

## Laporan Kasus: Gangguan Kepribadian Ambang pada Seorang Perempuan Muda

Dwi Karlina

Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia

### Abstrak

Seorang perempuan berusia 29 tahun datang dengan keluhan berganti-ganti pekerjaan, teman dan agama. Ada riwayat penyalahgunaan metamfetamin, perasaan tak menentu, hubungan interpersonal yang tidak stabil dan ada ide paranoid. Pasien didiagnosis menderita gangguan kepribadian ambang. Pasien diberi hipnoterapi lima kali dan *mentalization based treatment* selama dua tahun dan menunjukkan perbaikan.

**Kata kunci :** gangguan kepribadian ambang, hipnoterapi, *mentalization based treatment*

### Case Report: Borderline Personality Disorder in a Young Woman

#### Abstract

A 29 years old woman came to the clinic because she frequently changed her jobs, friends and religions. She has had history of metamfetamine abuse, emotional instability, unstable relationship and paranoid idea. She was diagnosed as having a borderline personality disorder. Her condition improved after receiving five times hypnotherapy and *mentalization based treatment* for two years.

**Key words:** borderline personality disorder, hypnotherapy, *mentalization based treatment*.

DK: Penulis koresponden; E-mail:dwikarlina02@gmail.com

### Pendahuluan

Ciri kepribadian mempunyai pola yang menetap, berlangsung lama, berkaitan dengan lingkungan dan diri sendiri yang tampak dalam kehidupan sosial dan pribadi. Ciri tersebut dapat berubah menjadi gangguan kepribadian jika menjadi kaku, sulit menyesuaikan diri sehingga terjadi hendaya dalam fungsi sosial, pekerjaan dan menimbulkan penderitaan. Gangguan kepribadian sudah dapat dikenali pada usia remaja, yang makin nyata saat dewasa, dan selanjutnya menjadi kurang nyata seiring berjalannya usia.<sup>1-5</sup>

Kriteria diagnosis gangguan kepribadian ambang (GKA) menurut *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder IV-Text*

*Revised* (DSM –IV TR) dan *International Classification of Disease (ICD) 10* adalah gangguan kepribadian yang memenuhi lima atau lebih ciri berikut: (1) Usaha yang tidak beraturan untuk menghindari penolakan yang nyata atau imajiner; (2) Memiliki pola hubungan interpersonal yang tidak stabil berlangsung terus menerus dan ditandai pertukaran antara idealisasi dan devaluasi yang ekstrim; (3) Gangguan identitas, ketidakstabilan gambaran diri atau perasaan diri yang nyata dan terus menerus; (4) Impulsivitas atau perubahan perilaku dan atau suasana perasaan yang ekstrim yang tidak dapat diduga. Setidak-tidaknya dalam dua aspek yang mempunyai efek potensial dalam merusak diri (contoh: boros, belanja berlebihan, hubungan seks bebas, berjudi,

penyalahgunaan zat, berkendara secara ceroboh, mengutil, makan dan minum berlebihan); (5) Tingkah laku, isyarat atau ancaman bunuh diri yang sering atau tingkah laku melukai diri; (6) Afek yang tidak stabil yang ditandai *mood* yang reaktif (contoh episode disforik yang sering, iritabel atau kecemasan yang berlangsung beberapa jam dan jarang lebih dari 2 hari); (7) Perasaan kosong / hampa yang kronis; (8) Marah yang tidak sesuai, sering atau kesulitan dalam mengendalikan amarah (contoh sering menunjukkan perangai, marah yang tak terduga dan tanpa sebab bermakna, sering berkelahi); (9) Ide paranoid yang berhubungan dengan stres yang berlangsung sementara atau gejala disosiatif yang parah.

Dalam makalah ini dilaporkan seorang pasien yang mengalami gangguan kepribadian ambang yang memburuk setelah ia mengalami dua kali perpisahan dengan orangtuanya, baik secara sengaja maupun karena terpaksa.

