

MODE DEACTIVATION COUNSELING



Muya Barida, M.Pd.
Prof. Nur Hidayah, M.Pd.
Dr. Triyono, M.Pd.

Editor:
Dian Ari Widyastuti, M.Pd.

MODE DEACTIVATION COUNSELING

Penulis:

Muya Barida, M.Pd

Prof. Nur Hidayah, M.Pd

Dr. Triyono, M.Pd

Editor:

Dian Ari Widyastuti, M.Pd.



Penerbit K-Media
Yogyakarta, 2020

MODE DEACTIVATION COUNSELING

iv + 44 hlm.; 14 x 20 cm

ISBN: 978-623-316-016-2

Penulis : Muya Barida, Nur Hidayah & Triyono

Editor : Dian Ari Widyastuti, M.Pd.

Tata Letak : Uki

Desain Sampul : Uki

Cetakan : November 2020

Copyright © 2020 by Penerbit K-Media
All rights reserved

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang No 19 Tahun 2002.

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektris mau pun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Penerbit K-Media
Anggota IKAPI No.106/DIY/2018
Banguntapan, Bantul, Yogyakarta.
e-mail: kmedia.cv@gmail.com

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| Daftar Isi | iii |
| Kata Pengantar..... | iv |
| Latar Belakang | 1 |
| Pandangan Hakikat Manusia | 13 |
| Proses Konseling..... | 15 |
| Tujuan Konseling | 20 |
| Peran dan Fungsi Konselor | 26 |
| Pengalaman Konseli dalam Konseling..... | 29 |
| Teknik dan Prosedur Konseling..... | 31 |
| Implementasi Mode Deactivation Counseling... .. | 33 |
| Ringkasan dan Evaluasi..... | 38 |
| Referensi | 39 |

KATA PENGANTAR

Model konseling yang diterapkan oleh konselor dalam layanan konseling ditujukan sebagai salah satu upaya untuk mengarahkan proses pelaksanaan konseling sehingga tujuan dari konseling dapat tercapai secara lebih efektif. Buku singkat ini menjelaskan alternatif model konseling inovatif yang dapat diterapkan oleh konselor dalam layanan konseling. Adapun model konseling yang dijelaskan yaitu Mode Deactivation Counseling.

Harapannya bahwa buku singkat ini bermanfaat dan bisa memberikan gambaran terkait model konseling Mode Deactivation. Saran terhadap penulisan buku baik secara teknis maupun substantif diharapkan.

Yogyakarta

LATAR BELAKANG

Mode Deactivation Counseling dikembangkan didasarkan dari Mode Deactivation Therapy (MDT). Apsche (2009) menyebutkan MDT berakar pada CBT dan banyak yang disebut turunan “gelombang ketiga” dari *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) seperti, *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) dan MBCT. Bagian dari MDT termasuk dan *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) dan Terapi Mode Skema juga.

Bass & Apsche (2013) menyampaikan bahwa Mode Deactivation Therapy (MDT) adalah perpaduan komponen utama *Cognitive Behavior Therapy*, *Acceptance and Commitment Therapy*, *Dialectical Behavior Therapy*, *Functional Analytic*

Psychotherapy and Mindfulness, dan Meditasi dari praktik Buddhis kuno.

Tulisan Apsche, Ward, & Evile (2003) menjelaskan bahwa konsep MDT berasal dari Beck (1996) dan Alford & Beck (1997) dan konseptualisasi mereka tentang perluasan terapi perilaku kognitif (CBT) ke dalam konstruksi yang lebih global yang dikenal sebagai mode. Penerapan MDT dari teori ke praktek termasuk adaptasi aplikasi dari DBT dari Linehan's (1993). Kesamaan MDT dan DBT terlihat jelas. MDT memperlakukan keyakinan dan perilaku kepribadian dengan gagasan Linehan untuk menemukan butir kebenaran dan memvalidasi keyakinan klien daripada menantang distorsi kognitif. Yang mendasari metodologi MDT adalah konseptualisasi kasus pemecahan masalah. Konseptualisasi kasus pemecahan masalah adalah kombinasi dari

konseptualisasi kasus Beck (1996) dan model pemecahan masalah Nezu, Nezu, Friedman, Haynes (1998), dengan beberapa penilaian dan metodologi baru yang baru-baru ini dikembangkan. Tujuannya adalah untuk memberikan blueprint threatment dalam konseptualisasi kasus.

