

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Myra Edwina Sukamto* Hanafi Muljohardjono**

ABSTRACT

The schizotypal personality can be thought of as spanning a continuum from healthy to pathological, where in the schizotypal personality style is closer to the healthy end and the schizotypal personality is on the pathological end. Schizotypal personality disorder is a disorder that is genetically related to schizophrenia. Schizotypal personality disorder clinically characterized by traits: ideas of reference, excessive social anxiety, magical thinking, unusual perceptual experiences, eccentric behavior or appearance, no close or a trusted friends, speaking strange, restricted affect, and having a suspicion. There is a similar picture of Schizoid Personality Disorder and Avoidant Personality Disorder with Schizotypal Personality Disorder, but its intensity is greater. In the development of this both personality disorder is naturally formed structural subtypes variations, which may be a combination of these or not, these are: Insipid Schizotypal and Timorous Schizotypal. Management of Schizotypal personality disorder is very difficult, where the success is highly dependent on the severity of the thinking process disruption. Psychotherapy combined with medication will likely prove to be the most effective treatment.

Key word : Schizotypal personality disorder

* Dokter umum, peserta PPDS I Ilmu Kedokteran Jiwa Departemen/SMF Ilmu Penyakit Jiwa FK Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

** Guru Besar, Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa/Psikiater (Konsultan), Dokter Spesialis Saraf, Staf pengajar pada Departemen/SMF Ilmu Penyakit Jiwa FK Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

SEJARAH , EPIDEMIOLOGI DAN ETIOLOGI

Kepribadian skizotipal dapat dianggap sebagai sebuah *continuum* dari kondisi sehat menuju patologis, dengan ciri kepribadian skizotipal di ujung akhir titik sehat dan gangguan kepribadian skizotipal pada akhir titik patologis (Sperry, 2003). Kraepelin dan Bleuer adalah yang pertama kali mengobservasi pasien *non-psychotik* yang berhubungan dengan skizofrenia dimana menunjukkan gejala dan tanda seperti *mild schizophrenia*, antara lain : defisit dalam domain kognitif, interpersonal dan afektif yang kemudian digambarkan sebagai konsep *schizotype*. Istilah *schizotype* diciptakan oleh Rado sebagai singkatan dari skizofrenia genotipe, yaitu seseorang yang mempunyai gen skizofrenia di keluarganya, tanpa memandang orang tersebut mengalami gejala skizofrenia atau tidak. Menurut Rado, *schizotype* memiliki potensi untuk menjadi gejala-gejala yang dapat diamati dari suatu

penyakit, meskipun mungkin tidak pernah terjadi. Rado melihat pola skizotipal tidak selalu tetap tetapi dapat mengalami kemajuan, kemunduran, keadaan kompensasi dan bila sangat berat mengalami keadaan dekompensasi. *Schizotype* kompensasi akan menjalani hidup tanpa pernah mengalami episode psikotik. *Schizotype* dekompensasi akan menjadi skizofrenia, tapi mungkin bisa kembali ke keadaan kompensasi setelah diberikan pengobatan yang tepat (Veague, 2007). Berdasarkan beberapa studi dan terdapatnya disfungsi serius dari domain-domain tersebut, lahirlah gangguan kepribadian skizotipal secara resmi (Fung, 2007)

Data prevalensi menunjukkan bahwa gangguan kepribadian skizotipal terjadi pada sekitar 3 persen dari keseluruhan populasi di Amerika Serikat. Rasio jenis kelamin lebih sering pada laki-laki daripada perempuan. Paling sering terjadi bersama dengan gangguan kepribadian skizoid, *borderline*, *avoidant* dan paranoid. Gangguan pada Axis I tersering adalah gangguan depresif mayor, gangguan psikotik akut dan fobia sosial (First & Tasman, 2005). Tidak didapatkan data terbaru tentang prevalensi dari gangguan ini pada populasi klinis (Veague, 2007).

Etiologi terjadinya gangguan kepribadian skizotipal adalah:

1. Genetik : Kasus terbanyak berhubungan secara biologis dalam keluarga dari pasien skizofrenia, dan insiden tertinggi terdapat pada kembar monozigotik daripada kembar dizigotik (Saddock & Saddock, 2007).

