

TERAPI KOGNITIF UNTUK ANAK

Keterampilan dan penguasaan teknik-teknik psikoterapi bagi konselor/terapis sangat penting untuk mencapai proses terapi yang efektif. Penguasaan ini akan membuat terapis/konselor tidak melakukan kesalahan fatal, sehingga membawa dampak negatif bagi klien. Tanpa penguasaan yang mendalam tentang teknik-teknik psikoterapi, proses terapi akan berjalan tanpa arah dan tidak sistematis. Buku ini berisi tentang salah satu teknik psikoterapi yang sering digunakan di seluruh dunia, yaitu terapi kognitif-perilaku. Terapi kognitif perilaku ini merupakan perkembangan dari teori Behaviorisme yang meletakkan dasar-dasar yang empiris dalam ilmu psikologi. Teknik terapi kognitif-perilaku dalam buku ini dikhususkan untuk gangguan-gangguan pada anak.

Buku ini tidak hanya menyajikan teori-teori dasar tentang konsep terapi kognitif-perilaku, tetapi juga bagaimana mengaplikasikan terapi kognitif-perilaku pada gangguan anak. Buku ini dilengkapi dengan beberapa contoh kasus dan penerapan teknik-teknik yang spesifik, sehingga pembaca akan lebih mudah memahami dan mempraktikkannya.

Buku ini merupakan panduan bagi para psikolog/konselor/terapis dalam bagaimana memahami konsep teoritis terapi kognitif-perilaku dan yang lebih penting lagi adalah bagaimana menerapkan dan mempraktikkannya. Buku ini ditujukan bagi para mahasiswa psikologi dan bimbingan konseling, para psikolog, konselor, dan psikiater. Kelebihan buku ini adalah pada penjelasannya yang detail tentang langkah-langkah bertahap dalam menerapkan terapi kognitif-perilaku pada anak dengan dilengkapi dasar-dasar teoritiknya.

UAD
PRESS

<https://bookstore.uad.ac.id/>
UAD Press
@UADPress_
uadpress@uad.ac.id
0882 3949 9820



Triantoro Safaria

TERAPI KOGNITIF UNTUK ANAK

Triantoro Safaria

TERAPI KOGNITIF UNTUK ANAK



UAD
PRESS

Terapi Kognitif untuk Anak

Triantoro Safaria



**Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
Tentang Hak Cipta**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Terapi Kognitif untuk Anak

Triantoro Safaria



Terapi Kognitif untuk Anak

Copyright © 2021 Triantoro Safaria

ISBN: 978-623-6071-84-7

e-ISBN: 978-623-6071-85-4

16 x 24 cm, xxiv + 234 hlm

Cetakan Pertama, Desember 2021

Penulis: Triantoro Safaria

Editor: Budi Asyhari, Fadhlurrahman, Iman Sumarlan, dan Hardi Santosa

Layout: Ratih Purwandari

Desain Cover: Hafidz Irfana

Diterbitkan oleh:

UAD PRESS

Anggota IKAPI dan APPTI

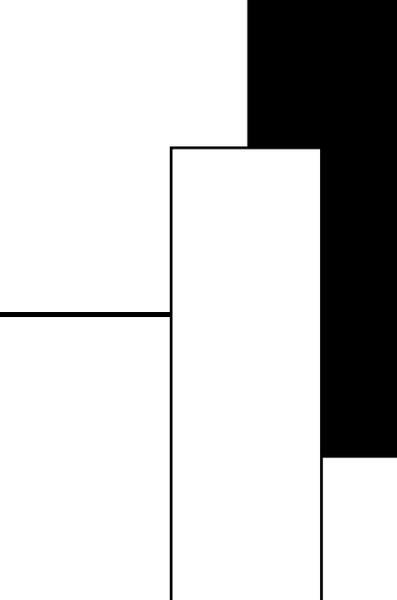
Alamat Penerbit:

Kampus II Universitas Ahmad Dahlan

Jl. Pramuka No. 42, Sidikan, Umbulharjo, Yogyakarta

Telp. (0274) 563515, Phone (+62) 882 3949 9820

All right reserved. Semua hak cipta © dilindungi undang-undang. Tidak diperkenankan memproduksi ulang, atau mengubah dalam bentuk apa pun melalui cara elektronik, mekanis, fotocopy, atau rekaman sebagian atau seluruh buku ini tanpa izin tertulis dari pemilik hak cipta.



