

PASIE DEPRESI DENGAN GANGGUAN KEPERIBADIAN BORDERLINE YANG MENDAPATKAN TERAPI PSIKOFARMAKA DAN PSIKOTERAPI PSIKODINAMIK

Tommy Raharja*, Innawati Jusup

PPDS I Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Soedarto, Tembalang, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah 50275, Indonesia
[*gigantt87@gmail.com](mailto:gigantt87@gmail.com)

ABSTRAK

Depresi adalah gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan dan konsentrasi yang buruk. Saat ini, diperkirakan 350 juta orang terkena depresi di seluruh dunia. *Borderline Personality Disorder* (BPD) ditandai pola mendalam ketidakstabilan hubungan interpersonal, citra diri, dan ditandai impulsivitas. Prevalensi BPD \pm 2%. Kasus depresi dengan BPD yang terjadi pada seorang perempuan berusia 21 tahun ini mendapat terapi berupa Fluoxetine 1x20mg, Clobazam 1x10mg, dan Psikoterapi Psikodinamik. Tujuan penelitian untuk menambah gambaran lebih banyak tentang penanganan depresi dengan BPD. Penelusuran dilakukan dengan database PubMed, Cochrane, Tripdatabase, Medscape menggunakan kata kunci pencarian Depression AND Borderline AND Psychotherapy AND Pharmacotherapy. Penelusuran dibatasi menggunakan penyaringan jurnal terbitan 10 tahun terakhir, subjek penelitian manusia. Hasil penelusuran menunjukkan bahwa SSRI dengan Psikoterapi Psikodinamik merupakan penanganan yang cukup efektif untuk menangani depresi dengan BPD. Target terapi dari farmakoterapi adalah untuk mencapai kondisi remisi sempurna pada pasien. Strategi dari terapi BPD adalah mengatasi kesulitan hubungan interpersonal. Sebagian besar intervensi psikologis spesifik BPD melibatkan terapi multimodal. SSRI dengan Psikoterapi Psikodinamik adalah penanganan yang cukup efektif dan dapat dipertimbangkan untuk menangani depresi dengan BPD.

Kata kunci: *borderline*; depresi; farmakoterapi; psikoterapi

DEPRESSION PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER WHO RECEIVE PSYCHOPHARMACEUTICAL THERAPY AND PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

Depression is a mental health disorder characterized by a depressed mood, loss of interest or pleasure, decreased energy, feelings of guilt or low self-esteem, disturbed sleep or appetite and poor concentration. Currently, an estimated 350 million people are affected by depression worldwide. Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by a deep pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and marked impulsivity. BPD prevalence \pm 2%. This case of depression with BPD that occurred in a 21-year-old woman received therapy in the form of Fluoxetine 1x20mg, Clobazam 1x10mg, and Psychodynamic Psychotherapy. The search was conducted using the PubMed, Cochrane, Tripdatabase, Medscape databases using the search keywords Depression AND Borderline AND Psychotherapy AND Pharmacotherapy. The search was limited to using a screening of journals published in the last 10 years, human research subjects. The search results show that SSRI with Psychodynamic Psychotherapy is a fairly effective treatment for treating depression with BPD. The therapeutic target of pharmacotherapy is to achieve complete remission in the patient. The strategy of BPD therapy is to overcome interpersonal difficulties. Most BPD-specific psychological interventions involve multimodal therapy. SSRIs with Psychodynamic Psychotherapy are quite effective treatments and can be considered for treating depression with BPD.

Keywords: borderline; depression; pharmacotherapy; psychotherapy

PENDAHULUAN

Depresi adalah gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan dan konsentrasi yang buruk. Saat ini, diperkirakan 350 juta orang terkena depresi di seluruh dunia dan diperkirakan menjadi penyebab terpenting kedua dari beban penyakit global pada tahun 2020. Terdapat hubungan antara kejadian-kejadian yang menjadi stressor (baik stressor mayor atau minor tetapi kronis) dengan onset depresi,

meskipun dengan stressor yang sama dapat menyebabkan depresi pada satu orang dan tidak pada orang lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh diastasis yaitu adanya predisposisi baik biologis, psikologis, atau genetik tertentu yang menyebabkan orang tersebut lebih rentan mengalami depresi.[1]

Borderline Personality Disorder (BPD) mengacu pada sindrom kejiwaan yang ditandai dengan disregulasi emosi, impulsif, perilaku mengambil risiko, mudah tersinggung, perasaan hampa, melukai diri sendiri dan takut ditinggalkan, serta hubungan interpersonal yang tidak stabil. BPD tidak hanya umum di populasi psikiatri tetapi juga lebih umum di masyarakat umum daripada yang diperkirakan sebelumnya, dan dengan demikian merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting.[2]

