

TATALAKSANA GANGGUAN MAKAN PADA BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (LAPORAN KASUS)

by Innawati Jusup

Submission date: 04-Apr-2022 01:39PM (UTC+0700)

Submission ID: 1801152560

File name: artikel_c28.pdf (627.74K)

Word count: 3118

Character count: 18968

TATALAKSANA GANGGUAN MAKAN PADA *BORDERLINE PERSONALITY DISORDER* (LAPORAN KASUS)

Management For Eating Disorder Patient With Borderline Personality Disorder ***(Evidence Base Case Report)***

Liko Maryudhiyanto, Innawati Jusup

Division of Psychiatry, Faculty of Medicine University Diponegoro

ABSTRACT

Background : Borderline personality disorder (BPD) is a complex and serious psychiatric disorder. Symptoms include: fear of abandonment, impulsivity, anger, self-harm, suicide, and poor interpersonal relationships. In BPD patients often develop Eating Disorders, especially Bulimia and Binge eating. For this reason, good management is needed in dealing with conditions of eating disorders that are associated with BPD.

Objective : This is to determine the selected management of eating disorder patients with Borderline Personality Disorder.

Method : The search was carried out with the Pubmed, Tripdatabase, and Springer databases. Search was restricted using the screening of restricted journal publications for the last 5 years, subject to human research.

Result: The search results from the journal found that the management was in the form of pharmacotherapy and psychotherapy. In pharmacotherapy management, each type of eating disorder has a different selected management. In Bulimia nervosa, the selected drug class is SSRIs such as Fluoxetine which are the only SSRIs that have received FDA approval as a Bulimia Nervosa therapy. In the management of psychotherapy, there are several types of psychotherapy that are often used in eating disorders with BPD such as Cognitive Behavior Therapy (CBT), Mentalization Based Treatment (MBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Conclusion: Eating disorders with comorbid BPD are common in clinical practice. Adequate management can be done by administering pharmacotherapy and psychotherapy. Until now, pharmacotherapy such as SSRI (Fluoxetine) is still the first line in eating disorders Bulimia Nervosa and Binge Eating, whereas in Anorexia Nervosa, none has shown good results. Pharmacotherapy for comorbid Eating Disorders and BPD has not yet been strongly evidenced. In psychotherapy management, there are several types of psychotherapy that are often used in eating disorders with BPD such as CBT, MBT and DBT.

Keywords : *eating disorders, borderline personality disorder, treatment*

ABSTRAK

Latar belakang : *Borderline personality disorder (BPD)* atau gangguan kepribadian emosional tak stabil tipe ambang adalah gangguan kejiwaan yang kompleks dan serius. Gejalanya antara lain: takut ditinggalkan, impulsif, amarah, melukai diri sendiri, bunuh diri, dan hubungan interpersonal yang buruk. Pada pasien BPD sering berkembang menjadi Gangguan Makan terutama Bulimia dan Binge eating. Untuk itu diperlukan tatalaksana yang baik dalam menangani kondisi gangguan makan yang berkomorbid dengan BPD.

Tujuan : Untuk mengetahui tatalaksana terpilih pada pasien Gangguan Makan dengan *Borderline Personality Disorder*.

Metode : Penelusuran dilakukan dengan database Pubmed, Tripdatabase, dan Springer. Penelusuran dibatasi menggunakan penyaringan publikasi jurnal pembatasan terbitan 5 tahun terakhir, subjek penelitian manusia.

Hasil: Hasil penelusuran dari jurnal tersebut didapatkan bahwa tatalaksana berupa farmakoterapi dan psikoterapi. Pada tatalaksana farmakoterapi, tiap jenis gangguan makan memiliki tatalaksana terpilih yang berbeda. Pada Bulimia nervosa, golongan obat terpilih yaitu SSRI seperti Fluoksetin yang merupakan satu-satunya SSRI yang sudah mendapat persetujuan dari FDA sebagai terapi Bulimia Nervosa. Pada tatalaksana psikoterapi, terdapat beberapa jenis psikoterapi yang sering digunakan pada gangguan makan dengan BPD seperti *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, *Mentalisation Based Treatment (MBT)* dan *Dialectical Behaviour Therapy (DBT)*

