

**GEJALA PSIKOTIK PADA GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG:
LAPORAN KASUS*****Psychotic Features in Borderline Personality Disorder: A Case Report***Dyani Pitra Velyani^{1*}, Ika Nur Fitriana¹, Rivo Mario¹¹Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia*Penulis Koresponden:
dyani.pitra@trisakti.ac.idDiterima
31 Mei 2025
Revisi
09 Juni 2025
Disetujui
17 Juni 2025
Terbit Online
07 Juli 2025**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 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) and low-dose antipsychotics) and long-term 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. This case report aims to explore these aspects, in order to improve clinical understanding and more effective treatment strategies for individuals with BPD with psychotic symptoms. Thus, it is expected that if there are cases like this, they need to be carefully considered because there is a possibility of psychotic symptoms appearing in borderline personality disorder, so that therapy can be targeted appropriately.

Keywords: *borderline personality disorder, psychotic symptoms, auditory hallucinations, psychodynamic psychotherapy*

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 (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI) dan antipsikotik dosis rendah) dan psikoterapi psikodinamik jangka panjang 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. 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. Dengan demikian diharapkan bila ditemukan kasus-kasus seperti ini perlu diperhatikan secara seksama ada kemungkinan munculnya gejala psikotik pada gangguan kepribadian ambang, sehingga terapi dapat tepat sasaran.

Kata kunci: *gangguan kepribadian ambang, gejala psikotik, halusinasi auditorik, psikoterapi psikodinamik*

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 yang dipicu oleh stres.⁽¹⁻⁴⁾ Prevalensi BPD dalam populasi umum secara global diperkirakan antara 0,7% - 2,7%, dengan angka yang lebih tinggi, yaitu sekitar 12% di layanan psikiatri rawat jalan dan 22% di layanan rawat inap.⁽²⁻⁴⁾ Data studi di Shanghai menunjukkan prevalensi hingga 1,7% di layanan rawat jalan.⁽⁵⁾

Salah satu aspek penting dalam manifestasi BPD adalah munculnya gejala psikotik. Studi menunjukkan bahwa antara 20%-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.⁽⁶⁻⁸⁾ Data Nasional Korea Selatan menunjukkan bahwa 5,1% individu dengan BPD terdiagnosis gangguan psikotik.⁽⁹⁾ Beberapa pemicu 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.^(3,6,8) Gejala psikotik dapat memperburuk disfungsi interpersonal dan meningkatkan risiko perilaku merugikan diri sendiri atau orang lain.^(6,8)

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.^(3,6,10)

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. Dengan demikian diharapkan bila ditemukan kasus-kasus seperti ini perlu diperhatikan secara seksama ada kemungkinan munculnya gejala psikotik pada gangguan kepribadian ambang, sehingga terapi dapat tepat sasaran.

DESKRIPSI KASUS

Seorang perempuan usia 33 tahun datang ke layanan rawat jalan psikiatri dengan keluhan suasana perasaan yang mudah berubah dan sering merasa kosong. Ia melaporkan perasaan tidak layak dicintai, perilaku menyakiti diri (menyayat lengan dengan silet) berulang, serta pikiran untuk mengakhiri hidup yang hilang timbul. 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 perjodohan, menyebabkan distres emosional berat hingga pasien meninggalkan rumah dengan bantuan keluarga lain.

Dari pemeriksaan status mental didapatkan mood dan afek yang labil, ide bunuh diri intermiten. Pada formulasi psikodinamik didapatkan fungsi ego lemah, dengan *self-worth* yang rendah, pola kelekatan *disorganized* dan mekanisme pertahanan imatur (*splitting*, proyeksi, introyeksi) yang dominan, dengan organisasi kepribadian *borderline*. Pasien menjalani psikoterapi psikodinamik jangka panjang yang dikombinasikan dengan pemberian psikofarmaka berupa antidepresan sertraline.

Gejala psikotik pertama kali muncul pada sesi ketiga, pasca kematian mendadak ibu, berupa halusinasi visual dan auditorik dengan konten menakutkan serta mendevalusi. Psikoterapi tetap dilakukan, dengan merapatkan sesi menjadi setiap minggu, untuk mendampingi pasien melewati fase berduka dan sebagai tatalaksana psikofarmaka, antidepresan dikombinasikan dengan antipsikotik aripiprazole. Kondisi pasien membaik setelah tiga bulan dan ia mulai membina hubungan yang stabil dengan teman-teman kerjanya. Satu bulan sebelum laporan kasus ini dibuat, pasien menjalani

