

Duka Masa Kecil Dan Perundungan Sebagai Faktor Predisposisi Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Paranoid: *A Case Report*

Riska Nur Assyifa Febrianti¹, Nur Oktavia Hidayati², Efri Widiyanti³

^{1,2,3} Universitas Padjadjaran

Email: nur.oktavia@unpad.ac.id

Abstrak

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis dengan halusinasi sebagai gejala utama. Pengalaman traumatis masa kanak-kanak, seperti duka akibat kehilangan orang tua dan perundungan, diketahui berperan sebagai faktor predisposisi munculnya gejala psikotik melalui peningkatan kerentanan stres dan gangguan atribusi makna. Laporan kasus ini menggunakan desain deskriptif kualitatif yang dilakukan terhadap seorang pasien laki-laki berusia 22 tahun (Tn. S) dengan diagnosis skizofrenia paranoid di RSJ X Jawa Barat. Pengumpulan data dilakukan melalui komunikasi terapeutik, observasi perilaku, dan penelusuran rekam medis selama periode perawatan 3-12 September 2025, dengan analisis data yang difokuskan pada integrasi asuhan keperawatan berbasis trauma. Pasien menunjukkan halusinasi pendengaran dan visual yang berorientasi pada figur orang tua yang telah meninggal, disertai agitasi dan perilaku agresif. Intervensi yang diberikan meliputi modifikasi teknik "menghardik" melalui validasi emosi dan afirmasi realitas, serta aktivitas "bercakap-cakap" menggunakan dengan orientasi masa depan untuk meningkatkan resiliensi dan memutus siklus trauma. Hasil menunjukkan perbaikan bertahap pada stabilitas emosi, peningkatan kemampuan kontrol halusinasi, dan penurunan perilaku agresif. Temuan ini menegaskan bahwa trauma masa kanak-kanak berkontribusi terhadap kekambuhan halusinasi melalui mekanisme sensitivitas stres yang persisten. Pendekatan keperawatan yang memprioritaskan pemulihan rasa aman, validasi emosional, dan pemberdayaan resiliensi terbukti krusial dalam menstabilkan gejala fase akut dan mencegah retraumatisasi.

Kata kunci: duka masa kecil, perundungan, halusinasi, skizofrenia paranoid

Abstract

Schizophrenia is a chronic psychotic disorder characterized by hallucinations as a primary symptom. Childhood traumatic experiences, such as childhood bereavement and bullying, are known to act as predisposing factors for the onset of psychotic symptoms by increasing stress vulnerability and impairing meaning attribution. This case report utilizes a qualitative descriptive design, focusing on a 22-year-old male patient (Mr. S) diagnosed with paranoid schizophrenia at Psychiatric Hospital X in West Java. Data were collected through therapeutic communication, behavioral observation, and medical record reviews during the patient's hospitalization from September 3 to 12, 2025. The data analysis focused on the integration of trauma-informed nursing care. The patient exhibited auditory and visual hallucinations centered on his deceased parents, accompanied by agitation and aggressive behavior. Nursing interventions included modifying the standard hallucination rejection technique by incorporating emotional validation and reality affirmation, as well as employing future-oriented therapeutic conversations to foster resilience and break the cycle of trauma. The results demonstrated gradual improvements in the patient's emotional stability, an enhanced ability to control hallucinations, and a reduction in aggressive behavior. These findings underscore that childhood trauma contributes to the recurrence of hallucinations through a mechanism of persistent stress sensitivity. A nursing approach that prioritizes the restoration of safety, emotional validation, and the empowerment of resilience is crucial in stabilizing acute-phase symptoms and preventing retraumatization.

Keywords: bullying, childhood bereavement, hallucination, paranoid schizophrenia

1. PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik berat yang ditandai oleh gangguan persepsi, pikir, dan proses kognitif, dengan halusinasi dan delusi sebagai gejala utama yang paling menonjol, bersifat kronis, dan berkontribusi terhadap disabilitas serta penurunan kualitas hidup penderitanya, dengan insiden tertinggi pada kelompok usia dewasa muda [1], [2], [3], [4], [5], [6]. Tingginya insiden tersebut dijelaskan melalui model kerentanan-stres (*vulnerability-stress*

model), yang menyatakan bahwa interaksi antara predisposisi biologis dan paparan stres lingkungan, terutama stresor psikososial pada masa perkembangan awal, berperan penting dalam memicu munculnya gejala psikotik (Agorastos et al., 2019; Schiele et al., 2020a; Varchmin et al., 2021).

Sejumlah penelitian menyoroti peran duka akibat kehilangan orang tua (*childhood bereavement*) sebagai salah satu bentuk stres psikososial bermakna pada masa kanak-kanak yang mengganggu regulasi emosi, pembentukan keterikatan yang aman (*secure attachment*), dan meningkatkan kerentanan terhadap berbagai gangguan mental hingga gangguan psikotik pada usia dewasa [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16]. Kelompok penelitian ini secara konsisten menegaskan *childhood bereavement* sebagai faktor predisposisi penting dalam patogenesis skizofrenia, meskipun mayoritas masih dilakukan dengan desain kuantitatif berbasis populasi besar.

Kelompok penelitian lain menunjukkan bahwa pengalaman *bullying* pada masa kanak-kanak dan remaja sebagai faktor risiko terhadap peningkatan gejala psikotik, termasuk halusinasi, melalui mekanisme penolakan sosial berulang dan sensitisasi sistem dopaminergik sebagaimana dijelaskan oleh *social defeat hypothesis* [17], [18], [19], [20], [21], [22]. Secara mekanisme, baik *childhood bereavement* maupun *bullying* diketahui berkontribusi terhadap munculnya halusinasi melalui jalur neurobiologis, seperti disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal dan perubahan sistem dopaminergik, maupun jalur psikologis berupa disosiasi dan gangguan *source monitoring* yang menyebabkan pikiran atau memori traumatik dialami sebagai persepsi eksternal [23], [24], [25], [26].

Berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa *childhood bereavement* dan pengalaman *bullying* merupakan faktor psikososial yang berhubungan dengan peningkatan risiko gangguan psikotik, termasuk munculnya gejala halusinasi. Akan tetapi, sebagian besar penelitian tersebut mengkaji kedua faktor secara terpisah melalui desain kuantitatif dan longitudinal berbasis populasi, sehingga pemahaman mengenai kontribusi keduanya secara bersamaan terhadap perkembangan gejala psikotik masih terbatas. Selain itu, laporan kasus yang secara khusus mengeksplorasi keterkaitan riwayat kehilangan orang tua pada masa kanak-kanak (*childhood bereavement*) dan pengalaman *bullying* dengan munculnya halusinasi pada pasien skizofrenia yang menjalani perawatan fase akut di rumah sakit jiwa masih jarang ditemukan [27]. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan manifestasi klinis halusinasi pada pasien dengan gangguan psikotik yang dirawat di ruang akut RSJ X Jawa Barat, menganalisis peran riwayat kehilangan orang tua dan pengalaman *bullying* sebagai faktor predisposisi psikososial terhadap munculnya gejala halusinasi, serta mengkaji implikasi penerapan *trauma-informed care* dalam penatalaksanaan keperawatan pasien.

2. METODE PENELITIAN

Laporan kasus ini disusun berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa X di Jawa Barat pada tanggal 3-12 September 2025 dengan subjek seorang pasien laki-laki (Tn. S) yang mengalami masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan dengan diagnosis medis F20 Skizofrenia Paranoid yang masuk RS sejak tanggal 31 Agustus 2026. Metode pengumpulan data yang digunakan meliputi anamnesis berupa komunikasi terapeutik, observasi, dan studi dokumentasi. Subjek dipilih secara purposif, yaitu satu pasien dengan gangguan halusinasi yang memiliki faktor psikososial berupa riwayat kehilangan orang tua pada masa kanak-kanak dan pengalaman perundungan. Pengkajian asuhan keperawatan jiwa dilakukan melalui wawancara dan observasi untuk memperoleh data primer, sedangkan analisis data dilakukan berdasarkan rekam medis pasien dengan izin dari pihak RSJ X.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pasien laki-laki berusia 22 tahun (Tn. S) dibawa ke RSJ oleh kakaknya akibat perubahan perilaku akut sejak ± 4 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien tampak gelisah, mondar-mandir, pembicaraan inkoheren, sering berbicara sendiri, sulit tidur, serta menunjukkan perilaku agresif berupa menggedor pintu dan mudah marah ketika keinginannya tidak terpenuhi. Pasien secara subjektif melaporkan adanya pengalaman sensorik yang mengganggu berupa suara bisikan yang menyuruhnya pergi dan keluar rumah.

Pasien secara eksplisit mengungkapkan isi halusinasinya terkait bisikan pada saat pengkajian awal. Pasien mengatakan sering mendengar suara bisikan yang menurutnya berasal dari kerabat terdekatnya, dengan pernyataan: “*Itu ceuk A Usup, gera kaluar*” (Itu kata A Usup, cepat keluar). Selain halusinasi pendengaran, pasien juga melaporkan pengalaman visual berupa melihat kedua orang tuanya yang telah meninggal, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan: “*Itu aya emak jeung bapak di ditu*” (Itu ada ibu dan bapak di sana) sambil menunjuk ke arah tembok kosong di kamarnya. Kemunculan halusinasi tersebut memicu perilaku maladaptif, seperti menggedor pintu kamar dan dorongan kuat untuk segera pulang dari rumah sakit.

Pengkajian secara mendalam mengenai riwayat psikososial pasien tidak dapat langsung dilakukan pada awal masa perawatan di ruang akut. Pada tanggal 3-11 September, pasien masih tampak gelisah, inkoheren, mudah marah, dan menunjukkan perilaku agresif sehingga komunikasi terapeutik dua arah sangat terbatas. Selama rentang waktu tersebut, pengumpulan data lebih difokuskan pada observasi perilaku pasien, serta diskusi mendalam dengan perawat ruangan dan penelusuran rekam medis.

Data mendalam secara komprehensif baru berhasil digali pada hari terakhir evaluasi, yaitu tanggal 12 September 2025, ketika kondisi pasien sudah jauh lebih tenang, stabil, dan telah dipindahkan ke ruang tenang. Melalui wawancara mendalam di ruang tenang tersebut, riwayat psikososial menunjukkan bahwa pasien mengalami kehilangan kedua orang tua sejak masa kanak-kanak, yang menurut pengakuan pasien masih dirasakan sebagai sumber kesedihan mendalam. Pasien juga sering merasa sedih ketika mengingat orang tuanya dan menyatakan bahwa gejala yang dialaminya memburuk saat ia merasa lelah dan terpuruk secara emosional. Halusinasi visual yang menampilkan figur orang tua muncul berulang terutama pada kondisi emosi negatif dan stres. Selain itu, pada sesi wawancara di ruang tenang tersebut, pasien diketahui memiliki riwayat stresor psikososial lain berupa pengalaman penolakan dan tekanan sosial di lingkungan kerja.

Pasien bekerja sebagai pegawai konveksi dan dilaporkan mengalami tekanan psikologis yang berkontribusi terhadap penurunan harga diri serta meningkatnya isolasi sosial. Pasien mengatakan bahwa dirinya seringkali mengalami *bullying* dari teman-temannya karena dianggap berisik. Kondisi tersebut memperburuk kerentanan pasien terhadap kekambuhan gejala psikotik, terutama ketika kepatuhan minum obat menurun sebelum masuk rumah sakit.

Status mental selama fase akut menunjukkan gangguan persepsi sensorik berupa halusinasi pendengaran dan visual, arus pikir *flight of ideas*, pembicaraan inkoheren, afek labil, konsentrasi mudah teralihkan, serta daya tilik diri yang terganggu. Pada saat wawancara, pasien beberapa kali menghentikan pembicaraan dan menunjuk objek di sekitarnya sambil berkata, “*Itu naha jamna tibalik*” (Kenapa jamnya terbalik), yang menunjukkan gangguan integrasi persepsi dan perhatian.

Adapun faktor presipitasi yang memicu keparahan gejala pasien adalah kepatuhan obat yang menurun sehingga terjadi kekambuhan. Pada hari kejadian masuk rumah sakit, pasien mengaku tiba-tiba ingin pergi dan tidak sadar berjalan sampai ditemukan di hutan, lalu dibawa

ke rumah sakit oleh kakaknya. Pasien juga pernah didiagnosis masalah jiwa yang sama sebelumnya pada Juli 2025 dan memperoleh perawatan di fasilitas yang sama sebelum kejadian ini.