Simpulan: Gangguan Makan dengan komorbid BPD sering dijumpai pada praktek klinis. Tatalaksana yang memadai dapat dilakukan dengan pemberian farmakoterapi dan psikoterapi. Farmakoterapi seperti SSRI (Fluoksetin) sampai saat ini masih merupakan lini pertama pada gangguan makan Bulimia Nervosa dan Binge Eating sedangkan pada Anoreksia Nervosa, belum ada yang menunjukkan hasil baik. Farmakoterapi pada kondisi komorbid Gangguan Makan dan BPD sampai saat ini juga belum ada bukti yang kuat. Pada tatalaksana psikoterapi, terdapat beberapa jenis psikoterapi yang sering digunakan pada gangguan makan dengan BPD seperti CBT, MBT dan DBT

Kata kunci : *Gangguan makan, borderline personality disorder, treatment*

PENDAHULUAN

Borderline personality disorder (BPD) atau gangguan kepribadian emosional tak stabil tipe ambang adalah gangguan kejiwaan yang kompleks dan serius yang mempengaruhi sekitar 0,7-5,9% dari populasi umum tetapi terjadi pada 15-28% pasien di klinik psikiatri atau rumah sakit.^{1,2} Gangguan ini adalah kondisi mental dimana terjadi ketidakmampuan untuk mengelola emosi secara efektif. Gejala-gejalanya antara lain:

takut ditinggalkan, impulsif, amarah, melukai diri sendiri, bunuh diri, dan hubungan interpersonal yang buruk.¹ Ada tingkat percobaan bunuh diri yang tinggi dan sekitar 10% orang dewasa dengan BPD melakukan bunuh diri.³ Gejala tersebut menyebabkan gangguan fungsi psikososial dan tingginya tingkat pemanfaatan perawatan kesehatan mental.² Diketahui bahwa BPD kurang terdiagnosis di sebagian besar kasus, yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam memulai pengobatan yang tepat atau terkadang, menyebabkan pengobatan yang tidak perlu. Gangguan kepribadian berasal dari masa kanak-kanak dan remaja, namun, sulit untuk mendiagnosis gangguan kepribadian sebelum 18 tahun mengingat sifat gangguan yang berkembang. Studi terbaru menemukan bahwa kepribadian ambang dan gangguan mood pada masa muda dapat didiagnosis dengan lebih pasti.⁴ BPD dapat dikenali sejak awal kehidupan, terus berkembang sepanjang usia, dan lebih plastis daripada yang diyakini sebelumnya. BPD atau gejala kepribadian ambang pada dewasa muda dikaitkan dengan morbiditas tinggi dan hasil yang berpotensi buruk. BPD secara independen memprediksi psikopatologi saat ini, fungsi umum yang kurang, perawatan diri yang buruk, dan hubungan yang buruk dengan keluarga, teman, dan pasangan.⁵ BPD lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria (masing-masing sekitar 70% dan 30%).⁶

Individu dengan BPD juga rentan untuk mengembangkan gangguan makan seperti gangguan makan *binge* yang diikuti oleh melukai diri sendiri yang ditunjukkan melalui muntah yang diinduksi atau perilaku *purging* lain serta gangguan mood. Pengalaman klinis menunjukkan bahwa gangguan makan relatif umum di antara pasien dengan BPD sehingga tingkat komorbiditas ini telah dilaporkan pada 14-53% dalam penelitian yang berbeda.^{7,8} Pada sebuah studi didapatkan bahwa gangguan kepribadian yang paling sering terjadi pada gangguan makan jenis bulimia nervosa adalah gangguan kepribadian ambang, dengan angka prevalensi sebesar 28%.⁹ Gangguan makan *binge* ditandai dengan episode makan berlebihan yang berulang disertai dengan perasaan kurangnya kendali dan tekanan yang ditandai atas perilaku makan seseorang. Komorbiditas BPD pada gangguan makan telah dikaitkan dengan distorsi besar dalam sikap makan, riwayat sering rawat inap, dan perilaku non-bunuh diri dan bunuh diri serta telah mengakibatkan hasil pengobatan yang buruk dan psikopatologi parah saat tindak lanjut. Lebih khusus lagi, Bulimia Nervosa pada BPD telah dikaitkan dengan peningkatan risiko upaya bunuh diri berulang, sedangkan Anoreksia Nervosa telah dikaitkan dengan peningkatan risiko cedera diri non-bunuh diri berulang. Saat muncul sebagai gangguan komorbiditas, BPD dan Gangguan Makan resisten terhadap pengobatan yang tersedia. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk meningkatkan intervensi dalam mengatasi komorbiditas gangguan ini.¹⁰

