

J A W A B A N
U J I A N T E N G A H S E M E S T E R
APLIKASI STATISTIK PENELITIAN 2

Dilaporkan untuk Memenuhi Salah Satu Tugas
Mata kuliah Aplikasi Statistik Penelitian 2
yang Dibina Oleh Dr. H. Furqon

Oleh
Iding Tarsidi
029799

PROGRAM STUDI BIMBINGAN DAN KONSELING
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS PENDIDIKAN INDONESIA

LAPORAN

T E R A P I T I N G K A H L A K U
(B E H A V I O R T H E R A P I E S)
T E K N I K D E S E N S I T I S A S I S I S T E M A T I K

Oleh

Iding Tarsidi, M.Pd.

BEHAVIOR THERAPIES

David C. Rimm & H. Michael Cunningham

A. Kata Kunci

<i>Behavior Therapies</i>	<i>Maladaptive</i>
<i>Human Behavior Neurotic</i>	<i>The role cognition</i>
<i>Mentalistic "cognition"</i>	<i>Desensitization</i>
<i>Cognitive-behavioral theory and methods</i>	<i>Experimental field</i>
<i>Clinician-Psikiatris</i>	<i>Psikometrik-psychometrician</i>
<i>Psikologis klinis</i>	<i>Human functioning</i>
<i>Boulder Model</i>	<i>Operant Conditioning</i>
<i>Classical conditioning</i>	<i>Reciprocal Inhibition</i>
<i>Neurophysiology</i>	<i>Black Box</i>
<i>Systematic Desensitization</i>	<i>Assertiveness Training</i>
<i>Imaginal</i>	<i>Real life or In Vivo</i>
<i>Skinnerian and Wolpian Psychology</i>	<i>Behavior modification</i>
<i>Imitation Learning or modeling</i>	<i>Neobehaviorism</i>
<i>Social-Learning theory</i>	<i>ABC Paradigm (Model Ellis)</i>
<i>Species-specific genetic predisposition</i>	<i>Behavioral medicine</i>
<i>Positive reinforcement</i>	<i>Extinction</i>
<i>Time out room</i>	<i>Rewarding stimuli</i>
<i>Flooding</i>	<i>Radical behavioris</i>
<i>Implosive therapy</i>	<i>Autonomic arousal</i>
<i>Verbal persuasion</i>	<i>Vicarious modeling</i>
<i>Participant modeling</i>	<i>Socially appropriate</i>
<i>Assertiveness (Social Skills) Training</i>	<i>The Glasses technique</i>
<i>Aversive- counterconditioning</i>	<i>Aversive</i>
<i>Contingency contracting</i>	<i>Two-factor theory</i>
<i>Classical psychodynamic therapy</i>	<i>Overt behavior</i>
<i>Self verbalization</i>	<i>Aversive consequences</i>
<i>Unconditioned Stimulus" (UCS)</i>	<i>Reward</i>
<i>Unconditioned Response (UCR)</i>	<i>Punishmen</i>

B. PENDAHULUAN

Terapi tingkah laku merupakan cabang psikologi terapan yang menekankan pada prinsip-prinsip belajar sebagai dasar kemahiran dan modifikasi tingkah laku maladaptive. Saat ini masih banyak penulis dan terapis yang menggunakan term "behavior modification and behavior therapy" secara dipertukarkan.

Para teorisi dan praktisi berbeda dalam mendefinisikannya, sesuai latar belakang mereka yang beragam, misalnya klinis, eksperimental, sekolah, psikologi konseling, dan psikiatri. Setiap spesialis telah memilih penekanan bentuk tingkah laku yang berbeda untuk dimodifikasi. Sebagai tambahan, masih terdapat perbedaan atau kontraversi di antara teorisi, mengenai "the role cognition". Disatu pihak kita mempunyai penulis seperti Ledwidge (1978), Skinner (1974), Rachlin (1977), Greenspoon and Lamal (1977), orang yang dalam tradisi "radical behaviorism" menjauhkan diri dari yang disebut konsep-konsep "mentalistic" seperti "cognition" yang secara teoretis tidak menampakan keutuhan dan tidak produktif dalam sains psikologi. Di pihak lain, kita mempunyai penulis seperti, Meichenbaum (1977), Beck (1976), Mahoney (1977), Ellis & Grieger (1977), Bandura (1982), dan Lazarus (1981), orang yang melihat "cognition" sebagai mediator esensial yang senantiasa ada dalam "human behavior". Joseph Wolpe (1981) mengemukakan, bahwa dimana pun kita akan menghadapi dua kubu yang ekstrem tersebut.

CONTOH (KASUS) TERAPI TINGKAH LAKU (TEKNIK DESENSITISASI SISTEMATIK)

1. Deskripsi

Terapi tingkah laku (behavior therapy) merupakan usaha untuk memanfaatkan secara sistematis pengetahuan teoretis maupun empiris yang dihasilkan dari penggunaan metode eksperimen dalam psikologi, untuk memahami dan menyembuhkan pola tingkah laku abnormal. Classical Conditioning dari Pavlop dan Instrumental Conditioning dari Bakhterev memberikan pengaruh sangat besar terhadap terapi ini. Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan simptom-simptom yang salah suai (maladaptitive) dari yang sederhana sampai yang kompleks, baik individual maupun kelompok

serta membentuk tingkah laku baru yang sesuai. Terapi ini dapat dilaksanakan baik oleh guru, orang tua, maupun klien sendiri.

Konsep abnormalitas dan normalitas hanya secara deskriptif sebagai 'matter of degree' (Allport, 1964: 153). Pola tingkah laku menyimpang (salah suai) dengan yang adaptif tidaklah secara tajam terpisah menjadi dua kelompok yang berbeda. Terapi tingkah laku mencoba mengubah tingkah laku yang termasuk abnormal (neurotik, psikotik), maupun tingkah laku yang tergolong normal. Prinsip utama terapi ini ialah penggunaan reinforcement sebagai alat pengatur pembentukan tingkah laku baru, melalui pendekatan berdasarkan prinsip-prinsip belajar. Prinsip lainnya adalah ikatan antara stimulus tertentu dengan respon cemas, dapat diperlemah dengan usaha yang simultan, sehingga respon cemasnya hilang. Maka klien dapat dikatakan sembuh apabila sudah mampu merespon terhadap stimulus yang dihadapinya tanpa menimbulkan masalah baru, atau apabila terbentuk pola baru yang serasi dengan lingkungan hidupnya..

Desensitisasi sistematis didasarkan pada prinsip kondisioning klasik, yaitu salah satu teknik/prosedur terapi tingkah laku yang diteliti secara empiris dan digunakan secara luas untuk mengeliminasi reaksi-reaksi kecemasan yang terkondisikan dan fobia-fobia.

2. Rasional

Desensitisasi merupakan usaha untuk memperkenalkan secara bertahap stimulus atau situasi-situasi yang menimbulkan ketakutan. Asumsi yang mendasarinya adalah bahwa respon terhadap kecemasan itu dapat dipelajari atau dikondisikan, dan dapat dicegah dengan memberi substitusi berupa suatu aktivitas yang bersifat memusuhinya. Kondisioning diasumsikan terjadi sebagai hasil dari pengalaman-pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan dan tidak menguntungkan. Wolpe (1958) mengkonseptualisasikan efeknya berdasarkan "reciprocal inhibition", yaitu suatu terminologi fisiologis yang dikemukakan oleh Sherrington (1974), untuk menggambarkan situasi dimana satu refleks tulang belakang (spinal) dapat dikurangi atau dihambat dengan diawali suatu "refleks antagonis" secara

simultan. Wolpe menggunakan term “respons yang tidak kompatibel” dengan kecemasan (misalnya, relaksasi, asersi, atau sexual arousal) sebagai suatu bentuk untuk mengeliminasi respons kecemasan.