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 gejala psikotik terjadi pada 20% - 50% pasien BPD, tersering adalah halusinasi auditorik *non-bizarre*, pengalaman disosiatif, halusinasi visual, dan ide paranoid transien.^(7,8,10,11) Studi Pearse dkk. menemukan bahwa 30% pasien BPD mengalami halusinasi auditorik yang persisten, berdurasi lebih dari tiga bulan.⁽¹³⁾ Gejala psikotik persisten ini dikaitkan dengan defisit neurokognitif dan hasil klinis yang lebih buruk.^(14,15) Slotema dkk. melaporkan bahwa intensitas halusinasi pada pasien BPD dapat sebanding dengan pasien skizofrenia, meskipun dengan profil psikopatologi yang berbeda.⁽¹⁶⁾

Schulze dkk. menyatakan bahwa psikotik pada BPD sering kali berhubungan dengan disosiasi dan trauma masa kecil.⁽¹¹⁾ Niemann dkk. mengungkapkan bahwa stresor interpersonal, seperti konflik relasional atau kehilangan, merupakan pemicu utama munculnya gejala psikotik pada pasien BPD.⁽¹⁷⁾ Hayward dkk. melaporkan bahwa gejala psikotik pada BPD memiliki konten yang sering kali bersifat *self-critical* dan muncul dalam konteks tekanan emosional tinggi.⁽⁶⁾

Leichsenring dkk. menyatakan bahwa keberadaan gejala psikotik pada BPD berhubungan dengan derajat disorganisasi kepribadian yang lebih berat dan kebutuhan akan modifikasi dalam pendekatan psikoterapi.⁽²⁾ Paris menunjukkan bahwa antipsikotik atipikal dan SSRI digunakan secara luas, namun manfaatnya terbatas pada pengurangan gejala dan bukan perubahan struktural kepribadian.⁽¹⁸⁾

DISKUSI

Laporan kasus ini menyajikan kekambuhan gejala psikotik pada pasien gangguan kepribadian ambang yang dipicu oleh stres interpersonal, dengan isi halusinasi

merefleksikan konflik internal. Konten halusinasi auditorik diidentifikasi sebagai bagian dari aspek diri, berupa suara masa kecil yang depresif dan suara dewasa yang menyalahkan, fenomena yang jarang dilaporkan secara rinci dalam literatur. Halusinasi muncul dalam dua episode berbeda, masing-masing dipicu oleh kehilangan signifikan: kematian ibu dan putusnya hubungan romantis. Hal ini konsisten dengan temuan Niemann dkk. yang menyatakan bahwa stresor interpersonal merupakan pemicu utama gejala psikotik pada BPD.⁽¹⁷⁾ Pengalaman psikotik pasien juga dikaitkan dengan masa kecilnya yang banyak didevaluasi dan nir-validasi. Hal ini sesuai dengan Schulze dkk. yang mengaitkan gejala psikotik dengan kejadian traumatik di masa kanak.⁽¹¹⁾

Kandasnya hubungan romantis seakan menegaskan kembali bahwa ia tidak berharga, yang mengguncang *self-worth* pasien, menyebabkan regresi berupa mekanisme defenses imatur berbentuk disosiasi dan proyeksi, sehingga memunculkan halusinasi dengan isi mendevaluasi dan bernuansa internal, mencerminkan disorganisasi kepribadian mendalam. Hal ini sesuai dengan studi Schultz dan Hong, bahwa isi halusinasi pada BPD sering kali bersifat *self-critical* dan muncul dalam konteks tekanan emosional yang tinggi, serta studi Leichsenring dkk., yang mengaitkan keberadaan gejala psikotik dengan organisasi kepribadian *borderline* yang lebih berat dan kebutuhan akan pendekatan terapi yang dimodifikasi.^(2,6)

Penatalaksanaan kasus ini mencakup kombinasi farmakoterapi (SSRI dan antipsikotik dosis rendah) dan psikoterapi psikodinamik. Antipsikotik generasi kedua banyak digunakan secara *off-label* pada gejala BPD, termasuk impulsivitas, agresi, dan gejala psikotik, namun bukti dengan bukti inkonklusif.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Paris menyatakan bahwa antipsikotik atipikal dapat membantu mengurangi gejala psikotik pada BPD, tetapi tidak memperbaiki struktur kepribadian.⁽¹⁸⁾ Psikoterapi tetap menjadi pendekatan utama, dengan mempertimbangkan kehadiran gejala psikotik hingga tidak memicu regresi. Pasien ini menjalani psikoterapi psikodinamik jangka panjang. Validasi empatik terhadap pengalaman pasien tetap dilakukan dengan mengakui dan memahami pengalaman psikotik pasien tanpa langsung mengkonfrontasinya. Afirmasi dan penentruman dominan dilakukan selama sesi. Psikoterapi bergerak lebih pada lengan

suportif namun tetap melakukan interpretasi dengan menyesuaikan teknik terapeutik sesuai dengan kebutuhan dan toleransi stres pasien.^(22,23)

KESIMPULAN

Laporan kasus ini menyoroti kompleksitas manifestasi gejala psikotik pada gangguan kepribadian ambang, khususnya yang dipicu oleh stresor interpersonal kehilangan dan penolakan. Gejala psikotik berupa halusinasi auditorik dengan konten yang merefleksikan konflik internal dan pengalaman masa lalu, menunjukkan bahwa pengalaman traumatis dan disorganisasi kepribadian berperan dalam kemunculan gejala tersebut.

