

Self-Harming Behavior in Borderline Personality Disorder (BPD)

Aisya Yara Az Zawra^{1*}, Erdira Natasya Putri¹, Fiana Damayanti¹, Pratiwi Anggraini¹, Emmy Amalia²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

²Staf Pengajar Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

Article History

Received : December 06th, 2023

Revised : January 20th, 2024

Accepted : January 30th, 2024

*Corresponding Author:

Aisya Yara Az Zawra,

Program Studi Pendidikan

Dokter, Fakultas Kedokteran

dan Ilmu Kesehatan,

Universitas Mataram, Mataram,

Nusa Tenggara Barat,

Indonesia;

Email: yarazawra@gmail.com

Abstract: Self-harm behavior is a form of behavior that is carried out to overcome emotional disturbances or emotional pain that is felt by self-harm without any intention to commit suicide. Borderline personality disorder (BPD) is a psychiatric disorder characterized by abnormal patterns of inner experiences and behaviors that affect cognition, emotion, interpersonal functioning, and impulse control. This study was conducted to review various aspects related to self-harm behavior on the borderline personality disorder. In this bibliography summary we conducted a search on the PubMed database using the search keyword "Borderline Personality Disorder". The inclusion criteria that we have set include using free full text publications and using English. We also used publications published over the past ten years, as well as publications with relevant discussion of Borderline Personality Disorder. Therefore, appropriate management is required. Some of the treatments include psychoeducation and psychotherapy as well as pharmacological treatment in severe cases. From the 21 literature used, it is stated that self-harm behavior in personality disorders borders on one of the disturbed domains, namely behavioral dysregulation. This dysregulatory behavior can influence CBD sufferers to injure themselves or even attempt suicide.

Keywords: Borderline personality disorder, self-harm behavior, suicidal behavior, suicidal self-injury, non-suicidal self-injury.

Pendahuluan

Perilaku melukai diri adalah salah satu bentuk perilaku yang dilakukan untuk mengatasi gangguan emosi atau rasa sakit emosional yang dirasakan dengan cara menyakiti diri sendiri tanpa ada niat untuk bunuh diri (Zinchuk *et al.*, 2022). Sebagaimana didefinisikan oleh DSM-5 dan oleh ICD-11, perilaku melukai diri didefinisikan sebagai cedera langsung, berulang, tidak dapat diterima secara sosial pada jaringan tubuh, tanpa niat bunuh diri. (Brown & Plener, 2017). Beberapa bentuk perilaku melukai diri termasuk memotong, menggaruk, atau membakar permukaan tubuh serta membentur benda, yang mengakibatkan cedera langsung pada kulit atau tulang. Dalam klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah

Kesehatan Terkait (ICD-10), hanya ada pada tingkat gejala dan tidak didefinisikan sebagai entitas penyakit independen. Perilaku melukai diri terjadi dalam konteks berbagai gangguan jiwa (Plener *et al.*, 2018).

Perilaku melukai diri seringkali disalahartikan dalam praktik klinis sebagai upaya bunuh diri. Oleh karena itu, penting untuk membedakan antara keduanya dengan kriteria tertentu. Kriteria mendasar untuk membedakan antara perilaku melukai diri sendiri dan upaya bunuh diri adalah adanya niat untuk mengakhiri hidup. Menurut Shneidman, bunuh diri tidak terlalu banyak melibatkan keinginan untuk sekedar melukai diri, akan tetapi adanya keinginan untuk mengakhiri kesadaran atau kehidupan sendiri (Halicka & Kiejna, 2018). Kategori paling umum dari keadaan emosi yang

tidak menyenangkan, dapat menyebabkan perilaku melukai diri yaitu antara lain ketakutan, kesedihan, rasa malu, rasa bersalah, ketegangan, kecemasan, kepanikan, frustrasi, dan penghinaan. Bagian dan tingkat keparahan emosi ini dapat bervariasi secara individual. Tujuan lain dari perilaku melukai diri adalah untuk meningkatkan rangsangan yang diinginkan, seperti memberikan rangsangan dengan mengalami emosi yang kuat dan menghilangkan perasaan hampa, yang terjadi pada sebagian kecil kasus (Halicka & Kiejna, 2018)