3. Kegunaan

Keberhasilan paling umum dari penggunaan teknik desensitisasi sistematis yang sudah dilakukan adalah dalam penanganan fobia dan kecemasan (Paul, 1968a, 1969a, 1969b). Antara lain digunakan terhadap kecemasan: kelahiran anak, injeksi, rumah sakit, perawat, mengkonsumsi obat, anjing, kucing, bulu-bulu, ular, burung, bepergian sendirian, atau keluar rumah, berjalan dengan banyak orang, ditinggal sendirian, di tempat yang tertutup, sexual material, kamar mandi, dalam perjalanan, elevator, pekerjaan, ujian, tidur, dan lain-lain.

Desensitisasi sistematis dapat juga digunakan untuk menangani kebiasaan kecanduan dan tingkah laku ‘obsesive-compulsive’, seperti: merokok, makan, alkoholik, berjudi, dan excessive urination. Maupun ketimpangan seksual, seperti: homoseksualitas, frigiditas, esibisionism, ejakulasi prematur, dan impotensi.

4. Prosedur

Desensitisasi sistematis menunjukkan prosedur eksperimental yang yang dilaksanakan dengan ‘reciprocal inhibition’ (counter conditioning) dan ‘extinction’. Prosedur/teknik ini digunakan terutama bagi reaksi kecemasan dan penghindaran, meliputi: (1) analisis behavioral dari stimulus yang menyebabkan kecemasan, (2) dibangunnya suatu hirarki dari situasi penghasil kecemasan, kemudian (3) relaksasi diajarkan dan dipasangkan dengan skenario yang dihayalkan. Stimulus yang disajikan kepada klien bisa melalui imajinasi atau sebaliknya melalui in vivo (real-life exposure). Situasinya dikemukakan dalam suatu urutan-urutan yang berangkat dari yang paling ringan sampai kepada yang paling mengancam. Stimulus yang menghasilkan kecemasan berkali-kali dipasangkan dengan latihan bersantai sampai hubungan antara stimulus-stimulus dan respon terhadap kecemasan itu terhapus (Wolpe, 1958, 1969). Wolpe lebih senang menggunakan teknik

yang melibatkan reproduksi imajinasi subyek untuk menimbulkan situasi cemasnya (imaginal desensitization). Di samping teknik lain yang melibatkan subyek dalam situasi cemas yang nyata (real life atau in vivo desensitization atau SD – R).

Dengan demikian, apabila keputusan menggunakan prosedur desensitisasi diambil, maka terapis memberikan klien suatu rasional untuk prosedurnya dan secara singkat menggambarkan apa-apa yang terlibat. Dalam kasus ini berkaitan dengan penanganan atau perawatan penyimpangan tingkah laku kontak seksual seorang wanita dengan reaksi-reaksi "aversif" terhadap pria. Prosedur yang dapat ditempuh, yaitu: (1) Evaluasi diagnostik, (2) Mengkonstruksi hirarki kecemasan, (3) Mengajarkan respon-respon yang mengurangi kecemasan (bisa dengan latihan-latihan asertif atau sexual arousal), dan (4) Memimpin/mengarahkan tahapan-tahapan terapi, atau secara praktis prosedurnya yaitu: (1) latihan bersantai, (2) pengembangan hirarki kecemasan, dan (3) desensitisasi sistematis yang tepat (Morris, 1986).

Evaluasi Diagnostik

Sebelum desensitisasi dimulai, terapis melakukan wawancara permulaan untuk mengidentifikasi informasi spesifik tentang kecemasan dan mengumpulkan latar belakang informasi yang relevan mengenai diri klien. Wawancara ini mungkin bisa berlangsung dalam beberapa sesi, sehingga terapis dapat lebih mengenal siapa diri klien. Terapis menanyakan pada klien tentang keadaan khusus yang memicu rasa cemas atau takut yang terkondisi itu. Misalnya, dalam keadaan yang bagaimana klien merasa cemas? Apakah klien merasa lebih cemas dengan orang dari jenis kelamin yang sama atau dengan orang yang berlawanan jenis? Klien diminta untuk memulai proses memonitor diri yang terdiri dari mengamati dan mencatat situasi yang menyulut respon kecemasannya. Kecuali wawancara, terapis bisa juga menghimpun data tambahan tentang situasi yang mengarah ke kecemasan melalui kuesioner.

Menyusun Hirarki Kecemasan

Setelah wawancara permulaan dan selama tahap latihan bersantai, terapis bekerja sama dengan klien untuk mengembangkan hirarki kecemasan untuk setiap kawasan yang sudah teridentifikasi. Stimulus yang menyulut kecemasan pada kawasan tertentu, dalam hal ini tingkah laku kontak seksual seorang wanita dengan reaksi aversif terhadap pria dianalisis. Terapis menyusun daftar urutan situasi yang menyulut timbulnya kecemasan dan penolakan yang makin meningkat. Hirarki itu diatur dalam urutan-urutan mulai dari situasi yang menimbulkan kecemasan paling sedikit yang bisa dibayangkan oleh klien menuju kepada situasi yang paling mencemaskan klien.

Selama beberapa sesi permulaan klien diajarkan bagaimana cara untuk bersantai. Latihan bersantai ini didasarkan pada versi yang sudah dimodifikasi dari teknik yang dikembangkan oleh Jacobson (1938) dan dilukiskan secara rinci oleh Wolpe (1969). Terapis menggunakan nada suara yang tenang, lembut dan menyenangkan untuk mengajarkan pengenduran otot secara progresif. Klien dibujuk untuk menciptakan atau membayangkan suatu peristiwa santai yang pernah dialami sebelumnya, misalnya duduk di tepi danau atau bercengkrama di padang yang indah. Adalah hal yang penting apabila klien merasa tenang dan damai. Selanjutnya klien diajarkan bagaimana mengendurkan semu otot selagi memandang berbagai bagian tubuhnya, dengan tekanan pada urat wajah. Otot bagian atas yang pertama kali dikendurkan lengan, diikuti oleh kepala, leher, bahu, punggung, perut, dan toraks, kemudian bagian bawah dari tubuh. Klien disuruh mempraktekkan bersantai di luar sesi terapi kira-kira 30 menit setiap hari.

Di bawah ini disajikan pengembangan hirarki dari Walton and Mather (1964: 124-126) yang mendemonstrasikan 82 tahap penghampiran kontak seksual bagi seorang wanita dengan reaksi-reaksi aversif terhadap pria (provokasi kecemasan yang paling sedikit diletakkan pada nomor 1). Di sini klien mempunyai masalah diwaktu menghadapi jenis kelamin lain (pria). Klien dihadapkan pada stimulus bertahap hingga akhirnya tidak

memperlihatkan kecemasannya disaat berada bersama dengan jenis kelamin lain (pria). Klien telah berhasil menjalani proses desensitisasi untuk stimulus tersebut dalam 64 sesi selama periode sembilan bulan.

