

## Pola Kepribadian dan Sindroma Klinis Pasien Rehabilitasi Napza di RSJ Provinsi Bali

Putu Asih Primatanti<sup>1\*</sup>, Gde Yudhi Kurniawan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan dan Sains, Universitas Dhyana Pura; <sup>2</sup>Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali

\*Corresponding Author: [dr.asih@gmail.com](mailto:dr.asih@gmail.com)

### ABSTRAK

Prevalensi pengguna Napza di Indonesia selama tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 0,15%, sehingga menjadi 1,95% atau 3,66 juta jiwa. Beberapa program dilakukan untuk mengurangi prevalensi tersebut, termasuk program rehabilitasi yang dilakukan di RSJ Provinsi Bali. Salah satunya adalah dengan melakukan identifikasi pola kepribadian dan sindroma klinis memakai Millon Clinical Multiaxial Inventory. Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi pola kepribadian dan sindroma klinis berdasarkan identifikasi Millon Clinical Multiaxial Inventory pada pasien rehabilitasi Napza di RSJ Provinsi Bali selama tahun 2021-2022. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian analitik potong lintang. Data diambil dari rekam medis selama dua tahun yang meliputi karakteristik pasien, pola kepribadian dan sindroma klinis dari MCMI-IV. Sampel diambil menggunakan metode *total sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Dari hasil penelitian dilakukan analisis 76 data responden tahun 2021-2022, dengan karakteristik responden seluruhnya berjenis kelamin laki-laki, terbanyak pada kelompok usia 25-29 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA/ sederajat, bekerja sebagai karyawan swasta, berasal dari kabupaten Buleleng, dan menggunakan Napza jenis stimulan. *Clinical personality pattern* terbanyak adalah narsisistik (94,7%), *severe personality pathology* terbanyak adalah paranoid (88,2%), dan *clinical syndrome* terbanyak selain penggunaan Napza (96,1%) adalah spektrum bipolar (88,2%). Terdapat hubungan yang signifikan antara *clinical personality pattern* dengan *clinical syndrome* ( $p < 0,05$ ).

**Kata kunci:** pola kepribadian, sindroma klinis, MCMI-IV, rehabilitasi Napza

### PENDAHULUAN

Berdasarkan data dari Badan Narkotika Nasional (BNN), prevalensi pengguna Napza di Indonesia selama tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 0,15%, sehingga menjadi 1,95% atau 3,66 juta jiwa (1). Beberapa model pendekatan dilakukan untuk mengurangi prevalensi tersebut, begitu juga untuk mengurangi angka kekambuhan pengguna Napza tersebut. Beberapa pendekatan dilakukan dapat dimulai dari *initial assessment*, mengidentifikasi faktor-faktor risiko, serta pemberian terapi farmakologi maupun non farmakologi, seperti program substitusi maupun program rehabilitasi (2).

Pada program rehabilitasi dilakukan beberapa kegiatan untuk membantu upaya pemulihan dari para pengguna Napza. Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah dengan mengidentifikasi beberapa faktor, seperti mengenal pola dari pengguna Napza, mengidentifikasi faktor-faktor psikologi, faktor yang terkait dengan keluarga, serta faktor lingkungan (2,3). Untuk mengenali faktor psikologi dari para pengguna yang mengikuti rehabilitasi, RSJ Provinsi Bali melakukan tes kepribadian dan sindroma klinis berupa Millon

Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV). MCMI-IV merupakan suatu seri terbaru dari tes penilaian psikologis yang bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai ciri-ciri kepribadian dan psikopatologi pada seseorang (4–6). MCMI-IV merupakan suatu penilaian yang berdasarkan pada dasar teori yang kuat, dan apabila diidentifikasi dan dianalisis dengan baik dapat memberikan beberapa informasi yang diperlukan terkait pasien klinis dengan psikopatologinya, bahkan dapat digunakan pula di area lain seperti ranah hukum (4). Tes ini terdiri dari 195 jenis pertanyaan 'true-false' yang dapat menilai 15 ciri kepribadian dan 10 sindrom klinis (psikopatologi) (7).