2. Lingkungan dan sosial

- a. Pengaruh lingkungan dan sosial prenatal dapat mempercepat ataupun sebaliknya terhadap perkembangan perubahan struktural dan fungsional otak di daerah frontal, temporal, dan limbik, yang akhirnya dapat menimbulkan kelainan psikologis pada kognisi.

- b. Pengaruh lingkungan dan sosial postnatal seperti adanya kekerasan fisik, penelantaran, kemiskinan, diskriminasi akan berkontribusi pada penurunan fungsi otak, yang secara langsung juga dapat mengakibatkan gangguan kognitif dan afektif (Green, 2008), serta terjadinya kepribadian skizotipal dan perilaku antisosial 14-20 tahun kemudian (Raine, et al, 2003).

DIAGNOSIS

Menurut Kriteria DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised 4 Edition) Gangguan Kepribadian Skizotipal adalah:

- A. Merupakan sebuah pola yang penuh dengan defisit interpersonal dan sosial yang ditandai dengan ketidaknyamanan akut dan penurunan kapasitas dari hubungan dekat yang disebabkan oleh distorsi kognitif dan persepsi dan perilaku yang eksentrik, dimulai pada masa muda dan bermanifestasi melalui berbagai macam cara, seperti lima (atau lebih) hal-hal berikut ini :

1. *Ideas of reference* (tidak termasuk *delusion of reference*)
 2. Kepercayaan aneh atau pemikiran magis yang mempengaruhi perilaku dan tidak sesuai dengan norma-norma kebudayaan (misal: *superstitiousness* (percaya takhayul) , *clairvoyance* (nujum) , telepati , atau “indera keenam” , pada anak-anak dan remaja , fantasi yang aneh atau preokupasi)
 3. Pengalaman persepsi yang tidak biasa, misalnya ilusi tubuh
 4. Pemikiran dan pembicaraan yang aneh (misal: samar-samar, situasional, metafora, sangat terinci dan ruwet (*overelaborate*), dan stereotipik)
 5. Kecurigaan atau ide paranoid
 6. Afek yang tidak tepat atau terbatas
 7. Perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik, atau ganjil
 8. Kurangnya teman dekat atau kerabat selain yang dipercayainya
 9. Kecemasan sosial berlebihan yang tidak hilang dengan keakraban dan cenderung untuk berhubungan dengan ketakutan serta penilaian negatif tentang diri sendiri.
- B. Tidak terjadi selama perjalanan skizofrenia, gangguan mood dengan gejala psikotik, atau gangguan psikotik lain, dan tidak terjadi akibat efek fisiologis langsung dari pengobatan medis. Dan sebagai catatan individu harus tidak pernah memenuhi kriteria skizofrenia dalam stadium manapun (First & Tasman, 2005).

Diagnosis dapat diperkuat dengan

Wawancara.

Menurut Othmer & Othmer (2002) wawancara pada individu gangguan kepribadian skizotipal biasanya memunculkan pernyataan mengejutkan dan ide-ide aneh. Mendengar dengan empati biasanya cukup untuk mendukung terbentuknya *Rapport* (Sperry,2003).

Data Tes Psikologis (Psychological Testing Data)

Pada *Minnesota Multiphase Personality Inventory* (MMPI-2) skala F (frekuensi) dan O (introversi sosial) individu skizotipal kemungkinan akan meningkat dan pada *Rorschach Psychodiagnostic Test* memiliki catatan yang lebih mirip dengan penderita skizofrenia dan individu gangguan kepribadian borderline daripada individu skizoid (Sperry, 2003).

Schizotypal Personality Questionnaire—Brief Form (SPQ-B), terdiri dari 22 item *self-report* dengan 8 item *Cognitive-Perceptual*, 8 item *Interpersonal* , dan 6 item *Disorganization* sub skala (Fonseca-Pedrero, et all, 2009)

Wisconsin Schizotypy Scales telah banyak digunakan dalam studi cross-sectional dan longitudinal untuk pasien psikotik dan *psychosis-prone*. Terdiri dari 30 item *The magical Ideation Scale* yang menekankan pada kepercayaan tidak masuk akal atau penyebab yang tidak valid, 35 item *Perseptual Aberasi Scale* yang menekankan pada persepsi *skizophrenic-*

like dan distorsi tubuh, 61 item *Phycal Anhedonia Scale* yang menekan pada defisit kesenangan indera dan estetika, dan 40 item *Revised Sosial Anhedonia Scale* yang menekankan pada *asociality* dan ketidakpedulian kepada orang lain (Kwapil, et al, 2008).