- 1) Melihat pria pada jarak sisi yang lain dari jalan
- 2) Melewati pria di kebun (ada pagar diantara mereka)
- 3) Melewati pria di jalan (terpisah beberapa yard dari mereka)
- 4) Melewati pria di jalan
- 5) Melewati dengan kelompok yang bercampur/baur
- 6) Masuk ke ruangan yang penuh dengan orang-orang (pria dan wanita), semuanya duduk. Ia (wanita) memberi pesan kepada mereka
- 7) Masuk ke ruangan yang penuh dengan orang-orang (pria dan wanita), semuanya duduk. Ia (wanita) memberi pesan kepada mereka dan menerima balasannya
- 8) Sama dengan no. 7, ditambah dengan pikiran untuk menerima balasan mereka, ia (wanita) memberi mereka suatu jawaban
- 9) Sama seperti no. 7, sekarang dengan spesifik bahwa ada seorang anak muda yang memberinya inisial balasan atas pesannya. Item no. 9 telah mengubahnya, termasuk juga anak muda – ia (wanita) telah menginterpretasikan dua item terdahulu, sebagaimana anak muda untuk berbicara dengannya (wanita)
- 10)Masuk ke ruangan yang penuh dengan orang-orang (pria dan wanita) dan tinggal bersama sampai berakhir pada satu ruangan yang terdiri dari kerumunan/kelompok orang selama satu menit
- 11)Masuk ke ruangan yang penuh dengan orang-orang (pria dan wanita), dan terlibat dalam diskusi singkat dengan mereka selama satu menit
- 12)Sama dengan no. 10, namun dengan menghabiskan waktu selama dua menit dalam ruangan
- 13)Sama dengan no, 11, namun dengan menghabiskan waktu selama dua menit dalam diskusi

- 14) Menulis pesan di kertas untuk pria di dalam ruangan
- 15) Menulis pesan di kertas untuk pria di dalam ruangan dan menunggu balasan/jawabannya
- 16) Duduk selama satu detik dengan para pria (jarak kursi terpisah)
- 17) Duduk selama satu menit dengan para pria (jarak kursi terpisah)
- 18) Duduk selama beberapa menit dengan para pria (jarak kursi terpisah)
- 19) Berbicara selama satu menit sambil duduk diantara teman-teman prianya (jarak kursi terpisah)
- 20) Berbicara selama beberapa menit sambil duduk di sana (jarak kursi terpisah)
- 21) Berbicara selama 5–10 menit sambil duduk di sana (kursi terpisah)
- 22) Berbicara selama 15 menit sambil duduk disana (kursi terpisah)
- 23) Berbicara selama 20–30 menit duduk di sana (kursi terpisah)
- 24) Berbicara selama 45 menit sambil duduk di sana (kursi terpisah)
- 25) Duduk di samping seseorang dari kelompok (pria) selama satu menit
- 26) Duduk di samping seseorang dari kelompok (pria) selama beberapa menit
- 27) Duduk di samping seseorang dari kelompok (pria) selama 5–10 menit
- 28) Duduk di samping seseorang dari kelompok (pria) selama 15 menit
- 29) Duduk di samping seseorang dari kelompok (pria) selama 20 menit
- 30) Duduk disamping seseorang dari kelompok (pria) selama 30 menit
- 31) Duduk disamping seseorang dari kelompok (pria) selama 45 menit
- 32) Berjalan di samping pria untuk beberapa menit (diimplikasikan hubungan pertemanan)
- 33) Berjalan-jalan di samping pria selama 5–10 menit
- 34) Berjalan-jalan di samping pria selama 15 menit
- 35) Berjalan-jalan di samping pria selama 20 menit
- 36) Berjalan-jalan di samping pria selama 30 menit

- 37) Berjalan-jalan di samping pria selama 45 menit
- 38) Duduk disamping dua orang pria selama satu menit
- 39) Duduk disamping dua orang pria selama beberapa menit
- 40) Duduk disamping dua orang pria selama 10 menit
- 41) Duduk disamping dua orang pria selama 20 menit
- 42) Duduk disamping dua orang pria selama 30 menit
- 43) Duduk disamping dua orang pria selama 45 menit
- 44) Berjabat tangan dengan seorang pria (orang baru/tak dikenal)
- 45) Berjabat tangan dengan dua orang pria (orang baru/tak dikenal)
- 46) Berjabat tangan dengan seorang pria (sebagai teman)
- 47) Berpegangan tangan dengan seorang pria (sebagai teman)
- 48) Pergi ke luar dengan seorang pria dan berpegangan tangan dengannya (sekali lagi sebagai teman)
- 49) Pergi ke luar dengan seorang pria dan ia (pria) meletakkan lengannya pada pinggangnya (sekali lagi sebagai teman)
- 50) Pergi ke tempat dansa dan berdansa dengan pria (sebagai teman)
- 51) Pergi ke luar dengan seorang pria ia (wanita) merasa 'gemar/senang' (terdapat hubungan afeksi)
- 52) Berpegangan tangan dengan seorang pria, ia merasa 'senang'
- 53) Si pria meletakkan lengannya di pinggangnya (wanita)
- 54) Pergi untuk berdansa dengan seorang pria ia (wanita) merasa 'senang' – berdansa dengannya (pria)
- 55) Ia (wanita) merasa 'senang' ketika seseorang pria mencium pipinya mengucapkan selamat malam
- 56) Ia (wanita) merasa 'senang' ketika seseorang pria mencium pipi dan memeluknya mengucapkan selamat malam
- 57) Ia (wanita) merasa 'senang' ketika seseorang pria mencium bibir/mulutnya mengucapkan selamat malam
- 58) Ia (wanita) merasa 'senang' ketika seseorang pria mencium bibir/mulut dan memeluknya mengucapkan selamat malam

- 59) Pria wanita merasa 'senang', yang standard moralnya wanita tidak tahu, ketika mencium pipinya (wanita)
- 60) Sama dengan no. 59, ditambah dengan memeluk
- 61) Sama dengan no. 59, kecuali mencium pada bibir/mulutnya
- 62) Sama dengan no. 61, ditambah dengan memeluk
- 63) Suami melepaskan pakaian bagian atasnya ia (wanita) ada di kamar tidur
- 64) Suami berpakaian piyama
- 65) Suami menanggalkan piyama masuk ke kamar mandi
- 66) Suami hanya memakai celana dalam masuk ke kamar mandi
- 67) Suami di kamar mandi (mandi)
- 68) Suami berpakaian piyama mencium dan memeluknya (wanita)
- 69) Suami menanggalkan piyama mencium dan memeluknya (wanita)
- 70) Suami bercelana dalam mencium dan memeluknya
- 71) Keduanya bersama-sama tidak berpakaian
- 72) Mencium suami dengan bernafsu (berpakaian piyama)
- 73) Mencium suami dengan bernafsu (tidak berpakaian piyama)
- 74) Mencium suami dengan bernafsu (becelana dalam)
- 75) Mencium suami dengan bernafsu, keduanya dalam keadaan tidak berpakaian
- 76) Sama dengan no. 75, sambil duduk di atas tempat tidur
- 77) Keduanya memasuki tempat tidur bersama pada malam hari
- 78) Keduanya tidur bersama
- 79) Keduanya berbaring di tempat tidur
- 80) Suami menciumnya sambil berbaring di tempat tidur
- 81) Suami mencium dan memeluknya di tempat tidur
- 82) Mencium lidah dan memeluknya di tempat tidur

Menjalankan Prosedur Sistematis yang Tepat

Desensitisasi dimulai setelah beberapa sesi wawancara permulaan sudah selesai dilakukan. Diperlukan waktu yang cukup bagi klien untuk belajar cara bersantai, guna dipraktekkan di rumah, dan untuk menyusun

hirarki kecemasan. Proses desensitisasi dimulai dengan klien yang telah santai secara sempurna dengan mata tertutup. Skenario netral dikemukakan dan klien diminta untuk membayangkannya. Apabila klien tetap santai, dia diminta untuk membayangkan skenario yang paling sedikit menimbulkan kecemasan dalam hirarki situasi yang telah dikembangkan. Terapis bergerak maju dalam hirarki sampai klien memberi isyarat bahwa pada situasi itulah klien mengalami kecemasan dan pada saat itu pula skenario dihentikan. Kemudian pengendoran ketegangan dimulai lagi, dan klien melanjutkan naik kehirarki di atasnya. Penanganan berhenti manakala klien tetap dalam keadaan santai pada saat ia membayangkan skenario dimana dulu pernah merupakan keadaan yang paling banyak mengganggu dan menimbulkan kecemasan.