Apsche, Bass, Jennings, & Siv (2005) menyampaikan secara detail bahwa Mode Deactivation Therapy dirancang untuk mengganggu ("menonaktifkan") seperangkat respons kognitif/afektif/motivasi/perilaku maladaptif yang telah ditetapkan sebelumnya ("mode") yang secara otomatis dipicu oleh kejadian situasional dari skema orientasi. Misalnya, seorang remaja memiliki skema orientasi yang "Anda tidak dapat mempercayai siapa pun karena Anda akan dikhianati" dan dia berada dalam situasi

mengembangkan lebih banyak kedekatan dengan rekan atau staf di suatu program treatment. Untuk remaja ini, skema orientasinya akan memicu "mode" maladaptif di mana remaja mungkin menjadi cemas, memiliki sensasi fisiologis yang intens, memiliki pikiran paranoid bahwa orang itu "keluar untuk menjemputku" dan mulai menarik diri atau bertindak agresif.

Apsche dan rekan-rekannya dalam berbagai penelitian telah berulang kali menemukan bahwa terapi perilaku kognitif tradisional tidak memadai untuk efek "mode" maladaptif yang sangat kuat dengan perilaku tidak teratur dan remaja yang mengalami gangguan kepribadian. Apsche mengamati bahwa remaja yang paling agresif dan agresif secara seksual cenderung kehilangan kendali dengan intensitas primal yang tiba-tiba sehingga mereka tidak dapat mentoleransi

prosedur tradisional restrukturisasi kognitif. Selain itu, terapi perilaku kognitif itu sendiri perlu dimodifikasi untuk mengakomodasi kepekaan perkembangan alami remaja untuk menolak otoritas dalam hubungan terapeutik.

Sehingga, Apsche dan rekan-rekannya memadukan metode dari tiga model treatment yang terbukti, yaitu model CBT, DBT, dan *Functional Analytic Behavioral Therapy* (FABT), untuk menciptakan bentuk lanjutan dari terapi perilaku kognitif yang disebut "Mode Deactivation Therapy" (MDT).

1. Elemen dari *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

Seperti yang dijelaskan di atas, istilah "mode de-aktivasi" sendiri berasal dari Beck (1996) istilah "mode" dan menggunakan perumusan teori perilaku kognitif "mode" nya. MDT berbagi prinsip dasar terapi perilaku kognitif klasik, termasuk "Terapi Skema," yang menyatakan bahwa skema internal adalah inti dari gangguan kepribadian (Young, Klosko dan Weishaar, 2003). MDT setuju bahwa perilaku menyimpang berasal dari skema disfungsional yang memicu "mode," tetapi dibutuhkan pendekatan yang sangat berbeda untuk memperbaiki skema tersebut. Tidak seperti terapi kognitif, MDT tidak secara langsung menantang irasionalitas skema orientasi dengan "mendebat" konsep distorsi kognitif. Bahkan ketika konselor memiliki hubungan yang baik, remaja seperti itu sangat peka terhadap dinamika

kekuatan berada pada posisi satu-ke-bawah. Mengingat sejarah viktimisasi mereka, mereka biasanya mengalami kesulitan serius dengan kepercayaan interpersonal. Menantang realitas kepercayaan dan persepsi remaja dialami secara negatif sebagai serangan terhadap harga dirinya, pandangan dunianya, dan perasaan dirinya yang rapuh. Secara perkembangan, remaja seperti itu memandang ahli terapi kognitif sebagai orang dewasa lain yang mencoba memaksakan otoritas mereka dan memaksanya untuk berubah. Remaja berperang dan merespons buruk terhadap koreksi kognitif langsung, bahkan ketika intervensi tersebut tampaknya dilakukan dengan cara yang paling lembut dan kolaboratif. Terapi kognitif kemudian, seperti yang biasanya dilakukan, dapat memicu respons negatif yang merusak kemajuan (Apsche dan Ward Bailey, 2004a).

2. Elemen-elemen dari *Dialectical Behavior Therapy* (DBT)

Untuk mengakomodasi hambatan perkembangan dan klinis ini terhadap terapi kognitif tradisional, MDT menggunakan dua prinsip utama dari DBT (Linehan, 1993), yang pada awalnya dikembangkan untuk men-threatment klien yang sangat tidak stabil dan tidak stabil dengan gangguan kepribadian yang parah. DBT menggunakan teknik penerimaan radikal di mana terapis menjelaskan dan memvalidasi "kebenaran" yang unik dalam persepsi masing-masing individu. Daripada langsung menantang validitas atau dukungan empiris untuk kepercayaan dan persepsi remaja, MDT menggunakan penerimaan radikal dalam sepenuhnya memvalidasi "butir kebenaran" dari keyakinan individu remaja berdasarkan pengalaman hidup dan riwayat trauma. Tujuannya