Pola kepribadian telah dihipotesiskan bermanfaat secara klinis untuk memahami pasien lebih menyeluruh, merencanakan penatalaksanaan pasien dan memprediksi keberhasilannya (8,9). Sebuah review dan meta analisis menyebutkan bahwa kejadian *relapse* dan *drop out* pada pengguna Napza cukup tinggi pada mereka yang menjalani berbagai modalitas pengobatan. Sekitar 30% dari pasien dikatakan mengalami *drop out* dari pengobatan dengan variasi penyebab pada masing-masing individu (10). Memahami berbagai sindrom klinis yang mempengaruhi motivasi juga akan mengurangi risiko *drop out* serta kekambuhan dari pasien yang menjalani program rehabilitasi (9,11). Pengguna Napza mengalami kekambuhan antara satu bulan sampai dengan satu tahun setelah keluar dari program pengobatan (11). Angka relapse di Direktorat Jiwa dan NAPZA Kementerian Kesehatan tahun 2018 yaitu 24,3% sebagai angka kasar (data klaim). Angka relapse NAPZA di BNN sebelum adanya program pasca rehabilitasi yaitu 90% dan setelah ada program pasca rehabilitasi menjadi 30%. Angka relapse di UPT Rumah Rehabilitasi dan Terapi NAPZA, Lido Bogor sekitar 7% (12).

Pola kepribadian juga berhubungan dengan beberapa karakteristik demografis lainnya. Temuan ini dapat menjadi suatu *framework* yang sangat berguna untuk memahami mengapa pada setiap individu berkembang pola kecanduan yang berbeda pula (13). Beberapa penelitian memperoleh hasil yang berbeda di beberapa tempat terkait dengan karakteristik dasar dari peserta rehabilitasi dikaitkan dengan kepribadian dan sindroma klinis yang dialami. Pola kepribadian dan sindroma klinis ini diperlukan untuk memberikan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien di rehabilitasi Napza, sehingga ada suatu standar yang dimiliki disamping memperhatikan keunikan tiap individu. Oleh karena itu asesmen awal yang dilakukan pada program rehabilitasi Napza di RSJ Provinsi Bali harus dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk merancang pendekatan yang lebih baik berdasarkan cirikhas yang dimiliki oleh individu masing-masing. Begitu pula halnya dengan pemanfaatan Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV dapat lebih dioptimalkan pada program rehabilitasi tersebut.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV) adalah suatu alat yang dikembangkan oleh Theodore Millon, PhD sejak tahun 1977. Sejak tahun 2015 penggunaannya mulai berorientasi pada DSM-5. Tes ini diperuntukkan untuk usia 18 tahun

atau lebih yang dapat langsung dianalisis dengan program MCMI-IV versi diagnostik langsung dengan interpretasinya dan sangat akurat untuk 'clinical setting' (4). Identifikasi yang dapat dilakukan dari MCMI-IV ini adalah pengelompokan gangguan kepribadian khas dan sindroma klinis, yaitu

1. *Clinical personality patterns* (pola kepribadian klinis), yaitu schizoid, avoidant, melancholic, dependent, histrionic, turbulent, narsistik, antisosial, sadistic, compulsive, negativistic, dan masochistic
2. *Severe personality pathology* (patologi kepribadian berat), yaitu schizotypal, borderline, dan paranoid
3. *Clinical syndrome* (sindroma klinis), yaitu generalized anxiety, somatic symptom, bipolar spectrum, persisten depression, alcohol use, drug use, post-traumatic stress
4. *Severe clinical syndrome* (sindrom klinis berat), yaitu schizophrenic spectrum, major depression, dan delusional

## **METODE PENELITIAN**

Rancangan penelitian ini adalah penelitian analitik potong lintang menggunakan data sekunder untuk mengidentifikasi jenis kepribadian dan sindroma klinis pasien yang menjalani rehabilitasi di RSJ Provinsi Bali. Subjek penelitian adalah seluruh pasien yang menjalani rehabilitasi Napza di RSJ Provinsi Bali selama tahun 2021 sampai 2022, memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu pasien rehabilitasi Napza yang berusia >18 tahun dan telah menjalani tes MCMI-IV. Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu data rekam medis tidak lengkap dan hasil MCMI-IV yang tidak valid. Data hasil penelitian akan dianalisis menggunakan program *SPSS version 22 for Windows*. Analisis dilakukan dengan analisis univariat dan bivariat.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan data sekunder pasien rehabilitasi Napza di RSJ Provinsi Bali selama tahun 2021 sampai dengan 2022. Jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi pada penelitian ini adalah 76 orang responden (49 orang di tahun 2021 dan 27 orang di tahun 2022). Seluruh responden adalah laki-laki. Pendidikan terakhir sebagian besar adalah SMA dan sederajat, dengan pekerjaan terbanyak adalah swasta. Data terkait dengan daerah domisili dari pasien rehabilitasi di tahun 2021 dan 2022 adalah sama, yaitu di Buleleng. Jenis Napza yang digunakan pada sebagian besar pasien yang menjalani rehabilitasi adalah golongan amphetamine type stimulant (84% di tahun 2021 dan 80% di tahun 2022). Sebagian kecil dari mereka yang mengikuti rehabilitasi merupakan pasien ketergantungan alkohol dan kanabinoid, serta menggunakan multidrug.