Perilaku melukai diri adalah cara mengatasi dan merupakan cara untuk bertahan hidup, karena mengurangi ketegangan dan ketakutan, membantu mengelola kemarahan dan diterapkan untuk menghindari atau fokus pada rasa sakit untuk mengendalikannya. Seorang individu mengatasi perasaan yang tak tertahankan untuk mengalihkan diri dari ketakutan dan ketegangan, dan untuk memperhatikan perilaku lain yang lebih dapat dicapai, seperti menyakiti diri sendiri. Babikier dan Armond menyarankan pembagian fungsi perilaku melukai diri sendiri yang berbeda yang meliputi, fungsi yang berkaitan dengan mengelola dan bertahan hidup, fungsi yang berkaitan dengan ego dan pengalaman yang tepat, dan fungsi yang berhubungan dengan menghukum diri sendiri dan menjadi korban (Halicka & Kiejna, 2018). Tinjauan pustaka ini bertujuan untuk memahami gangguan kepribadian *borderline* (GKB) dan perilaku melukai diri pada gangguan kepribadian *borderline* melalui studi pustaka penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya

Bahan dan Metode

Tinjauan pustaka ini kami melakukan pencarian pada database *PubMed* dengan menggunakan kata kunci pencarian “Borderline Personality Disorder”, “Self-Harm Behavior”, “Suicidal Behaviour”, “Suicidal Self-Injury”, “Non-Suicidal Self-Injury”. Kriteria inklusi yang telah kami tetapkan antara lain menggunakan publikasi *free full text* dan menggunakan Bahasa Inggris. Kami juga menggunakan publikasi yang diterbitkan selama sepuluh tahun terakhir, serta publikasi dengan pembahasan yang relevan mengenai Gangguan Kepribadian *Borderline* (GKB)

Hasil dan Pembahasan

Definisi

Gangguan kepribadian *borderline* (GKB) merupakan gangguan kejiwaan kronis yang ditandai dengan pola abnormal dari pengalaman dan perilaku batin yang mempengaruhi kognisi, emosi, fungsi interpersonal, kontrol impuls (Mungo et al., 2020). Hal ini menyebabkan penderitaan atau gangguan yang bermakna secara klinis dan cenderung berulang serta berlangsung terus menerus, dan juga dikaitkan dengan berbagai psikopatologi termasuk suasana hati yang tidak stabil. Orang dengan GKB cenderung memiliki upaya dalam bunuh diri umumnya dalam bentuk overdosis obat/zat (Halicka and Kiejna, 2018).

Perilaku melukai diri disini adalah tindakan melukai diri sendiri tanpa niatan untuk bunuh diri. Ini merupakan hal umum yang biasanya muncul sebagai luka superfisial pada pergelangan tangan dan lengan. Biasanya mereka melakukan dengan cara mencubit, membakar, menyayat, atau bahkan menusuk dirinya sendiri tanpa adaniatan untuk bunuh diri. Pasien GKB memiliki masalah dengan pengaturan emosi dan melukai diri mereka sendiri secara adiktif untuk mengurangi keadaan batin yang menyakitkan, meredakan ketegangan emosional tetapi tidak mencerminkan keinginan untuk mengakhiri hidup . (Halicka and Kiejna, 2018). Overdosis juga termasuk namun, meskipun overdosis obat terkadang dapat mengancam jiwa, namun perilaku ini sangat bervariasi. Overdosis biasanya terjadi setelah peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dan pasien menggambarkan motivasi mereka atau keinginan untuk melarikan diri, sebagian besar insiden mencerminkan motivasi ambivalen, yang melibatkan sejumlah kecil obat (Paris, 2019)

Sejumlah besar penelitian menemukan perilaku melukai diri dan perilaku bunuh diri saling terkait: Dalam sampel klinis, remaja dengan kebiasaan perilaku melukai diri selama interval waktu satu tahun menunjukkan peningkatan risiko pikiran dan perilaku bunuh diri di masa depan dibandingkan dengan remaja tanpa perilaku melukai diri. Sejalan dengan temuan ini, meta-analisis studi longitudinal mengonfirmasi hubungan yang signifikan antara perilaku melukai diri dan upaya bunuh diri di masa depan dalam sampel berbasis klinis dan

populasi, sedangkan hubungannya tampaknya meningkat di antara individu dengan GKB. Perilaku melukai diri sendiri, selanjutnya telah diidentifikasi sebagai faktor risiko bunuh diri di masa depan (Reichl & Kaess, 2021).