LAPORAN KASUS

Nn. LU , 20 tahun, belum menikah, mahasiswi semester awal, Pasien datang dengan keluhan tidak dapat mengendalikan nafsu makannya. Pasien bercerita bila awal mula keluhan ini sejak 1 tahun lalu ketika putus dengan pacarnya yang sering bersikap kasar. Pasien jadi merasa emosi tidak stabil, merasa

hampa dan melampiasakan dengan banyak makan. Pasien dapat memakan 2 loyang pizza, 3 dus donat atau 3 bungkus nasi goreng sendirian. Saat makan, pasien tahu bila hal itu salah namun dirinya tidak bisa menghentikan karena saat tiap mengunyah atau menelan pasien merasa lega dan nyaman. Ketika selesai makan biasanya pasien baru merasa menyesal dan berusaha memuntahkannya karena pasien takut dirinya menjadi gemuk dan merasa malu. Pasien pernah merogoh tenggorokan dengan jari dan dengan sendok atau garpu agar bisa memuntahkan kembali makanannya. Pasien bila setelah makan banyak juga jadi sering berolahraga keras seperti berlari sejauh 20 km dan *combat sport*. Pasien mengaku frekuensi makan berlebih sekitar satu sampai dua kali per minggu terutama ketika dirinya sedang emosi.

Pasien lahir normal, kehamilan direncanakan, anak tunggal dari pernikahan pertama ibu dan pernikahan kedua ayah. Tidak ada riwayat kesulitan saat proses kelahiran dan penyakit selama masa kanak-kanak. Dapat belajar berjalan dan berbicara pada waktu yang sesuai. Ibunya berusia 46 tahun, pendidikan D3, berprofesi sebagai penyanyi, dan anggota partai politik. Ayahnya 52 tahun, pendidikan S2, bekerja sebagai karyawan. Pasien mengatakan hubungan ayah dan ibu sangat tidak harmonis. Pasien hanya ingat jika ayah dan ibu sering bertengkar dan membanting barang atau pintu merupakan hal yang sehari-hari didengar pasien. Ibu merupakan sosok keras kepala, emosional, sering berkata kasar, dan hanya mementingkan pandangan orang lain terhadap dirinya sendiri. Ayah sosok yang juga keras kepala dan suka berkata kasar. Pasien sejak kecil merasa tidak nyaman berada di rumah. Tiap pulang sekolah pasien sudah berpikir bahwa apalagi yang akan terjadi di rumah pada hari itu. Pasien tidak memiliki teman akrab sejak kecil untuk bercerita. Bila sedang sedih, sosok teman imajinasi bernama “Alexa” yang digambarkan seperti sosok perempuan di animasi kartun Jepang. Sosok ini bisa membuat pasien jadi nyaman. Saat SMP, pasien merupakan anak yang penurut dan berprestasi walau emosi pasien sering tidak stabil namun pasien sering mengalihkan dengan sahabat imajinasi. Pasien memiliki prestasi karena jika dia menjadi juara umum maka ibu akan bangga kepadanya dan mengajak jalan-jalan ke luar negeri. Saat SMA, Ketika ayah dan ibu memutuskan bercerai, pasien mulai jadi pribadi yang berani membantah ibu, emosi pasien sering labil dan memiliki hubungan yang tidak stabil dengan teman dan pacar, Pasien mengatakan sering merokok dan minum alkohol saat dirinya sedang tidak nyaman. Pasien juga beberapa kali berhubungan seksual dengan pria yang baru dikenal di tempat hiburan malam hanya untuk merasa agar dirinya tidak sendirian. Saat dirinya merasa sedang hampa, pasien melakukan cutting pada pergelangan tangan kiri hingga mengeluarkan darah. Pasien mengaku lega saat melihat darah mengalir dari tangannya.

Pasien memiliki berat badan 55 kg dan tinggi badan 165 cm dengan indeks masa tubuh 23,4 kg/m². Pemeriksaan status mental pasien berpenampilan sesuai usia, rambut pendek sebatas telinga, di cat berwarna cokelat muda, memakai sweater dan celana pendek. Pasien kooperatif dan perilaku normoaktif, kontak psikis ada, wajar dan dapat dipertahankan. Mood labil dengan afek serasi. Kualitas dan kuantita pembicaraan cukup. Daya ingat, konsentrasi dan perhatian pasien baik. Pada proses pikir koheren, isi piker

terdapat preokupasi terhadap keinginan makan yang tidak dapat dihentikan. Pasien menyangkal adanya halusinasi.