Penatalaksanaan efektif melibatkan pendekatan multimodal, yaitu kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi psikodinamik dengan penyesuaian pada toleransi stres pasien. Intervensi dalam lengan suportif, mendukung pasien dalam menghadapi pengalaman regresi dan psikotiknya, terbukti mengurangi intensitas gejala psikotik dan disosiasi. Pemahaman mendalam terhadap dinamika psikologis individu dengan BPD yang mengalami gejala psikotik, serta strategi terapi yang fleksibel dan terintegrasi akan meningkatkan efektivitas penanganan dan kualitas hidup pasien. Dibutuhkan penelitian-penelitian lebih lanjut baik berupa laporan kasus, yang dilanjutkan dengan studi yang lebih luas yang dapat mencakupi kekhasan individu dengan nilai-nilai kultural dan spiritual di Indonesia, sehingga tatalaksana yang optimal dan berbasis bukti dapat terlaksana.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan. Tidak ada pendanaan eksternal yang diterima untuk penelitian.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pasien yang telah memberikan izin kepada penulis untuk membagikan pengalamannya demi kepentingan ilmiah. Terima kasih bagi guru-guru penulis di Seksi Psikoterapi PDSKJI, dr. Petrin Redayani, Sp.KJ, Subsp.PK(K), M.Pd.Ked, dr. Sylvia Detri Elvira, Sp.KJ, Subsp.PK(K), Dr. dr. Limas Sutanto, Sp.KJ, Subsp OK(K), M.Pd yang menjadi inspirasi dan paduan dalam tatalaksana pasien ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, dkk. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024;23(1):4–25. doi:10.1002/wps.21156.
3. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline personality disorder: a review. *JAMA*. 2023;329(8):670–9. doi:10.1001/jama.2023.0589.
4. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C, Torrico TJ. Borderline personality disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613633/>. Accessed 2 April 2025.
5. Wang L, Ross CA, Zhang T, dkk. Frequency of borderline personality disorder among psychiatric outpatients in Shanghai. *J Pers Disord*. 2012;26(3):393–401. doi:10.1521/pedi.2012.26.3.393.
6. Hayward M, Jones AM, Strawson WH, Berry K, Bucci S, Haddock G. A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29(2):631–41. doi:10.1002/cpp.2655.

7. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci S, Varese F. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2020;46(5):1104–13. doi:10.1093/schbul/sbaa037.
8. D’Agostino A, Rossi Monti M, Starace F, dkk. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2019;32(1):22–7. doi:10.1097/YCO.0000000000000462.
9. Shin H, Lee HS, Lee BC, dkk. The prevalence and clinical characteristics of borderline personality disorder in South Korea using National Health Insurance Service customized database. *Yonsei Med J.* 2023;64(9):566–72. doi:10.3349/ymj.2023.0071.
10. Fonagy P, Bateman AW. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook.* Wiley-Blackwell; 2016.
11. Schulze A, Hughes N, Lis S, Krause-Utz A. Dissociative experiences, borderline personality disorder features, and childhood trauma: generating hypotheses from data-driven network analysis in an international sample. *J Trauma Dissociation.* 2024;25(4):436–55. doi:10.1080/15299732.2024.2323974.
12. Belohradova Minarikova K, Prasko J, Holubova M, dkk. Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2022;18:787–99. doi:10.2147/NDT.S360013.
13. Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(5):368–71. doi:10.1097/NMD.0000000000000132.
14. Carrasco JL, Mellor-Marsá B, Mallardo L, dkk. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. *Schizophr Res.* 2021;232:109–11. doi:10.1016/j.schres.2021.05.003.
15. Cavelti M, Thompson K, Chanen AM, Kaess M. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Curr Opin Psychol.* 2021;37:26–31. doi:10.1016/j.copsyc.2020.07.003.

16. 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.
17. 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.000000000000111.
18. Paris J. Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(1):56–60. doi:10.1007/s11920-009-0083-0.
19. Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. A focused systematic review of pharmacological treatment for borderline personality disorder. *CNS Drugs.* 2017;31(5):345–56. doi:10.1007/s40263-017-0425-0.
20. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, dkk. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;11(11):CD012956. doi:10.1002/14651858.CD012956.pub2.
21. Wasylyshen A, Williams AM. Second-generation antipsychotic use in borderline personality disorder: what are we targeting?. *Ment Health Clin.* 2016;6(2):82–88. doi:10.9740/mhc.2016.03.82.
22. 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.
23. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here?. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(4):316–317. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4302.