Pekerjaan rumah dan tindak lanjut merupakan komponen yang esensial dari desensitisasi yang berhasil (Cormier & Cormier, 1985). Klien bisa mempraktekan prosedur bersantai yang telah diseleksi setiap hari yaitu pada saat klien memvisualisasikan skenario yang sudah disempurnakan pada sesi sebelumnya. Desensitisasi sistematis merupakan teknik yang cocok untuk menangani fobia, tetapi merupakan suatu konsepsi yang keliru apabila teknik ini diaplikasikan hanya untuk menangani kecemasan. Teknik ini juga telah digunakan secara efektif untuk menangani: mimpi buruk, anoreksia nervosa, obsesi, pemberang, gagap dan depresi.

Prinsip-Prinsip yang Menjadi Pegangan Terapis (Konselor)

- Reinforcement sebagai alat pengatur pembentukan tingkah laku baru, dan pendekatan berdasarkan prinsip-prinsip belajar.
- Ikatan antara stimulus tertentu dengan respon cemas, dapat diperlemah dengan usaha yang simultan, sehingga respon cemasnya hilang.
- Kondisioning klasik, salah satu prosedur terapi behavioral yang diteliti secara empiris dan digunakan secara luas, untuk mengeliminasi reaksi-reaksi kecemasan yang terkondisikan dan phobia-phobia.

- Respon terhadap kecemasan itu dapat dipelajari atau dikondisikan, dan dapat dicegah dengan memberi substitusi berupa suatu aktivitas yang bersifat memusuhinya.

5. Komentor

Dalam terapi tingkah laku tidak ada prosedur yang berlaku untuk setiap perawatan penyimpangan tingkah laku. Desensitisasi sistematis merupakan salah satu teknik/prosedur terapi tingkah laku yang digunakan secara luas dan senantiasa berkembang serta memiliki 'efikasi' atau sangat efektif untuk merawat atau menangani gangguan tingkah laku (kecemasan dan phobia). Melalui desensitisasi respon cemas klien terhadap stimulus tertentu diganti dengan respon santai, yaitu mengurangi ketegangan klien dengan jalan berlatih relaks, klien dibantu menyusun urutan stimulus yang mencemaskan dari mulai yang kurang mencemaskan sampai kepada yang paling mencemaskannya.

Teknik ini bukan tanpa kendala, terdapat beberapa masalah teknis berkaitan dengan desensitisasi sistematis: (1) latihan otot, klien sering mengalami kesulitan. Untuk mengatasinya digunakan hipnosa dan obat-obatan, (2) membentuk tahapan-tahapan kecemasan, terkadang bercampur dengan masalah yang tidak relevan, dan (3) prosedur desensitisasi, yaitu menyangkut waktu yang diperlukan untuk visualisasi stimulus yang menimbulkan kecemasan, interval waktu santai di antara berbagai babak, jumlah pertemuan dan penyajian stimulus, interval waktu pertemuan.

Dalam pembahasan ini disajikan suatu kasus ketimpangan seksual (kontak seksual) seorang wanita dengan reaksi-reaksi aversif terhadap pria. Untuk penanganan atau perawatannya dikembangkan dan didemonstrasikan suatu hirarki kecemasan (dari Walton & Mather) sebanyak 82 tahapan sebagai penghampiran kontak seksualnya, mulai dari yang paling sedikit tingkat kecemasan yang dapat dibayangkan oleh klien menuju kepada hirarki yang paling mencemaskannya. Nampak bahwa penyajian stimulus atau kondisi-kondisi yang dapat menimbulkan kecemasan pada klien (kontak seksual dengan pria) disusun sedemikian rupa secara sistematis, rinci, jelas,

lugas, dan terarah terhadap pola tingkah laku (kontak seksual) baru yang diinginkan oleh klien, sehingga terkesan agak 'fulgar'. Dalam kasus ini, klien menjalani proses desensitisasi secara berhasil atau efektif (terbentuk suatu pola tingkah laku baru, dimana ia tidak memperlihatkan kecemasannya) disaat berada bersama-sama dengan pria selama waktu 9 bulan.

Dalam pembentukan tingkah laku baru metoda ini dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak baik guru, orang tua, ataupun klien sendiri. Meskipun demikian, janganlah dipandang sebagai yang paling mujarab untuk berbagai gangguan tingkah laku. Insight konselor (terapis), masalah dan keadaan klienlah yang akan menentukan keberhasilan perawatan klien.

C. SEJARAH PERKEMBANGAN TERAPI TINGKAH LAKU

Sebelum Perang Dunia (PD) II, psikologi sudah meluas sebagai suatu "experimental field". Sejak awal psikologis telah meletakkan fondasi untuk para clinician melalui investigasi persepsi dan proses sensori, dan telah membuat kemajuan dalam psikometrik. Mereka melegalkan kembali "the roles of tester or psychometrician", yang sangat membantu psikiatris.

Setelah PD II Status psikologi klinis diubah secara dramatis. Selama perang keputusan psikiatrik atau psikologikal telah dibuat (misalnya, apakah tentara harus kembali untuk bertempu) dan saat itu psikiatris sangat tidak mencukupi. Oleh karena itu psikologis membuat draft/program, dimana perlu diberikan kursus singkat dalam psikologis klinis dan diberikan responsibilitas yang sama untuk psikiatris. Setelah perang, kebutuhan individual untuk memiliki keterampilan psikologis klinis telah tumbuh.

Pada tahun 1949 pertemuan di Boulder Colorado menghasilkan model latihan untuk psikologis klinis (Rappaport, 1977) "Boulder Model", yang menspesifikasikan "the dual role" untuk psikologis klinis dari scientist dan para praktisi. Terapi tingkah laku sebagai subdisipline psikologi terapan tidak begitu saja muncul. Para praktisi sebagian besar masih Freudian dan sedikit yang Rogerian.

Sebuah peristiwa penting dalam sejarah terapi tingkah laku adalah dipublikasikan artikel yang ditulis oleh psikologis terkemuka Inggris H. J. Eysenck (1952), yang melaporkan bahwa "improvement rate" untuk pasien yang menerima terapi tradisional sebagian besar Freudian, atau melalui beberapa pendekatan yang terkait, besarnya sekira dua-pertiga. Namun, ia juga melaporkan bahwa "improvement rate" yang menerima terapi non formal juga sekira dua-pertiga. Meskipun kegunaan tesis Eysenck masih diperdebatkan (misalnya, Anthony & Farkas, 1982; Lambert, 1976), ketika hal itu dipublikasikan paper Eysenck sudah berpengaruh kuat, terutama diantara para mahasiswa dan psikologis muda. Dapat dipahami, beberapa orang sudah mulai mencari alternatif untuk terapi dinamik tradisional. Sungguh pun behavioris terkemuka B. F. Skinner telah menulis untuk beberapa waktu (Skinner, 1938), pengaruhnya telah dirasakan terutama dalam akademia. Sekarang, bagaimanapun, beberapa psikologis sudah mulai mempertimbangkan kemungkinan bahwa cap Skinner dengan "radical behaviorism", terutama "operant conditioning" mungkin dapat diaplikasikan untuk tingkah laku maladaptive dari pasien mereka. "Science and Human Behavior"-nya Skinner (1953), yang menekankan pada "the role of operant conditioning" dalam tingkah laku manusia memperkuat pandangan ini.

