

GEJALA PSIKOTIK PADA GANGGUAN KEPRIBADIAN AMBANG: LAPORAN KASUS

by Anya Devita

Submission date: 31-May-2025 08:50AM (UTC+0700)

Submission ID: 2305823617

File name: Manuskrip.docx (34.17K)

Word count: 2000

Character count: 13914

**GEJALA PSIKOTIK PADA GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG:
LAPORAN KASUS**

Psychotic Features in Borderline Personality Disorder: A Case Report

Dyani Pitra Velyani, Ika Nur Fitriana, Rivo Mario
Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Email korespondensi: dyani.pitra@trisakti.ac.id

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is frequently accompanied by psychotic symptoms, particularly auditory hallucinations, observed in 20–50% of cases. These symptoms can exacerbate interpersonal dysfunction and increase the risk of self-harming behaviors. Primary triggers include emotional stress, interpersonal conflicts, and past trauma.

This case study reports a 33-year-old woman with BPD who experienced psychotic symptoms following the loss of her mother and the end of a romantic relationship. The auditory hallucinations reflected internal conflicts, manifesting as a depressive childlike voice and a punitive adult voice. Effective management involved a combination of pharmacotherapy (SSRIs and low-dose antipsychotics) and psychodynamic psychotherapy tailored to the patient's stress tolerance.

Psychotic symptoms in BPD have significant implications for treatment and prognosis. A flexible and integrated therapeutic approach is essential to enhance treatment effectiveness and improve patients' quality of life.

Keywords: borderline personality disorder, psychotic symptoms, auditory hallucinations

Abstrak

Gangguan Kepribadian Ambang (Borderline Personality Disorder/BPD) sering disertai gejala psikotik, terutama halusinasi auditorik, yang ditemukan pada 20–50% kasus. Gejala ini dapat memperburuk disfungsi interpersonal dan meningkatkan risiko perilaku merugikan diri sendiri. Pemicu utama meliputi stres emosional, konflik interpersonal, dan trauma masa lalu.

Studi kasus ini melaporkan seorang perempuan berusia 33 tahun dengan BPD yang mengalami gejala psikotik setelah kehilangan ibu dan berakhirnya hubungan romantis. Halusinasi auditorik yang dialami pasien mencerminkan konflik internal, berupa suara masa kecil yang depresif dan suara dewasa yang menyalahkan. Penatalaksanaan efektif melibatkan kombinasi farmakoterapi (SSRI dan antipsikotik dosis rendah) dan psikoterapi psikodinamik yang disesuaikan dengan toleransi stres pasien.

Gejala psikotik pada BPD memiliki implikasi signifikan terhadap penanganan dan prognosis. Pendekatan terapi yang fleksibel dan terintegrasi diperlukan untuk meningkatkan efektivitas penanganan dan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: gangguan kepribadian ambang, gejala psikotik, halusinasi auditorik

PENDAHULUAN

Gangguan Kepribadian Ambang (*Borderline Personality Disorder/BPD*) adalah gangguan kepribadian yang ditandai oleh ketidakstabilan hubungan interpersonal, citra diri, afek, dan impulsivitas yang secara signifikan menimbulkan distress dan disfungsi. Gejala khas pada BPD meliputi ketakutan disertai upaya keras untuk menghindari penolakan, pola hubungan yang tidak stabil, kebingungan identitas, perilaku impulsif, ide atau perilaku bunuh diri berulang, labilitas afek, perasaan kosong yang kronis, kemarahan yang intens dan tidak serasi, serta gejala disosiasi atau ide paranoid sementara dan dipicu oleh stres.^{1,2,3}

Prevalensi BPD dalam populasi umum diperkirakan antara 0,7% hingga 2,7%, dengan angka yang lebih tinggi ditemukan pada populasi klinis, yaitu sekitar 12% di layanan psikiatri rawat jalan dan 22% di layanan rawat inap.^{2,3}

Salah satu aspek penting dalam manifestasi BPD adalah munculnya gejala psikotik. Studi menunjukkan bahwa antara 20% hingga 50% individu dengan BPD mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi auditorik, ide hingga waham paranoid, dan derealisasi. Gejala-gejala ini biasanya bersifat sementara dan dipicu oleh stres. Pada beberapa kasus dapat bersifat persisten dan menyerupai gangguan psikotik primer seperti skizofrenia.^{5,6}

Beberapa pemicu yang berhasil diidentifikasi dari gejala psikotik pada BPD meliputi stres emosional yang intens, konflik interpersonal, pengalaman trauma masa lalu, kehilangan objek signifikan, penggunaan zat dan komorbiditas dengan gangguan psikiatrik lainnya.^{3,5,6} Gejala psikotik dapat memperburuk disfungsi interpersonal dan meningkatkan risiko perilaku merugikan diri sendiri atau orang lain.^{5,6}