Berdasarkan hasil dari MCMI-IV (Tabel 2), *disorder in clinical personality pattern* terbanyak ditemukan berturut-turut adalah narsistik (28,9%), dependent (23,7%), dan antisosial (14,5%). Bila dilihat dari tiga jenis *severe personality pathology* (*schizotypal, borderline, paranoid*), pasien yang menjalani rehabilitasi ditemukan terbanyak memiliki gangguan kepribadian paranoid (11%).

Sindrom klinis (Tabel 3) yang ditunjukkan berdasarkan hasil MCMI-IV pada pasien yang menjalani rehabilitasi Napza selain penggunaan zat (51,3%) adalah gangguan cemas menyeluruh (51,3%), serta spektrum bipolar (34,2%). Bila dilihat dari sindrom klinis yang berat ditemukan gejala depresi mayor yang cukup tinggi (17,1%). Dari hasil analisis antara *personality* dan *clinical syndrome* (Tabel 4) didapatkan hubungan yang signifikan, baik antara *clinical personality* dengan *clinical syndrome*, maupun antara *severe personality* dengan *severe clinical*. Seluruh pasien (100%) yang mengalami *clinical personality disorder* juga mengalami prominent *clinical syndrome*, dan 40% dari pasien mengalami yang mengalami *severe personality disorder* juga mengalami prominent *severe clinical syndrome* (Tabel 4).

Tabel 1. Karakteristik Responden

| KARAKTERISTIK RESPONDEN | 2021      |      | 2022      |      |
|-------------------------|-----------|------|-----------|------|
|                         | N<br>(49) | %    | N<br>(27) | %    |
| <b>Jenis Kelamin</b>    |           |      |           |      |
| Laki-laki               | 49        | 100  | 27        | 100  |
| Perempuan               | 0         | 0    | 0         | 0    |
| <b>Pendidikan</b>       |           |      |           |      |
| SD                      | 6         | 12,2 | 0         | 0    |
| SMP                     | 8         | 16,3 | 3         | 11,1 |
| SMA/SMK                 | 27        | 55,1 | 15        | 55,6 |
| PT                      | 8         | 16,3 | 9         | 33,3 |
| <b>Pekerjaan</b>        |           |      |           |      |
| Tidak bekerja           | 14        | 28,6 | 8         | 29,6 |
| Swasta                  | 22        | 44,9 | 13        | 48,1 |
| Buruh                   | 7         | 14,3 | 0         | 0    |
| Pelajar                 | 1         | 2,0  | 1         | 3,7  |
| Wiraswasta              | 1         | 2,0  | 5         | 18,5 |
| Petani                  | 1         | 2,0  | 0         | 0    |
| PNS                     | 3         | 6,1  | 0         | 0    |
| <b>Domisili</b>         |           |      |           |      |
| Denpasar                | 12        | 24,5 | 5         | 18,5 |
| Badung                  | 8         | 16,3 | 5         | 18,5 |
| Gianyar                 | 3         | 6,1  | 3         | 11,1 |
| Klungkung               | 1         | 2,0  | 0         | 0,0  |
| Tabanan                 | 2         | 4,1  | 1         | 3,7  |
| Buleleng                | 22        | 44,9 | 8         | 29,6 |

|                               |    |     |    |     |
|-------------------------------|----|-----|----|-----|
| Jembrana                      | 1  | 2,0 | 2  | 7,4 |
| Bangli                        | 0  | 0,0 | 1  | 3,7 |
| Luar Bali                     | 0  | 0,0 | 2  | 7,4 |
| <b>Jenis penggunaan Napza</b> |    |     |    |     |
| Amphetamine type stimulant    | 41 | 84  | 21 | 80  |
| Alcohol                       | 0  | 0   | 3  | 10  |
| Kanabinoid                    | 3  | 6   | 0  | 0   |
| Zat multiple                  | 5  | 10  | 3  | 10  |