Terapi medis yang tercatat selama rawat meliputi antipsikotik oral (*risperidon*), ansiolitik (*lorazepam*), antiparkinson (*trihexyphenidyl*) untuk mengatasi efek ekstrapiramidal, pemberian injeksi *diphenhydramine* pada agitasi akut, serta suplemen zat besi untuk mengatasi anemia yang dialami pasien. Adapun intervensi keperawatan yang diberikan terfokus pada teknik pengenalan dan pengendalian halusinasi, latihan relaksasi pernapasan, mempromosikan kepatuhan minum obat, kegiatan sosial/spiritual (senam, ibadah), serta monitoring risiko perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. S tersebut dirancang secara spesifik dengan mengintegrasikan kerangka *trauma-informed care* karena gejala persepsi yang muncul memiliki muatan emosional kuat sebagai bentuk kompensasi atas duka masa lalu dan trauma perundungan berdasarkan pengkajian melalui komunikasi terapeutik secara terbatas, informasi dari perawat, dan rekam medis.

Intervensi keperawatan dimulai sejak hari pertama perawatan, dengan fokus awal pada pengenalan dan pengendalian halusinasi. Pada tanggal 3 September 2025, pasien dibimbing untuk mengidentifikasi isi, frekuensi, dan situasi pencetus halusinasi, serta diperkenalkan teknik menolak atau “menghardik” halusinasi disertai validasi emosi dan penegasan realitas mengingat objek halusinasi pasien adalah sosok orang tua yang sangat dicintainya. Pasien secara perlahan dibimbing untuk memahami bahwa kehadiran bayangan tersebut hanyalah proyeksi psikologis dari rasa rindu terhadap kedua orang tuanya. Pada sesi ini pasien masih menunjukkan kebingungan dan kegelisahan, namun mampu mengikuti instruksi. Pasien sempat mengulang kalimat penolakan dengan mengatakan, “*Ieu teu nyata... ieu ngan ukur sora, emak jeung bapak tos teu aya*” (Ini tidak nyata, ini hanya suara, ibu dan bapak sudah tidak ada). Meskipun halusinasi masih muncul, pasien mulai menunjukkan kesadaran awal terhadap pengalaman perseptualnya.

Pada 4 September 2025, intervensi difokuskan pada peningkatan kepatuhan minum obat sebagai upaya mencegah kekambuhan. Pasien diberikan edukasi mengenai manfaat obat antipsikotik dan konsekuensi apabila tidak dikonsumsi secara teratur. Secara subjektif, pasien menyatakan kesediaannya untuk mengikuti pengobatan dan mampu menyebutkan kembali tujuan minum obat. Akan tetapi, pasien masih tampak gelisah dan membutuhkan pengawasan ketat terhadap perilaku impulsif, sehingga monitoring risiko perilaku kekerasan tetap dilakukan secara berkesinambungan.

Seiring berjalannya perawatan, pada 5 September 2025, pasien mulai dilatih menggunakan teknik pengalihan perhatian melalui aktivitas bercakap-cakap dengan perawat atau pasien lain ketika halusinasi muncul. Sebagai langkah awal dalam pendekatan *trauma-informed care* untuk membangun rasa aman dan kepercayaan, topik diskusi pada fase ini belum mengarah pada trauma masa lalu, melainkan berfokus pada aktivitas dan hobi yang biasa dilakukan pasien bersama keluarga atau teman-temannya. Pasien bercerita bahwa kakaknya sangat baik, dan ia merasa cukup terhibur ketika berada di rumah dengan menonton televisi bersama serta sesekali berjalan-jalan ke luar rumah. Pasien menyatakan memahami manfaat berbicara tentang hal-hal positif untuk mengurangi intensitas halusinasi dan secara aktif terlibat dalam interaksi sederhana. Pada hari yang sama, pasien mulai mengungkapkan keinginannya untuk pulang dengan bertanya, “*Iraha abdi tiasa uih?*” (Kapan saya bisa pulang?), yang menunjukkan adanya perbaikan orientasi dan penurunan agitasi akut.

Perilaku agresif dan agitasi kembali muncul pada tanggal 08 September 2025. Pasien tampak menggedor pintu, berteriak meminta tolong untuk dikeluarkan karena mendengar bisikan dari kakak dan orang tuanya, serta menolak makan. Setelah berusaha ditenangkan dan

mendapatkan pengobatan, pasien perlahan mulai kooperatif dengan mengikuti intruksi untuk menghardik halusinasi dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam. Perkembangan yang lebih stabil tampak pada 9 September 2025, ketika pasien mulai mengintegrasikan teknik pengendalian halusinasi ke dalam aktivitas sehari-hari. Pasien melaporkan bahwa latihan relaksasi pernapasan dan teknik menghardik membantu menurunkan ketegangan emosional dan frekuensi halusinasi. Secara objektif, pasien tampak lebih tenang, pembicaraan lebih koheren, serta tidak lagi menunjukkan perilaku agresif seperti menggedor pintu.

Pada 10 September 2025, intervensi keperawatan diperluas dengan mendorong keterlibatan pasien dalam kegiatan sosial dan spiritual. Sejalan dengan prinsip pemberdayaan (*empowerment*) dalam *trauma-informed care*, pasien diberikan kebebasan untuk memilih kegiatan kesukaannya. Pasien memilih untuk melakukan senam ringan bersama beberapa pasien lain yang memiliki kondisi kooperatif di ruang akut. Penyusunan aktivitas ini disesuaikan dengan kebutuhan pasien untuk merekonstruksi kepercayaan sosial yang rusak akibat *bullying*. Keterlibatan pasien dalam kelompok kecil yang suportif ini bertujuan untuk menurunkan sensitivitas terhadap penolakan sosial. Setelah mengikuti senam, pasien menyatakan, “*Abdi jadi tenang saatos senam*” (Saya lebih tenang setelah senam), dan mengungkapkan keinginan untuk menjadikan olahraga sebagai strategi mengatasi halusinasi. Keterlibatan dalam aktivitas kelompok juga menunjukkan peningkatan kemampuan sosialisasi dan penurunan isolasi sosial. Selain itu, aktivitas spiritual mandiri seperti azan dan ber-*istighfar* di kamar dilibatkan secara terstruktur untuk memfasilitasi penyaluran duka secara sehat bagi orang tuanya.