Gangguan kepribadian borderline (BPD) ditandai dengan masalah yang signifikan dengan hubungan interpersonal, identitas, pengaruh regulasi dan impulsif. Perilaku menyakiti diri sendiri, upaya bunuh diri, gangguan makan atau gangguan penggunaan zat sering menambah gambaran klinis. Kehadiran BPD membuat pengobatan gangguan afektif dan gangguan stres pasca trauma lebih sulit dan memperburuk prognosis. BPD memiliki prevalensi tinggi, sekitar 2% dari populasi umum, meskipun banyak dari pasien tersebut tidak menerima pengobatan karena kurangnya deteksi atau wawasan penyakit yang rendah yang mengurangi permintaan pengobatan. Studi tindak lanjut jangka panjang memungkinkan kita untuk menjadi relatif optimis, karena, seiring waktu, kebanyakan pasien tidak lagi memenuhi kriteria diagnostik, mungkin karena pengurangan impulsif terkait usia. Namun, banyak yang terus mengalami keterbatasan terkait pekerjaan dan hubungan sepanjang hidup.[2]

Psikoterapi psikodinamik adalah sebuah terapi yang mengarahkan pasien untuk bicara terbuka. Pasien akan dibimbing untuk membicarakan pikiran dan perasaannya. Pasien bebas untuk mengutarakan apa saja yang ada di pikirannya. Terdapat banyak penelitian yang meneliti tentang efektivitas psikoterapi psikodinamik yang diterapkan pada pasien depresi. Psikoterapi psikodinamik seringkali diberikan pada pasien depresi yang juga memiliki komorbid gangguan kepribadian, seperti gangguan kepribadian borderline. Psikoterapi psikodinamik dapat diindikasikan secara khusus jika depresi disertai dengan gangguan kepribadian atau trauma masa kanak-kanak, dan temuan dibatasi untuk tindak lanjut jangka panjang.[3] Mengingat hal tersebut, studi kasus tentang Psikoterapi Psikodinamik pada pasien dengan depresi dan gangguan kepribadian borderline diharapkan akan menambah gambaran lebih banyak tentang diagnosis, juga dalam penanganan depresi dan BPD dalam praktek sehari-hari.

METODE

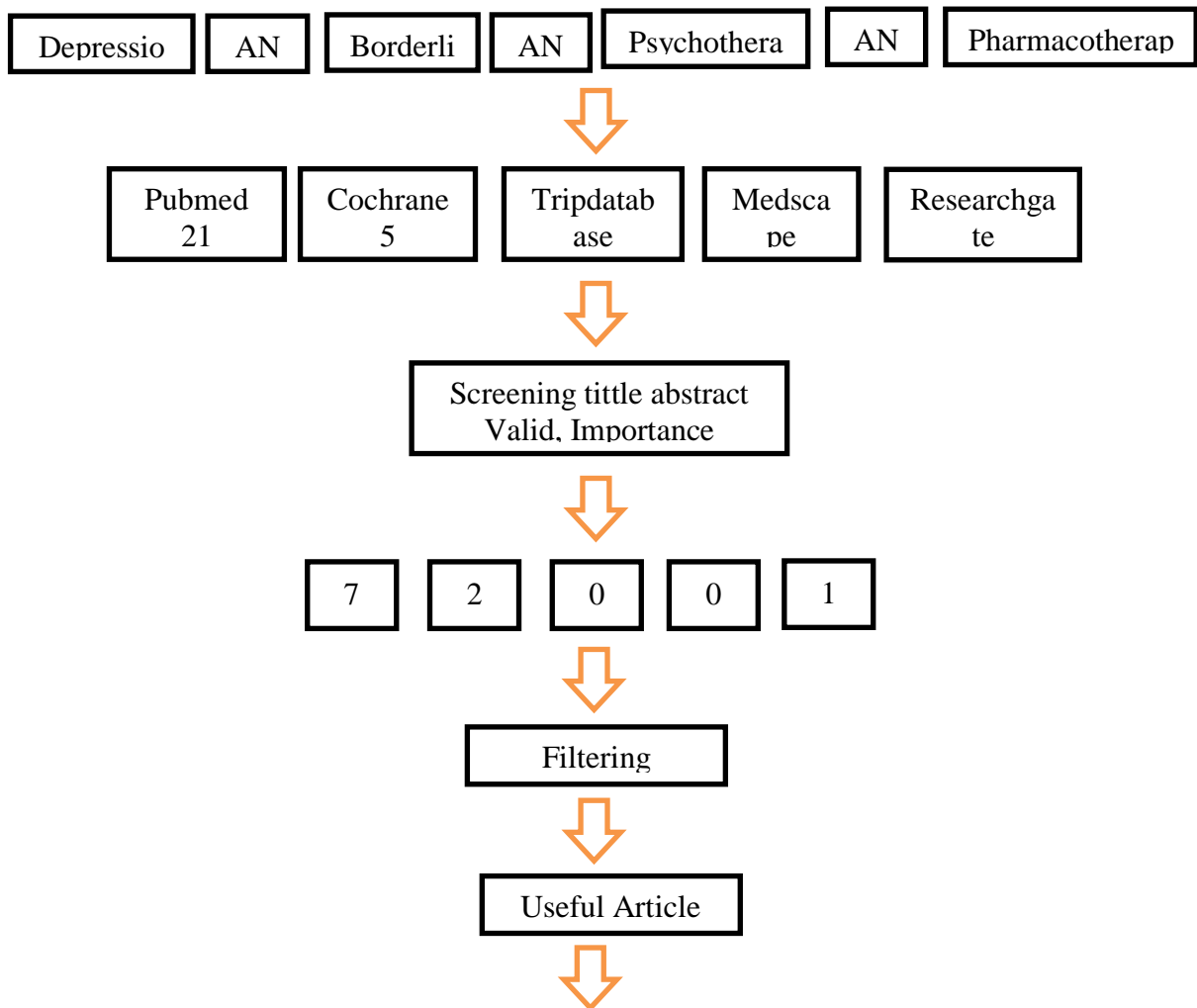
Penelusuran dilakukan dengan database PubMed, Cochrane, Tripdatabase, Medscape menggunakan kata kunci pencarian Depression AND Borderline AND Psychotherapy AND Pharmacotherapy. Penelusuran dibatasi menggunakan penyaringan jurnal terbitan 10 tahun terakhir, subjek penelitian manusia. Formulasi Pertanyaan Klinis: Bagaimana penatalaksanaan Depresi dengan Borderline Personality Disorder? Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mengetahui penanganan yang terbaik berupa farmakologi dan psikoterapi pada pasien dengan Depresi dengan Borderline Personality Disorder