Dalam perkembangan terapi tingkah laku, sebuah buku terpenting dari Joseph Wolpe (1958) "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition". Ia menawarkan suatu interpretasi "human behavior neurotic" dalam term dari teori belajar Pavlopien dan Hullian, dengan beberapa menyebut "neurophysiology", yang lebih penting ia juga sudah mempresentasikan teknik terapi seperti "systematic desensitization and assertiveness training", serta mempresentasikan data historis kasus impressive untuk mensupport "the efficacy" dari teknik-tekniknya.

Pada tahun 1960, para psikologis tersebut mencari suatu alternatif untuk pendekatan dinamik, mereka menemukan alternatif dalam perpaduan dari "Skinnerian and Wolpian psychology". Term "behavior therapy" itu sendiri sedikit banyak penggunaannya sudah diintrodusir oleh Eysenck tahun

1959. Pada tahun 1960-an muncul teks pertama dalam terapi tingkah laku, yaitu "Behavior Therapy and the Neuroses" dari Eysenck (1960), yang terkenal mempengaruhi "Principles of Behavior Modification (Bandura, 1969) dan juga journal pertamanya yang eksklusif, yaitu "Behavior Research and Therapy" dan "the Journal of Applied Behavior Analysis (ketika term "behavior analysis" digunakan dalam hubungan dengan "behavior therapy", sebagai referensi untuk operant conditioning).

Pada akhir tahun 1960-an, elemen lain telah memperkenalkan ke dalam "the behavior therapy scene", yaitu: "imitation learning or modeling". Ketika para psikologis sudah tertarik pada teoretis dan aspek-aspek penerapan dari imitation (misalnya, Miller & Dollard, 1941), Albert Bandura (1960) sangat apresiatif kepada signifikansi dari "imitation in social learning and to communicate" untuk para terapis tingkah laku lainnya. Bagi Bandura, adalah sesuatu yang ineffecient, impossible manaka mengajarkan keterampilan (kompleks) tidak berpraktek, seperti "menyetir mobil" hanya dengan menggunakan prosedur operant conditioning.

Perkembangan terpenting pada tahun 1970-an adalah telah diperkenalkan apa yang disebut "cognitive-behavioral theory and methods", yang secara sederhana direpresentasikan dalam paradigma A B C. atau model dari Ellis (1962), dimana A merupakan "beberapa kejadian eksternal", B "apa yang dipikirkan seseorang dalam hubungannya dengan A", dan C "respon emosional dan behavioral seseorang". Sesuai paradigma ABC, maka berarti B mengikuti A, dan C mengikuti B. Dengan demikian, pikiran sebagaimana tingkah laku dan emosi dipengaruhi oleh stimulus eksternal. Ditambahkan Ellis, kontributor penting lainnya untuk trend "cognitive-behavioral" dari Aaron Beck (1976) yang paling terkenal dengan pendekatan kognitif untuk "depresi", Donald Meichenbaum (1977), orang yang menerapkan "**cognitive-behavioral therapy**" untuk membantu individu mengontrol impulsivitas dan memecahkan masalah, dan menurut Albert Bandura (1977, 1982) penting untuk menerapkan konsep "**self-efficacy**", yang secara mendasar merujuk pada proses therapeutic untuk meyakinkan

klien bahwa mereka mampu membuat respon-respon secara adaptif untuk peristiwa eksternal. Pandangan Bandura sering dirujuk sebagai pendekatan **“social-learning”** (menekankan stimuli: orang lain sebagai pendorong dan modeling stimuli) yang sangat dipengaruhi oleh Rosenthal (1978) yang terkenal mempengaruhi **“cross-cultural and person-situation interaction variables in social learning theory”**.

Diawal tahun 1980-an muncul interes **“neobehaviorism”** (Eysenck, 1982) yang menekankan pada **“the role of classical conditioning”** dalam etiologi dan treatment neurosis. Kontras dengan **“radical behaviorism”** di mana organism berpikir sebagai **“black box”**, sedangkan “neobehaviorism” sedapat mungkin meletakkan penekanan eksplisit pada mediasi **“role of individual and species-specific genetic predisposition”** (concept of preparedness, tipe kepribadian ala Eysenck; seperti neuroticism). Akhirnya, di awal tahun 1980-an interes terhadap pendekatan treatment **“behavioral medicine”** meningkat dan meluas. Behavioral medicine merujuk kepada pendekatan psikologikal, sebagian besar menyebutnya **“physical or physical disorder”** meliputi obesitas, perokok, treatment hipertensi dan **“headache”**, metode untuk meyakinkan dalam medikasi dan treatment untuk pasien pasca operasi, dsb. Behavioral medicine merujuk kepada **“treatment”** of medical disorder daripada kepada suatu **“teori”** seperti disorder. Bagaimana pun, beberapa pengujian yang dilakukan orang mengenai relasi diantara fungsi psychobiological dan behavior therapy di bawah **“the rubric of systems theory”** (Schwartz, 1982) telah memberikan implikasi rentangan teoretis yang luas.

Dengan demikian, sudah tentu, perdebatan diantara **“radical behaviorists”** dan **“behavior therapists”** lainnya akan terus berlanjut. G.T. Wilson (1982) mengemukakan: jika behavior therapy telah menekankan **“behavior”** pada tahun 1960-an, **“cognition”** pada tahun 1970-an, maka penekanan baru apa pada tahun 1980-an? Wilson menyarankan penekanannya yang utama pada tahun 1980-an mungkin **“emotion or affect”**. Sebagai tambahan, Watchel (1977) mengemukakan, bahwa

kecenderungan terapis sekarang untuk memadukan teknik-teknik behavioral dengan pendekatan lain seperti, analitik, dinamik, dan treatment-treatment verbal lainnya. Apakah prediksi tersebut benar?, hanya waktu yang akan membuktikannya.

D. KONSEP TEORETIS DAN PRINSIP – PRINSIP

1. Asumsi Dasar

- a. Secara relatif untuk psychotherapy, terapi tingkah laku cenderung mengkonsentrasikan pada proses behavioral atau proses mengatasi tingkah laku yang nampak (overt).

Radical behavioris secara aktual memfokuskan pada behavior itu sendiri. Sedikit kontras, Wolpe dan pengikutnya biasanya berpikiran sebagai behavioris, namun memberikan perhatiannya untuk “anxiety and visual imagery”, dengan postulat bahwa kecemasan boleh jadi mendasari “overt behavior”, dengan self verbalization yang mendasarinya. Apakah hal ini berarti terpisah dari radical behaviorism, apakah term “behavior” secara esensial kurang berarti (Locke, 1979)? Untuk menjawab ini, mari melihat paradigma psikoanalitik. Bagi psychoanalysts, “anxiety is one step below overt behavior”. Satu tahapan di bawah kecemasan adalah “unconscious symbolic meaning of the external stimulus” (misalnya, ular berarti penis). Satu tahapan di bawah “unconscious symbolic meaning” adalah “unconscious fear of castration”, dan terakhir, satu tahapan di bawah “the castration fear” adalah “repressed love of the opposite-sex parent”. Dengan jelas, behavior therapy, apakah merujuk radical behaviorism, Wolpian behaviorism, atau cognitive-behaviorism, adalah lebih banyak “behavioral” daripada classical psychodynamic therapy.

Di pihak lain, jika kita mempertimbangkan beberapa pendekatan “humanistic-existential” (misalnya, client-centered therapy, atau existential psychotherapy) yang menggambarkan psychopathology dalam term “of the lack of awareness of present psychological functioning or thwarted self-actualization”, sedangkan untuk “behavior therapy”, is more “behavioral”.