Tabel 2. Pola Kepribadian (*Personality Patterns*)

| <b>Clinical<br/>Personality<br/>Patterns<br/>(N= 76)</b> | <b>Style</b> |      | <b>Type</b> |      | <b>Disorder</b> |      |
|----------------------------------------------------------|--------------|------|-------------|------|-----------------|------|
|                                                          | N            | %    | N           | %    | N               | %    |
| Schizoid                                                 | 50           | 65,8 | 26          | 34,2 | 0               | 0,0  |
| Avoidant                                                 | 31           | 40,8 | 39          | 51,3 | 6               | 7,9  |
| Melancholic                                              | 23           | 30,3 | 44          | 57,9 | 9               | 11,8 |
| Dependent                                                | 31           | 40,8 | 27          | 35,5 | 18              | 23,7 |
| Histrionic                                               | 56           | 73,7 | 20          | 26,3 | 0               | 0    |
| Turbulent                                                | 52           | 68,4 | 21          | 27,6 | 3               | 3,9  |
| Narcissistic                                             | 19           | 25,0 | 35          | 46,1 | 22              | 28,9 |
| Antisocial                                               | 32           | 42,1 | 33          | 43,4 | 11              | 14,5 |
| Sadistic                                                 | 53           | 69,7 | 20          | 26,3 | 3               | 3,9  |
| Compulsive                                               | 56           | 73,7 | 19          | 25,0 | 1               | 1,3  |
| Negativistic                                             | 27           | 35,5 | 45          | 59,2 | 4               | 5,3  |
| Masochistic                                              | 40           | 52,6 | 36          | 47,4 | 0               | 0,0  |
| <b>Severe<br/>Personality<br/>Pathology<br/>(N= 76)</b>  | <b>Style</b> |      | <b>Type</b> |      | <b>Disorder</b> |      |
|                                                          | N            | %    | N           | %    | N               | %    |
| Schizotypal                                              | 45           | 59,2 | 26          | 34,2 | 5               | 6,6  |
| Borderline                                               | 37           | 48,7 | 31          | 40,8 | 8               | 10,5 |
| Paranoid                                                 | 23           | 30,3 | 44          | 57,9 | 9               | 11,8 |

Tabel 3. Sindrom Klinis dan Sindrom Klinis Berat (*Clinical and Severe Clinical Syndrome*)

| <b>Clinical<br/>Syndromes<br/>(N= 76)</b> | <b>Style</b> |      | <b>Present</b> |      | <b>Prominent</b> |      |
|-------------------------------------------|--------------|------|----------------|------|------------------|------|
|                                           | N            | %    | N              | %    | N                | %    |
| Generalized Anxiety Somatic Symptom       | 15           | 19,7 | 22             | 28,9 | 39               | 51,3 |
| Bipolar Spectrum                          | 56           | 73,7 | 17             | 22,4 | 3                | 3,9  |
|                                           | 21           | 27,6 | 29             | 38,2 | 26               | 34,2 |

|                                                                 |       |      |         |      |           |      |
|-----------------------------------------------------------------|-------|------|---------|------|-----------|------|
| Persisten Depression Alcohol Use Drug Use Post Traumatic Stress | 43    | 56,6 | 24      | 31,6 | 9         | 11,8 |
|                                                                 | 23    | 30,3 | 28      | 36,8 | 25        | 32,9 |
|                                                                 | 7     | 9,2  | 30      | 39,5 | 39        | 51,3 |
|                                                                 | 48    | 63,2 | 9       | 11,8 | 19        | 25,0 |
| <b>Severe Clinical Syndrome (N= 76)</b>                         | Style |      | Present |      | Prominent |      |
|                                                                 | N     | %    | N       | %    | N         | %    |
| Schizophrenic Spectrum                                          | 54    | 71,1 | 16      | 21,1 | 6         | 7,9  |
| Major Depression                                                | 36    | 47,4 | 27      | 35,5 | 13        | 17,1 |
| Delusional                                                      | 40    | 52,6 | 33      | 43,4 | 3         | 3,9  |