P : Depresi dan BPD

I : Farmakologi dan Psikoterapi

C : Farmakologi dan Psikoterapi lain

O : Perbaikan gejala dan terkendalinya Depresi dan BPD



Borderline Personality Disorder. Why ‘fast and furious’?. Martin Bruñe. PubMed. 2016
 Depression in the Primary Care Setting. Lawrence T. Park. PubMed. 2019
 Major depression in primary care: making the diagnosis. Chung Wai Mark. PubMed. 2016
 The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. Peter Fonagy. PubMed. 2015
 Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. Miguel Angel Gonzales. PubMed. 2018
 Psychological therapies for people with borderline personality Disorder. Ole Jakob Storebø. Cochrane. 2018
 Impact of Psychotherapy on Psychosocial Functioning in Borderline Personality Disorder Patients. Soheil Zahediabgha. PubMed. 2020
 The role of selective serotonin reuptake inhibitors in preventing relapse of major depressive disorder. Steven S. Clevenger. PubMed. 2018
 Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analisis. Janus Christian Jakobsen. Researchgate. 2017
 Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. Yusuke Ogawa. Cochrane. 2019

Bagan1. Bagan Alur Penelusuran

HASIL

Hasil penelusuran disajikan pada ilustrasi kasus berikut:

Seorang wanita, 21 tahun, datang berobat ke rumah sakit karena merasa sedih. Sejak kurang lebih 2 bulan, pasien banyak bertengkar dengan pacar pasien. Pasien merasa pacar pasien akhir-akhir ini cenderung cuek pada pasien. Saat pasien ingin ada sosok orang untuk menemani pasien, pacar pasien jarang sekali ada waktu untuk pasien. Kurang lebih 1 bulan lalu, pasien melihat di akun Instagram pacar pasien, pacar pasien sedang berfoto dengan wanita lain. Pasien yang bingung dan kesal, menanyakan pada pacar pasien tentang wanita tersebut. Pacar pasien hanya mengatakan bahwa itu hanyalah teman dari pacar pasien. Pasien tidak percaya dengan hal itu. Akhirnya terjadi pertengkaran hebat antara pasien dan pacarnya yang pada akhirnya, pasien memutuskan untuk putus dengan pacarnya. Sejak saat itu pasien merasa sedih, lemas tak bertenaga, juga sering menangis setiap hari. Pasien seringkali sulit konsentrasi, banyak melamun, juga tidak nafsu makan. Seringkali pasien juga malas untuk beraktivitas. Tidur pasien seringkali terganggu. Pasien sulit untuk memulai tidur dan sering terbangun saat malam. Pasien merasakan perasaan diabaikan dan selama ini hal tersebut adalah hal yang paling tidak disukai pasien.

Kurang lebih 1 minggu lalu, kesedihan pasien belum juga mereda. Pasien menonaktifkan akun Instagram pasien, karena menurut pasien hal itu hanya menambah kesedihan pasien setiap pasien melihatnya. Di tengah-tengah suasana hati yang menurut pasien campur aduk, pasien juga merasakan perasaan hampa dan kosong. Pasien mengatakan seperti ingin meluapkan emosi, tetapi bingung harus seperti apa. Terkadang pasien dapat menangis sepanjang hari, tetapi terkadang, saat pasien ingin menangis, seperti ada sesuatu yang menahan dan pasien merasa gagal untuk meluapkan emosi. Saat hal itu terjadi, pasien mengatakan perasaan pasien aneh dan rasanya sangat tidak nyaman. Akhirnya di tengah suasana seperti itu, pasien memutuskan untuk melukai tangannya dengan menggunakan *cutter*. Saat pasien melihat merahnya darah, pasien merasakan lega. Pasien mengatakan saat tangan pasien terluka, pasien bahkan tidak merasakan sakit, sebaliknya, pasien merasakan perasaan yang nyaman. Setelah melukai tangannya, pasien mulai dapat berpikir jernih dan perasaan pasien membaik, namun hal tersebut hanya berlangsung selama 2 hari.