Pasien memenuhi kriteria diagnosis sesuai DSM 5 yaitu Bulimia Nervosa dengan *Borderline Personality Disorder*. Pasien mendapat terapi Sertralin dengan dosis awal 25 mg/ hari yang kemudian ditingkatkan menjadi 50mg/hari. Pasien juga mendapat terapi Lorazepam 0,5 mg/hari. Untuk Psikoterapi, dilakukan Psikoterapi Psikodinamik. Saat sesi ke 10, pasien mulai dapat menahan keinginan makannya. Pasien juga bisa menghentikan sementara kebiasaan merokok dan minum alkohol walau hanya selama 2 minggu. Pasien masih beberapa kali *cutting* ketika menghadapi emosi yang kuat. Terapis kemudian merubah psikoterapi menjadi DBT namun baru mulai sesi awal.

FORMULASI PERTANYAAN KLINIS

1 Bagaimana tatalaksana pasien Gangguan Makan dengan *Borderline Personality Disorder*? Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mengetahui tatalaksana terpilih pada pasien Gangguan Makan dengan *Borderline Personality Disorder*.

P : Gangguan Makan dan *Borderline Personality Disorder*

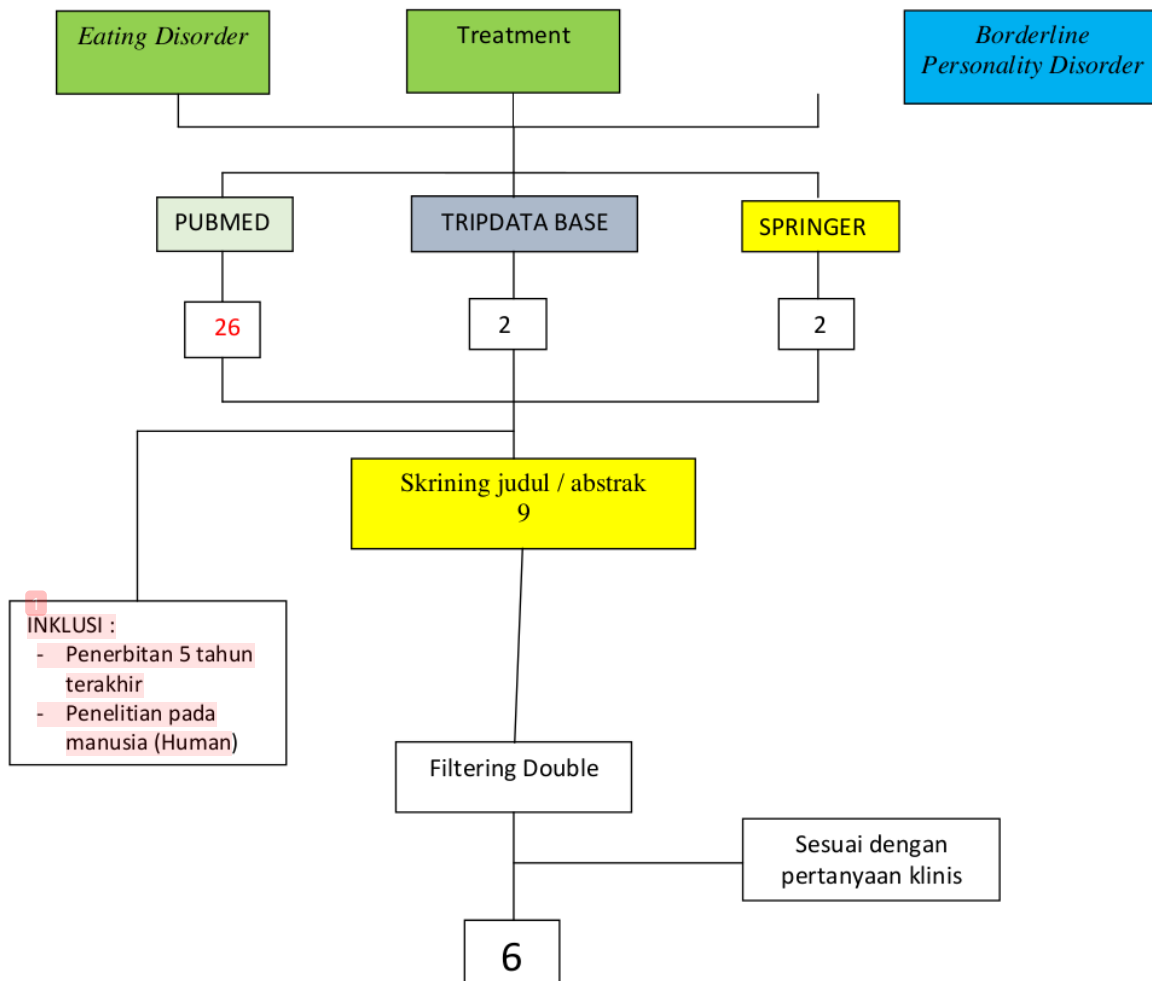
I : Tatalaksana

C : -

O : Perbaikan gejala

1 METODE

Prosedur pencarian literature untuk menjawab masalah klinis tersebut adalah dengan menyusuri pustaka secara *online* dengan menggunakan instrumen pencari PubMed, Spinger dan Tripdatabase. Kata kunci yang digunakan adalah kombinasi dari kata-kata *Eating Disorder AND Borderline Personality Disorder AND Treatment*. Penelusuran dibatasi terbitan 5 tahun terakhir, subjek penelitian manusia.



HASIL

Hasil penelusuran pada jurnal menunjukkan tatalaksana berupa farmakoterapi dan psikoterapi. Pada tatalaksana farmakoterapi, tiap jenis gangguan makan memiliki tatalaksana terpilih yang berbeda. Pada Bulimia nervosa, golongan obat terpilih yaitu SSRI seperti Fluoksetin yang merupakan satu-satunya SSRI yang sudah mendapat persetujuan dari FDA sebagai terapi Bulimia Nervosa. Selain fluoksetin, SSRI lain yang sering digunakan adalah sertraline, citalopram dan escitalopram. Golongan Trisiklik seperti Amitriptilin