VARIASI GANGGUAN KEPERIBADIAN SKIZOTIPAL

Berdasar kedekatannya antara kepribadian skizoid dan *avoidant* (menghindar) terdapat 2 subtype model yaitu : (Millon, 2004).

1. *Skizotipal Insipid* : mewakili struktural yang berlebihan dari pola pasif-terpisah, merupakan fitur kepribadian skizoid. *Skizotipal Insipid* tidak memiliki hubungan dengan dunia luar, pasif, memiliki pengalaman bahwa pikiran dan tubuh mereka terpisah atau dipisahkan (*depersonalisasi*). Proses kognitif tampak tidak jelas, kabur, dan tangensial.

2. *Skizotipal Timorous* : menunjukkan struktural yang berlebihan dari pola aktif-terpisah. Fitur dari kepribadian *avoidant*. Mengembangkan penilaian kepribadian *avoidant* yang berlebihan dan *hypervigilance* sehingga menjadi tertarik pada hal-hal yang aneh, berfokus pada hal-hal yang tidak relevan, berperilaku takhayul atau melakukan ritual-ritual. Menghidupkan fantasi menjadi persepsi di luar kelima panca indera, sehingga tercipta dunia batin baru seperti fantasi magis, ilusi, hubungan telepati, dan pikiran aneh lainnya yang dirasakan merupakan kehidupan yang lebih baik dan bermanfaat daripada yang ditemukan dalam kenyataan.

GAMBARAN KLINIS

Gambaran klinis gangguan kepribadian skizotipal dapat ditinjau dari perspektif biologi, psikodinamik, interpersonal, kognitif dan *Evolusionanary-Neurodevolepment*.

1. Perspektif Biologi

Penelitian teknologi baru yang dikembangkan seperti tomografi dan *magnetic resonance imaging* (MRI) yang berfokus pada kelainan struktural otak penderita skizofrenia, didapatkan bahwa pada penderita skizofrenia dan skizotipal keduanya memiliki kelainan struktural dan fungsional didaerah otak frontal dan temporal, terdapat pelebaran ventrikel dan terdapat atrofi jaringan otak. Adanya distorsi kognitif yang merupakan dasar dari gangguan kepribadian skizotipal berhubungan sangat penting dengan neurotransmitter. Pada Skizofrenia dan skizotipal telah terjadi disregulasi dari neurotransmitter yaitu dopamin (Trotman, H.,et al, 2006). Penelitian terkini tentang “ hipotesis Dopamin ” menunjukkan bahwa kenaikan level kimia dalam darah yang ditandai oleh aktivitas dopamin di dalam otak terkait dengan gejala positif pada gangguan kepribadian skizotipal. Menggabungkan temuan anatomi dan penelitian neurotransmitter diketahui bahwa pada gangguan kepribadian skizotipal, kelainan pada struktur otak akan menunjukkan gejala negatif sedangkan peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik akan menunjukkan gejala positif (Millon, 2004).

2. Perspektif psikodinamik

Menurut pandangan klasik, skizotipal terjadi karena regresi pada tahap perkembangan sebelum ego dibentuk untuk mencapai kestabilan. Dimana tingkat yang lebih primitif ditandai dengan episode psikotik sementara. Skizotipal memiliki dunia internal yang sangat tidak terintegrasikan, sering bertentangan antara memori, persepsi, impuls, dan perasaan. Akibatnya, sering tampak berafek labil atau neurotik. Ketika tuntutan sosial dan harapan sangat menekan, mereka mungkin menggunakan kecenderungan untuk hanyut dalam dunia lain, dapat membuat mereka memutuskan hubungan sosial untuk periode lama, di mana mereka menjadi bingung dan tanpa tujuan, menampilkan afek yang tidak sesuai, pemikiran paranoid, berkomunikasi yang aneh dan *metaphorical* (Millon, 2004)

Skizotipal banyak memiliki *residu* superego, disebut *introjects* yang merupakan gambaran citra diri yang terfragmentasi. Karena “dunia” mereka subjektif, sering didapatkan pertanda indra keenam, hal-hal tak terduga sebagai aspek metafisik dunia mereka, beberapa pemikiran magis, keyakinan aneh dan perilaku ritualistik yang dapat dilihat sebagai takhayul serta tindakan yang bersinggungan dengan roh (Millon, 2004).