Secara keseluruhan, melukai diri sendiri dan GKB mewakili konstruksi yang berbeda dengan tingkat prevalensi yang bervariasi: Pada populasi umum, sekitar 17% remaja dan 6% orang dewasa terlibat dalam perilaku melukai diri, dan sekitar 7% remaja dan 0,45,1% orang dewasa terlibat dalam perilaku bunuh diri selama hidup, dan tingkat prevalensi GKB pada populasi umum diperkirakan sekitar 3% di kalangan remaja dan sekitar 1,5% untuk orang dewasa (Reichl & Kaess, 2021). Menyakiti diri sendiri dapat dianggap sebagai penanda risiko yang dapat diamati untuk deteksi dini gejala GKB selama masa remaja. Kedua, melukai diri sendiri mewakili gejala GKB. Secara khusus, dapat diasumsikan bahwa fitur inti dari GKB, seperti ketidakstabilan afektif, gangguan identitas, atau kesulitan interpersonal, dapat mendahului atau terjadi secara bersamaan dengan tindakan menyakiti diri. Ketiga, melukai diri sendiri dapat dilihat sebagai target dalam program pengobatan GKB (Reichl & Kaess, 2021).

Etiologi

Gangguan kepribadian *borderline* (GKB) (bersifat multifaktorial dalam etiologi. Menurut data penelitian neurobiologis, perubahan fungsi neuropeptida dapat mempengaruhi terjadinya GKB misalnya, karena peningkatan kadar hormon stress, adanya pengalaman hidup dan masa kecil yang traumatis sehingga terjadi ketidakseimbangan neuropeptida. Peningkatan kadar hormon stress. (Kulacaoglu & Kose, 2018)

Epidemiologi

Perilaku bunuh diri merupakan salah satu gangguan kesehatan mental yang cukup serius (Schultebraucks *et al.*, 2020). Secara global, perilaku bunuh diri menempati urutan keempat pada tahun 2019 sebagai penyebab kematian tertinggi di usia 15-29 tahun. Pada tahun yang sama, telah dilaporkan sebanyak 759.028 kasus bunuh diri di dunia (Ilic & Ilic, 2022). Prevalensi seumur hidup GKB adalah sekitar 5,9% dan prevalensi titik GKB adalah 1,6%. Meskipun prevalensi GKB tidak lebih tinggi dari gangguan

kepribadian lainnya pada populasi umum, GKB memiliki prevalensi yang tinggi di pusat pengobatan; GKB hadir di 6,4% dari kunjungan perawatan primer, 9,3% dari pasien rawat jalan psikiatri dan 20% dari pasien rawat inap psikiatri menurut studi klinis. Namun, rasio perempuan terhadap laki-laki dengan kelainan ini juga lebih besar pada populasi klinis. Rasionya adalah 3:1 dalam pengaturan klinis yang dikutip dalam DSM-5 (Kulacaoglu & Kose, 2018). Berbeda dengan studi klinis, dalam dua survei epidemiologi populasi umum Amerika Serikat, prevalensi seumur hidup GKB ditemukan serupa pada pria dan wanita. Hasil ini dapat diartikan bahwa wanita dengan GKB lebih cenderung mencari pengobatan dibandingkan pria, Sekitar 80% pasien yang menerima pengobatan untuk GKB dilaporkan adalah wanita (Kulacaoglu & Kose, 2018)

Patofisiologi

Penyebab gangguan kepribadian *Borderline* (GKB) tidak diketahui secara pasti akan tetapi perkembangan dari GKB dipengaruhi oleh interaksi antara faktor genetik, neurobiologis, serta psikososial. Fungsi neuropeptida pada seseorang dengan GKB dapat dipengaruhi oleh masalah interpersonal. Disfungsi pada hipotalamus hipofisis adrenal (HPA) memiliki peran sentral dalam perkembangan GKB. Peningkatan kadar hormon stress, seperti kortisol basal, dan penurunan sensitivitas umpan balik terjadi pada seseorang dengan GKB, peningkatan aktivitas HPA dan penurunan kadar oksitosin perifer berhubungan dengan riwayat perilaku melukai diri (Kulacaoglu & Kose, 2018).