dan Imipramin juga bisa sebagai alternatif terapi. Pada Binge Eating, SSRI seperti Fluoksetin juga merupakan terapi terpilih. Obat-obatan seperti Topiramate dan Orlistat juga sudah diteliti dan mampu mengurangi gejala Binge Eating dibandingkan placebo. Farmakoterapi Anoreksia Nervosa sampai saat ini belum ada hasil yang cukup memuaskan. Hal ini mungkin disebabkan kondisi psikologis yang kompleks

dengan nutrisi kurang. Beberapa golongan yang pernah dilaporkan digunakan adalah antidepresan seperti Fluoksetin, antipsikotik Olanzapin dan vitamin penambah densitas tulang.¹¹ Farmakoterapi yang digunakan pada gangguan makan dengan komorbid *borderline personality disorder* sampai saat ini belum ada penelitian dengan hasil menjanjikan.¹²

Pada tatalaksana psikoterapi, terdapat beberapa jenis psikoterapi yang sering digunakan pada gangguan makan dengan BPD seperti *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Mentalisation Based Treatment* (MBT) dan *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT).

CBT untuk bulimia nervosa (BN) telah berulang kali menunjukkan kemanjuran untuk mengobati gejala, namun dalam studi ditemukan bahwa CBT untuk BN, 40-60 % dari pasien yang menerima CBT dalam uji klinis tidak mencapai remisi. *Enhanced* CBT untuk gangguan makan (CBT-E) dikembangkan dengan maksud untuk meningkatkan efek pengobatan CBT, dan untuk diterapkan di seluruh spektrum Gangguan Makan. Jenis CBT-E ini dibagi lagi menjadi versi *broad* CBT-E yaitu CBT-Eb dan versi *focused* CBT-Ef. CBT-Eb mencakup modul opsional terpisah dari pengobatan berdasarkan *Interpersonal Psychotherapy* (IPT) dan mengatasi *self esteem* yang rendah serta masalah yang muncul terkait respon terapi. CBT-Ef membahas psikopatologi gangguan makan secara mendalam, dan ditingkatkan dengan memasukkan intervensi tambahan untuk masalah bentuk dan berat. Saat dibandingkan, hasilnya menunjukkan bila CBT-Ef lebih baik daripada CBT-Eb, baik pada saat follow up dan terminasi.¹³