## Kasus

Seorang perempuan berusia 29 tahun dengan keluhan merasa hidup tidak menentu dan sudah lima tahun berganti-ganti agama (Kristen, Islam, Buddha, Bethani, Tiberias, Pentakosta, Katolik), pekerjaan, teman, dan bingung akan berpacaran dengan laki-laki atau perempuan. Pasien juga selalu ingin berpindah kamar dan memilih kamar yang sempit dan kumuh, yang membuat pasien merasa hangat dan nyaman. Pasien pernah selama setahun mengkonsumsi shabu (metamfetamin). Perasaannya tidak menentu, sering sedih, menangis, marah-marah. Kalau ada pertemuan keluarga, ia sering bimbang akan datang atau tidak. Bila datang ia selalu terlambat, bila tidak datang ia merasa menyesal. Pasien sering bertanya-tanya kepada dirinya sendiri: "Siapakah saya dan apa yang saya inginkan dalam hidup ini?" Pasien sering tidak mau

makan sehingga harus disuapi pembantu. Kalau pasien sedang berada di tempat kos, ia sering tidak menyiram *toilet* sampai dua hari, bahkan piring bekas makan dibiarkan saja selama seminggu. Pasien merasa orang-orang di rumah berkomplot dengan dokter.

Pada tahun 1998, pasien duduk di kelas delapan. Saat itu ada kerusuhan di tanah air dan pasien dikirim oleh orangtua bersama kakak dan adik perempuan ke Malaysia. Tindakan penyelamatan ini disikapi pasien dengan merasa ditinggalkan orangtua. Pasien juga merasa orangtua pilih kasih, karena pasien diberikan dan diasuh nenek sejak berusia dua tahun. Menurut orangtua, pasien cucu kesayangan nenek, karena itu nenek ingin mengasuhnya. Pasien anak kedua dari empat bersaudara (tiga perempuan dengan adik bungsu laki-laki). Pasien tidak dekat dengan saudara-saudaranya, bahkan sering tidak berkomunikasi dengan mereka sampai berbulan-bulan. Ia sering marah pada diri sendiri, benci pada Tuhan, orangtua dan orang di sekitar yang menurutnya membuat pasien seperti ini. Pasien mengakui bahwa ia sebenarnya menyayangi orangtua dan neneknya.

Pada tahun 2005 pasien berobat pada psikiater dan diberi antipsikotik dan antidepresan. Sudah tiga kali pasien berganti psikiater. Pasien datang berkonsultasi pada tahun 2010. Ia menolak psikofarmaka serta psikoterapi dan hanya bersedia menerima hipnoterapi. Pasien kerap mengingkari janji konsultasi, atau pasien mau konsultasi bila orangtua bersedia menjemputnya di suatu tempat namun saat orangtua tiba, pasien pergi ke tempat lain. Pasien dirujuk ke hipnoterapis dan setelah lima sesi hipnoterapi dengan jarak 2–3 minggu, pasien tampak mulai memahami dirinya dan tidak uring-uringan lagi. Pasien mau mengikuti *Mentalization Based Treatment* (MBT) yang dijalankannya secara tidak teratur selama dua tahun.

Sudah lima tahun pasien bekerja pada

satu tempat, telah memilih satu agama dan merasa lebih nyaman dengan diri dan orang di sekitarnya dan sudah memantapkan pilihan pasangan hidupnya.