Evaluasi akhir pada 12 September 2025 menunjukkan bahwa pasien telah mampu mengenali tanda awal munculnya halusinasi, mempraktikkan teknik menghardik dan relaksasi secara mandiri, serta memahami pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan. Seiring dengan kondisi pasien yang semakin kooperatif dan telah dipindahkan ke ruang tenang, eksplorasi masalah psikososial mulai dilakukan secara mendalam guna mengatasi trauma masa lalunya. Topik diskusi diarahkan menggunakan pendekatan *future-oriented therapy* (terapi berorientasi masa depan). Percakapan difasilitasi untuk membahas rencana positif pasien ke depan, seperti harapan untuk kembali bekerja dan menikah. Selanjutnya, pendampingan diberikan secara bertahap agar pasien dapat memaafkan pengalaman buruk akibat perundungan di lingkungan kerjanya guna membangun kembali harga dirinya. Pasien menyatakan dirinya merasa jauh lebih tenang dibandingkan saat awal masuk rumah sakit dan kembali menyampaikan keinginan untuk pulang. Secara objektif, pasien tampak lebih stabil secara emosional, tidak lagi menunjukkan perilaku agresif, serta mampu berkomunikasi secara adekuat dan diperlukan keberlanjutan intervensi melalui dukungan keluarga dan tindak lanjut rawat jalan.

Pembahasan

Kasus yang dialami Tn.S menunjukkan adanya hubungan antara duka masa kecil akibat kehilangan orang tua (*childhood bereavement*) dan pengalaman perundungan (*bullying*) dengan munculnya halusinasi auditori dan visual pada fase akut skizofrenia. Temuan ini mendukung model kerentanan-stres (*vulnerability-stress model*) yang menjelaskan bahwa gejala psikotik dapat muncul akibat interaksi antara kerentanan individual dan paparan stresor psikososial sepanjang perjalanan hidup [7]. Model tersebut menekankan kerentanan dini individual ketika berinteraksi dengan stresor kumulatif, mulai dari fase prodromal hingga psikosis kronis, dapat memengaruhi perkembangan melalui sistem, seperti respon imun dan otonom [28].

Halusinasi visual yang dialami Tn.S menampilkan figur kedua orang tuanya yang telah meninggal secara berulang, terutama ketika pasien berada dalam kondisi emosi negatif dan stres. Fenomena tersebut konsisten dengan penelitian oleh Azuik et al. (2022b) yang

menunjukkan bahwa kehilangan orang tua pada masa perkembangan awal berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan psikotik, termasuk skizofrenia. Dampak tersebut dapat disertai dengan keparahan gejala positif yang lebih tinggi pada fase dewasa [30]. Hal tersebut diperkuat dengan studi longitudinal berbasis populasi yang menunjukkan bahwa risiko gangguan psikotik cenderung lebih kuat bila kematian terjadi pada usia yang lebih kecil dan terdapat riwayat keluarga dengan gangguan jiwa (Zhou et al., 2024; Hiyoshi et al., 2021).

Kehilangan figur pengasuh utama pada periode krusial perkembangan diketahui dapat mengganggu pembentukan keterikatan yang aman (*secure attachment*) dan kemampuan regulasi emosi, yang berdampak jangka panjang terhadap respons stres dan pemrosesan pengalaman internal (Soetioso & Fithriyah, 2024). *Secure attachment* merupakan pola hubungan emosional di mana anak merasa aman dan terlindungi oleh pengasuhnya, yang menjadi basis operasi untuk mengelola stress dan ekspresi emosi secara efektif sepanjang perkembangan psikososialnya [33]. Selain itu sebuah studi oleh [NO_PRINTED_FORM] [34] menemukan bahwa individu yang mengalami kehilangan orang tua selama masa kanak-kanak menunjukkan variasi pola keterikatan dan bahkan perbedaan dalam modulasi sistem sosial-emosional yang berkaitan dengan regulasi dopamin dan oksitosin, yang menggambarkan bagaimana trauma awal dapat mewarnai perkembangan emosional dan hubungan interpersonal di usia dewasa.

Trauma kehilangan dini menyebabkan disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) dan peningkatan sensitivitas stres sepanjang hidup (Jiang et al., 2025b; Murphy et al., 2022). Kondisi tersebut sering disertai *remodelling* pada struktur limbik seperti amigdala dan hipokampus, yang memfasilitasi reaktivasi memori emosional secara lebih mudah [36]. Stres kronis ini mengganggu keseimbangan sistem dopamin mesolimbik dan memicu *aberrant salience*, yakni kondisi di mana otak memberikan bobot afektif berlebihan pada stimulus internal [37]. Pada kasus Tn. S, memori emosional orang tua yang tersensitisasi tersebut teraktivasi akibat disregulasi biologis ini, sehingga dimaknai secara keliru oleh sistem persepsi sebagai halusinasi visual dan auditorial yang nyata.

Kondisi halusinasi yang dialami Tn.S juga dapat dijelaskan secara kognitif-psikologis, di mana trauma masa kecil berkontribusi pada fenomena disosiasi, fragmentasi memori, dan gangguan *source monitoring* (Quidé, 2023b; Uyan et al., 2022). Ketiga aspek tersebut memfasilitasi interpretasi memori atau intrusi internal sebagai stimulus eksternal, seperti suara dan penglihatan [39]. Pada Tn.S, kemunculan kembali figur orang tua tampak terkait dengan muatan emosional kehilangan yang tersimpan, yang tiba-tiba “dihidupkan” ketika pasien mengalami tekanan emosional atau isolasi sosial yang sejalan dengan penelitian oleh [NO_PRINTED_FORM] [40] yang menjelaskan bahwa isi halusinasi sering kali berkaitan erat dengan tema pengalaman traumatis atau relasi emosional yang signifikan bagi individu, sehingga halusinasi tidak hanya merefleksikan gangguan persepsi semata, tetapi juga kegagalan integrasi pengalaman afektif yang belum terselesaikan (*unresolved emotional processing*). Kondisi tersebut dapat menjelaskan teknik simpel seperti *reality testing* (menghardik halusinasi, bercakap-cakap) yang dapat mengurangi distress dan frekuensi pengalaman halusinasi [41]. Selain kehilangan orang tua, Tn.S juga memiliki riwayat *bullying* dan penolakan sosial di lingkungan kerja. *Bullying* pada anak dan remaja berhubungan erat dengan berbagai dampak psikologis yang merugikan, termasuk distress emosional, kesepian, kecemasan, depresi, perilaku melukai diri, ide bunuh diri, hingga percobaan bunuh diri, pada korban, pelaku, maupun individu yang berperan ganda sebagai korban dan pelaku [42]. Hal tersebut diperkuat dengan penelitian oleh [NO_PRINTED_FORM]

[17] yang menunjukkan bahwa *bullying* merupakan faktor risiko psikososial yang kuat terhadap munculnya gejala psikotik, seperti halusinasi, karena secara signifikan meningkatkan

peluang individu berada pada kelompok berisiko psikosis tinggi maupun mengalami *psychotic-like experiences*.