Tabel 4. Hubungan antara *personality pattern* dengan *clinical syndrome*

| Variabel (n=76)               | Clinical Syndromes |            |            | nilai p |
|-------------------------------|--------------------|------------|------------|---------|
|                               | style              | present    | prominent  |         |
| Clinical Personality Patterns |                    |            |            |         |
| style                         | 34 (66,7%)         | 10 (19,6%) | 7 (13,7%)  | 0,000   |
| type                          | 2 (10,5%)          | 4 (21,1%)  | 13 (68,4%) |         |
| disorder                      | 0 (0,0%)           | 0 (0,0%)   | 6 (100%)   |         |
| Variabel (n=76)               | Severe Clinical    |            |            | nilai p |
|                               | style              | present    | prominent  |         |
| Severe personality            |                    |            |            |         |
| style                         | 41 (95,3%)         | 2 (4,7%)   | 0 (0,0%)   | 0,000   |
| type                          | 2 (8,7%)           | 18 (78,3%) | 3 (13,0%)  |         |
| disorder                      | 0 (0,0%)           | 6 (60,0%)  | 4 (40,0%)  |         |

Gangguan penyalahgunaan zat (termasuk alkohol) atau sering disebut dengan *substance use disorder I* (SUD) menjadi salah satu beban kesehatan di dunia (14). Menurut buku Pedoman Penentuan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III atau International Classification Disease (ICD), seseorang disebut mengalami gangguan penyalahgunaan zat sangat bervariasi dan berbeda tingkat keparahannya (mulai dari intoksikasi tanpa komplikasi dan penggunaan yang merugikan, sampai gangguan psikotik yang jelas dan demensia, yang semuanya diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif (dengan atau tanpa resep dokter) dan beberapa berkaitan dengan pola kepribadian seseorang (15).

Pada penelitian ini, gangguan kepribadian (*personality disorder*) yang banyak ditemukan berturut-turut adalah narsisistik (28,9%), dependen (23,7%), dan antisosial (14,5%). Komorbiditas gangguan kepribadian dan gangguan penyalahgunaan zat sering

ditemukan di praktek klinik. Sebuah review mengatakan bahwa gangguan kepribadian yang sering ditemukan adalah gangguan kepribadian borderline dan antisosial dengan perkiraan prevalensi 10-14,8% pada populasi normal dan 34,8-73% pada pasien yang sedang terapi terkait adiksi. Adanya komorbiditas dengan gangguan kepribadian berhubungan dengan parahnya gangguan penyalahgunaan Napza, terkait dengan buruknya respon pengobatan dan *outcome* yang ditimbulkan (16). Penyalahgunaan zat memiliki hubungan dengan beberapa gangguan kepribadian, diantaranya gangguan kepribadian antisosial, namun beberapa menyebutkan juga dengan gangguan kepribadian borderline, histrionic, sadistic, dan dependent sesuai dengan skala yang tertera pada MCMI-IV (17).

Bila dilihat dari patologi kepribadian berat (*severe personality pathology*), pasien yang menjalani rehabilitasi ditemukan terbanyak memiliki gangguan kepribadian paranoid (11%). Keparahan gangguan penggunaan zat secara signifikan berhubungan dengan gangguan kepribadian cluster A (paranoid, schizoid, dan schizothypal) dengan nilai  $p$  sebesar 0,042. Gangguan kepribadian paranoid juga secara spesifik berhubungan signifikan dengan alexithymia dengan nilai  $p$  0,22 (18). Mereka dengan ketergantungan methamphetamine ditemukan memiliki kepribadian antisosial dan paranoid yang tinggi, dan berkontribusi pada buruknya kemampuan membangun hubungan yang baik (19).

Gangguan kepribadian dan gangguan penggunaan zat sering terjadi secara bersamaan, yang menunjukkan kedua keadaan tersebut saling terkait secara kausal. Beberapa hipotesis diajukan, seperti gangguan kepribadian primer yang menyebabkan penyalahgunaan zat sekunder, gangguan penggunaan zat yang menyebabkan terjadinya perubahan kepribadian, serta faktor-faktor biologis umum yang menyebabkan masalah control impuls pada gangguan kepribadian dan gangguan penggunaan zat (20). Berbagai jalur penyebab dihipotesiskan untuk menjelaskan perkembangan gangguan penggunaan zat diantara pasien dengan gangguan kepribadian sebagai penyebab penting. Tiga jalur ini adalah *behavioral disinhibition pathway*, *the stress-reduction pathway*, dan *the reward-sensitivity pathway* (21,22).