Kurang lebih 5 hari lalu, ada teman pasien menanyakan tentang mantan pasien. Di depan teman pasien, pasien berusaha untuk menutupi perasaan tidak nyamannya dan dapat bercanda dengan teman pasien. Saat sesampainya di kos pasien, pasien merasakan perasaan tidak nyaman kembali, rasanya sedih, campur aduk, dan bahkan pasien bingung untuk mendeskripsikan perasaannya. Pasien terus menangis hingga kurang lebih 1 jam. Karena pasien semakin bingung dengan perasaannya, pasien akhirnya kembali melukai tangannya dengan *cutter*. Pasien lebih nyaman setelah melakukan hal tersebut, tetapi hal tersebut tidak bertahan lama. Keesokan harinya, pasien dapat menjalani aktivitas sehari-hari seperti biasa, tetapi rasanya hampa. Pasien mencoba untuk mendeskripsikan perasaannya, seperti tidak ada *feel*-nya untuk hidup. Pasien menyadari bahwa pasien memiliki cita-cita dan memiliki rencana-rencana di masa depan, tetapi semua itu rasanya gelap dan cita-cita hanya sekedar cita-cita.

Pasien bercerita tentang riwayat masa kecil pasien yang penuh dengan pengabaian dari kedua orang tua pasien. Pada masa kecil, interaksi pasien dengan orang tua pasien kurang. Saat itu, ibu pasien menderita penyakit autoimun yang mengharuskan ibu pasien untuk berobat ke Jakarta. Pasien ditinggal pada kerabat ayah pasien. Setiap beberapa bulan sekali, ayah pasien menitipkan pasien pada keluarga yang berbeda. Pasien ingin untuk bisa dekat dengan keluarga yang pada saat itu pasien tumpangi, tetapi saat baru saja pasien mulai merasa nyaman, pasien

sudah pindah ke keluarga lain. Pada saat pasien sekitar kelas 4 SD, pasien kembali tinggal bersama kedua orang tua pasien, tetapi ayah pasien terlalu banyak merawat ibu pasien yang sakit dan kurang waktu untuk bersama pasien. Saat itu, pasien juga merasakan bahwa ayah adalah sosok yang galak dan seringkali memaksakan kehendaknya. Pasien juga seringkali mendapatkan kekerasan fisik jika pasien tidak menuruti keinginan ayah pasien.

Pada saat pasien SMA, pasien yang terus menerus hidup dalam suasana diabaikan, semakin merasa bingung dengan hidupnya. Pasien merasa tidak dapat bebas melakukan sesuatu yang pasien inginkan. Pada saat di rumah, ayah pasien memaksa pasien untuk menjadi seseorang yang taat beribadah dan menampakkan hal-hal yang baik pada orang sekitar, dikarenakan pekerjaan ayah pasien adalah seorang Pendeta. Terus menerus pasien dipaksa untuk menjadi seseorang yang menurut pasien bukan dirinya, lama kelamaan, muncul suatu perasaan yang menurut pasien aneh. Pasien banyak mendeskripsikan perasaan itu adalah sebagai perasaan kosong dan hampa, seperti hidup tetapi tidak hidup. Seringkali pasien juga mengatakan perasaan itu seperti hidup tapi tak bernyawa. Pada saat pasien SMA kelas 3, pasien yang dalam suasana kosong, melihat ada *cutter* di meja kamar pasien. Saat itu pikiran pasien kosong dan entah mengapa, pasien mengambil *cutter* itu dan akhirnya melukai tangan pasien. Pasien yang saat itu baru pertama kali melakukannya, merasakan perasaan lega dan nyaman, tetapi perasaan kosong pada akhirnya akan berulang kembali. Sejak saat itu, saat merasakan perasaan kosong, pasien seringkali melakukan *cutting* untuk mengatasi perasaan kosongnya.

Pada saat awal kuliah, pasien berpacaran dengan seorang laki-laki yang pasien kenal dari Facebook. Pasien awalnya merasakan sosok laki-laki tersebut adalah sosok yang pasien dambakan dan dapat melindungi pasien. Pasien menggambarkan sosok tersebut seperti sosok kakak untuk pasien. Setelah kurang lebih 1 minggu berpacaran, dalam suasana berdua di kamar kos pasien, pasien melakukan seks bebas untuk pertama kali. Pasien mengatakah, “toh ya aku nyaman”. Sejak saat itu, hampir setiap hari pasien melakukan seks bebas dengan pacar pasien. Setelah kurang lebih 6 bulan pacaran, tiba-tiba pacar pasien menghilang dari pasien. Pasien berusaha mencarinya, tetapi usaha pasien sia-sia. Pasien merasa dirinya sudah dikhianati. Pasien merasakan sedih, perasaan kosong dan hampa terus menyelimuti pasien. Seringkali pasien melakukan *cutting* untuk mengatasinya. Pasien juga banyak melampiaskan perasaan tidak nyamannya dengan menonton film porno.