Hubungan antara pengalaman *bullying* dengan munculnya gejala psikotik dapat dijelaskan melalui tingginya paparan stres psikososial secara kronis. Penelitian [NO_PRINTED_FORM] [19] menegaskan bahwa *bullying* yang berlangsung lama memicu stres berat pada tubuh, sehingga mengubah kerja zat kimia di otak hingga memicu *aberrant salience*, yaitu kondisi di mana otak memberi makna berlebihan pada hal-hal yang sebenarnya netral, sehingga muncul pengalaman seperti halusinasi. Dampak neurobiologis *bullying* tidak hanya terbatas pada individu, tetapi juga berhubungan dengan pengalaman penolakan sosial berulang dan posisi sosial yang terdegradasi, yang melalui mekanisme *social defeat* dan sensitisasi stres sosial meningkatkan kerentanan terhadap halusinasi [19]. .

Bullying yang dialami Tn.S terjadi berulang kali karena dirinya dianggap aneh dan berisik oleh teman-teman sekitarnya. Studi longitudinal oleh Steenkamp et al. (2021) membuktikan bahwa keterlibatan dalam situasi *bullying* atau penolakan sosial, terutama bila berulang dan berkepanjangan, berkontribusi terhadap trajektori perkembangan gejala psikotik melalui mekanisme stres sosial yang kompleks. Kondisi tersebut sejalan dengan *social defeat hypothesis*, yang menjelaskan bahwa penolakan sosial yang terjadi berulang dapat menimbulkan sensitisasi sistem dopaminergik sehingga meningkatkan kerentanan terhadap psikosis, termasuk halusinasi [22]. Riwayat *bullying* berulang pada Tn.S berperan sebagai stresor psikososial kronis yang memperkuat kerentanan psikotik melalui mekanisme neurobiologis dan sosial, sekaligus berkontribusi terhadap muncul dan kekambuhan gejala halusinasi.

Kasus Tn. S menunjukkan bahwa paparan stresor psikososial dini tidak berdiri sendiri, melainkan bersifat kumulatif dan saling memperkuat sepanjang rentang kehidupan, seperti kehilangan kedua orang tua pada masa kanak-kanak yang membentuk kerentanan emosional dasar dan kemudian diperberat oleh pengalaman *bullying* di lingkungan kerjanya. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang menegaskan bahwa akumulasi stresor lintas perkembangan (*developmental stress accumulation*) memiliki efek yang lebih besar terhadap risiko psikosis dibandingkan paparan tunggal, karena memengaruhi lintasan neurodevelopmental dan kapasitas adaptasi stres individu [43]. Kondisi tersebut relevan dengan Tn. S yang mengalami kekambuhan gejala ketika menghadapi tekanan emosional dan sosial yang meningkat.

Tekanan emosional yang dialami pasien dapat terjadi juga selama masa perawatan. Fase akut perawatan psikiatri di sisi lain sering kali ditandai oleh peningkatan stres lingkungan, kehilangan kontrol, dan rasa terancam, yang berpotensi memperkuat pengalaman psikotik pada individu dengan riwayat trauma [44]. Penelitian Newman et al. (2025) menunjukkan bahwa pasien dengan skizofrenia yang memiliki riwayat trauma masa kanak-kanak cenderung menunjukkan gejala positif yang lebih berat, respons stres yang lebih tinggi, serta kebutuhan intervensi yang lebih intensif selama fase rawat inap akut. Temuan ini sejalan dengan kondisi Tn. S yang menunjukkan agitasi, perilaku agresif, serta kesulitan mengendalikan halusinasi saat pertama kali dirawat hingga berimplikasi terhadap masa perawatannya hingga 11 hari, melampaui rata-rata waktu perawatan pasien psikotik akut pada umumnya. Selain itu, lamanya masa perawatan pada pasien skizofrenia dengan riwayat trauma masa kanak-kanak tidak terlepas dari pengaruh trauma terhadap peningkatan keparahan gejala positif dan hambatan dalam mencapai stabilisasi klinis.

Penelitian Bailey et al. (2018) menunjukkan bahwa penderita spektrum psikotik dengan riwayat trauma memiliki dimensi keparahan gejala positif yang jauh lebih tinggi dan lebih sulit mencapai remisi awal dibandingkan pasien tanpa riwayat trauma. Kondisi ini diperkuat dengan penelitian Kilian et al. (2020) membuktikan bahwa paparan trauma dini berkaitan secara

signifikan dengan laju respons pengobatan yang lebih lambat, khususnya dalam meredakan gejala positif skizofrenia. sehingga menuntut waktu observasi dan titrasi dosis yang lebih ekstensif. Selain itu, dinamika lingkungan ruang akut psikiatri yang bersifat restriktif sering kali dipersepsikan sebagai ancaman baru bagi penyintas trauma. Sweeney et al. (2018) menjelaskan bahwa regulasi ketat dan hilangnya otonomi di bangsal akut memicu reaktivasi *hyperarousal* (kewaspadaan berlebihan) dan krisis kepercayaan, yang secara langsung memperlambat proses deeskalasi emosi dan pembentukan *therapeutic alliance*.

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. S secara komprehensif diintegrasikan dengan prinsip *trauma-informed care* untuk mengakomodasi faktor predisposisi duka masa kecil dan pengalaman perundungan yang dialaminya. Pendekatan ini memprioritaskan pengakuan terhadap riwayat trauma, pencegahan retraumatisasi, serta proses pemberdayaan pasien (Eggleston et al., 2025; Berring et al., 2024). Identifikasi faktor predisposisi psikososial sejak awal perawatan tersebut memungkinkan perencanaan intervensi yang lebih individual dan berpotensi menurunkan risiko kekambuhan [51]. Pada pelaksanaannya, standar teknik "menghardik" halusinasi yang cenderung konfrontatif disesuaikan melalui pemberian afirmasi realitas dan validasi emosi. Langkah adaptif tersebut dipilih agar pasien mampu memaknai pengalaman perseptualnya dengan aman yang sesuai dengan penelitian Burr et al. (2022), yang menegaskan bahwa bahwa efektivitas intervensi halusinasi akan meningkat jika difokuskan pada upaya mengubah hubungan emosional pasien dengan halusinasinya, alih-alih menekan persepsi tersebut secara paksa.