adalah untuk bergabung dengan remaja dalam menemukan bagaimana sistem kepercayaan adalah cerminan yang sah dari pengalaman hidup, hubungan, perasaan diri dan pandangan dunia remaja. Selanjutnya, mengingat penerimaan radikal dan meningkatnya kepercayaan, terapis dapat menggunakan hubungan terapeutik serta pengalaman langsung remaja dalam program treatment untuk menunjukkan bagaimana keyakinan dapat dimodifikasi berdasarkan pada pengalaman terapi korektif. MDT juga mengadopsi teknik keseimbangan dari DBT. Ini adalah metode interaktif untuk memperkenalkan peningkatan fleksibilitas atau keseimbangan dalam keyakinan dikotomis yang kaku dan/atau maladaptif individu dengan mengarahkan orang untuk mempertimbangkan kontinum kebenaran atau kontinum kemungkinan.

3. Elemen-elemen dari *Fungsional Analytic Behavioral Therapy* (FABT)

MDT juga menggabungkan prinsip-prinsip dari FABT (Kohlenberg dan Tsai, 1993). Pertama, MDT sejajar dengan FAB dalam menegaskan bahwa persepsi tentang realitas dan motivasi tidak sadar berevolusi dari kontinjensi penguatan masa lalu, seperti keluarga asal. Kedua, MDT menggunakan metode asesmen dan konseptualisasi kasus yang menggabungkan elemen-elemen dari konseptualisasi kasus Beck's (1996) dan model FABT dari Nezu, Nezu, Friedman dan Haynes (1998). Prosedur asesmen dan konseptualisasi kasus berkonsentrasi pada keyakinan inti, ketakutan dan perilaku menghindar yang mencerminkan Gangguan Stres Pascatrauma dan mengembangkan gangguan kepribadian (lihat Apsche dan Ward Bailey, 2003, 2004b, 2004c).

Salah satu perbedaan penting antara MDT dan CBT adalah bahwa keyakinan inti (atau skema) individu tidak dilihat dan ditantang sebagai disfungsional karena tindakan ini harus membatalkan pengalaman hidup orang tersebut. Sebaliknya, dalam MDT keyakinan inti secara konsisten divalidasi sebagai kreasi yang sah dari pengalaman hidup seseorang (tidak peduli seberapa irasional dan bahkan jika mereka memiliki sedikit lebih dari "butir kebenaran" kecil), yang kemudian "seimbang" melalui proses terapi kolaboratif untuk menonaktifkan respons mode maladaptif.

Perbedaan lain antara MDT dan CBT adalah bahwa MDT menggunakan teknik "keseimbangan keyakinan" untuk memulihkan disregulasi emosional remaja. MDT juga menggunakan validasi, klarifikasi, teknik (VCR). VCR,

menggunakan penerimaan dan validasi tanpa syarat dari kognitif bawah sadar remaja, atau di luar kesadaran belajar pengalaman. Mengingat latar belakang dan sejarah remaja, MDT mendukung bahwa dia persis di mana dan bagaimana dia seharusnya sebagai orang dengan sejarahnya. Klarifikasi ini menawarkan dan menjelaskan alternatif tentang keadaan dan sejarah remaja, karena pengalihan mengukur “kemungkinan penerimaan pemuda” dari kepercayaan yang sedikit berbeda.

PANDANGAN HAKIKAT MANUSIA

Konstruksi teoritis MDT didasarkan pada Model Mode yang menunjukkan bahwa orang belajar dari komponen pengalaman tak sadar dan komponen pemrosesan struktural kognitif. Oleh karena itu, untuk mengubah perilaku individu harus ada restrukturisasi komponen pengalaman dan reformasi kognitif yang sesuai dari komponen struktural (Beck, 1996 dalam Apsche, Ward, & Evile, 2003).

Apsche (2009) mengemukakan bahwa dalam MDT keyakinan inti (atau skema) individu tidak dianggap atau ditantang sebagai disfungsional karena tindakan ini membatalkan pengalaman hidup orang tersebut. FAB memandang bahwa klien diterima sebagai kebenaran dalam kehidupan klien oleh konselor dan klien. FAB secara konsisten

divalidasi sebagai sah dan dipandang berkembang sebagai hasil dari pengalaman hidup orang tersebut - tidak peduli seberapa irasionalnya, dan bahkan jika realitas keyakinan tersebut tidak terlihat oleh pengamat. Diasumsikan bahwa sistem keyakinan klien tidak terdistorsi, dan meskipun mungkin tidak seimbang, ini berasal dari "butiran kebenaran" dalam persepsinya. Keyakinan ini akibatnya "seimbang" melalui proses terapeutik kolaboratif dengan tujuan menonaktifkan respons mode maladaptif atau perilaku yang mengganggu kehidupan.