Gejala psikotik pada individu dengan BPD memiliki implikasi signifikan terhadap jalannya terapi, terutama psikoterapi yang merupakan pendekatan utama dalam penanganan BPD. Gejala psikotik dapat mengganggu proses terapeutik, mengurangi efektivitas intervensi, dan memerlukan penyesuaian dalam strategi terapi.⁶⁻⁹

Kompleksitas dan signifikansi dari gejala psikotik pada individu dengan BPD menjadikan pemahaman mendalam tentang manifestasi klinis, prevalensi, pemicu, dan implikasinya terhadap terapi sangat penting. Laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi aspek-aspek tersebut, guna meningkatkan pemahaman klinis dan strategi penanganan yang lebih efektif bagi individu dengan BPD dengan gejala psikotik.

DESKRIPSI KASUS

Seorang perempuan usia 33 tahun datang ke layanan rawat jalan psikiatri dengan keluhan afek labil, perasaan kosong berkepanjangan, serta kesulitan menjalin hubungan interpersonal yang stabil. Ia melaporkan perasaan tidak layak dicintai, perilaku menyakiti diri (menyayat lengan dengan silet), serta ide bunuh diri intermiten. Pasien merupakan anak dari pernikahan siri orangtuanya dan kerap dipandang remeh oleh keluarga besar. Ayah meninggal saat pasien kecil. Pasien berkonflik dengan ibunya yang memaksakan perijodohan, menyebabkan distres emosional berat hingga pasien meninggalkan rumah dengan bantuan keluarga lain.

Pada formulasi psikodinamik didapatkan fungsi ego yang lemah dan mekanisme pertahanan imatur (*splitting*, proyeksi, introyeksi) yang dominan, dengan organisasi kepribadian *borderline*. Pasien kemudian menjalani psikoterapi psikodinamik yang dikombinasikan dengan pemberian psikofarmaka berupa antidepresan sertraline.

Gejala psikotik pertama kali muncul pasca kematian mendadak ibu, berupa halusinasi visual dan auditorik dengan konten menakutkan serta mendevalusi. Psikoterapi tetap dilakukan untuk mendampingi pasien melewati fase berduka dan sebagai tatalaksana psikofarmaka, antidepresan tetap diberikan dan dikombinasikan dengan antipsikotik aripiprazole. Keadaan pasien membaik setelah tiga bulan dan ia mulai membina hubungan yang stabil dengan teman-teman kerjanya. Pasien kemudian menjalin hubungan romantis yang kemudian berakhir secara sepihak. Kejadian ini memicu kekambuhan gejala psikotik dalam bentuk halusinasi auditorik yang diidentifikasi sebagai bagian dari dirinya sendiri, berupa suara masa kecil yang depresif dan suara dewasa yang punitif.

HASIL

Penelusuran literatur menunjukkan bahwa gejala psikotik terjadi pada 20% hingga 50% individu dengan BPD. Gejala yang paling sering dilaporkan adalah halusinasi auditorik non-bizarre, diikuti oleh pengalaman disosiatif, halusinasi visual, dan ide paranoid transien.^{5,6,10} Studi Pearse dkk menemukan bahwa 30% pasien BPD mengalami halusinasi auditorik yang persisten, dengan durasi lebih dari tiga bulan.⁶ Gejala psikotik yang persisten ini dikaitkan dengan defisit neurokognitif dan hasil klinis yang lebih buruk.^{11,12}

112 Slotema dkk melaporkan bahwa intensitas halusinasi pada pasien BPD dapat sebanding
113 dengan pasien skizofrenia, meskipun dengan profil psikopatologi yang berbeda.¹³ Studi
114 Zanarini dkk menunjukkan bahwa pengalaman psikotik pada BPD sering kali
115 berhubungan dengan disosiasi dan trauma masa kecil.⁹
116 Niemann dkk mengungkapkan bahwa stresor interpersonal, seperti konflik relasional atau
117 kehilangan, merupakan pemicu utama munculnya gejala psikotik pada pasien BPD.¹⁴
118 Schultz dan Hong melaporkan bahwa gejala psikotik pada BPD memiliki konten yang
119 sering kali bersifat *self-critical* dan muncul dalam konteks tekanan emosional yang
120 tinggi.⁵
121 Leichsenring dkk menyatakan bahwa keberadaan gejala psikotik pada BPD berhubungan
122 dengan derajat disorganisasi kepribadian yang lebih berat dan kebutuhan akan modifikasi
123 dalam pendekatan psikoterapi.³ Dalam konteks terapi, temuan dari Paris menunjukkan
124 bahwa antipsikotik atipikal dan SSRI digunakan secara luas, namun manfaatnya terbatas
125 pada pengurangan gejala dan bukan perubahan struktural kepribadian.¹⁵