Integrasi prinsip *trauma-informed care* tersebut turut diterapkan pada aktivitas "bercakap-cakap". Untuk memutus siklus trauma perundungan tanpa memicu retraumatisasi akibat penggalian memori buruk secara berulang, fokus komunikasi dialihkan melalui pendekatan *future-oriented therapy*. Hu et al. (2024) menjelaskan bahwa akumulasi trauma masa kanak-kanak sangat berkorelasi dengan tingginya frekuensi gejala psikotik karena mampu membentuk sikap pesimistis, ketidakberdayaan (*helpless*), dan keputusasaan (*hopeless*). Hal tersebut mengindikasikan pentingnya pergeseran target klinis dari trauma masa lalu menuju upaya peningkatan resiliensi, seperti berdiskusi dengan Tn. S terkait harapan dan rencana masa depannya untuk memberdayakan sumber daya positif personalnya. Dengan demikian, riwayat *childhood bereavement* dan bullying tidak hanya berfungsi sebagai informasi latar belakang saja, tetapi juga sebagai komponen penting dalam pengambilan keputusan klinis dan keperawatan selanjutnya melalui kerangka biopsikososial yang utuh, lebih sensitif terhadap trauma, dan berorientasi pada pemulihan pasien secara komprehensif.

Laporan kasus ini memiliki sejumlah keterbatasan, di antaranya desain deskriptif dengan satu subjek membatasi generalisasi temuan. Selain itu, sebagian data diperoleh secara retrospektif sehingga berpotensi menimbulkan bias ingatan. Tidak digunakannya instrumen terstandarisasi untuk menilai intensitas trauma, pengalaman perundungan, dan karakteristik gejala, serta ketiadaan data neurobiologis penunjang, seperti *neuroimaging*, turut membatasi kekuatan interpretasi. Durasi tindak lanjut yang relatif singkat juga membatasi evaluasi dampak jangka panjang intervensi keperawatan dan risiko kekambuhan. Oleh karena itu, temuan ini terutama berfungsi sebagai ilustrasi klinis yang menghasilkan hipotesis, sehingga diperlukan penelitian lanjutan dengan desain longitudinal, sampel yang lebih besar, penggunaan instrumen terstandarisasi, serta pengukuran biologis untuk memperkuat bukti hubungan *antara childhood bereavement, bullying, dan halusinasi*.

4. KESIMPULAN

Laporan kasus ini menggambarkan bahwa *childhood bereavement* dan pengalaman *bullying* merupakan faktor predisposisi psikososial yang signifikan terhadap munculnya

halusinasi pendengaran dan visual pada pasien skizofrenia. Pada kasus Tn. S, kehilangan kedua orang tua sejak masa kanak-kanak membentuk kerentanan emosional jangka panjang yang diperkuat oleh pengalaman penolakan sosial dan *bullying* di lingkungan kerja, sehingga berkontribusi terhadap kekambuhan gejala psikotik. Manifestasi halusinasi yang berkaitan dengan figur orang tua menegaskan keterkaitan antara trauma masa kanak-kanak dan isi pengalaman psikotik.

Intervensi keperawatan yang terfokus pada pengendalian halusinasi, peningkatan kepatuhan minum obat, serta pendekatan psikososial dan spiritual menunjukkan perbaikan klinis bertahap, meskipun masalah belum sepenuhnya teratasi. Riwayat trauma dan psikososial yang dialami oleh Tn. S menegaskan pentingnya pengkajian faktor predisposisi secara komprehensif dalam asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien skizofrenia di fase akut. Selain itu, pendekatan keperawatan berbasis *trauma-informed care* menjadi krusial untuk mendukung stabilisasi gejala, meningkatkan rasa aman, serta mencegah kekambuhan jangka panjang.

Disarankan bagi perawat di ruang akut psikiatri untuk secara rutin mengintegrasikan pengkajian trauma masa lalu, seperti pengalaman duka dan perundungan, ke dalam asesmen awal, meskipun dilakukan secara bertahap saat kondisi pasien memungkinkan. Penerapan pendekatan *trauma-informed care* perlu diperkuat tidak hanya sebagai teknik komunikasi, tetapi sebagai kerangka kerja menyeluruh dalam manajemen halusinasi, guna menghindari retraumatisasi selama perawatan. Selain itu, diperlukan penelitian lebih lanjut dengan desain kohort atau longitudinal yang melibatkan jumlah sampel yang lebih besar untuk memvalidasi interaksi spesifik antara jenis trauma masa kanak-kanak, keparahan gejala psikotik, dan efektivitas intervensi keperawatan jangka panjang. Pendekatan ini diharapkan dapat menyempurnakan pedoman asuhan keperawatan jiwa yang lebih sensitif terhadap riwayat biopsikososial pasien.

5. DAFTAR PUSTAKA

- M. Hany, B. Rehman, Y. Azhar, and J. Chapman, "Schizophrenia," *StatPearls*, Feb. 2024, Accessed: Aug. 08, 2026. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- T. Calkova *et al.*, "Early versus adult onset of schizophrenia: an examination of premorbid and current IQ," *Schizophr. Res. Cogn.*, vol. 43, Mar. 2026, doi: 10.1016/J.SCOG.2025.100397.
- J. Huo *et al.*, "Trends in incidence, prevalence, and disability-adjusted life years of schizophrenia in China from 1990 to 2021, with projections for 2022-2050," *Front. Psychiatry*, vol. 16, 2025, doi: 10.3389/FPSYT.2025.1651350.
- Z. Zhan, J. Wang, and T. Shen, "Results of the Global Burden of Disease study for schizophrenia: trends from 1990 to 2021 and projections to 2050," *Front. Psychiatry*, vol. 16, 2025, doi: 10.3389/FPSYT.2025.1629032.
- W. Luo *et al.*, "Trends and cross-country inequalities in schizophrenia from 1990 to 2021, with prediction to 2035: a systematic analysis of the global burden of disease study 2021," *BMC Psychiatry*, vol. 25, no. 1, Dec. 2025, doi: 10.1186/S12888-025-07273-6.
- Z. Yuan, C. Bai, Y. li, J. Zhang, P. Yu, and F. Jiang, "Global burden and prediction study of schizophrenia 1990–2030: comparison with China," *BMC Psychiatry*, vol. 25, no. 1, Dec. 2025, doi: 10.1186/S12888-025-07168-6.
- L. Varchmin, C. Montag, Y. Treusch, J. Kaminski, and A. Heinz, "Traumatic Events, Social Adversity and Discrimination as Risk Factors for Psychosis - An Umbrella Review,"

