon IRH, Pederson J. (1985) Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: The Adjustment of the Family Unit. *British Journal of Psychiatry*. 147, 156-163
- Gabbard GO. (2014) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice 5th edition*. London : American Psychiatric Publishing.
- Lebow JL. (2005) *Handbook of Clinical Family Therapy*. Hoboken New Jersey : John Wiley and Sons Inc.

- Leff J, Berkowitz R, Shavit N, et al. (1989) A trial of Family Therapy v.a Relatives Group for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 154, 58-66. Diunduh dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2131140
- Lefley H.P. (2009) *Family Psychoeducation for Serious Mental Illness*. New York : Oxford University Press.
- Maslim R. (2007) *Panduan Praktis Penggunaan Klinis Obat Psikotropik*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atma Jaya.
- Pfammater M, Junghan UM, Brenner HD. (2006) Efficacy in Psychological Therapy in Schizophrenia : Conclusions from Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* vol 32 no.s1 pp.S64-880
- Sadock BJ, Sadock VA, & Ruiz P. (2009) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition*. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarosa YS, Muhdi N. (2012) *Pemberdayaan Keluarga pada Penatalaksanaan Skizofrenia*. Surabaya : Psikiatri FK Unair.
- Sholevar GP, Schwaeri LD. (2003) *Textbook of Family and Couples Therapy Clinical Applications*. American Psychiatric Publishing Inc. Wahington DC.
- Sugijanti AP, Margono H. (2014) *Family Therapy*. Surabaya : Psikiatri FK Unair.
- Ukpong D., (2011). Burden and Psychological Distress Among Nigerian Family Caregivers of Schizophrenic Patients : The Role of Positive and Negative Symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry* vol 22. p.1-5. Diunduh dari www.turkpsikiyatri.com/PDF/C23S1/en/06.pdf
- Viora E. (2015) *Arah Kebijakan Rehabilitasi Psikososial pada ODGJ*. Dipresentasikan pada seminar dan lokakarya Jaring Rehabilitasi Psikososial Indonesia, Surabaya
- Weinberger DR, Harrison PJ. (2011) *Schizophrenia 3rd edition*. UK : Wiley and Blackwell.
- Wickham S, Taylor P, Shevlin M, et al. (2014) The Impact of Social Deprivation on Paranoia, Hallucinations, Mania, and Depression: The Role of Discrimination Social Support, Stress and Trust. *Plos One*. Vol 9 : 8 e105140.