## Diskusi

Pasien memenuhi kriteria GKA menurut DSM IV – TR<sup>1-5</sup>, karena ada hubungan interpersonal yang tidak stabil atau ambivalen (sayang dan benci pada orangtua), gangguan identitas diri (berganti agama, pekerjaan, teman, terapis, kamar), impulsivitas (penyalahgunaan metamfetamin, menolak makan sampai harus disuapi, tidak menyiram *toilet* dan membiarkan piring bekas makan dalam keadaan kotor sampai beberapa hari), afek yang tidak stabil (sedih, menangis, marah-marah), merasa kosong / hampa (ingin berada di kamar yang sempit dan kumuh), ide paranoid (yakin orang rumah bersekongkol dengan dokter). Ketakutan ditolak, ditinggalkan atau perpisahan menimbulkan perubahan tingkah laku, afek, kognitif, dan citra diri pasien. Tiga puluh persen pasien dengan GKA mengalami penelantaran atau perpisahan dengan orangtua pada awal kehidupan yang melahirkan perasaan ditinggalkan, atau ditolak. Hal itu membuat mereka hipersensitif bila dikritik, merasa asing dan sulit berhubungan atau berkomunikasi dengan keluarga.<sup>5,6</sup> Takut sendirian ini merupakan kegagalan perkembangan fase anak usia 1–3 tahun (fase anal menurut Freud atau fase otonomi menurut Erikson). Usaha untuk menghindari kesendirian dapat berupa tingkah laku menciderai diri.<sup>5</sup>

Pada kasus ini pasien merasa orangtua pilih kasih dengan membiarkannya dibesarkan dan diasuh oleh nenek sejak berusia dua tahun. Menurut Freud dan Erik Erikson usia dua tahun adalah fase anal, *sense of autonomy*, saat anak mengembangkan rasa percaya diri, merasa nyaman dan hangat dengan dirinya. Sayang

sekali, fase ini tidak berkembang dengan baik, karena anak merasa ditolak orangtua. Hal ini mengakibatkan terjadi *sense of shame and doubt*, anak tidak percaya diri, terlalu sadar diri, tidak berani tampil, dan/atau merasa dibicarakan orang.<sup>5</sup> Perpisahan kedua terjadi saat pasien kelas delapan dan ini memperparah perasaan ditinggalkan dan ditolak yang pernah dialami sewaktu masih kecil. Kondisi ini membuat pasien merasa asing dan sulit berkomunikasi dengan keluarga, pasien tidak dekat dengan saudara-saudaranya, bahkan sering tidak berkomunikasi dengan mereka sampai berbulan-bulan.

Hubungan interpersonal tidak stabil ditandai oleh perpindahan idealisasi atau devaluasi yang ekstrim. Jika menguntungkan ia akan menyanjung atau memanipulasi, sedangkan jika sebaliknya ia akan merendahkan. Ia hanya melihat baik dan buruk, *black and white*. Pada satu saat ia dapat menilai seseorang itu baik namun dalam sekejap orang tersebut berubah orang menjadi tidak baik. Hal itu berkaitan dengan mekanisme defensif yang dikembangkannya yaitu *splitting*. Hubungan yang tidak stabil (ambivalen) ini mencerminkan perasaan tidak aman dan kebutuhan untuk bergantung.<sup>5</sup>

Gangguan identitas berupa ketidakstabilan gambaran diri atau perasaan diri yang nyata atau terus menerus silih berganti. Ini meliputi citra diri, identitas jenis, cita-cita jangka panjang atau pemilihan karier, pola persahabatan, nilai-nilai dan loyalitas, dan sering bertanya “Siapakah saya?”. Hal itu terjadi karena citra diri yang lemah dan terdistorsi. Individu biasanya meniru pandangan orang yang dekat dengannya tanpa didasari motif yang kuat, sehingga mudah berubah.<sup>5</sup> Pasien merasa hidup tidak menentu dan bimbang ditandai dengan lima tahun berganti-ganti agama, pekerjaan, teman, dan bingung akan berpacaran dengan laki-laki atau perempuan.

Impulsivitas yang dapat merusak diri

seperti penyalahgunaan zat, kecanduan alkohol, bulimia, berkendara secara ceroboh, seks bebas, dan belanja berlebihan.<sup>5</sup> Menurut DSM IV-TR tindakan impulsivitas adalah makan dan minum berlebihan.<sup>3</sup> Sebaliknya pasien menolak makan. Kondisi tersebut dapat diterima karena baik makan berlebihan atau menolak makan sama-sama mempunyai potensial merusak diri.<sup>1-5</sup> Pasien juga memiliki riwayat mengkonsumsi shabu atau metamfetamin.