- Front. Psychiatry*, vol. 12, Oct. 2021, doi: 10.3389/FPSYT.2021.665957.
- M. A. Schiele *et al.*, “Extending the vulnerability-stress model of mental disorders: Three-dimensional NPSR1 $\times$ environment $\times$ coping interaction study in anxiety,” *British Journal of Psychiatry*, vol. 217, no. 5, pp. 645–650, Nov. 2020, doi: 10.1192/BJP.2020.73.
- A. Agorastos, P. Pervanidou, G. P. Chrousos, and D. G. Baker, “Developmental trajectories of early life stress and trauma: A narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation,” *Front. Psychiatry*, vol. 10, no. MAR, p. 377300, Mar. 2019, doi: 10.3389/FPSYT.2019.00118/FULL.
- L. Rodriguez, J. Lyons, A. Maloy, and A. O’Brien, “PROTOCOL: Bereavement Interventions for Children and Adolescents: An Evidence and Gap Map of Primary Studies and Systematic Reviews,” *Campbell Systematic Reviews*, vol. 21, no. 2, Jun. 2025, doi: 10.1002/CL2.70027.
- D. J. Li, S. J. Tsai, T. J. Chen, C. S. Liang, and M. H. Chen, “Risks of major mental disorders after parental death in children, adolescents, and young adults and the role of premorbid mental comorbidities: a population-based cohort study,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 57, no. 12, pp. 2393–2400, Dec. 2022, doi: 10.1007/S00127-022-02334-7.
- M. Farella Guzzo and G. Gobbi, “Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature,” *Omega (United States)*, vol. 87, no. 4, pp. 1207–1237, Sep. 2023, doi: 10.1177/00302228211033661.
- Vanessa Budiawan Soetioso and Izzatul Fithriyah, “Loneliness in Bereaved Children and Adolescents,” *Jurnal Psikiatri Surabaya*, vol. 13, no. S1, pp. 46–53, Dec. 2024, doi: 10.20473/JPS.V13IS1.62655.
- P. Azuiké, M. Anjoyeb, and L. King, “Bereavement and children’s mental health: recognising the effects of early parental loss,” *Nurs. Child. Young People*, vol. 34, no. 1, pp. 26–32, Jan. 2022, doi: 10.7748/NCYP.2021.E1387.
- L. V. Burrell, L. Mehlum, and P. Qin, “Parental death by external causes during childhood and risk of psychiatric disorders in bereaved offspring,” *Child Adolesc. Ment. Health*, vol. 27, no. 2, pp. 122–130, May 2022, doi: 10.1111/CAMH.12470.
- H. Liang *et al.*, “Early life bereavement and schizophrenia: A nationwide cohort study in Denmark and Sweden,” *Medicine (United States)*, vol. 95, no. 3, 2016, doi: 10.1097/MD.0000000000002434.
- T. Domínguez, L. Nieto, A. Fresán, T. Sheinbaum, and R. Robles, “The association of bullying and self-esteem with psychotic-like experiences and clinical high risk for psychosis symptoms,” *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*, vol. 19, no. 1, Dec. 2025, doi: 10.1186/S13034-025-00900-W.
- A. Hasan *et al.*, “The psychological effects of bullying behavior on mental health status among adolescents at secondary school,” *Alexandria Journal of Medicine*, vol. 61, no. 1, pp. 1–7, Dec. 2025, doi: 10.1080/20905068.2025.2459869.
- N. Okada *et al.*, “Longitudinal trajectories of anterior cingulate glutamate and subclinical psychotic experiences in early adolescence: the impact of bullying victimization,” *Mol. Psychiatry*, vol. 29, no. 4, pp. 939–950, Apr. 2024, doi: 10.1038/S41380-023-02382-8.
- C. Ridgewell, M. D. Sears, L. M. D. Stone, and A. K. Shinn, “Childhood Emotional and Physical Bullying in Affective and Non-affective Psychotic Disorders,” *Psychol. Trauma*, 2025, doi: 10.1037/TRA0001953.
- L. R. Steenkamp, H. Tiemeier, K. Bolhuis, M. H. J. Hillegers, S. A. Kushner, and L. M. E.

- Blanken, "Peer-reported bullying, rejection and hallucinatory experiences in childhood," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 143, no. 6, pp. 503–512, Jun. 2021, doi: 10.1111/ACPS.13282.
- T. Bielawski, M. Rejek, and B. Misiak, "Social defeat predicts the emergence of psychotic-like experiences through the effects on aberrant salience: Insights from a network analysis of longitudinal data," *Psychol. Med.*, vol. 54, no. 16, pp. 4886–4895, Dec. 2024, doi: 10.1017/S0033291724003209.
- L. Jiang, L. Xue, and M. F. Juruena, "The impact of early life stress on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in unipolar major depression: A systematic review," *Psychoneuroendocrinology*, vol. 181, Nov. 2025, doi: 10.1016/J.PSYNEUEN.2025.107607.
- Y. Quidé, "Dissociation, trauma and the experience of visual hallucinations in post-traumatic stress disorder and schizophrenia," *BJPsych Open*, vol. 9, no. 1, Jan. 2023, doi: 10.1192/BJO.2023.3.
- E. A. Melegkovits *et al.*, "The experience and role of dissociation in psychosis following developmental trauma: A systematic review," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 117, Apr. 2025, doi: 10.1016/J.CPR.2025.102564.
- S. G. Nunez, S. P. Rabelo, N. Subotic, J. W. Caruso, and N. N. Knezevic, "Chronic Stress and Autoimmunity: The Role of HPA Axis and Cortisol Dysregulation," *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 26, no. 20, Oct. 2025, doi: 10.3390/IJMS26209994.
- A. Melillo *et al.*, "Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care: a scoping review," *BMC Psychiatry*, vol. 25, no. 1, Dec. 2025, doi: 10.1186/S12888-025-06473-4.
- A. E. Cullen, J. Labad, D. Oliver, A. Al-Diwani, A. Minichino, and P. Fusar-Poli, "The Translational Future of Stress Neurobiology and Psychosis Vulnerability: A Review of the Evidence," *Curr. Neuropharmacol.*, vol. 22, no. 3, pp. 350–377, Mar. 2023, doi: 10.2174/1570159X21666230322145049.
- P. Azuike, M. Anjoyeb, and L. King, "Bereavement and children's mental health: recognising the effects of early parental loss," *Nurs. Child. Young People*, vol. 34, no. 1, pp. 26–32, Jan. 2022, doi: 10.7748/NCYP.2021.E1387.
- J. M. Pasteuning *et al.*, "Mechanisms of childhood trauma: an integrative review of a multimodal, transdiagnostic pathway," *Neurobiol. Stress*, vol. 37, Jul. 2025, doi: 10.1016/J.YNSTR.2025.100737.
- M. Zhou *et al.*, "Psychiatric Diagnoses in Parents and Psychiatric, Behavioral, and Psychosocial Outcomes in Their Offspring: A Swedish Population-Based Register Study," *Am. J. Psychiatry*, vol. 181, no. 8, pp. 761–773, Aug. 2024, doi: 10.1176/APPL.AJP.20230353;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:AJP;WGROU:STRIN G:PUBLI CATION.
- A. Hiyoshi, L. Berg, A. Grotta, Y. Almquist, and M. Rostila, "Parental death in childhood and pathways to increased mortality across the life course in Stockholm, Sweden: A cohort study," *PLoS Med.*, vol. 18, no. 3, Mar. 2021, doi: 10.1371/JOURNAL.PMED.1003549.
- T. Ferreira, M. Matias, H. Carvalho, and P. M. Matos, "Parent-partner and parent-child attachment: Links to children's emotion regulation," *J. Appl. Dev. Psychol.*, vol. 91, Mar. 2024, doi: 10.1016/J.APPDEV.2023.101617.
- A. S. Dvilansky *et al.*, "The long-term associations of childhood parental loss with