126

127 **DISKUSI**

128 Laporan kasus ini menyajikan kekambuhan gejala psikotik pada pasien dengan Gangguan
129 Kepribadian Ambang yang dipicu oleh stres interpersonal, dengan isi halusinasi yang
130 merefleksikan konflik internal. Konten halusinasi auditorik yang diidentifikasi sebagai
131 bagian dari aspek diri, berupa suara masa kecil yang depresif dan suara dewasa yang
132 menyalahkan, fenomena yang jarang dilaporkan secara rinci dalam literatur. Halusinasi
133 muncul dalam dua episode berbeda yang masing-masing dipicu oleh kehilangan
134 signifikan: kematian ibu dan putusnya hubungan romantis. Hal ini konsisten dengan
135 temuan Niemann dkk yang menyatakan bahwa stresor interpersonal merupakan pemicu
136 utama gejala psikotik pada BPD.¹⁴ Pengalaman psikotik pasien juga dikaitkan dengan
137 masa kecilnya yang banyak didevaluasi dan tidak mendapatkan validasi. Kandasnya
138 hubungan romantis seakan menegaskan kembali bahwa ia tidak cukup berharga. Hal ini
139 sesuai dengan pernyataan Schultz dan Hong bahwa isi halusinasi pada BPD sering kali
140 bersifat *self-critical* dan muncul dalam konteks tekanan emosional yang tinggi,
141 sebagaimana tercermin dalam kasus ini.⁵
142 Pasien dalam laporan ini mengalami halusinasi visual dan auditorik yang mengganggu,
143 dengan isi mendevaluasi dan bernuansa internal. Hal ini mencerminkan disorganisasi

144 kepribadian yang mendalam, sesuai dengan pandangan Leichsenring dkk, yang
145 mengaitkan keberadaan gejala psikotik dengan organisasi kepribadian borderline yang
146 lebih berat dan kebutuhan akan pendekatan terapi yang dimodifikasi.³
147 Penatalaksanaan kasus ini mencakup kombinasi farmakoterapi (SSRI dan antipsikotik
148 dosis rendah) dan psikoterapi psikodinamik. Antipsikotik generasi kedua dapat efektif
149 dalam mengatasi gejala BPD, termasuk impulsivitas, agresi, dan gejala psikotik, namun
150 bukti yang ada masih terbatas.^{16,17,18} Paris menyatakan bahwa antipsikotik atipikal dapat
151 membantu mengurangi gejala psikotik pada BPD, tetapi tidak memperbaiki struktur
152 kepribadian.¹⁵ Psikoterapi tetap menjadi pendekatan utama, namun perlu disesuaikan
153 dengan mempertimbangkan kehadiran gejala psikotik agar tidak memicu regresi. Pasien
154 ini menjalani psikoterapi psikodinamik jangka panjang. Validasi pengalaman pasien tetap
155 dilakukan dengan mengakui dan memahami pengalaman psikotik pasien tanpa langsung
156 mengkonfrontasinya. Psikoterapi bergerak lebih banyak pada lengan suportif dengan
157 tetap melakukan interpretasi dengan menyesuaikan teknik terapeutik sesuai dengan
158 kebutuhan dan toleransi stres pasien.^{19,20}

159

160 **KESIMPULAN**

161 Laporan kasus ini menyoroti kompleksitas manifestasi gejala psikotik pada individu
162 dengan Gangguan Kepribadian Ambang (BPD), khususnya yang dipicu oleh stresor
163 interpersonal signifikan seperti kehilangan dan penolakan. Gejala psikotik yang dialami
164 pasien, berupa halusinasi auditorik dengan konten yang merefleksikan konflik internal
165 dan pengalaman masa lalu, menunjukkan bahwa pengalaman traumatis dan disorganisasi
166 kepribadian berperan dalam kemunculan gejala tersebut.
167 Penatalaksanaan yang efektif melibatkan pendekatan multimodal, yaitu kombinasi antara
168 farmakoterapi (penggunaan SSRI dan antipsikotik dosis rendah) dan psikoterapi
169 psikodinamik yang disesuaikan dengan toleransi stres pasien. Validasi pengalaman
170 psikotik pasien tanpa konfrontasi langsung serta penyesuaian teknik terapeutik terbukti
171 membantu dalam mengurangi intensitas gejala psikotik dan disosiasi.
172 Temuan ini menekankan pentingnya pemahaman mendalam terhadap dinamika
173 psikologis individu dengan BPD yang mengalami gejala psikotik, serta perlunya strategi
174 terapi yang fleksibel dan terintegrasi untuk meningkatkan efektivitas penanganan dan
175 kualitas hidup pasien