PROSES KONSELING

Apsche (2009) menyampaikan bagian integral dari MDT adalah konsep Validasi, Klarifikasi, dan Pengalihan (VCR). Validasi didefinisikan oleh Linehan (1993) sebagai kemampuan terapis untuk mengungkap validitas dalam keyakinan klien. MDT menggunakan keseimbangan teknik FAB untuk memulihkan disregulasi emosional remaja. VCR menggunakan penerimaan dan validasi tanpa syarat dari pengalaman belajar kognitif bawah sadar atau di luar kesadaran remaja. Mengingat latar belakang dan sejarah remaja, MDT mendukung bahwa remaja berada tepat di mana dan bagaimana dia seharusnya sebagai pribadi dengan pengalamannya. Klarifikasi menawarkan penjelasan alternatif tentang keadaan dan sejarah remaja, dan redireksi mengukur "kemungkinan

penerimaan" dari keyakinan yang sedikit berbeda. MDT menggabungkan konsep DBT dalam penggunaannya untuk menyeimbangkan pemikiran dikotomis atau dialektis klien. Modalitas ini mengajarkan klien yang sering terlibat dalam pemikiran dikotomis "semua atau tidak sama sekali" bahwa persepsinya dapat berada dalam kisaran kontinum, bukan hanya 1 atau 10 (semua atau tidak sama sekali). Validasi yang dihasilkan dan proses pembelajaran menjadi dasar untuk redireksi positif menuju kesadaran baru untuk klien (Apsche & DiMeo, 2010).

Apsche (2009) mengemukakan bahwa penerapan MDT saat ini menunjukkan bahwa *mindfulness* (perhatian) adalah komponen inti MDT, serta *acceptance* (penerimaan), *defusion* (defusi) dan *validation* (validasi), *clarification* (klarifikasi), dan *redirection* (pengalihan) keyakinan alternatif

fungsional. Komponen-komponen ini adalah inti dari MDT dan sebuah studi baru-baru ini telah mengevaluasi masing-masing komponen tersebut tentang bagaimana hal itu mempengaruhi sasaran atau tujuan hasil.

Apsche & DiMeo (2010) menyampaikan MDT memperlakukan trauma dengan mengatasi ketakutan yang mendasarinya, menghindari paradigma individu menghindari apa yang mereka takuti berikut.

1. Perhatian: Komponen MDT ini mengurangi kekuatan manifestasi perilaku ketakutan dan kecemasan. Apsche (2010) dalam artikel analisis/meta-analisis mediasi menunjukkan hal ini karena remaja dalam penelitian ini mengalami penurunan rasa takut yang signifikan sebagaimana dibuktikan oleh Penilaian Kekuatan Ketakutan.

2. Penerimaan/Defusi: Komponen MDT ini mengurangi skor penghindaran remaja dan Anxiety Control Questionnaire (ACQ). Penerimaan dan penjinakan dalam MDT diimplementasikan bersama dan memungkinkan remaja untuk mengalami dan menerima rasa sakitnya sebagai bagian dari kondisi manusia dan dengan melakukan itu dia secara kognitif dan emosional meredakan kekuatan penghindaran.
3. Validasi-Klarifikasi-Mengarahkan Keyakinan Alternatif Fungsional: Komponen MDT ini memungkinkan remaja untuk membahas keyakinan kepribadian. Keyakinan ini diukur dengan *Compound Core Beliefs Questionnaire* (CCBQ). Keyakinan kepribadian adalah bagian dari respons individu terhadap trauma.

Komponen MDT di atas telah terbukti mengurangi mediator khusus ketakutan, penghindaran dan keyakinan kepribadian pada remaja yang menunjukkan perilaku termasuk agresi verbal dan fisik, reaksi seksual, dan tindakan menyakiti diri sendiri.