Diagnosis pasien ini menurut DSM-5 :

296.22 (F32.1) *Major Depressive Disorder (Moderate)*

301.83 (F60.3) *Borderline Personality Disorder*

Terapi yang dilakukan berfokus pada usaha stabilisasi emosi dan perasaan pasien dengan tujuan agar pasien dapat berhadapan dengan pencetusnya. Pasien diberikan terapi psikofarmaka berupa Fluoxetine 1x20mg dan Clobazam 1x10mg dan kontrol setiap minggu untuk mendapatkan Psikoterapi Psikodinamik. Pada awal sesi psikoterapi, pasien banyak mengeluarkan emosi negatif. Pasien terus menganggap hal-hal yang terjadi dalam hidupnya akan berakhir dengan pengabaikan. Pasien banyak bercerita bahwa kehidupannya hanyalah perjalanan yang kosong dan tidak memiliki arti. Pada sesi ketiga, pasien mengatakan kepada terapis bahwa apakah terapi ini ada manfaatnya, karena apa yang dirasakan pasien masih sama. Terapis menyadari bahwa pasien berusaha untuk memproyeksikan emosi negatif pasien kepada terapis, sehingga terapis ikut berasama dengan pasien merasakan yang pasien alami. Hal ini serupa dengan bagaimana pasien menjalin relasi dengan orang lain, seperti pasien yang selalu memaksa pacar pasien untuk hadir dalam setiap kehidupan pasien. Terapis melihat bahwa konflik internal adalah dasar dari kondisi yang dialami pasien saat ini.

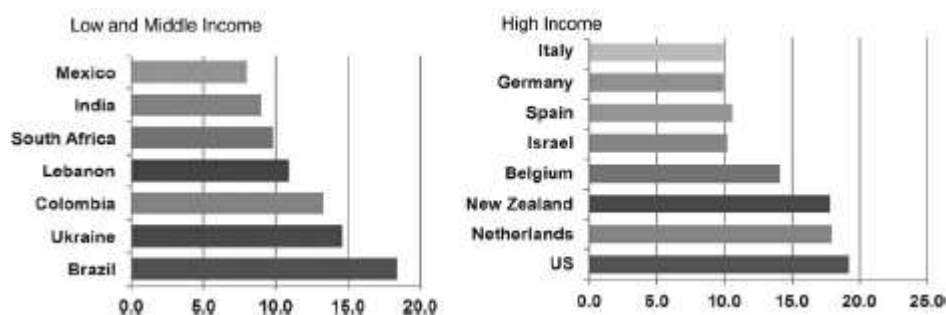
Psikoterapi masih dilanjutkan dan yang menjadi fokus utama adalah membentuk *secure base*. Terapis berusaha untuk memberikan supportif untuk mengatasi emosi negatif dari pasien, dengan harapan saat emosi negatif teratasi, mentalisasi pasien akan lebih adekuat.

Setelah 8 sesi Psikoterapi Psikodinamik, pasien merasakan perasaannya lebih stabil. Perasaan sepi dan kosong berkurang. Pasien juga mulai dapat merasakan warna dari kehidupan, seperti apa itu perasaan senang dan dapat lebih menikmati kehidupannya. Pasien menyadari bahwa pasien belum dapat berdamai dengan masa lalu pasien. Perasaan kosong dan hampa yang muncul adalah manifestasi dari *inner child* dalam diri pasien, yaitu perasaan sendirian dan kesepian yang terbawa dari masa lalu, sampai di masa sekarang. Seiring dengan terus berjalannya Psikoterapi Psikodinamik, pasien lebih dapat mengatasi masalah-masalah yang dihadapinya.

PEMBAHASAN

Depresi merupakan masalah kesehatan serius yang umum ditemui, sering berulang dan berhubungan dengan penurunan fungsi, kualitas hidup, morbiditas medis, dan mortalitas. Depresi merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa yang sering terjadi. 350 juta orang terkena depresi di seluruh dunia dan diperkirakan menjadi penyebab tersering kedua dari beban penyakit global pada tahun 2020.[4]

Di negara-negara berpenghasilan rendah hingga menengah, 76–85% orang yang menderita gangguan mental cenderung *underdiagnosed* karena tidak memiliki akses ke perawatan yang mereka butuhkan. Pada Gambar 1, angka prevalensi seumur hidup dan 12 bulan diperkirakan di 18 negara, dibagi menurut pendapatan menengah ke bawah.[5]



Gambar 1. Prevalensi seumur hidup dari depresi

Gangguan depresi adalah kondisi heterogen dengan berbagai presentasi dan kumpulan gejala yang terkait. Kriteria dari Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) untuk mendiagnosis dan menilai tingkat keparahan gangguan depresi mayor tercantum dalam Tabel 1. Timbulnya gangguan depresi adalah bimodal; kebanyakan pasien berusia dua puluhan, dan puncak kedua terjadi pada usia lima puluhan. Wanita dua kali lebih mungkin mengalami depresi daripada pria. Faktor risiko lain untuk perkembangan gangguan depresi termasuk perceraian atau perpisahan, episode depresi sebelumnya, peningkatan tingkat stres, riwayat trauma, dan riwayat gangguan depresi mayor pada kerabat tingkat pertama. Pada pasien dengan gangguan depresi mayor, kecemasan yang ada, gejala psikotik, penyalahgunaan zat, dan gangguan kepribadian ambang dikaitkan dengan prognosis yang lebih buruk, serta durasi episode yang lebih lama dan keparahan gejala yang lebih besar. Secara khusus, tumpang tindih antara depresi dan kecemasan seringkali terjadi; lebih dari 50% pasien dengan depresi melaporkan kecemasan yang signifikan secara klinis. [6] Dalam menegakkan diagnosis depresi, perlu dilakukan pemeriksaan status mentalis terutama untuk