Dari aspek biologi juga disebutkan beberapa hal terkait dengan gangguan kepribadian dan gangguan penggunaan zat, yaitu khususnya terkait dengan perilaku disinhibisi perilaku dan impulsivitas. Dari studi neuroimaging disebutkan peran korteks prefrontal dan ganglia basalia, serta area right lateral inferior frontal gyrus. Begitu pula peran dopamine dalam disinhibisi perilaku yang juga berperan dan telah banyak diteliti (16).

Sindroma klinis prominent yang ditemukan pada pasien yang menjalani rehabilitasi selain penggunaan Napza adalah *generalized anxiety* (51,3%), disusul oleh spektrum bipolar (34,2%). Pada survey yang dilakukan oleh National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) ditemukan bahwa prevalensi *generalized anxiety* pada gangguan penggunaan Napza sekitar 2,04%. Individu dengan *generalized anxiety*

menunjukkan tingkat komorbiditas psikiatri lebih tinggi pada mereka dengan gangguan penggunaan Napza dibandingkan dengan bukan gangguan penggunaan Napza (23). *Generalized anxiety* adalah jenis gangguan kecemasan yang paling umum ditemukan pada gangguan penggunaan Napza (24). Gangguan bipolar disebutkan sebagai faktor risiko adiksi, baik pada adiksi perilaku maupun gangguan adiksi Napza (25,26).

Sindrom klinis berat (*severe clinical syndrome*) terbanyak yang ditemukan pada artikel ini adalah major depression (17,1%) (26). Berkaitan dengan orang yang memiliki gangguan penggunaan zat primer, tingkat komorbiditas tinggi dari gangguan penggunaan zat tambahan dan gangguan kepribadian antisosial telah dilaporkan. Namun, juga terdapat hubungan yang kuat dan penting dengan gangguan suasana hati dan kecemasan. Dalam Survei Epidemiologi Nasional mereka tentang Alkohol dan Kondisi Terkait, Compton dan rekan-rekan menunjukkan bahwa ketergantungan pada obat selama dua belas bulan secara signifikan berkaitan dengan Gangguan Depresi Mayor dan BD-I, tetapi menariknya tidak dengan gangguan BD-II. Perilaku pencarian perawatan atau bantuan seumur hidup jarang terjadi pada SUD tetapi meningkat secara signifikan dalam kasus komorbiditas psikiatri (14).

Beberapa penelitian menyebutkan terdapat komorbiditas yang tinggi antara gangguan kepribadian (*personality disorder*) dan sindrom klinis (*clinical syndrome*) pada pengguna Napza. Pada ketergantungan alkohol, gangguan kepribadian dianggap sebagai faktor yang penting dalam pathogenesis, perjalanan klinis, dan hasil pengobatan yang dilakukan. Literatur lebih berfokus pada gangguan kepribadian antisosial dan borderline, walaupun hampir seluruh spektrum gangguan kepribadian dapat ditemui pada ketergantungan alkohol (27).

Interpretasi psikologis dan psikopatologis dari MCMI-IV bervariasi dari beberapa penelitian. Ditemukan ketidakstabilan psiko-emosional pada penyalahgunaan Napza yang ditandai dengan ciri kepribadian dasar paranoid dan borderline. Hal ini menyebabkan struktur kepribadian lebih rentan dan memiliki toleransi yang sangat rendah terhadap frustrasi, serta agresivitas yang sangat menonjol (28).

## KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara pola kepribadian dengan sindrom klinis yang ditunjukkan pada pasien ketergantungan Napza yang menjalani rehabilitasi di RSJ Provinsi Bali. Hal ini menunjukkan perlukannya model penanganan yang disesuaikan dengan karakteristik individu yang cukup beragam.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Narkotika Nasional (BNN). Puslitdatin BNN. Data Statistik Kasus Napza. Available from: <https://puslitdatin.bnn.go.id/portfolio/data-statistik-kasus-narkoba/>
2. Pelegriano J. Drug Rehabilitation Program from the Lens of Surrenderers. *Int J Sci Basic Appl Res.* 2022 Apr 9;62:235–49.