Neurobiologi GKB dapat digambarkan sebagai kelainan pada kontrol *top-down*, yang disediakan korteks orbitofrontal dan korteks anterior cingulate, serta *drive* kontrol *bottom-up* yang dihasilkan dalam sistem limbik seperti amigdala, hipokampus, dan korteks insular. *Top-down* kontrol menyediakan area kontrol kognitif dan kontrol *bottom-up*. Pada proses ini, serotonin meregulasi daerah prefrontal dengan bertindak sebagai reseptor 5-HT₂ dalam peran yang berbeda. Sifat impulsif berhubungan dengan defisit fungsi serotonergik sentral, khususnya pada peningkatan reseptor 5-HT_{2A} dan penurunan reseptor 5-HT_{2C}. Perilaku impulsif merupakan bagian dari GKB dan

berhubungan dengan *reward*, sirkuit kontrol, dan penghambatan perilaku yang kurang di area prefrontal. Emosi yang intens terkait dengan hiperaktivitas amigdala (Kulacaoglu & Kose, 2018).

Studi neuroimaging pasien GKB dengan riwayat perilaku melukai diri memiliki aktivasi amigdala yang lebih besar sebagai respons yang negatif selain itu aktivasi amigdala juga berhubungan dengan disregulasi afektif. Secara signifikan respon otak pada orang dengan perilaku melukai diri sendiri lebih besar di amigdala hipokampus, dan korteks cingulate anterior saat terpapar gambar emosional (Schreiner *et al.*, 2017). Faktor neurobiologis perilaku merugikan diri sendiri sebagian besar dilakukan oleh orang dengan gangguan kepribadian borderline. (Brown and Plener, 2017).

Perilaku melukai diri berhubungan dengan kejadian stress pada seseorang sehingga melibatkan sumbu hipotalamus- hipofisis adrenokortikal (HPA) dalam mengatasi situasi stres. Individu dengan perilaku melukai diri sendiri menunjukkan respon kortisol yang lebih tinggi (Brown and Plener, 2017). Dalam sistem saraf pusat, proses-proses ini dimediasi oleh jaringan daerah otak yang terdiri dari sirkuit saraf kortiko-limbik, komponen utama yang terlibat adalah amigdala, yang mengatur respons emosional terhadap rangsangan negatif seperti ancaman, dan insula, yang memberikan informasi rangsangan internal dan eksternal, termasuk persepsi rasa sakit. (Calvete *et al.*, 2022)

Amigdala salah satu daerah otak utama yang terlibat dalam perilaku melukai diri pada semua gangguan kejiwaan, karena amigdala berperan dalam menetapkan interaksi emosional dan terlibat dalam perilaku impulsif dan sistem respons stres akut. Secara khusus, amigdala berperan dalam hubungan antara riwayat perilaku bunuh diri dan perubahan volumetrik di amigdala pada individu dengan gangguan jiwa. Amigdala juga terlibat dalam perilaku yang merugikan diri sendiri. Berdasarkan laporan penelitian disebutkan bahwa pola GKB dari aktivasi berlebihan amigdala yang disfungsi sebagai respons terhadap rangsangan yang memicu secara emosional. Seseorang dengan GKB menunjukkan respons amigdala yang terganggu terhadap presentasi berulang rangsangan

emosional dan aktivasi amigdala yang lebih besar terhadap pengulangan gambar emosional (Kim E. Goldstein *et al.*, 2021)

Manifestasi klinis

Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi 5 (DSM-V), manifestasi klinis dari Gangguan Kepribadian *Borderline* (GKB) terbagi menjadi empat domain yang secara keseluruhan ditandaidengan adanya ketidakstabilan (Guilé *et al.*, 2018); (Kulacaoglu & Kose, 2018)). Keempat domain yang dimaksud meliputi disregulasi afektif dan emosional, ketidakstabilan interpersonal, gangguan kognitif, dan disregulasi perilaku (Kulacaoglu & Kose, 2018); (Bozzatello *et al.*, 2021).