mencari manifestasi klinis dari depresi. Terlepas dari gejala depresi yang biasa terjadi, seperti insomnia dan kehilangan energi, pasien sering datang ke dokter dengan gejala somatik. Gejala fisik yang berhubungan dengan depresi mayor antara lain sakit punggung, keluhan muskuloskeletal nonspesifik, keluhan somatik multiple, dan keluhan samar yang kurang jelas. Ada juga yang menghubungkan depresi berat yang dikaitkan dengan defisit perhatian dan fungsi kognitif yang buruk, terutama ketika pasien mengalami depresi akut.[7]

Tabel 1.
Gejala-gejala depresi mayor berdasarkan DSM-V⁷

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Depressed mood for most part of the day2. Diminished interest or pleasure in activities3. Significant weight loss or gain, decrease or increase in appetite4. Insomnia or hypersomnia5. Psychomotor retardation or agitation6. Fatigue or loss of energy7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt8. Diminished ability to concentrate or think9. Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, a specific plan, or a suicide attempt |
|--|

DSM-5 mendefinisikan tingkat keparahan depresi mayor berdasarkan jumlah kriteria gejala, tingkat keparahan gejala tersebut dan tingkat kecacatan fungsional. Depresi mayor diklasifikasikan sebagai ringan jika (a)pasien memiliki sangat sedikit, jika ada, gejala yang melebihi lima gejala yang diperlukan untuk memenuhi kriteria diagnosis; (b)gejala dapat ditangani; dan (c)gangguan fungsional ringan (misalnya pasien masih bisa bekerja). Di ujung spektrum yang berlawanan, depresi berat yang parah memiliki (a)gejala yang jauh lebih banyak daripada yang dibutuhkan untuk membuat diagnosis; (b)gejala yang sangat mengganggu dan tidak dapat dikendalikan; dan (c)gangguan fungsi sosial dan pekerjaan yang parah. Untuk depresi berat sedang, jumlah gejala, intensitas gejala dan/atau gangguan fungsional berada di antara yang ditentukan untuk 'ringan' dan 'parah'. [7]

Tingkat keparahan depresi mayor memiliki pengaruh penting pada urgensi dan cara pengobatan, pengaturan di mana pasien akan dikelola dan frekuensi kunjungan tindak lanjut. Misalnya, psikoterapi dapat digunakan sebagai pengobatan lini pertama untuk depresi mayor ringan hingga sedang, sedangkan farmakoterapi disarankan untuk depresi mayor sedang hingga berat. Pada pasien dengan episode depresi sedang sampai berat sebelumnya, yang datang dengan gejala ringan, pengobatan lini pertama adalah dengan terapi farmakologi. Mereka yang memiliki gambaran psikotik harus ditangani oleh layanan psikiatri dalam perawatan tersier, sementara pasien yang sangat ingin bunuh diri harus dirawat di rumah sakit untuk evaluasi psikiatrik yang mendesak.[7]

Istilah Borderline Personality Disorder (BPD) mengacu pada kondisi kejiwaan yang ditandai dengan hubungan interpersonal yang tidak stabil, ketakutan akan pengabaian, kesulitan dalam regulasi emosi, perasaan hampa, dysphoria kronis atau depresi, serta impulsif dan perilaku berisiko tinggi. Ide paranoid dan keadaan disosiatif juga merupakan gambaran dari sindrom ini (Tabel 2). Selain itu, banyak pasien dengan BPD menunjukkan perilaku berulang yang menyakiti diri sendiri ataupun bunuh diri. BPD memiliki prevalensi seumur hidup sekitar 2%. Ini jauh lebih umum dalam pengaturan klinis, sehingga membuat BPD sangat relevan untuk penyedia layanan kesehatan dan kesehatan masyarakat secara umum.[2]

Faktor penyebab dalam perkembangan BPD termasuk trauma masa kanak-kanak seperti pengabaian emosional atau pelecehan fisik dan seksual, meskipun mengaitkan BPD dengan peristiwa traumatis saja bukan merupakan hal yang tepat. Secara bersama-sama, pengalaman kesulitan awal, terutama ketidakresponsifan emosional dari figur keterikatan, trauma atau pelecehan, menjadi awal mula dari kesulitan hubungan interpersonal pada pasien BPD di masa depan. Pasien dengan BPD yang memiliki riwayat trauma pada saat kanak-kanak, pada saat diminta untuk menceritakan mengenai pengalaman traumatisnya secara prematur atau terlalu dini, maka akan menyebabkan adanya reaksi peningkatan fragmentasi *sense of identity*. [2],[8],[9]