- b. Terapi tingkah laku mengkonsentrasikan pada “di sini dan sekarang”

Radical behaviorism, Wolpian behaviorism, dan cognitive behaviorism menekankan “kesamaan kebenaran”. Sementara para praktisi behavior therapy akan menghabiskan waktu mengembangkan informasi mengenai “masa lalu klien”, hal ini dilakukan hanya sepanjang mempercepat treatment yang diberikan. Misalnya, terapis mungkin ingin mengetahui sudah berapa lama klien mengalami phobia, sehingga terapis metode terapi tingkah laku khusus yang sesuai digunakan untuk menghilangkan phobia.

c. Segenap tingkah laku manusia baik yang adaptif maupun tingkah laku maladaptive merupakan hasil belajar.

Setiap orang dipandang memiliki kecenderungan-kecenderungan positif dan negatif yang sama. Segenap tingkah laku pada dasarnya merupakan hasil dari kekuatan lingkungan dan faktor-faktor genetik. Meskipun demikian, para behavioris memasukan pembuatan putusan sebagai salah satu bentuk tingkah laku.

Ada tiga model atau paradigma belajar dasar, yaitu (1) the “operant”, (2) the “classical conditioning”, dan (3) “modeling”. The operant paradigm berasumsi bahwa dalam kehadiran suatu stimulus tertentu (discriminative stimulus), manakala beberapa jenis respon sudah dibuat, maka jika respon itu diberikan penguatan, untuk waktu yang akan datang kehadiran “stimulus diskriminatif yang sama”, direspon lebih menyerupai sebagai pengulangan. Apabila setelah beberapa respon diberikan perkuatan (misalnya, rewarded trial) yang akan datang tidak ditambahkan reward, maka akan mematikan atau menghentikan respon. Dalam hal ini, munculnya respon berkaitan/bergantung pada reinforcement atau reward.

Punishment (hukuman) atau “aversive consequences”, terbagi dua kategori: (1) punishment yang melibatkan “kehadiran stimulus aversive”, misalnya ‘kejutan listrik’ atau pukulan yang menyakitkan pada pergelangan tangan anak, (2) Punishment yang melibatkan “Reinforcement positive” (misalnya, time-out). Time out dapat melibatkan berbagai cara, misalnya: mainan yang menjadi favorit anak, atau

menempatkan anak dalam “a time-out room”, dimana tidak ada reward-stimulus (misalnya: mainan, komik, dan TV).

Prosedur “operant conditioning” bekerja secara efektif atau paling baik apabila konsekuensi positif atau negatif secara cepat diikuti tingkah laku untuk modifikasi. Secara umum, para behavioris cenderung menggunakan reinforcement positif yang menyenangkan untuk memodifikasi tingkah laku. Operant conditioning disebut juga “instrumental conditioning”, karena “operations” pada lingkungan (respons) merupakan instrumental dalam reinforcement yang diinginkan.

Tipe belajar utama kedua adalah “classical conditioning”, digunakan untuk mengindikasikan tipe pertama yang dikaji dalam laboratorium (misalnya, Pavlov, 1927). Di sini, “Unconditioned Stimulus” (UCS) secara khusus memunculkan beberapa respon yang disebut “Unconditioned Response” (UCR). “Unconditioned” berarti “Unlearned”. Maka UCS secara otomatis memunculkan UCR.

Secara tipikal, pada saat CS disajikan secara berulang tanpa terjadi UCS, maka CR cenderung menurun atau hilang. Berkaitan dengan itu, ada yang disebut “Teori dua-faktor”. Faktor pertama, ‘Classical conditioning’, dimana kecemasan dikondisikan oleh beberapa ‘stimulus netral’. Kecemasan diikuti oleh faktor kedua, suatu ‘penyelamatan’ atau ‘Respon-menghindari’ yang diperkuat dalam ‘operant sense’ melalui reduksi kecemasan.

Tipe belajar utama ketiga adalah modeling atau imitasi. Menurut Bandura (1969) bahwa sebagian besar proses belajar yang muncul melalui pengalaman langsung bisa juga diperoleh melalui pengamatan terhadap orang lain, yaitu percontohan sosial yang disajikan terapis. Sesuatu atau seseorang (terapis) sebagai pribadi seringkali dijadikan model untuk diteladani (sikap-sikap, tingkah laku motorik dan verbal, respon emosional, nilai-nilai, kepercayaan, pengalaman ‘vicariously’,)

d. Belajar dapat menjadi sangat efektif untuk mengubah tingkah laku yang maladaptive.

- Dengan pernyataan ini kita harus 'qualify', bahwa para terapis behavior kontemporer tidak menerima fakta treatment-treatment lain yang mungkin juga dapat mengubah tingkah laku.
- e. Terapi tingkah laku melibatkan seting khusus, dan menentukan tujuan terapi secara baik (jelas).
Di sini tujuan treatment terhadap tingkah laku (maladaptive) yang ingin diubah didefinisikan dalam term yang spesifik (jelas), sehingga prosedur dan teknik yang digunakan dapat ditentukan secara tepat.
 - f. Terapi tingkah laku menolak pendekatan "trait" tradisional.
Dimaksudkan tingkah laku di bawah kontrol 'stimulus' bukan 'trait', dan tingkah laku diprediksi paling baik sebagai kerjasama fungsional dari predisposisi internal dan stimulus atau situasi eksternal.
 - g. Terapi tingkah laku menekankan "value" yang diperoleh secara empiris atau didukung secara scientific (variasi metode dan teknik).
Terdapat beberapa perbedaan orientasi dan persuasi diantara para terapis behavior, meliputi yang disebut "radical behaviorists", dan "cognitive behaviorists". Terapis behavior, menekankan pentingnya meletakkan metode treatment melalui tes empiris, mendemonstrasikan keefektifannya dengan populasi klien khusus dan membandingkannya dengan treatment-treatment lainnya. Tes dari teknik terapeutik empiris yang baik melibatkan eksperimen terkontrol dalam beberapa form.

E. STRATEGI DAN TEKNIK

1. Operant Conditioning

Tingkah laku operan menjadi ciri organisme yang aktif yang beroperasi di lingkungan untuk menghasilkan akibat-akibat, merupakan tingkah laku yang paling berarti dalam kehidupan sehari-hari (misalnya, membaca, berbicara, berpakaian, makan, bermain). Menurut Skinner (1971) jika suatu tingkah laku diganjar maka probabilitas kemunculan kembali tingkah laku tersebut dimasa mendatang tinggi. Prinsip perkuatan yang menerangkan pembentukan, pemeliharaan, atau penghapusan pola-pola tingkah laku merupakan inti dari pengkondisian operan.

Di sini akan diilustrasikan teknik-teknik operan yang menggunakan reinforcement positif, pemadaman/penghentian (extinction), dan “time out” dari reinforcement positif..

a. Positive Reinforcement

Pembentukan suatu pola tingkah laku dengan memberikan ganjaran atau perkuatan segera setelah tingkah laku yang diharapkan muncul, merupakan suatu cara yang ampuh untuk mengubah tingkah laku.

b. Pemadaman/penghentian (Extinction)

Apabila suatu respons terus-menerus dibuat tanpa perkuatan, maka respons tersebut cenderung menghilang. Dengan demikian, karena pola-pola tingkah laku yang dipelajari cenderung melemah dan terhapus setelah suatu periode, cara untuk menghapus tingkah laku yang maladaptif adalah menarik perkuatan dari tingkah laku tersebut. Wolpe (1969) menekankan bahwa penghentian pemberian perkuatan harus serentak dan penuh.

c. Time-out

Dapat dilakukan dengan dua cara: (1) berkaitan dengan mainan atau boneka yang menjadi favoritnya, atau (2) dengan menempatkan klien dalam suatu “time out room” dimana di dalam ruangan/rumah tersebut tidak ada “rangsangan ganjaran” atau sesuatu untuk dikerjakan (misalnya, TV, majalah, atau mainan).