Orang tua individu skizotipal gagal untuk menyediakan kedekatan dan kehangatan emosional yang cukup dan mungkin mengkritik dan menghukum. Faktor-faktor ini mungkin menimbulkan hipersensitivitas sosial yang nampak sebagai mekanisme pertahanan termasuk proyeksi pada ketakutan dan kemarahan eksternal, preokupasi dengan pemikiran magis dan intelektualisasi untuk menurunkan stimulasi berlebihan pada emosi dan penyangkalan histerikal untuk menyingkirkan interaksi sosial yang tidak diinginkan untuk kemudian di rasionalisasikan. Emosi pada umumnya terbatas, tetapi ketika di ekspresikan cenderung *inappropriate*. (Sperry, 2003)

3. Perspektif Interpersonal

Pada skizotipal, perilaku interpersonal dan gaya kognitif terkait erat dan saling bekerja sama untuk membentuk gangguan. Tidak adanya interaksi sosial, menunjukkan kecanggungan secara sosial dan menampilkan bentuk pribadi yang aneh. Keterasingan dari diri dan orang lain memberikan kontribusi terjadinya *depersonalisasi*, *derealisasi*, dan *disosiasi*. Ucapan *circumstantial*, berliku-liku, tidak terduga, tidak jelas dan *metaphorical*, sering tampak eksentrik atau ganjil, melakukan kejanggalan yang menakutkan bagi orang lain, bahkan mengatakan bahwa mereka bisa mengontrol nasib seseorang sehingga dirasakan sebagai hal yang aneh oleh orang lain. Setelah dewasa, tertarik/ menyukai profesi marginal, mungkin sebagai peramal atau astrologi, karena sepertinya mereka mendapat firasat/pengetahuan khusus dari Ilahi, dan akan menyajikannya pada klien-klien mereka (Millon, 2004).

4. Perspektif kognitif

Gangguan dalam produktivitas bicara dan komunikasi dianggap inti dari gangguan skizotipal. Pada keadaan yang berat, penyimpangan kognitif dapat terlihat melalui penggunaan kata yang tidak wajar atau aneh, kadang-kadang tampak autisme, seolah-olah beberapa logika internal tidak diketahui orang lain. Cenderung mudah mengalihkan perhatian yang bisa berubah ke topik lain secara tiba-tiba. Oleh karena itu individu skizotipal berkinerja buruk dalam tugas-tugas yang perlu mempertahankan atensi. Skizotipal sering bertindak berdasarkan informasi yang diterima dari sumber keanehan mereka sendiri yang disebut penalaran emosional, dimana menganggap emosi negatif otomatis memerlukan beberapa penyebab eksternal negatif yang dapat dijelaskan. Sebagai contoh, skizotipal mungkin menerima undangan makan malam dari seorang kenalan yang mengendarai sebuah mobil putih, karena indera keenam mereka mengatakan mobil putih melambangkan kemurnian dan kebaikan, tetapi menolak undangan serupa dari seorang kenalan yang mengendarai mobil hitam (Millon, 2004).

5. Perspektif *Evolusionary-Neurodevelopment*

Teori evolusi kepribadian menyatakan bahwa kepribadian skizotipal merupakan suatu sindrom kelanjutan dari gangguan kepribadian skizoid dan gangguan kepribadian *avoidant*. Dengan demikian etiologi dan perkembangan determinan dari gangguan skizotipal akan mirip dengan gangguan skizoid dan *avoidant*, tetapi dengan intensitas yang lebih besar. Menurut teori evolusi, gejala negatif dari skizotipal dapat dilihat dan membesar-besarkan sikap apati sosial pada skizoid sedangkan gejala positif dapat dilihat dan membesar-besarkan pada *avoidant*.