BPD sering merupakan kondisi komorbiditas dari gangguan kejiwaan lainnya, seperti depresi. Gejala pada BPD seringkali bertumpang tindig dengan gangguan bipolar (BD), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) dan *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD). Sesuai dengan konseptualisasi medis tradisional, banyak klinisi melihat BPD sebagai sindrom klinis dengan lesi yang dapat diidentifikasi, terutama mempengaruhi koneksi fronto-limbik, yang menyebabkan disregulasi emosional pasien, impulsif, dan ketidakmampuan untuk mengatasi gangguan interpersonal. Pandangan seperti itu tidak sesuai, namun, dengan pengamatan yang menunjukkan bahwa kesulitan interpersonal individu dengan BPD sebagian besar tidak ada di luar situasi yang menantang secara emosional, dan seiring waktu banyak pasien mengalami penurunan substansial dalam perilaku dan impulsif yang merusak diri sendiri, meskipun pemulihan penuh jarang terjadi dan interpersonal. kesulitan dan ketidakstabilan emosional lebih menyebar. [2]

Tabel 2.
Gejala-gejala BPD berdasarkan DSM-V

Fear of abandonment
Unstable and intensive relationships with rapid changes between idealization and derogation
Identity disorder
Impulsivity (spending money, sexuality, substance abuse, other risk-taking behaviors)
Recurrent suicidal behavior, threat of committing suicide or self-injurious behavior
Emotional instability
Feelings of emptiness
Inappropriate anger, uncontrolled aggression
Stress-dependent paranoid ideation or dissociative symptoms

Terapi antidepresan dengan berbagai golongan antidepresan tidak hanya mengobati depresi pada fase akut, tetapi juga menurunkan risiko kekambuhan dan depresi berulang. Oleh karena itu, kepatuhan terhadap pengobatan antidepresan penting untuk mempertahankan remisi. Namun, diperkirakan hanya 10% pasien dengan depresi yang menerima dosis dan durasi yang memadai dengan antidepresan. [10] Meskipun berbagai agen farmakologis digunakan untuk mengobati depresi, *Serotonin Selektif Reuptake Inhibitor* (SSRI) biasanya digunakan sebagai pengobatan lini pertama untuk depresi pada orang dewasa dan anak-anak, dan berbagai SSRI sering digunakan untuk terapi pemeliharaan untuk mencegah kekambuhan. Golongan antidepresan lainnya termasuk: *Serotonin Norepinefrin Reuptake Inhibitor* (SNRI), *Norepinefrin-Dopamin Reuptake Inhibitor* (NDRI), *Tricyclic Antidepressant* (TCA), dan *Monoamine Oksidase Inhibitors* (MAOIs). Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa psikoterapi, dengan atau tanpa farmakoterapi, bermanfaat dalam mengurangi risiko kambuh setelah episode depresi. Dalam memahami risiko kekambuhan pada depresi, temuan penting adalah bahwa pasien yang sembuh sebagian memiliki tingkat kekambuhan yang lebih tinggi.

Korelasi ini sangat kuat sehingga gejala sisa pada pasien dapat digunakan sebagai penanda untuk memprediksi relaps. Oleh karena itu, target pengobatan depresi adalah remisi penuh dan hal itu menurunkan risiko kekambuhan.[10]

SSRI dapat mempengaruhi konsentrasi zat neurotransmitter esensial di otak dan oleh karena itu dianggap memberikan efek pada gejala depresi. Gangguan depresi mayor memengaruhi fungsi sehari-hari, meningkatkan risiko perilaku bunuh diri, dan menurunkan kualitas hidup. Jika dibandingkan dengan plasebo, SSRI tampak memiliki efek signifikan secara statistik dalam mengurangi gejala depresi. Oleh karena itu, beberapa efek samping mungkin dapat diterima jika SSRI memiliki efek menguntungkan yang signifikan secara klinis.[11]

Benzodiazepin mengacu pada kelas obat psikotropika yang struktur kimianya adalah fusi cincin benzena dan diazepin. Benzodiazepin terutama digunakan untuk orang dengan gejala kecemasan (anxiolitik, obat penenang) dan sebagai obat hipnotik untuk orang dengan insomnia. Beberapa pedoman menyatakan benzodiazepin sebagai terapi kombinasi dan memungkinkan benzodiazepin dapat digunakan untuk waktu yang singkat dengan antidepresan jika orang memiliki gejala kecemasan atau insomnia. Beberapa pedoman mengakui onset cepat aksi benzodiazepin dalam mengobati agitasi, kecemasan, dan insomnia. Namun, pedoman APA tidak merekomendasikan benzodiazepin sebagai agen farmakologis utama bahkan pada orang dengan depresi berat dengan gejala kecemasan, karena efek samping dan profil toksisitas yang diketahui terkait dengan obat ini, serta potensi penyalahgunaan dan ketergantungan. Beberapa pedoman juga secara eksplisit menyatakan bahwa benzodiazepin tidak memiliki efek antidepresan. Selain itu, ada dugaan bahwa benzodiazepin mungkin kehilangan efektivitasnya dengan pemberian jangka panjang, dan penggunaan kronisnya akan menyebabkan risiko ketergantungan.[12]