Disregulasi afektif dan emosional ditandai dengan suasana hati yang tidak stabil, adanya perasaan hampa, hingga kesulitan dalam mengendalikan amarah (Bozzatello *et al.*, 2021); (Mirkovic *et al.*, 2021). Pasien dengan GKB akan labil secara emosional, bereaksi secara berlebihan, dan dapat mengekspresikan emosi disforia seperti depresi, kecemasan, dan suasana hati yang mudah tersinggung (Kulacaoglu & Kose, 2018). Pasien juga dapat rentan terlibat dalam perkelahian fisik akibat adanya ledakan amarah yang sangat intens (Gunderson *et al.*, 2018)

Domain ketidakstabilan interpersonal ditunjukkan dengan ketakutan akan pengabaian dan kecenderungan untuk memiliki hubungan interpersonal yang tidak (Bozzatello *et al.*, 2021). Pasien dengan GKB akan berusaha keras untuk menghindari pengabaian baik secara nyata atau tidak, misalnya dengan menunjukkan perilaku provokatif seperti perilaku melekat, mengancam, atau menuntut yang termasuk dalam bentuk melukai diri (Gunderson *et al.*, 2018). Adapun dalam hal hubungan interpersonal, pasien dengan GKB memiliki hubungan yang tidak stabil dan intens dimana terjadi perubahan pandangan antara idealisasi dan devaluasi secara dramatis (Bozzatello *et al.*, 2021).

Perubahan pandangan secara dramatis terhadap orang-orang yang terlibat secara emosional, mereka akan mengidealkan orang-orang tersebut ketika merasakan kebutuhan mereka terpenuhi. Sebaliknya, ketika mereka merasa kecewa, diabaikan, atau tidak diperhatikan, maka mereka akan merendahkan orang-orang tersebut.

Pasien dapat menjadi sangat bergantung pada beberapa individu, namun dapat menjadi manipulatif dan menuntut ketika mereka merasa bahwa kebutuhan mereka tidak terpenuhi (Gunderson *et al.*, 2018)

Domain gangguan kognitif terdiri atas gangguan identitas dan munculnya waham paranoid. Gangguan identitas pada pasien GKB ditandai dengan ketidakstabilan citra diri yang terjadi secara terus menerus (Bozzatello *et al.*, 2021) Pasien dapat memiliki harga diri yang rendah, rentan terhadap kritik terhadap diri sendiri dan perasaan malu, serta memendam rasa rendah diri atau kebencian terhadap diri sendiri (Gunderson *et al.*, 2018). Adapun gangguan kognisi berupa munculnya waham paranoid bersifat sementara dan berhubungan dengan stress atau gejala disosiatif yang parah (Bozzatello *et al.*, 2021).

Terakhir, domain disregulasi perilaku terdiri atas kebiasaan melukai diri sendiri hingga perilaku bunuh diri dan perilaku impulsif. Pasien cenderung melukai diri sendiri seperti dengan memotong dan/atau membakar diri sendiri serta melakukan perilaku bunuh diri secara berulang, baik berupa isyarat, ancaman, hingga upaya bunuh diri (Gunderson *et al.*, 2018). Adapun perilaku impulsif dapat ditunjukkan dengan beberapa cara seperti penyalahgunaan zat terlarang seperti narkoba, perilaku seks sembarangan, makan berlebihan, serta mengemudi secara tidak hati-hati (Gunderson *et al.*, 2018); Bozzatello *et al.*, 2021). Perilaku impulsif pada pasien GKB biasanya terjadi pada kondisi emosi yang negative dan menyedihkan (Gunderson *et al.*, 2018).

Tatalaksana

Gangguan Kepribadian *Borderline* (GKB) adalah gangguan kejiwaan yang memiliki prevalensi tinggi pada masa remaja dan dewasa awal. GKB merupakan salah satu gangguan jiwa yang memerlukan perhatian khusus karena memiliki kemungkinan risiko bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan dengan gangguan kepribadian lainnya. Pengobatan lini pertama GKB adalah psikoterapi, yaitu *dialectic-behavioral therapy* (DBT), *transference-focused therapy* (TFP), and *mentalization-based therapy* (MBT), dan *schema-focused therapy* (SFT) (Kulacaoglu & Kose, 2018). Terapi DBT berfokus untuk meningkatkan kemampuan

koping dan perilaku menyakiti diri sendiri yang dilakukan melalui dialog dengan tujuan agar pasien dapat mengendalikan emosi, menerima tekanan, dan memperbaiki hubungan dengan orang lain.