2. Desensitization

Istilah desensitisasi merupakan usaha untuk memperkenalkan secara bertahap stimulus atau situasi-situasi yang menimbulkan ketakutan. Merupakan teknik yang digunakan untuk menghapus tingkah laku yang diperkuat secara negatif, dan menyertakan pemunculan tingkah laku atau respon yang berlawanan dengan tingkah laku yang hendak dihapuskan. Wolpe (1958), sebagai pengembang teknik desensitisasi berargumentasi bahwa segenap tingkah laku neurotik adalah ungkapan dari kecemasan dan respons kecemasan dapat dihapus oleh penemuan

respons yang secara inheren berlawanan dengan respons tersebut. (Misalnya, dengan pengkondisian klasikal).

Systematic desensitization didesain untuk membantu klien yang mengalami phobia. Klien dan terapis pertama-tama membuat daftar tingkatan/ hirarki ketakutan dari yang paling lemah sampai yang paling kuat. Kemudian klien disuruh relax, dan selanjutnya prosedur terapis dimulai (mulai dari imaginal menuju kepada aktual desensitisasi). Teknik ini juga melibatkan relaksasi. Klien dilatih untuk santai dan mengasosiasikan keadaan santai dengan pengalaman pembangkit kecemasan yang dibayangkan. Situasi dihadirkan dalam suatu rangkaian dari yang sangat tidak mengancam kepada yang sangat mengancam.

3. Flooding (Pembanjiran)

Kontras dengan sistematis desensitisasi yang menyajikan item hirarkis untuk meminimalisir kecemasan, maka flooding menyajikan item-item untuk memaksimalkan kecemasan, dapat secara imaginal atau secara 'in vivo' yang menyajikan dunia real dengan stimulus aktual. In vivo flooding terutama efektif untuk menangani agoraphobia.

4. Implosive Therapy

Dikemukakan oleh Thomas Stampfl (1961), teknik ini sama dengan 'imaginal flooding', dimana klien diarahkan untuk membayangkan situasi (stimulus) yang mengancam. Dengan secara berulang-ulang dimunculkan dalam setting terapi dimana konsekuensi-konsekuensi yang diharapkan dan menakutkan tidak muncul, stimulus yang mengancam kehilangan daya menghasilkan kecemasannya, dan penghindaran neurotik pun terhapus. Misalnya, klien yang obsesif terhadap "kebersihan".

5. Participant Modeling (Percontohan)

Meliputi: modeling dengan partisipasi terbimbing (terapis membimbing klien atas rangkaian latihan), demonstrasi dengan partisipasi (terapis mendemonstrasikan sebelum klien berpartisipasi), dan contact-desensitization (kontak fisik antara terapis dan klien selama phase awal partisipasi klien dalam treatment).

Participan modeling, dapat diadaptasikan untuk rentang yang luas dari cemas/takut pada: binatang, sosial, dan yang tidak spesifik, misalnya takut pada ketinggian. Di sini individu mengamati seorang model dan kemudian diperkuat untuk mencontoh tingkah laku sang model.

6. Self-Efficacy dan Teknik-Teknik Mereduksi-takut

Efficacy information, ditransformasikan kepada klien melalui: (1) actual performance accomplishment, (2) vicarious learning (modeling), (3) verbal persuasion, dan (4) changes physiological arousal.

Implikasi teori Bandura untuk psikoterapi bersifat 'direct'. Ketika desensitisasi sistematis mengambil keuntungan perubahan dalam 'autonomic arousal' dan 'verbal persuasion', maka 'participant modeling' justru melibatkan empat saluran informasi, dengan ditambah vicarious modeling dan sumber informasi yang paling kuat/baik, serta partisipasi aktif (pencapaian performance). Dengan demikian, participant modeling menurut Bandura merupakan treatment yang lebih efektif daripada desensitization.

7. Assertiveness (Social Skills) Training

Latihan asertif bisa diterapkan terutama pada situasi-situasi interpersonal dimana individu mengalami kesulitan untuk menerima kenyataan bahwa menyatakan atau menegaskan diri adalah tindakan yang layak atau benar. Tingkah laku asertif memiliki karakteristik: (1) 'tingkah laku interpersonal' yang melibatkan 'kejujuran dan ekspresi yang berterus terang' dari pikiran dan perasaan, (2) tingkah laku asertif adalah 'socially appropriate', dan (3) ketika seseorang menjadi asertif, maka akan mendapat dan memperhitungkan 'feelings and welfare' pada yang lain. Teknik-tekniknya: (a) the Glasses Technique, dan (b) Assertiveness Training in Groups.

8. Aversive Counterconditioning

Dalam banyak kasus, tujuan terapi adalah mengeliminasi atau mengurangi tingkah laku bermasalah. Teknik aversif terutama sangat cocok untuk tugas ini. Secara definisi aversive (penentangan), digunakan

untuk mengatasi macam-macam tingkah laku yang tidak menyenangkan atau tidak diinginkan. Misalnya, pecandu rokok, peminum, dan homoseks. Teknik aversi digunakan untuk meredakan gangguan-gangguan behavioral spesifik yang melibatkan pengasosiasian tingkah laku simptomatik dengan suatu stimulus yang menyakitkan sampai tingkah laku yang tidak diinginkan terhambat kemunculannya. Kendalinya bisa melibatkan penarikan pemerkuat positif atau penggunaan hukuman (misalnya, kejutan listrik, atau ramuan yang membuat mual).

Kita mungkin masih bingung antara “punishment” dengan “aversive counterconditioning”. Punishment salah satu teknik operan yang didesain untuk menyebabkan “suppression” pada tingkah laku bermasalah, sedangkan “aversive counterconditioning” merupakan suatu prosedur berdasarkan “classical conditioning” yang didesain untuk mengubah kekuatan suatu konfigurasi stimulus. Contoh, stimulus alkohol mempunyai kekuatan positif untuk alkoholik. Kemudian, aversive conditioning digunakan bukan keperluan untuk men-suppress “tingkah laku peminum”, tetapi untuk memantapkan kekuatan negatif stimulus. Pada awalnya aversive counterconditioning merupakan prosedur jalan pintas (pelarian), dimana klien mencoba untuk melepaskan “noxious stimulation”.

9. Self-Control

Teknik behavioral yang menekankan suatu aktivitas, ‘coping respons’ dari klien yang memungkinkan seseorang mengontrol dalam situasi-situasi problematiknya. Misalnya, digunakan untuk alkoholik, ‘self-abusive child’, untuk siswa yang ingin mengembangkan keterampilan studi, atau untuk pribadi ‘overweight’ yang ingin mengontrol tingkah laku makan. Teknik ini similar dengan systematic desensitization (coping strategy) versi Goldfried. Ada dua tujuan dasar self-control: (1) klien sangat menginginkan untuk menurunkan frekuensi atau mengeliminir secara total kejadian dari beberapa ‘self-defeating response’, (2) klien mungkin menginginkan untuk meningkatkan frekuensi dari ‘desirable response’.