Berbagai macam terapi tersedia untuk BPD. Terapi dapat berupa individu atau kelompok, atau kombinasi dari dua modalitas pengobatan ini. Untuk sebagian besar gangguan mental lainnya, intervensi psikologis dapat didasarkan pada psikoterapi, seperti psikoterapi psikodinamik, terapi perilaku kognitif (CBT), atau terapi yang berpusat pada klien/humanistik. Ada kesepakatan luas mengenai perawatan yang paling tepat untuk pasien ini. Psikoterapi mewakili intervensi mendasar, sedangkan pengobatan berperan sebagai pendukung melalui penggunaan yang bijaksana dan menargetkan gejala tertentu. Beberapa teknik psikoterapi telah secara empiris membuktikan keefektifannya, di antaranya psikoterapi psikodinamik.[3],[13],[14]

Strategi dari terapi BPD adalah mengatasi kesulitan hubungan interpersonal, seperti disregulasi emosional dan impulsif, yang merupakan masalah inti bagi orang yang didiagnosis dengan BPD dan dapat menyebabkan kesulitan dalam membentuk aliansi terapeutik. Sebagian besar intervensi psikologis spesifik BPD melibatkan terapi multimodal, kontrak pengobatan, secara aktif mengambil tindakan untuk meminimalkan pengobatan yang tidak tuntas, memberikan protokol intervensi krisis dan mendorong rasa ikut serta dari pasien itu sendiri.³

Target yang akan diperbaiki dari terapi BPD adalah: [3]

1. Disregulasi emosional (misalnya, kemarahan yang intens dan ketidakstabilan afektif) ditangani melalui perhatian terhadap pengaruh, termasuk meningkatkan kesadaran akan keadaan emosional, pemicunya, dan meningkatkan toleransi dan strategi pengaturan;
2. Disregulasi perilaku (misalnya impulsif, melukai diri sendiri dan perilaku bunuh diri) ditangani melalui intervensi yang berorientasi pada perubahan, misalnya, menantang pikiran negatif, pelatihan keterampilan, eksperimen perilaku, pujian, dan pengaturan batas; dan

3. Disfungsi interpersonal (misalnya hubungan yang tidak stabil dan ide paranoid terkait stres) ditangani dengan menggunakan intervensi yang meningkatkan kapasitas sosial-kognitif (atau mentalisasi) pasien BPD, dengan membuat asumsi otomatis yang mendasar dan lebih realistis atau adaptif, juga dengan memperhatikan pembentukan dan pemeliharaan aliansi terapi yang aman dan sehat dalam sesi terapi.

Hasil meta-analisis menunjukkan psikoterapi yang dirancang khusus untuk BPD dapat meningkatkan fungsi psikososial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien BPD pada kelompok intervensi memiliki tingkat fungsi psikososial yang lebih tinggi secara signifikan setelah menerima psikoterapi yang dirancang khusus dibandingkan dengan pasien BPD pada kelompok kontrol setelah menerima psikoterapi non-spesifik. Psikoterapi yang dirancang khusus dapat meningkatkan fungsi psikososial meskipun peningkatan dalam pengukuran fungsi.[15]

SIMPULAN

Pada pasien yang memiliki diagnosis BPD, akan meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi. Hal ini dikaitkan dengan kerentanan yang terbentuk pada pasien dengan BPD. Terapi yang dianjurkan dalam menangani pasien depresi dengan BPD adalah dengan farmakoterapi dan psikoterapi. Farmakoterapi yang menjadi pilihan lini pertama adalah antidepresan golongan SSRI. Benzodiazepine dapat digunakan sebagai tambahan di samping penggunaan antidepresan. Pilihan psikoterapi yang dianjurkan salah satunya adalah psikoterapi psikodinamik. Psikoterapi psikodinamik terbukti cukup efektif untuk menangani pasien depresi dengan BPD.

DAFTAR PUSTAKA

- 1] Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(1):51–71.
- 2] Bru"ne M. Why “fast and furious”? *Evol Med Public Heal.* 2016;2016(1):52–66.
- 3] Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(5).
- 4] Evelyn J.Bromet RCK. The epidemiology of depression across cultures Ronald. *Annu Rev Public Heal.* 2013;34:119–38.
- 5] Thase ME. Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 10th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins.; 2017. p. 4099–407.
- 6] Park L, Zarate C. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med.* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de febrero de 2021]; 380(6): 559-568. 2019;380(6):559–68.
- 7] Ng CWM, How CH, Ng YP. Major depression in primary care: Making the diagnosis. *Singapore Med J.* 2016;57(11):591–7.
- 8] RJ L. Dissociation Debates: Everything You Know is Wrong. *Dialogues Clinical Neurosci.* 2018;20(3):229–42.

- 9] Bateman A FP. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq.* 2013;33:595–613.
- 10] Clevenger S. The Role of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology.* 2018;Vol. 8(1):48-58
- 11] Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, Hellmuth SG, Stallknecht SE, Leth-Møller K, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1).
- 12] Savoy M. Antidepressants Plus Benzodiazepines for Adults with Major Depression. *Am Fam Physician.* 2020;101(9):527–8.
- 13] Gonzalez-Torres MA. Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. *BJPsych Int.* 2018;15(1):12–4.
- 14] Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry.* 2015;14(2):137–50.
- 15] Zahediabghari S, Boursiquot P, Links P. Impact of psychotherapy on psychosocial functioning in borderline personality disorder patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(12):1–8.