Skizotipal yang berbasis skizoid berubah menjadi pemikir yang terkucil, terasing dari orang lain dan menjadi anggota masyarakat yang marjinal. Seiring waktu, perilaku sosial menjadi di bawah kendali fantasi pribadinya. Pikiran mereka dibiarkan berkelana tanpa disesuaikan dengan logika dan pengendalian komunikasi sosial serta aktivitas yang bersifat timbal balik, sehingga mereka beralih ke fantasi tidak nyata. Setidaknya, hal ini mungkin dapat mengisi kekosongan dan menunjukkan “keberadaan” mereka sebagai figur pokok. Skizotipal berbasis *avoidant* berupaya untuk meminimalkan kesadaran atas ketidaknyamanan eksternalnya, berfantasi, merenung, *self defeating* dan *self-reproval*. Tidak hanya konflik batin yang terus menerus, tetapi mereka juga menghabiskan banyak waktu untuk mengingat dan menduplikasi peristiwa yang menyakitkan di masa lalu. Dalam upaya untuk melawan pikiran-pikiran batin yang menekan, mereka berusaha untuk memblokir dan menghancurkan kejernihan kognitif (Millon, 2004).

GANGGUAN AXIS I TERKAIT KEPERIBADIAN SKIZOTIPAL

1. Disosiatif

Depersonalisasi biasa terdapat pada skizotipal. Perasaan itu berasal dari meningkatnya pemisahan sosial yang mencegah mereka dari hubungan yang bermakna dengan orang lain. Mungkin juga mencerminkan sebuah upaya untuk meninggalkan kenyataan yang memalukan dan merendahkan dengan melarikan diri dari “keberadaan”nya. Beberapa tampak kehilangan identitas pribadi dalam samudera mistik. Pengalaman ini biasanya dianggap menyenangkan, bukan menakutkan (Millon, 2004).

2. Sindrom Psikotik : Tanpa adanya stresor, skizotipal masih dapat mempertahankan tingkat fungsi mereka. Tetapi pada saat usaha mengatasi masalah itu gagal, skizotipal mungkin meninggalkan upaya untuk mempertahankan kontak dengan kenyataan dan dapat mengalami dekomposisi serta terjadi deteorisasi menjadi gangguan psikotik, tetapi biasanya ringan (Saddock & Saddock, 2007).

3. Depresi : Individu kepribadian skizotipal dengan kasus gangguan yang berat, dapat menampilkan *anhedonic*, depresi berat dan kecemasan. Dengan sering timbulnya gejala-gejala ini, menyebabkan penderita mencari pengobatan dari pada adanya gejala yang lain (Veague, 2007).

DIAGNOSIS BANDING

- Gangguan kepribadian skizoid ditandai dengan adanya penarikan diri dari pergaulan sosial, tidak menginginkan hubungan interpersonal, pembatasan afek dan preokupasi dengan fantasi, tetapi tidak didapatkan keanehan dalam perilaku seperti pada gangguan skizotipal
- Gangguan kepribadian *avoidant* ditandai dengan penarikan secara sosial karena ketidakpercayaan terhadap orang lain, kurang percaya diri, takut dikritik dan ditolak. Bukan sebuah tendensi mencari keterpisahan dari dunia luar seperti pada gangguan skizotipal.
- Gangguan kepribadian paranoid ditandai dengan tingkat kecurigaan terhadap orang lain, percaya bahwa orang lain berusaha mengendalikan mereka, tetapi tidak didapatkan keanehan yang jelas pada keyakinan dan pikiran yang sangat berbeda dengan gangguan skizotipal
- Gangguan kepribadian borderline ditandai dengan emosi yang labil berpusat pada kemarahan dan kekhawatiran ditinggalkan
- Skizofrenia harus dipertimbangkan karena kemiripannya, tetapi adanya gejala psikotik yang konsisten/terus menerus dan gambaran lain dari skizofrenia akan memperjelas perbedaan (Saddock&Saddock, 2007). Pada beberapa kasus,di kemudian hari, gejala gangguan kepribadian skizotipal dapat dimengerti sebagai prodromal dari skizofrenia (First & Tasman, 2005).