10. Contingency Contracting

Contingency contracting adalah suatu bentuk teknik manajemen tingkah laku, yang berguna untuk meredusir perselisihan/perpecahan marital bagi para remaja. Tahapan-tahapannya yaitu: asesmen yang difokuskan pada faktor-faktor spesifik ketidakseringannya terjadinya tingkah laku yang diharapkan dan keseringan terjadinya tingkah laku yang tidak diharapkan, melokalisasi mediator atau orang lain yang dapat memfasilitasi intervensi, mengidentifikasi reward, dan menspesifikasikan 'pendorong' yang dapat diterima.

11. Behavior Therapy and Behavioral Medicine

Pomerleau (1982) menggambarkan behavioral medicine, sebagai: (1) klinikal menggunakan teknik-teknik yang berasal dari analisis eksperimental tingkah laku – terapi tingkah laku dan modifikasi tingkah laku untuk evaluasi, prevensi, manajemen atau treatment penyakit fisik atau disfungsi fisiologis, (2) mengarahkan kontribusi riset untuk analisis fungsional dan memahami tingkah laku hubungannya dengan gangguan medis dan masalah-masalah dalam pemeliharaan kesehatan.

F. KESIMPULAN DAN EVALUASI (PENAKSIRAN)

Pada bagian ini direview tentang sejarah, prinsip-prinsip dasar, dan secara umum beberapa teknik yang digunakan dalam terapi tingkah laku. Terapi tingkah laku didefinisikan sebagai suatu cabang psikologi terapan yang menekankan kepada "the role learning" dalam tingkah laku adaptive maupun tingkah laku yang maladaptive. Mengenai "the role of cognition", sekarang ini masih dalam perdebatan sengit. Menurut pandangan para penulis (Hersen, 1981) terapi tingkah laku tumbuh dalam bermacam-macam area dari psikologi yang nampaknya lebih kuat dan dapat diterima secara lebih baik pada saat ini daripada waktu sebelumnya.

Para psikologis sebagian terbesar memasuki arena pekerjaan terapan sebagai akibat perang dunia II (Rappaport, 1977). Para administrasi veteran mendapatkan program latihan psikologis untuk membantu memenuhi

kebutuhan kesiapan tempur para prajurit selama waktu berperang dan sesudah kembali dari peperangan. Para psikologis, dengan latar belakang penelitian yang kuat, menguji keefektifan form psikoterapi yang paling umum digunakan dan menemukan dua-pertiga "improvement rate" mengecewakan. Hal ini terutama mengenai sasaran, menurut catatan bahwa pasien yang tidak ditreatmen meningkat hasilnya pada rating yang sama (Eysenck, 1952). Keluar dari ketidakpuasan tumbuh suatu integrasi dari Skinnerian (1938) dan Wolpian (1958) strategi-strategi treatmen yang muncul dikenal sebagai "behavior modification or behavior therapy".

Sebagai data eksperimental dan konseptualisasi teoretis yang berkembang (maju), metode-metode lain bertambah, untuk teknik-teknik behavioral yang tardisional berdasarkan "classical and instrumental conditioning", "vicarious learning" (Bandura, Ross & Ross, 1963) dan "modeling" (Bandura, 1959). Sekarang ini, kemunculan "proses kognisi" (Beck, 1976; Ellis, 1962) menjadi perhatian yang hidup terus dalam terapi tingkah laku. Pada waktu mendatang kita mungkn melihat perhatian penelitian yang meningkat dalam "emotions" (Wilson, 1982), juga kecenderungan untuk mengintegrasikan terapi tiggah laku dengan pendekatan "therapeutic" (Watchel, 1977).

Terapi tingkah laku dapat menjadi terkenal berasal dari pendekatan therapeutic lain. jelasnya adalah prinsip focus terapis behavior pada "overt behavior".atau pada proses "behavior" daripada "psikoanalisis". Dimensi lain, bahwa "behavior therapy" peduli pada "the here-and-now". Maka, tidak seperti pendekatan psikoanalitik, pemahaman historis tidak dianggap penting secara therapeutic. Di pihak lain, banyak pendekatan lainnya yang "hari ini" juga sudah berorientasi "a here and now" (misalnya, client-centered dan human-extensial).

"Behavior therapy" berasumsi bahwa "tingkah laku adaptif maupun maladaptif" diperoleh langsung melalui proses belajar normal. Mengenai proses dan terapi telah dilakukan melalui penelitian berdasarkan data. Paling penting dari proses tersebut adalah "operant conditioning, classical

conditioning, and modeling or imitation/learning". Terapis behavior mengakui "the role" faktor-faktor predisposisi genetik, namun menyatakan belajar adalah esensi untuk menggiatkan manifestasi behavioral dari predisposisi.

Terapis behavior mencoba untuk men-set secara spesifik, tujuan-tujuan treatment yang dapat diukur (Barlow, 1981) berlawanan dengan "personality reorganization". Jadi, "terapi" nampak berhasil apabila frekuensi dari perubahan tingkah laku yang ditargetkan sesuai dengan yang direncanakan. Karena tingkah laku yang dituju dispesifikasikan dengan jelas, tujuan treatment dirinci, dan metode terapeutik diterangkan, maka hasil terapi menjadi dapat dievaluasi.

Terapis behavior juga berbeda dari terapis tradisional yang menolak pendekatan "trait" untuk "human functioning" dari pendekatan situasional atau interaksional (Edler & Magnusson, 1976). Dalam pendekatan "trait" tindakan seseorang "disederhanakan", individu hanyalah jenis dari "person", contoh "Pribadi yang agresif". Kontras, dengan pendekatan "situasional" (Mischel, 1968) yang berpegang bahwa situasi spesifik menimbulkan tingkah laku yang spesifik (misalnya, konfrontasi mengarah pada agresi). Interactionism (Rychlak, 1981) mengkombinasikan dua pendekatan, "the person's trait and the specifics of situation" menentukan respons.

Terakhir, sebuah asumsi bahwa semua terapis behavior bersama-sama menekankan pada validasi empiris untuk teknik-tekniknya. Dengan demikian, variasi analog dan eksperimen klinis yang dibimbing/dipimpin oleh clinicians dan para peneliti, serta dilaporkan dalam literatur supaya bernilai "Substantiate" dari pendekatannya.

G. DAFTAR PUSTAKA

Corey, Gerald. Penerjemah Mulyarto. (1991). *Teori dan Praktek dari Konseling dan Psikoterapi*. Semarang: IKIP Semarang Press.

Dahlan, M.D. (1985). *Beberapa Pendekatan dalam Penyuluhan (Konseling)*.

Bandung: Diponegoro

Lynn, Steven Jay & Garske, John P (1985). *Contemporary Psychotherapies*

Models and Method. Columbus, Ohio: Bell & Howell Company.

Walker, C. Eugene, et. al. (1981) *Clinical Procedures for Behavior Therapy*. New

Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs

J A W A B A N
U J I A N T E N G A H S E M E S T E R
APLIKASI STATISTIK PENELITIAN 2

Dilaporkan untuk Memenuhi Salah Satu Tugas

Mata kuliah Aplikasi Statistik Penelitian 2

yang Dibina Oleh Dr. H. Furqon

Oleh

Iding Tarsidi

029799

PROGRAM STUDI BIMBINGAN DAN KONSELING
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS PENDIDIKAN INDONESIA
2002
LAPORAN KASUS

T E R A P I T I N G K A H L A K U
(B E H A V I O R T H E R A P I E S)
TEKNIK DESENSITISASI SISTEMATIK

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Kuliah Konseling Individual
yang Dibina Oleh Prof. Dr. H. Moch. Djawad Dahlan

Oleh
Iding Tarsidi
029799

PROGRAM STUDI BIMBINGAN DAN KONSELING
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS PENDIDIKAN INDONESIA
B A N D U N G
2 0 0 2