TUJUAN KONSELING

Apsche, Ward, & Evile (2003) menjelaskan bahwa MDT adalah metodologi berbasis empiris yang secara sistematis menilai dan menyusun kembali keyakinan inti majemuk yang disfungsi. Dengan merestrukturisasi keyakinan ini, MDT membahas persepsi yang mendasari yang mungkin berlaku untuk menggerakkan mode terkait skema menyimpang, yang memungkinkan integrasi perilaku prinsip DBT (Linehan, 1993) dalam memperlakukan pelanggaran seks atau perilaku agresif (Kohlenberg & Tsai, 1993). Kerangka kerja Mode Deactivation juga menggunakan metodologi konseptualisasi kasus dan menekankan pendekatan tim dalam bekerja dengan klien; terutama mereka dengan disregulasi emosional reaktif, yang mencakup tindakan

parasuicidal dan agresi. Konseptualisasi kasus dirancang secara sistematis untuk memberikan treatment berbasis fungsional untuk gangguan emosional, pemikiran, dan perilaku yang kompleks. Proses pengobatan MDT dimulai dengan Konseptualisasi Kasus yang komprehensif yang diperoleh melalui penggunaan wawancara diagnostik terstruktur yang disebut Survei Tipologi. Survei ini memungkinkan konselor untuk mengembangkan pemahaman tentang perilaku klien dan riwayat keluarga, dan menggabungkan inventaris rinci peristiwa traumatis. Survei Tipologi dilakukan dengan anak, wali, dan sumber rujukan, dengan masing-masing memberikan jawaban untuk setiap pertanyaan. Penilaian individu lebih lanjut ditentukan oleh tanggapan terhadap Survei Tipologi, dan masalah ketajaman perilaku remaja. MDT menggunakan kontinum dari reaktif menjadi

proaktif dalam skala berturut-turut dari satu sampai 10 (Apsche, et.al., 2007).

Apsche, Ward, & Evile (2003) mendeskripsikan bahwa konseptualisasi kasus membantu konselor memeriksa ketakutan yang mendasari klien. Ketakutan ini berfungsi mengembangkan perilaku penghindaran pada anak. Perilaku ini biasanya muncul sebagai berbagai perilaku bermasalah di lingkungannya. Gangguan kepribadian yang berkembang sering kali mengelilingi masalah yang mendasari gangguan stres pasca trauma (PTSD). Metode Konseptualisasi Kasus memiliki penilaian untuk keyakinan inti majemuk yang mendasari yang dihasilkan oleh gangguan kepribadian yang berkembang. Sejauh ini, hasil awal menunjukkan bahwa tipologi anak muda kita memiliki *conglomerate of belief* (sekumpulan keyakinan) inti

gabungan gangguan kepribadian. Sekumpulan keyakinan ini, adalah inti dari mengapa anak muda gagal dalam treatment. Seseorang tidak dapat mengobati gangguan tertentu, seperti pelanggaran seks dan agresi, tanpa mengumpulkan sekumpulan keyakinan ini. Jelas juga bahwa keyakinan ini tidak spesifik klaster. Artinya sekumpulan keyakinan dan perilaku mengandung keyakinan dari masing-masing cluster yang terintegrasi satu sama lain. Karena integrasi keyakinan yang kompleks ini, membuat treatment untuk tipologi anak muda ini menjadi lebih rumit. Sekumpulan keyakinan inti majemuk merepresentasikan perlindungan bagi individu dari masalah pelecehan mereka, yang mungkin muncul sebagai perlakuan yang mengganggu perilaku. Upaya untuk menggunakan pendekatan didaktik yang biasa untuk treatment, tanpa membahas keyakinan ini sama dengan

threatment yang mengganggu perilaku di pihak Psikolog, atau profesional threatment, tidak didukung dan diinisiasi secara empiris.

Bass & Apsche (2013) menjelaskan komponen kunci Mode Deactivation Therapy (MDT) adalah pengembangan kesadaran diri dan keterampilan pengaturan oleh klien dengan tujuan membantu remaja laki-laki dengan perilaku yang tidak teratur, termasuk perilaku yang tidak pantas secara seksual dan disregulasi emosional. Tujuannya termasuk mengubah perilaku tertentu agar masuk dalam norma yang dapat diterima secara sosial. Dalam MDT intervensi Validation-Clarification-Redirection (VCR) adalah titik tumpu transformasi keyakinan yang dipelajari yang merugikan tentang lingkungan remaja yang memanifestasikan perilaku destruktif menjadi gagasan tentang dunia dan orang-orang di dalamnya, menjadi keyakinan

fungsional yang lebih seimbang dan mengarah pada perilaku yang lebih patuh. Meskipun bukti menunjukkan bahwa ini adalah mekanisme perubahan, studi yang secara khusus mengidentifikasi dampak pengenalan dan penggunaan keterampilan ini belum dilakukan hingga saat ini.