PENATALAKSANAAN

Masalah sosial kasus skizotipal jelas amat kompleks, karena fungsi psikiater yang juga terikat pada asas *non interonisif*. Namun jika ada tugas advokasi, perlulah fungsi

psikiater sebagai *helper of people change* dibedakan dari tugas pembuat rekomendasi untuk suatu masalah sosial (Muljohardjono & Margono, 2007)

1. Psikoterapi

Skizotipal mungkin salah satu gangguan kepribadian yang jarang mendatangi terapis dan paling mudah untuk diidentifikasi tetapi paling sulit ditata laksana dengan psikoterapi (Millon, 2004). Pasien skizotipal dapat ditolong dengan psikoterapi individual (suportif-ekspresif), psikoterapi kelompok dinamika atau kombinasi keduanya dan yang tidak berfungsi baik juga memerlukan pelatihan kemampuan sosial, pendidikan ulang serta berbagai macam dukungan sosial. (Gabbard, 2009).

a. Psikoterapi Individual

Pasien skizotipal yang perilakunya aneh (*bizarre*) atau yang memiliki pemikiran psikotik, terapi individual ini adalah modalitas yang lebih dipilih. Tujuan terapi adalah menyediakan hubungan baru untuk di internalisasi yang langsung dan sederhana. Terapis harus memiliki kesabaran luar biasa, sikap yang permisif dan menerima komunikasi non verbal yang menyediakan informasi penting tentang pasien serta dituntut untuk menerima proyeksi pasien tanpa menunjukkan *countertransference* (Gabbard, 2009).

b. Psikoterapi Kelompok Dinamika.

Pemberian terapi kelompok berorientasi untuk menolong pasien bersosialisasi, dimana pasien skizotipal mengalami kesulitan dalam hal ini. Hubungan dan pernyataan dari pasien-pasien lain dan dengan terapis meruntuhkan keyakinan akan bagaimana orang lain akan bereaksi terhadapnya. (Gabbard, 2009).

2. Terapi Pernikahan dan Terapi Keluarga

Laporan klinis terapi pernikahan atau keluarga pada pasien skizotipal belum ada. Secara umum, pasien skizotipal yang melakukan pernikahan cenderung memiliki masalah perasaan, baik ketidakpekaan atau terlalu peka terhadap perilaku pasangannya. Tugas pertama klinisi pada terapi pasangan adalah untuk menilai tingkat dan menyeimbangkan antara dua perasaan tersebut (Sperry, 2003).

3. Farmakoterapi

Obat antipsikotik mungkin responsif dan bermanfaat dalam menangani gejala adanya *idea of reference*, ilusi, dan gejala lain pada gangguan serta dapat digunakan dalam hubungannya dengan psikoterapi. Antidepresan sangat berguna ketika ada komponen depresi pada gangguan kepribadian skizotipal (Sadock & Sadock, 2007)

4. Pendekatan Tatalaksana Gabungan dan Terpadu

Strategi yang paling sering digunakan adalah menggabungkan obat dan psikoterapi, juga dianjurkan pelatihan keterampilan sosial sebagai tambahan untuk mendukung

psikoterapi atau menggabungkan terapi kelompok dengan psikoterapi individu. (Sperry, 2003).

RINGKASAN DAN PENUTUP

Kepribadian Skizotipal sering dideskripsikan sebagai sesuatu yang aneh, eksentrik, tampak larut dalam dunianya sendiri dan mengalami gejala positif dan gejala negatif. Kepribadian Skizotipal diletakan pada dasar yang berkontinum dengan skizofrenia yang disebut *schizotypy*. Menurut Rado, skizotipal bisa berfluktuasi antara bentuk kompensasi dan dekompensasi untuk menjadi skizofrenia, bahkan mungkin dapat menjalani kehidupan normal. Meskipun gangguan kepribadian skizotipal tergolong berat, tetapi paling mampu dicegah ke tahap dekompensasi yang lebih serius dan terdapat varian normal di masyarakat. Terdapat gambaran yang mirip antara gangguan kepribadian skizoid dan gangguan kepribadian *avoidant* dengan gangguan kepribadian skizotipal, yang dalam perkembangannya membentuk variasi subtype struktural secara alami, dimana pada kasus nyata dapat merupakan satu dari kombinasi ini atau bukan yaitu: Skizotipal *Inspid* dan Skizotipal *Timorous*. Penatalaksanaan Gangguan Kepribadian Skizotipal sangat sulit, kesuksesan sangat tergantung pada tingkat keparahan dari gangguan proses berpikir. Psikoterapi dikombinasikan dengan obat mungkin akan terbukti menjadi tatalaksana yang paling efektif. Dimana keberhasilan pendekatan tatalaksana gabungan rata-rata 3 tahun kemudian dengan perubahan besar yang dicatat adalah adanya pengurangan gejala.