176

177 **Konflik kepentingan**

178 Tidak ada konflik kepentingan.

179

180 **Ucapan Terima kasih**

181 Terima kasih bagi guru-guru penulis di Seksi Psikoterapi PDSKJI, dr. Petrin Redayani,
182 Sp.KJ, Subsp.PK(K), M.Pd.Ked, dr. Sylvia Detri Elvira, Sp.KJ, Subsp.PK(K), Dr. dr.
183 Limas Sutanto, Sp.KJ, Subsp OK(K), M.Pd. yang telah memberikan bimbingan dan
184 membagi pengalamannya sebagai panduan dalam tatalaksana kasus ini, hingga
185 terselesaikan laporan kasus ini.

186

187 **DAFTAR PUSTAKA**

- 188 1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental
189 Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- 190 2. Gunderson JG. Borderline personality disorder. N Engl J Med.
191 2011;364(21):2037–42.
- 192 3. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al.
193 Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical
194 presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry.
195 2024;23(1):4–25. doi:10.1002/wps.21156. PMID: 38214629; PMCID:
196 PMC10786009.
- 197 4. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C, Torrico TJ. Borderline Personality Disorder. In:
198 StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.
199 PMID: 28613633
- 200 5. Schultz HE, Hong V. Psychosis in borderline personality disorder: How
201 assessment and treatment differs from a psychotic disorder. Curr Psychiatry.
202 2017;16:24–9.
- 203 6. Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic
204 symptoms in borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2014;202(5):368–
205 71. doi:10.1097/NMD.000000000000132.
- 206 7. D'Agostino A, Rossi Monti M, Starace F, et al. Psychotic symptoms in borderline
207 personality disorder: an update. Curr Opin Psychiatry. 2019;32(1):22–7.
- 208 8. Fonagy P, Bateman AW. Psychodynamic Psychotherapy for Personality
209 Disorders: A Clinical Handbook. Wiley-Blackwell; 2016.
- 210 9. Zanarini MC, Frankenburg FR. The role of psychotropic medications in the
211 treatment of borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl
212 5:18–24.
- 213 10. Belohradova Minarikova K, Prasko J, Holubova M, Vanek J, Kantor K, Slepecky M,
214 et al. Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline
215 personality disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2022;18:787–99.

- doi:10.2147/NDT.S360013. PMID: 35422622; PMCID: PMC9005124.
11. Carrasco JL, et al. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. *Schizophr Res.* 2021;232:109–11.
12. Arntz A, et al. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(1):26–31.
13. Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA, Deen M, Sommer IEC. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: A review. *Schizophr Res.* 2012;133(1-3):211–20. doi:10.1016/j.schres.2011.09.006. PMID: 21958500.
14. Niemann S, Ronningstam E, Maltzberger JT, Katz M, Oldham J. Transient psychotic episodes in borderline personality disorder: Diagnostic and treatment issues. *Harv Rev Psychiatry.* 2016;24(5):370–8. doi:10.1097/HRP.0000000000000111. PMID: 27580576.
15. Paris J. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010;9(2):111–7.
16. Bozzatello P, Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Paliperidone in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study of efficacy and tolerability. *Riv Psichiatr.* 2010;45(1):30–6.
17. Bellino S, Bozzatello P, Bogetto F. Quetiapine in patients with borderline personality disorder and psychosis: a case series. *Clin Neuropharmacol.* 2014;37(3):69–72.
18. Calabrese JR, Keck PE Jr, McElroy SL. Second-generation antipsychotic use in borderline personality disorder: What are we targeting? *Ment Health Clin.* 2016;6(2):82–8.
19. Gonzalez-Torres MA. Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders: current developments and challenges ahead. *BJPsych Int.* 2018;15(1):12–4. doi:10.1192/bji.2017.7. PMID: 29953131; PMCID: PMC6020925.
20. Bradley R, Westen D. The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):927–57

GEJALA PSIKOTIK PADA GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG: LAPORAN KASUS

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

5%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

Submitted to Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Trisakti

Student Paper

2%

2

research.fk.ui.ac.id

Internet Source

2%

3

m.klikdokter.com

Internet Source

1%

4

jurnal.htp.ac.id

Internet Source

1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 10 words

Exclude bibliography On