- attachment, creativity, and epigenetic regulation,” *Sci. Rep.*, vol. 15, no. 1, Dec. 2025, doi: 10.1038/S41598-025-89467-2.
- F. Murphy *et al.*, “Childhood Trauma, the HPA Axis and Psychiatric Illnesses: A Targeted Literature Synthesis,” *Front. Psychiatry*, vol. 13, May 2022, doi: 10.3389/FPSYT.2022.748372.
- A. Flinn *et al.*, “Cumulative exposure to childhood adversity and risk of adult psychosis: a dose–response meta-analysis,” *Psychol. Med.*, vol. 55, May 2025, doi: 10.1017/S0033291725001138.
- M. Dewan *et al.*, “Aberrant salience signaling in auditory processing in schizophrenia: Evidence for abnormalities in both sensory processing and emotional reactivity,” *Schizophr. Res.*, vol. 274, pp. 329–336, Dec. 2024, doi: 10.1016/J.SCHRES.2024.09.026.
- T. T. Uyan, M. Baltacioglu, and C. Hocaoglu, “Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: A case-control study,” *Gen. Psychiatr.*, vol. 35, no. 1, Jan. 2022, doi: 10.1136/GPSYCH-2021-100659.
- C. De Chiu *et al.*, “Misattributing the source of self-generated representations related to dissociative and psychotic symptoms,” *Front. Psychol.*, vol. 7, no. APR, 2016, doi: 10.3389/FPSYG.2016.00541.
- F. Medjkane, C. E. Notredame, L. Sharkey, F. D’Hondt, G. Vaiva, and R. Jardri, “Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations,” *British Journal of Psychiatry*, vol. 216, no. 3, pp. 156–158, Mar. 2020, doi: 10.1192/BJP.2019.266.
- G. Sharma *et al.*, “Innovative strategies for managing hallucinations by exploring effects of tDCS on source monitoring abilities,” *Sci. Rep.*, vol. 14, no. 1, Dec. 2024, doi: 10.1038/S41598-024-67279-0.
- T. A. Ariani, A. R. Putri, F. A. Firdausi, and N. Aini, “Global prevalence and psychological impact of bullying among children and adolescents: a meta-analysis,” *J. Affect. Disord.*, vol. 385, Sep. 2025, doi: 10.1016/J.JAD.2025.119446.
- E. F. Walker, K. Aberizk, E. Yuan, Z. Bilgrami, B. S. Ku, and R. M. Guest, “Developmental perspectives on the origins of psychotic disorders: The need for a transdiagnostic approach,” *Dev. Psychopathol.*, vol. 36, pp. 2559–2569, Dec. 2024, doi: 10.1017/S0954579424000397.
- N. Hallett, R. Dickinson, E. Eneje, and G. L. Dickens, “Adverse mental health inpatient experiences: Qualitative systematic review of international literature,” *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 161, Jan. 2025, doi: 10.1016/J.IJNURSTU.2024.104923.
- S. D. Newman, M. Rein, E. C. Gann, D. N. Pompey, and Y. Xiong, “An examination of the association between history of trauma and schizophrenia symptoms,” *Acta Psychol. (Amst.)*, vol. 259, Sep. 2025, doi: 10.1016/J.ACTPSY.2025.105353.
- T. Bailey, M. Alvarez-Jimenez, A. M. Garcia-Sanchez, C. Hulbert, E. Barlow, and S. Bendall, “Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *Schizophr. Bull.*, vol. 44, no. 5, p. 1111, Aug. 2018, doi: 10.1093/SCHBUL/SBX161.
- S. Kilian *et al.*, “The association between childhood trauma and treatment outcomes in schizophrenia spectrum disorders,” *Psychiatry Res.*, vol. 289, Jul. 2020, doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113004.
- A. Sweeney, B. Filson, A. Kennedy, L. Collinson, and S. Gillard, “A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services,” *BJPsych Adv.*, vol. 24, no.

- 5, pp. 319–333, Sep. 2018, doi: 10.1192/BJA.2018.29.
- M. Eggleston *et al.*, “A scoping review of trauma-informed care principles applied in design and technology,” *Digit. Health*, vol. 11, May 2025, doi: 10.1177/20552076251360925.
- L. L. Berring, T. Holm, J. P. Hansen, C. L. Delcomyn, R. Søndergaard, and J. Hvidhjelm, “Implementing Trauma-Informed Care—Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review,” *Healthcare (Switzerland)*, vol. 12, no. 9, May 2024, doi: 10.3390/HEALTHCARE12090908.
- I. Bighelli *et al.*, “Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis,” *Lancet Psychiatry*, vol. 8, no. 11, pp. 969–980, Nov. 2021, doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1.
- C. Burr, J. K. Schnackenberg, and F. Weidner, “Talk-based approaches to support people who are distressed by their experience of hearing voices: A scoping review,” *Front. Psychiatry*, vol. 13, p. 983999, Oct. 2022, doi: 10.3389/FPSYT.2022.983999/FULL.
- H. Hu, C. Chen, B. Xu, and D. Wang, “Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and psychotic-like experiences among college students,” *BMC Psychiatry* 2024 24:1, vol. 24, no. 1, pp. 273–, Apr. 2024, doi: 10.1186/S12888-024-05719-X.