3. Nurhotimah N, Besral B. Factors Affecting Non-Compliance with Drug Abuse Rehabilitation Program at The Clinic of The National Narcotics Board. In: 6th International Conference on Public Health 2019. Sebelas Maret University.; 2019. p. 137–45.
4. Sellbom M, Flens J, Gould J, Ramnath R, Tringone R, Grossman S. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV) and Millon Adolescent Clinical Inventory-II (MACI-II) in Legal Settings. *J Pers Assess.* 2022;104(2):203–20.
5. Choca J., Pignolo C. Assessing Negative Response Bias with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV): a Review of the Literature. *Psychol Inj Law.* 2022;15(3):1–8.
6. Mohammadi MR, Hooshyari Z, Delavar A, Amanat M, Mohammadi A, Abasi I, et al. Diagnostic validity of millon clinical multiaxial inventory-IV (MCMI-IV). *Curr Psychol.* 2022;1–9.
7. Hindradjat J, Ramli M, Radjah C. Case Study On The Use of Cognitive Behavior Therapy (CBT) in Reducing Depression Levels in Adult Women. *J Ilmu Keperawatan Jiwa.* 4(2):263–72.
8. Bucher M, Suzuki T, Samuel D. A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clin Psychol Rev.* 2019 Apr 1;70:51–63.
9. Andersson H, Steinsbekk A, Walderhaug E, Otterholt E, Nordfjærn T. Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Subst Abus Res Treat.* 2018 Jan 31;12:1–10.
10. Lappan S., Brown A., Hendricks P. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2020;115(2):201–17.
11. Raharni R, Idaiani S, Prihatini N. Kekambuhan pada Pasien Penyalahguna Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif (Napza) Pasca Rehabilitasi: Kebijakan dan Program Penanggulangan. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat.* 2020;30(2):183–98.
12. Badan Narkotika Nasional (BNN). PPID BNN. 2017. Survey Nasional Penyalahgunaan Narkoba di 34 Provinsi Tahun 2017.
13. Zilberman N, Yadid G, Efrati Y, Neumark Y, Rassovsky Y. Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addict Behav.* 2018;82:174–81.
14. Yamada C, Siste K, Hanafi E, Ophinni Y, Beatrice E, Rafelia V, et al. Relapse prevention group therapy via video-conferencing for substance use disorder: protocol for a multicentre randomised controlled trial in Indonesia. *BMJ Open.* 2021 Sep 1;11(9):e050259.
15. Depkes RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III). Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI; 2000.
16. Parmar A, Kaloiya G. Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian J Psychol Med.* 2018;40(6):517–27.
17. Price LA. Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV) Profile Patterns and Scale Score Correlates for Jail Inmates Referred for Mental Health Services. *Florida Tech.* 2019;
18. Qassimi F, Boujraf S, Khelifi A, Lamgari G, El Bourachedy Z, Aarab C, et al. Substance Use Disorder, Alexithymia, and Personality Disorders, What is the Link? Pilot African Study. *OBM Neurobiol* [Internet]. 2023;07(03):176. Available from: <https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2303176>
19. Hanegraaf L, Arunogiri S, Hohwy J, Verdejo-Garcia A. Dysfunctional personality beliefs and emotion recognition in individuals with methamphetamine dependence. *Addict Behav.* 2020 Jun;105:106336.
20. Dom G, Moggi F. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. Number1 ed. Dom G, Moggi F, editors. Berlin, Heidelberg: PublisherSpringer; 2016. 389 p.
21. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry.* 2001 Aug;16(5):274–82.
22. Verheul R, van den Brink W. The role of personality pathology in the aetiology and treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2000;13(2):163–9. Available from: <https://journals.lww.com/co->

- psychiatry/fulltext/2000/03000/the\_role\_of\_personality\_pathology\_in\_the\_aetiology.5.aspx
23. Alegría AA, Hasin DS, Nunes E V, Liu SM, Davies C, Grant BF, et al. Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2010 Sep;71(9):1183–7.
  24. Soraya S, Mahdavi M, Saeidi M, Seddigh R, Nooraeen S, Sadri M, et al. Prevalence of anxiety disorders and its co-occurrence with substance use disorder: a clinical study. *Middle East Curr Psychiatry [Internet]*. 2022;29(1):30. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00197-x>
  25. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016 Dec;206:321–30.
  26. Preuss UW, Schaefer M, Born C, Grunze H. Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Nov;57(11).
  27. Mellos E, Liappas I, Paparrigopoulos T. Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*. 2010;24(5):761–9.
  28. Tiffon B. Crime against a minor and dissociative phenomenon due to the combined effect of toxic consumption by the offender. *South Florida J Heal*. 2022;3(1):13–20.