Tingkah laku, isyarat atau ancaman bunuh diri atau melukai diri, seperti usaha bunuh diri, mutilasi diri, mencelakakan diri berulang kali, perkelahian fisik merupakan karakteristik utama GKA. Ini dapat terjadi akibat pada masa remaja individu merasa ditolak atau ditinggalkan.<sup>5</sup>

Afek yang tidak stabil ditandai dengan perubahan *mood swing* yang normal menjadi depresi, iritabel, ansietas, marah, panik atau putus asa yang berulang dalam beberapa jam. Perasaan disforik ini tidak pernah benar-benar hilang. Ini menunjukkan individu bereaksi secara berlebihan terhadap stres yang berkaitan dengan kegagalan mengelola emosi.<sup>5</sup> Hubungan pasien dengan orangtua diwarnai rasa sayang, berganti dengan kemarahan dan benci, ambivalen dan untuk kepentingan diri sering memanipulasi orangtua. Ini sesuai dengan pola hubungan interpersonal yang tidak stabil dan terus menerus yang ditandai dengan pertukaran idealisasi dan devaluasi yang ekstrem (menyanjung, merendahkan, manipulasi).<sup>1-5</sup>

Perasaan kosong / hampa yang kronis digambarkan sebagai perasaan yang mendalam dan terasa di perut atau dada. Ini bukan kebosanan atau penderitaan. Perasaan ini dihubungkan dengan kesepian.<sup>5</sup> Secara psikodinamik pasien berusaha menghilangkan perasaan kosong dengan memenuhi kamarnya dengan barang-barang, sehingga ia merasa hangat dan nyaman. Ini menerangkan alasan pasien ingin berada di kamar yang sempit dan kumuh.

Kemarahan dapat karena temperamen yang berlebihan (karena kerentanan genetik) atau respons berkepanjangan terhadap frustrasi (faktor lingkungan) yang tampak dalam bentuk kemarahan yang hebat dan uring-uringan. Mereka diliputi kemarahan sekalipun tidak diekspresikan terlebih bila merasa diabaikan.<sup>5</sup>

GKA dapat memunculkan perasaan tidak nyata atau dunia ini tidak derealisasi seperti pada gangguan skizofrenia atau gangguan stres pasca trauma, hanya berlangsung singkat selama beberapa hari dan biasanya dicetuskan oleh stresor yang berat. Mereka juga merasa dibicarakan atau merasa orang-orang melihat mereka dengan kritis.<sup>5</sup>

GKA dijumpai pada sekitar 2–4% penduduk, dengan perbandingan perempuan dan laki-laki 3:1.<sup>1,5</sup> Risiko GKA lima kali lebih tinggi jika orangtua menderita gangguan yang sama.<sup>7</sup> Individu dengan GKA ternyata memiliki riwayat mengalami trauma masa kanak-kanak, seperti perundungan fisik 71%, perundungan seksual 68%, menjadi saksi tindak kekerasan dalam keluarga 62%, inses 75% dan penelantaran (*neglect*).<sup>5-7</sup> GKA berkomborbiditas dengan depresi, gangguan bipolar, penyalahgunaan zat, gangguan cemas, dan gangguan makan.<sup>5,9</sup> Penyalahgunaan zat, depresi berat meningkatkan risiko bunuh diri. Sebanyak 50% GKA mengalami depresi berat saat mencari bantuan dan 80% menderitanya sepanjang hidup.<sup>5</sup>