PERAN DAN FUNGSI KONSELOR

Pada pelaksanaan konseling MDT, konselor lebih berperan sebagai fasilitator. Konselor dalam konseling MDT memfungsikan dirinya sebagai berikut.

- a. Konselor dalam MDT melaksanakan konseling secara manual baik untuk konseling individual maupun kelompok atau keluarga. Konselor menggabungkan strategi dari pendekatan psikoterapi yang mendukung perilaku, kognitif, dialektis, dan sebagainya (Apsche, Bass, & Huston, 2007).
- b. Konselor menggali data dari konseli untuk melakukan konseptualisasi kasus secara lengkap yang mencakup wawancara diagnostic, riwayat perilaku yang komprehensif, dan riwayat keluarga yang

lengkap. Model MDT memanfaatkan keterlibatan keluarga (Thoder & Tautilli, 2011). Konseptualisasi kasus membantu konselor untuk memeriksa ketakutan yang mendasari konseli (Apsche & Ward, 2002).

- c. Konselor melakukan serangkaian penilaian yang ditentukan oleh kebutuhan individu dan digunakan dalam pengembangan konseptualisasi. Penilaian perilaku fungsional juga perlu disertakan (Apsche, Bass, & Houston, 2007).
- d. Konselor melibatkan perumpamaan dan relaksasi untuk meningkatkan pemikiran kognitif. Konselor melakukan pelatihan keseimbangan dan persepsi dan interpretasi dari rangsangan informasional dan internal. Awalnya, perumpamaan digunakan untuk mengurangi disregulasi emosi eksternal.

Konselor mengimplementasikan konsep penting MDT yaitu konsep validasi, klarifikasi, dan pengalihan (VCR). Validasi, didefinisikan oleh Linehan adalah kemampuan konselor untuk mengungkap validitas dalam keyakinan konseli; klarifikasi mengacu pada kemampuan untuk memahami dan setuju dengan kebenaran; dan penting untuk mengarahkan tanggapan ke kemungkinan lain yang pro-sosial pada kontinum kebenaran (Apsche & Ward, 2002).

PENGALAMAN KONSELI DALAM KONSELING

Konseli dalam pelaksanaan konseling model MDT, dapat mengalami:

- a. Konseli secara aktif baik dalam berbagai dimensi dirinya baik dalam perilaku, kognitif, dialektis, dan sebagainya ketika mengikuti sesi konseling. Konseli diposisikan sebagai pihak yang paling tau tentang dirinya sendiri walaupun dipengaruhi oleh atribut masa lalu yang tidak disadari.
- b. Konseli mengonseptualisasi pengalamannya secara mendalam mulai dari pengaruh masa kecil di masa lalunya hingga saat ini.
- c. Konseli secara terbuka menerima penilaian dari konselor baik perilaku disfungsional

maupun fungsional dalam rangka pengembangan konseptualisasi kasus konseli.

- d. Konseli melakukan relaksasi untuk meningkatkan pemikiran kognitif dan berusaha menjaga keseimbangan dan persepsi dan interpretasi dari rangsangan informasional dan internal. Konseli hendaknya mengungkapkan keyakinannya secara valid, menerima apa yang benar sesuai apa adanya dari dirinya, dan mengarahkan kembali perilaku pada kontinum yang benar.

TEKNIK DAN PROSEDUR KONSELING

MDC terdiri dari tiga tahap utama yaitu VCR (Validation, Clarification, Redirection):

- a. *Validation*, yaitu mengajak siswa untuk secara sadar menyadari pengalaman yang selama ini dilakukan dari agresivitas seksual dan verbalnya-nya dan menerima itu sebagai hal yang wajar.
- b. *Clarification* yaitu mengajak siswa untuk merenungkan kembali akankah agresivitas seksual dan verbal yang dimilikinya selama ini menguntungkan bagi dirinya dan kehidupannya.
- c. *Redirection* yaitu mengajak siswa untuk mengalihkan dan mengarahkan pada perilaku yang lebih berfungsi dan realistis untuk meningkatkan sexual abstinence dan

komunikasi asertif sesuai kebutuhan dan pilihan hidupnya yang positif. Adanya pilihan alternatif siswa untuk mengubah agresivitas seksual dan verbal kepada hal-hal yang lebih fungsional, yaitu kemampuan sexual abstinence dan komunikasi asertif perlu diberikan penguatan atau reinforcement agar perubahannya komprehensif.