Terapi DBT seperti diketahui pada banyak penelitian mampu secara efektif mengobati pasien BPD.. DBT juga merupakan pilihan psikoterapi pada gangguan makan terkait dengan mekanisme disregulasi emosi. Pada penelitian yang membandingkan antara DBT dengan CBT didapatkan bahwa DBT menunjukkan hasil yang lebih baik pada beberapa variabel. DBT secara statistik dan signifikan lebih tinggi daripada CBT dalam mengatasi gangguan perilaku BPD, gejala depresi dan regulasi emosi.¹² Selanjutnya, uji coba terbuka mengevaluasi DBT 3 bulan yang diadaptasi ditambah CBT dengan sampel pasien BPD dan Anoreksia Nervosa. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam keluhan terkait makan yang dinilai sendiri dan psikopatologi umum, serta dalam fungsi psikososial global pada pasca perawatan dan tindak lanjut selama 15 bulan.¹⁴

MBT merupakan terapi yang juga diketahui telah berhasil menangani BPD. MBT secara teori, cocok juga dengan pasien Gangguan Makan dimana semua gejala Gangguan Makan pada dasarnya terkait buruknya mentalisasi. Pada penelitian dibuktikan bahwa MBT secara signifikan mampu mengurangi gejala gangguan makan jika dibandingkan dengan terapi suportif spesialis klinis (SSCM).¹⁵

SIMPULAN

Gangguan Makan dengan komorbid BPD sering dijumpai pada praktek klinis. Hal ini berhubungan dimana kedua gangguan ini memiliki kesamaan pada hal pengendalian disregulasi emosi. Sering juga

ditemukan perilaku makan yang tidak wajar dihubungkan dengan coping pasien BPD. Tatalaksana yang memadai dapat dilakukan dengan pemberian farmakoterapi dan psikoterapi. Farmakoterapi seperti SSRI (Fluoksetin) sampai saat ini masih merupakan lini pertama pada gangguan makan Bulimia Nervosa dan Binge Eating sedangkan pada Anoreksia Nervosa, belum ada yang menunjukkan hasil baik. Farmakoterapi pada kondisi komorbid Gangguan Makan dan BPD sampai saat ini juga belum ada bukti yang kuat. Pada tatalaksana psikoterapi, terdapat beberapa jenis psikoterapi yang sering digunakan pada gangguan makan dengan BPD seperti CBT, MBT dan DBT.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Prim*. 2018 May;4:18029.
2. Shenoy SK, Prahara SK. Borderline personality disorder and its association with bipolar spectrum and binge eating disorder in college students from South India. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2019;44:20–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.017>
3. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May;55(6).
4. Newton-Howes G, Clark LA, Chanan A. Personality disorder across the life course. *Lancet*. 2015;385(9969):727–34.
5. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanan A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2013;46(1):55–62.
6. Benjamin James S. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11th ed. Pataki C, editor. Philadelphia: Wolters Klower; 2015. 750 p.
7. Zanarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):226–32.
8. Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Øvergård KT, Neunhoffer AL, et al. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2017;22(2):201–9.
9. Sansone RA, Sansone LA. Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innov Clin Neurosci* [Internet]. 2011;8(3):14–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21487541> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3074200>
10. Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res*. 2011;170(1):86–90.
11. Davis H, Attia E. Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):452–7.
12. Navarro-Haro M V., Botella C, Guillen V, Moliner R, Marco H, Jorquera M, et al. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognit Ther Res* [Internet]. 2018;42(5):636–49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9>
13. Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, Satir DA, Richards LK, Pratt EM, et al. Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2016;49(1):36–49.
14. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2016;41(4):381–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
15. Robinson P, Hellier J, Barrett B, Barzdaitiene D, Bateman A, Bogaardt A, et al. The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials* [Internet]. 2016;17(1):1–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1606-8>

TATALAKSANA GANGGUAN MAKAN PADA BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (LAPORAN KASUS)

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	jurnal.rs-amino.jatengprov.go.id Internet Source	4%
2	academic-accelerator.com Internet Source	2%
3	moveon.psikologiup45.com Internet Source	1%
4	niopa.qub.ac.uk Internet Source	1%
5	jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source	<1%
6	Submitted to Western International University Student Paper	<1%
7	e-tarjome.com Internet Source	<1%
8	Silverman, Merav H., and Robert F. Krueger. "Borderline Personality Disorder and DSM-5: New Directions and Hopes for the Future",	<1%

Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents, 2014.

Publication

9	mjms.mums.ac.ir Internet Source	<1 %
10	nurirjawati.wordpress.com Internet Source	<1 %
11	www.akademik.unsri.ac.id Internet Source	<1 %
12	www.bartleby.com Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On

TATALAKSANA GANGGUAN MAKAN PADA BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (LAPORAN KASUS)

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9