GKA disebabkan oleh gabungan faktor genetik (temperamen), psikologis (pengalaman masa kanak) dan sosial (pengaruh lingkungan).<sup>5,7</sup> Hal itu terjadi karena mekanisme coping ancaman ansietas kacau sehingga menghasilkan ketakutan yang pervasif dan emosi berlebihan berupa kemarahan dan iritabilitas. Penderita jarang merasa bersalah atau malu kalau perilakunya tak terkendali. Episode depresi dapat terjadi karena stresor lingkungan tidak dapat dikelola dengan baik.<sup>8</sup> Impulsivitas

mengarahkan individu untuk bertindak tanpa berpikir, yang menghasilkan tingkah laku yang membahayakan. Mereka sensitif terhadap perpisahan atau penolakan. Anak-anak yang ceria, hangat, dan tenang tidak menjadi GKA. Individu dengan GKA memberi sedikit respons terhadap rangsangan emosional yang mendalam di cerebrum dan aktivitas otak yang rendah memicu impulsivitas. Pada GKA, amygdala berperan aktif. Individu dengan GKA gagal memahami pikiran, perasaan dan persepsi dirinya, sehingga mereka sulit dimengerti.<sup>5</sup> Lesi di korteks prefrontal dan pengurangan substansia grisea dikaitkan dengan tingkah laku agresif. Korteks orbitofrontal dan media frontal mengendalikan pelepasan agresi yang mengarah pada impulsivitas. Pada GKA terjadi ketidakseimbangan neurokimiawi dan hiperaktivitas amygdala yang berperan dalam mengatur respons emosional, tingkah laku, membuat keputusan dan seleksi respons adaptif.<sup>1,5</sup> Serotonin yang rendah berperan dalam tingkah laku agresif dan impulsif.<sup>1</sup>

Trauma masa kanak membentuk gejala alienasi, ingin dilindungi dan ledakan emosi. Kalau perundungan dialami pada masa kanak-kanak, membuat anak mengalami ambivalensi antara sayang dan benci.<sup>5-7</sup> Dari segi sosial, hal yang dapat mengembangkan GKA adalah perceraian orangtua, kesulitan ekonomi atau tekanan pengasuh.<sup>5</sup>

GKA muncul pada dewasa muda, tetapi tindakan menciderai diri dapat terjadi saat akil balig. Sebanyak 40-50% GKA membaik dalam dua tahun dan 50-85% dalam 10 tahun. Penderita yang dirawat mengalami kekambuhan dalam waktu enam bulan sebanyak 60%. Sebanyak 25% menjalin hubungan stabil yang akrab dan sukses dalam pekerjaannya, walau ada juga yang menolak hubungan yang akrab.<sup>5</sup> Kira-kira 8-10% melakukan ide-ide atau tindakan bunuh diri, 75% dirawat dan 19% meninggal karena bunuh diri.<sup>9</sup> Di Inggris diperkirakan tindakan bunuh diri

mencapai 84%.<sup>10</sup> Sebanyak 40% menciderai diri selama pengalaman disosiasi, saat kesepian, ketika merasa tidak dicintai atau hidup terasa berat. Tindakan ini merupakan cara mengekspresikan perasaannya. Saat menciderai diri terjadi pelepasan endorfin yang menimbulkan perasaan nyaman dan memberi kelegaan. Kondisi ini diperkirakan menyebabkan perilaku kecanduan. Dalam terapi, lingkaran ini harus segera diputus.<sup>5</sup> Tindakan menciderai diri ini membuat luka secara fisik atau hambatan fisik. Bentuknya beragam seperti mengiris nadi, bakar diri, memukul diri, menggantung, menjambak rambut, hubungan seks yang tidak aman, berkendara secara ceroboh, bulimia, pornografi.<sup>1,5,7,10</sup> Untuk GKA yang sembuh, tidak ada laporan kekambuhan.<sup>5,10</sup>