DBT dapat dilakukan secara individual, atau dalam sebuah grup konsultasi (Guilé *et al.*, 2018). Terapi ini terdiri program terapi multimodal yang mencakup psikoterapi individu, kelompok pelatihan keterampilan multikeluarga, pertemuan keluarga, pelatihan telepon untuk pasien dan anggota keluarga, dan pengawasan untuk terapis (Kulacaoglu & Kose, 2018). MBT berfokus dalam melatih penderitanya untuk memahami kondisinya pada diri sendiri dan menciptakan perspektif positif dari situasi yang dihadapi. Misalnya, pasien didukung untuk mengamati pikirannya dan menciptakan perspektif alternatif dari pemikirannya kepada orang lain. Terapi ini juga membantu pasien untuk mengerti perasaan orang lain dan konsekuensi perbuatannya terhadap perasaan orang lain (Kulacaoglu & Kose, 2018).

Transference-focused psychotherapy (TFP) berfokus pada perasaan dan harapan tertentu mencakup pertentangan, pengalaman, dan hubungan pasien terhadap orang lain (Kulacaoglu & Kose, 2018). *Schema-focused therapy* (SFT) merupakan pelatihan keterampilan yang dilakukan secara perorangan maupun berkelompok sama seperti DBT. Terapi ini berfokus membantu pasien GKB menyadari kebutuhannya yang tidak terpenuhi di periode awal kehidupan yang memicu dirinya berperilaku negatif. Pemenuhan kebutuhan tersebut dilakukan melalui cara yang lebih sehat sehingga terbentuk pola hidup yang positif (Tan *et al.*, 2018)

Menurut Wong *et al.*, (2020) dari berbagai psikoterapi tersebut, MBT dan DBT terbukti efektif menunjukkan efek positif pada pengurangan perilaku *self-harming* pada penderita GKB. Psikoedukasi juga dapat digunakan sebagai tambahan terapi lain untuk pengobatan GKB. Terapi ini dilakukan dalam lingkup keluarga pasien seperti memberitahu mengenai gangguan kejiwaan yang dialami pasien, penyebab yang mendasari gangguan kejiwaan, gejala dan tanda, serta pilihan terapi yang akan diberikan. Menyusun rencana terapi pasien yang dikomunikasikan dengan orangtua pasien merupakan faktor keberhasilan terapi

pada GKB (Wu *et al.*, 2022).

Berdasarkan pedoman *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* telah dilaporkan bahwa psikotropika diresepkan untuk mengobati GKB apabila terdapat gangguan gejala yang terjadi bersamaan dalam waktu singkat. Singkatnya, pengobatan GKB bersifat multimodal. Psikoterapi merupakan pengobatan lini pertama dan farmakoterapi berfokus pada GKB yang menunjukkan gejala keparahan. Gejala keparahan tersebut seperti disregulasi afektif, diskontrol perilaku impulsif, gangguan persepsi. Walaupun menerima psikoterapi, pasien GKB tetap harus menerima pengobatan tambahan yang berfokus pada gejala keparahan (Kulacaoglu & Kose, 2018). Obat antipsikotik diindikasikan dalam pengobatan skizofrenia dan gejala psikotik dari gangguan mood. Obat-obatan ini dapat berkontribusi pada stabilisasi suasana hati dalam pengobatan jangka panjang gangguan depresi mayor dan bipolar. Obat ini banyak digunakan untuk pengobatan berbagai gejala yang mungkin terjadi pada penderita GKB (Kulacaoglu & Kose, 2018).

Antipsikotik signifikan untuk meredakan GKB adalah Olanzapine. Olanzapine adalah antagonis pada reseptor serotonin 5HT_{2A} dan dopamin D₂. Gejala GKB spesifik yang membaik secara signifikan dengan penggunaan olanzapine adalah kemarahan yang intens, ketidakstabilan afektif, perasaan hampa yang kronis, gangguan identitas, impulsif, serangan panik, dan hubungan pribadi yang tidak stabil. Pengobatan GKB dengan olanzapine dengan dosis 5-10 mg berkorelasi dengan perbaikan gejala yang berbeda, termasuk ide paranoid, disosiasi, kemarahan, dan perilaku bunuh diri (Kulacaoglu & Kose, 2018). Obat antidepresan seperti *selective serotonin (SSRIs)*, *Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNaRI)* diberikan sebagai monoterapi atau ditambahkan ke psikoterapi (Kulacaoglu & Kose, 2018).