Prakata

Alhamdulillah, puji syukur penulis ucapkan pada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan kemudahan, sehingga buku ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini merupakan edisi kedua, revisi dari terbitan tahun 2004. Buku edisi kedua ini menambahkan beberapa buku acuan utama lainnya selain buku *Cognitive Developmental Therapy with Children* karya Ronen. Beberapa buku acuan utama tersebut yaitu *Think Good-Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People* karya Paul Stallard, *Cognitive Behavioral Therapy with Children: A Guide for the Community Practitioner* karya Katharina Manassis, dan *Cognitive Therapy for Adolescents in School Settings* karya Torrey A. Creed, Jarrod Reisweber, dan Aaron T. Beck.

Buku edisi revisi ini ditulis ketika penulis berada di Massey University, Auckland, New Zealand. Penulis menetap di sana selama tiga bulan mempelajari CBT sambil melakukan kegiatan SAME Dikti pada tahun 2013. Penulis teringat peribahasa Maori yang kiranya dapat menjadi inspirasi kita sebagai berikut, “*Through feeling comes awareness, through awareness comes understanding, through understanding comes knowledge, and through knowledge comes life and wellbeing*”. Bagi penulis, buku ini merupakan oleh-oleh selama melakukan kegiatan SAME di New Zealand yang penulis persembahkan untuk generasi selanjutnya. Penulisan buku edisi kedua ini membutuhkan komitmen yang besar untuk mengerjakan-

Prakata___v

Daftar Isi___ix

1___1. Apa Itu Terapi Kognitif Perilaku?

- 3___A. Landasan Empiris CBT
- 7___B. Konsep Dasar Terapi Kognitif
- 11___C. *Cognitive Case Conceptualization*
- 13___D. Bentuk-bentuk Distorsi Kognitif
- 17___E. Karakteristik Inti dari CBT
- 20___F. Tujuan dari *Cognitive Behavioral Therapy*
- 22___G. Komponen Inti dari *Cognitive Behavioral Therapy*
- 29___H. CBT untuk Anak: Bukti Penelitian Terdahulu
- 30___I. Empat Keterampilan Dasar yang Harus Dieksplorasi Selama CBT pada Anak

37___2. Problematika Aplikasi CBT di Masyarakat

- 37___A. Gap antara Efikasi dan Efektivitas CBT
- 38___B. Beberapa Faktor Penghambat Proses Terapi CBT

- 40_____ C. Faktor yang Mendorong Gangguan Kecemasan dan Depresi pada Anak
- 41_____ D. Faktor yang Meringankan Gangguan Cemas dan Depresi pada Anak
- 42_____ E. Kandidat Ideal untuk CBT
- 46_____ F. Kesiapan Kognitif Anak untuk Sesi CBT
- 50_____ G. CBT dan Model Psikoterapi Lainnya
- 52_____ H. CBT dan Pengobatan Medis

55__3. Harapan Terapi dan Problematikanya

- 56_____ A. *Goal of Therapy*
- 57_____ B. Kerangka Waktu
- 58_____ C. Kejelasan Peran (*Roles*)
- 60_____ D. Kemajuan dalam Proses Terapi

61__4. *Evidence-based* CBT untuk Anak dan Remaja

- 62_____ A. Apakah CBT Efektif untuk Anak?
- 63_____ B. Masalah Psikologis Apa Saja yang Efektif Diatasi dengan CBT?
- 67_____ C. 14 Manfaat Penggunaan *Cognitive Behavioral Therapy* untuk Anak dan Remaja

71__5. Pengambilan Keputusan dalam Proses Asesmen untuk Psikoterapi Anak

- 71_____ A. Perubahan Fokus dalam Psikoterapi Anak
- 73_____ B. Kesulitan-kesulitan dalam Hasil Studi Berkenaan Proses Diagnosis Anak

77__6. Memperoleh Sumber Informasi yang Reliabel

- 78____A. Orang Tua dan Guru sebagai Sumber Informasi
- 79____B. Anak sebagai Sumber Informasi
- 81____C. Observasi Langsung sebagai Sumber Informasi

85__7. Mengevaluasi Masalah dalam Kerangka Perilaku

Normatif Anak

- 87____A. Kesulitan yang Bersumber dari Perubahan yang Terus-Menerus dan Kesembuhan yang Spontan
- 87____B. Kesulitan Berkaitan dengan *Gap* antara Tahap-tahap Perkembangan Kronologis, Kognitif, Afektif, dan Perilaku Anak
- 88____C. Kesulitan dalam Mengevaluasi Perbedaan Fungsional Anak Berkaitan dengan Lingkungannya
- 89____D. Kesulitan Berhubungan dengan Gaya Bahasa Personal dan Gaya Berpikir Anak yang Khusus