DAFTAR PUSTAKA

- First, MB., & Tasman, A. (2005), DSM-IV-TR Mental Disorder, Diagnosa, Etiology, and Treatment, John Wiley & Sons, Ltd, p.1243-1245
- Fonseca-Pedrero E, Paño-Piñeiro M, Lemos-Giráldez S et all (2009), Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire—Brief Form in adolescents, *Schizophrenia Research*, 111. P. 53–60. Diunduh dari <http://SchizophreniaResearch.ScienceDirect.org/> by guest pada tanggal 9 februari 2012
- Fung, N S., (2007), City University of Hong Kong, Gender, Cognitive, Social function, Social Cognitive, Social Skills in Schizotypal Personality Disorder of General Populatuion, p. 1-71. Diunduh dari <http://schizotypaldisorder.webs.com/SPD%20in%20general%20population%20%282007%29.pdf> / by guest pada tanggal 8 April 2012
- Gabbard, GO., (2009). Schizoid and Schizotypal Personality Disorder in *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 4th Ed.* amer Psychiatric Pub Inc, Washington p.412
- Green, MJ. (2008), Schizotypal personality models, School of Psychiatry, University of New South Wales& Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick, *Schizophrenia Bulletin*, p.2-7. Diunduh dari <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/> by guest padatanggal 8 Februari 2012
- Kwapil, TR., Barrantes-Vidal, N., and Silvia,PJ. (2008), The Dimensional Structure of the Wisconsin Schizotypy Scales: Factor Identification and Construct Validity, *Schizophrenia Bulletin vol. 34 no. 3* p.444–457. Diunduh dari <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/> by guest padatanggal 8 Februari 2012
- Millon, T. (2004), *Schizotypal Personality , Personality Disorders in Modern Life second edition*, John Wiley & Sons, Inc. P.403-434.

- Muljohardjono, H. & Margono, HM. (2007), *Kebijakan Praktis dalam Observasi Masalah-masalah Perilaku*, Jengala Pustaka Utama. p.50-253.
- Raine, A., Mellingen, DK., Jianghong Liu, MA., Venables P., & Mednick, SA. (2003), Effects of Environmental Enrichment at Ages 3–5 Years on Schizotypal Personality and Antisocial Behavior at Ages 17 and 23 Years, *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: p.1627–1635. Diunduh dari <http://ajp.psychiatryonline.org> / by guest padatanggal 6 Februari 2012
- Saddock BJ., & Saddock VA., (2007). Schizotypal Personality Disorder. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th Edition.* Philadelphia USA. Lippincott Williams & Wilkins. P:796
- Sperry, L. (2003), Schizotypal Personality, In : *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorder, Second Edition.* New York, Brunner-Routledge. P 231-248
- Veague, HB. (2007), Schizotypal Personality Disorder in Personality Disorders, Chelsea House,, New York, the United States of America p.33-39

Domain fungsi		Domain struktur	
ekspresi perilaku	eksentrik	Citra Diri	Menjauh
	Penampilan sosial canggung dan aneh; dirasakan oleh orang lain menyimpang; dikucilkan karena berperilaku aneh, suka menyendiri, ingin tahu, atau sikap yang aneh.		Pameran sosial kebingungan berulang dan ilusi serta pengalaman depersonalisasi derealisasi dan disosiasi; melihat diri sebagai sedih, dengan berulang pengalaman kekosongan hidup dan kesia