Antidepresan mengurangi ketidakstabilan emosional, impulsivitas, perilaku menyakiti diri sendiri, dan kecemasan. Antidepresan seperti duloxetine efektif untuk menekan kemarahan, perilaku impulsif, ketidakstabilan afektif, serta gejala somatik (Del Casale *et al.*, 2021). Obat antipsikotik dalam dosis rendah lebih efektif digunakan untuk gejala kognitif dan perseptual seperti disosiasi, ide paranoid, dan halusinasi dibandingkan dengan antidepresan. Obat

pengontrol suasana hati atau *mood stabilizer* lebih efektif digunakan untuk kontrol perilaku pada GKB seperti, lamotrigine, topiramate, valproate, dan lithium (Kulacaoglu & Kose, 2018); (Mungo *et al.*, 2020).

Kesimpulan

Gangguan Kepribadian *Borderline* (GKB) merupakan gangguan kejiwaan kronis yang ditandai dengan pola abnormal dari pengalaman dan perilaku batin yang mempengaruhi kognisi, emosi, fungsi interpersonal, kontrol impuls. Manifestasi klinis GKB secara umum terbagi menjadi empat domain yang meliputi ketidakstabilan afektif dan emosional, ketidakstabilan interpersonal, ketidakstabilan kognitif, dan ketidakstabilan perilaku. Terkait dengan hal tersebut, pasien dengan GKB telah dikaitkan dengan berbagai psikopatologi termasuk suasana hati yang tidak stabil, perilaku melukai diri sendiri, hingga upaya bunuh diri. Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk menangani pasien dengan GKB ini. Beberapa pengobatan yang dapat dilakukan antara lain dengan psikoedukasi serta psikoterapi yang meliputi *dialectic-behavioral therapy (DBT)*, *transference-focused therapy (TFP)*, dan *mentalization-based therapy (MBT)*, serta *schema-focused therapy (SFT)*. Pengobatan psikotropika seperti antipsikotik dan antidepresan dapat diberikan pada pasien dengan gejala berat yang terjadi dalam waktu bersamaan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih atas kepada semua pihak yang membantu menulis dan menyusun artikel ini.

Referensi

- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, 11(11).
<https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 1–8.
<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767->

- 9
- Calvete, E., Royuela-Colomer, E., & Maruottolo, C. (2022). Emotion dysregulation and mindfulness in non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 314(April 2021), 114691. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114691>
- Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., Forcina, F., Anibaldi, G., Cortese, F. N., Iannucelli, A., Adriani, B., Brugnoli, R., Girardi, P., Paris, J., & Pompili, M. (2021). Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Current Neuropharmacology*, 19(10), 1760–1779. <https://doi.org/10.2174/1570159x19666210610092958>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & Garny de La Rivière, S. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 199–210. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s156565>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(2), 257–261. <https://doi.org/10.17219/acem/66353>
- Ilic, M., & Ilic, I. (2022). Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World Journal of Psychiatry*, 12(8), 1044–1060. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i8.1044>
- Kim E. Goldstein, Feinberg, A., Corniquel, M. B., Szeszko, J. R., S., A., Goodman, M. M. H. M., Chu, K.-W., Tang, C. Y., & Hazlett, E. A. (2021). Anomalous Amygdala Habituation To Unpleasant Stimuli Among Unmedicated Individuals With Borderline Personality Disorder and a History of Self-Harming Behavior. *Journal of Personality Disorders*, 35(4), 618–631. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_495
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline personality disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. *Brain Sciences*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Mungo, A., Hein, M., Hubain, P., Loas, G., & Fontaine, P. (2020). Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1333–1362. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09845-z>
- Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder*, 181–193. <https://doi.org/10.1037/h0086139>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Non-suicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>
- Schreiner, W. M., Dougan, K. B., Begnel, D. E., & Kathryn, C. R. (2017). HHS Public Access. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.08.014>.CagY
- Schultebrasucks, K., Duesenberg, M., Di Simplicio, M., Holmes, E. A., & Roepke, S. (2020). Suicidal imagery in borderline personality disorder and major depressive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(4), 546–564. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_406
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brande-Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E.,

- Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLoS ONE*, 13(11), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Wu, T., Hu, J., Davydow, D., Huang, H., Spottswood, M., & Huang, H. (2022). Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Frontiers in Medicine*, 9(November), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024022>
- Zinchuk, M., Beghi, M., Beghi, E., Bianchi, E., Avedisova, A., Yakovlev, A., & Guekht, A. (2022). Non-Suicidal Self-Injury in Russian Patients with Suicidal Ideation. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 776–800. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1833801>