IMPLEMENTASI MODE DEACTIVATION COUNSELING

Apsche & Bailey (2004) menyatakan bahwa meskipun MDT dikembangkan untuk mentreatment remaja secara individual, MDT juga dapat diterapkan dalam terapi sistem seperti terapi keluarga, pasangan, dan **kelompok**. MDT berfokus pada mengatasi keyakinan inti majemuk yang mendasari yang mendorong perilaku individu. Banyak dari kepercayaan ini diciptakan oleh individu sebagai tanggapan atau sebagai hasil dari lingkungan yang dipupuk oleh keluarga asal mereka.

Penelitian Apsche, Bass, & Siv (2006) menyatakan bahwa besarnya efek *Mode Deactivation Therapy* (MDT) secara statistik signifikan dibandingkan dengan *Cognitive Behavior*

Therapy (CBT) dan *Social Skills Training* (SST), yang tidak berbeda secara signifikan satu sama lain. Perbedaan yang paling mencolok antara kelompok perlakuan ditemukan dalam pengurangan tingkat agresi seksual pasca perlakuan. Dalam hal ini, hanya MDT yang menunjukkan penurunan tingkat agresi seksual yang signifikan secara statistik dari awal menjadi pasca perlakuan. MDT menunjukkan penurunan 84,5% dalam agresi seksual dibandingkan dengan CBT sebesar 72,0% dan SST sebesar 70,6%. Hasil jelas menunjukkan bahwa MDT menghasilkan hasil yang sangat unggul bila dibandingkan dengan CBT dan SST.

Apsche (2009) menyatakan bahwa dalam proses uji coba penelitian treatment dan pengembangan MDT, metodologi MDT ini telah dibandingkan dengan metodologi alternatif seperti: Cognitive Behavior Therapy (CBT), Dialectical

Behavior Therapy (DBT) dan *Social Skills Training* (SST), MDT pernah diterapkan kepada klien remaja dengan disregulasi emosional reaktif, yang disajikan dengan perilaku termasuk tindakan parasuisida, agresi verbal dan fisik, dan perilaku menyimpang secara seksual. Studi kasus ini melibatkan klien dengan riwayat pelecehan seksual, fisik, atau emosional yang rumit, serta diagnosis penelantaran dan multi-aksial. Data menunjukkan bahwa MDT efektif dalam menurunkan laju agresi fisik dan seksual selain gejala *Post Traumatic Stress Disorder*. Mengingat prevalensi gangguan perilaku dan kontribusinya yang besar terhadap perilaku anti-sosial remaja, kekerasan sosial, kekerasan seksual dan kenakalan, tampaknya ada kebutuhan mendesak akan metode treatment berbasis empiris untuk remaja tersebut. Ada beberapa intervensi yang dilakukan untuk

mengurangi perilaku antisosial pada gangguan disruptif. Karena banyak konselor melakukan terapi dengan cara yang lebih eklektik, masalah yang dihadapi adalah kesulitan mengidentifikasi treatment yang efisien yang bisa efektif di banyak lingkungan treatment.

Penelitian Apsche, Bass, Jennings, & Siv (2005) membuktikan membandingkan keefektifan dua metodologi treatment bagi remaja laki-laki dalam perawatan residensial dengan gangguan perilaku dan/atau disfungsi kepribadian dan masalah yang didokumentasikan dengan agresi fisik dan seksual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa MDT merupakan sebuah bentuk lanjutan dari CBT berdasarkan teori mode Beck, lebih unggul daripada CBT dalam mengurangi agresi fisik dan seksual. Pada saat yang sama, MDT adalah satu-satunya treatment yang secara signifikan

mengurangi agresi seksual bagi remaja. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa MDT lebih unggul daripada CBT dalam mengurangi tekanan psikologis eksternal dan internal yang diukur dengan *The Devereux Scales of Mental Disorders* (DSMD) dan *Child Behavior Checklist* (CBCL)

RINGKASAN DAN EVALUASI

Konseling dengan model Mode Deactivation Counseling cocok untuk diterapkan di Indonesia. Hal ini mengingat langkahnya yang mudah dan sistematis, yang terdiri dari Validation, Clarification dan Redirection dapat menghantarkan pelaksanaan proses konseling yang dilaksanakan oleh konselor bersama konseli lebih efektif. Konselor mendorong kemampuan konseli dalam memvalidasi dan mengklarifikasi pengalaman-pengalamannya dan mengarahkan kembali pengalamannya baik berupa aspek kognitif, afektif, maupun psikomotoriknya pada arah yang produktif tanpa harus melakukan pematahan atas asumsi-asumsi pribadinya. Agar mencapai hasil yang maksimal dan optimal, maka konselor perlu memiliki dan menerapkan serangkaian keterampilan dasar komunikasi konseling.