Adapun psikoterapi dapat berupa *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT), *Mentalization Based Treatment* (MBT), *Schema Focused Therapy* (SFT). *Dialectical Behaviour Therapy* adalah kombinasi terapi individual dan kelompok yang mengajarkan ketrampilan mengatasi emosi yang meledak dan mengurangi tingkah laku menciderai diri, menimbulkan kesadaran diri dan membuat keseimbangan kognitif dan emosi. Terapi tersebut diberikan 2x/minggu selama 1-6 tahun.<sup>5,10,11</sup> MBT menitikberatkan pada metode berpikir sebelum bertindak, agar pasien mengerti kondisi kejiwaannya, termasuk pikiran dan emosi, baik dirinya maupun orang lain.<sup>11</sup> *Schema Focused Therapy* membantu pasien mengenali kebutuhan yang tidak terpenuhi pada awal kehidupan (fase anal, *sense of autonomy*). Terapi memfokuskan usaha pemenuhan kebutuhan itu dengan cara yang lebih sehat agar terbentuk tingkah laku hidup yang positif (dapat dilakukan secara cepat melalui hipnoterapi).<sup>11</sup> Psikoterapi *Selective serotonin reuptake inhibitor* membuat pasien mampu melihat terapis sebagai individu yang ingin menolong mereka, bukan pribadi yang menuntut. Ini membantu pembentukan



jaringan neuron yang baru. *Splitting* juga berkurang karena mekanisme defensif menjadi lebih efisien.<sup>1</sup>

Pasien ini menolak psikofarmaka dan psikoterapi. Setelah ia mendapat lima kali hipnoterapi, pasien merasa nyaman, mulai memahami dirinya dan tidak uring-uringan lagi. Setelah menjalani hipnoterapi pasien bersedia menjalani psikoterapi MBT. Pasien belajar memperbaiki hubungan dengan dirinya, keluarga dan teman-temannya, sudah bekerja menetap pada satu tempat selama lima tahun dan sudah memantapkan pilihan pasangan hidupnya.

Reaksi keluarga dapat berupa keinginan untuk membantu pasien, marah atau kebingungan.<sup>5</sup> Kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi memberi hasil yang optimal.<sup>1,5,7</sup> Farmakoterapi dapat diberikan antipsikotik dan atau antidepresan berupa SSRI. Pemberian farmakoterapi menimbulkan perbaikan pada kemarahan yang menetap, agresi impulsif (terutama agresi verbal), afek yang labil (kecemasan, disforik) yang mencegah pasien merefleksikan hal-hal tersebut ke dunia internal mereka.<sup>1,5</sup>

## Kesimpulan

Gangguan kepribadian ambang menimbulkan penderitaan baik untuk pasien maupun keluarga. Dilaporkan seorang pasien yang mengalami gangguan kepribadian ambang yang memburuk setelah ia mengalami dua kali perpisahan dengan orangtuanya, baik secara sengaja maupun karena terpaksa. Pasien menunjukkan perbaikan setelah mendapatkan hipnoterapi dan *mentalization based treatment* selama dua tahun.

## Daftar Pustaka

1. Andri, Kusumawardhani AAAA. Neurobiologi gangguan kepribadian ambang: pendekatan biologis, perilaku impulsif dan agresif. *Maj Kedokt Indon*, 2007;123 – 8
2. Pedoman penggolongan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III. Gangguan kepribadian. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta, 1993; 260 - 6
3. Diagnostic and statistic manual of mental disorder IV – Text Revised (DSM IV – TR): Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Disorders of adult personality and behaviour. Geneva: World Health Organization; 1992, hal 200 -5.
5. Gunderson JG. An introduction to borderline personality disorder, diagnosis, origins, course and treatment. *A BPD Brief: revised*; 2011; 1 – 12
6. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989; 146-90 – 5
7. Borderline personality disorder. National Alliance on Mental Illness, 2017. Diunduh dari <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Borderline-Personality-Disorder>
8. Parker G. Is borderline personality disorder a mood disorder ? *BJPsych*, 2014; 204: 252 – 3
9. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: cochrane systematic review of randomised trials. *BJPsych*, 2010; 4 – 12
10. Moran P, Crawford MJ. Assessing the severity of borderline personality disorder. *BJPsych*. 2013;163 – 4
11. Biskin RS. Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013; 230 -3