REFERENSI

- Apsche, J. A. (2009). A Literature Review and Analysis of Mode Deactivation Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(4), 296–340.
- Apsche, J. A., & DiMeo, L. (2010). *Application of Mode Deactivation Therapy to Juvenile Sex Offenders*. In S. Bengis, D. Prescott, & J. Apsche (Eds.), *Current Applications: Strategies for Working with Sexually Aggressive Youth and Youth with Sexual Behavior Problems*. Holyoake, MA: Neri Press.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & Siv, A. M. (2006). Summary of Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training with two year post treatment results. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 29–44. <https://doi.org/10.1037/h0100765>.

- Apsche, J. A., Bass, C. K., Zeiter, J. S., & Houston, M. A. (2007). Family Mode Deactivation Therapy in a Residential Setting: Treating Adolescents with Conduct Disorder and Multi-Axial Diagnosis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*,4(4), 328–339.
- Apsche, J. A., Ward, S. R., & Evile, M. M. (2003). Mode Deactivation Therapy (MDT): Case conceptualization. *The Journal of Behavior Analyst Today*, 4(1), 47–58. <https://doi.org/10.1037/h0100010>.
- Apsche, J.A. & Ward, S.R. (2002). Mode Deactivation Therapy and Cognitive Behavioral Therapy: A Description of Treatment Results for Adolescents with Personality Beliefs, Sexual Offending, And Aggressive Behavior. *The Journal of Behavior Analyst Today*, 3(4), 460- 470.
- Apsche, J.A. and Ward Bailey, S.R. (2003). Mode deactivation therapy: A theoretical case

analysis (Part I). *The Journal of the Behavior Analyst Today*, 4(3), 342-353.

Apsche, J.A. and Ward Bailey, S.R. (2004a). *Mode Deactivation Therapy: Cognitive Behavioural Therapy For Young People With Reactive Conduct Disorders or Personality Disorders or Traits Who Sexually Abuse*. In M.C. Calder (Ed.), *Children and Young People who Sexually Abuse: New Theory, Research and Practice Developments*, pp. 263-287. Lyme Regis, UK: Russell House Publishing.

Apsche, J.A. and Ward Bailey, S.R. (2004b). Mode deactivation therapy: A theoretical case analysis (Part II). *The Journal of the Behavior Analyst Today*, 5(1), 395-434.

Apsche, J.A. and Ward Bailey, S.R. (2004c). Mode deactivation therapy: A theoretical case analysis (Part III). *The Journal of the Behavior Analyst Today*, 5(3), 314-332.

Apsche, J.A., Bass, C.K., & Houston, M.A. (2007). *Family Mode Deactivation Therapy as A Manualized Cognitive Behavioral Therapy*

- Treatment. *The Journal of Behavior Analyst Today*, 8(3), 363-378.
- Bailey, W. (2004). *Mode Deactivation Therapy (MDT) Family Therapy: A Theoretical Case Analysis*. *JEIBI*, 1(2), 191–217.
- Bass, C. K., & Apsche, J. A. (2013). Mediation Analysis of Mode Deactivation Therapy (Reanalysis and Interpretation). *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 1–6.
- Bass, C. K., & Siv, A. M. (2005). A Review and Empirical Comparison of Two Treatments for Adolescent Males With Conduct and Personality Disorder: Mode Deactivation Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(1), 27–45.
- Beck, A.T. (1996). *Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality and Psychopathology*. In P.M. Salkovaskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, (pp. 1-25). New York: Guilford Press.

- Kohlenberg, R.J. and Tsai, M. (1993). *Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach To Intensive Treatment*. In W. O'Donahue and L. Krasner (Ed.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 638-640). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Linehan, M.M. (1993). *Treating Borderline Personality Disorder: The Dialectical Approach*. New York: Guilford Press.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H. and Haynes, S.N. (1998). *Case Formulation In Behaviour Therapy: Problem-Solving and Functional Analytic Strategies*. In T.D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Thoder, V. J., & Cautilli, J. D. (2011). An Independent Evaluation of Mode Deactivation Therapy for Juvenile Offenders. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 41–46.

Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2003).
Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New
York: Guilford Press.

Penerbit K-Media
Bantul, Yogyakarta

 kmediacorp

 kmedia.cv@gmail.com

 www.kmedia.co.id

ISBN 978-623-316-016-2



9 786233 160124