95__8. Keputusan Butuh Tidaknya Anak akan Terapi

- 96____A. Perbandingan dengan Referensi Diagnostik
- 96____B. Perbandingan dengan Norma Lingkungan
- 97____C. Perbandingan dengan Norma Usia
- 97____D. Perbandingan dengan Stabilitas Perilaku Anak yang Muncul
- 97____E. Perbandingan dengan Risiko di Masa depan
- 98____F. Indikasi Prognostik
- 98____G. Motivasi

101_9. Keputusan pada *Setting* Terapi

- 101_____ A. Tujuan Terapi
- 104_____ B. Penyebab Masalah
- 104_____ C. Tahap Perkembangan Anak
- 105_____ D. Karakteristik *Setting*

113_10. Terapi Individual untuk Anak: Adaptasi Teknik Intervensi dan Metode

- 116_____ Mencocokkan Teori dan Teknik untuk Mencapai Kebutuhan Anak dan Tujuan Terapis

121_11. Hubungan antara Terapi Kognitif dan Masalah Perilaku Anak

127_12. Akar Perkembangan Terapi Kognitif pada Anak

- 128_____ A. Dasar-dasar dalam Terapi Kognitif
- 129_____ B. Ahli-ahli Terkemuka dalam Terapi Kognitif

133_13. Peran Tingkat Perkembangan Anak dalam Terapi Kognitif

139_14. Menerapkan Teknik Terapi Kognitif pada Anak

- 140_____ A. Pelatihan Instruksi-diri
- 142_____ B. Merubah Pemikiran Otomatis
- 144_____ C. Teknik Alat Kontinum

- 146_____ D. Imajinasi
147_____ E. Keterampilan Pemecahan masalah
151_____ F. Restrukturisasi Kognitif
154_____ G. Metode Kontrol diri
156_____ H. Metode Relaksasi

159_15. Menerapkan Teknik Terapi Kognitif pada Gangguan Perilaku Masa Anak

- 159_____ A. Gangguan Kecemasan
160_____ B. Gangguan Hiperaktif
161_____ C. Gangguan Depresi
162_____ D. Gangguan Perilaku Agresif

165_16. Perkembangan Anak sebagai Sebuah Proses Belajar

- 166_____ A. Perkembangan Anak sebagai Hasil dari Observasi dan Imitasi Anak dari Model Orang Tuanya
167_____ B. Perkembangan Harapan dan Efikasi-diri Anak
168_____ C. Peran Pikiran Otomatis dalam Perkembangan Anak

171_17. Perkembangan Anak sebagai Hasil Penguasaan Keterampilan Kontrol Diri

- 172_____ A. Peran Bahasa dalam Perkembangan Anak
173_____ B. Hubungan Antara Defisiensi Kognitif (Keterampilan Kontrol Diri) dan Gangguan Anak

177__18. Menanamkan Kontrol Diri pada Anak

177____ A. Model Teoritis Kontrol-diri dan Adaptasinya pada Anak

180____ B. Adaptasi Tiga-Tipe Model untuk Anak

187__ 19. Model Intervensi Kontrol Diri dan Aplikasi

Klinisnya pada Anak

191____ A. Menerapkan 5 Tahap Asesmen

193____ B. Prosedur Intervensi

Daftar Pustaka__201

Lampiran__209

Tentang Penulis__233

jian terhadap hal ini masih terus berlanjut dan dapat kita lihat pada hasil-hasil penelitian terkini tentang CBT. Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa perbedaan yang mendasar antara CBT dengan teknik terapi lainnya adalah:

1. dilakukan secara terstruktur untuk tiap sesinya
2. elemen-elemen terapeutik selalu didiskusikan secara eksplisit dengan klien
3. merupakan sebuah bentuk terapi yang bersifat singkat (*short term*) antara 12 – 20 kali pertemuan. Walaupun terapis dalam setiap sesi mengendalikan prosesnya, tetap saja hubungan terapeutik yang terjadi dilakukan secara kolaboratif dan transparan.
4. CBT merupakan sebuah *skill-building therapy* yang secara langsung mengajarkan keterampilan-keterampilan spesifik (*strategi coping*) untuk membantu anak mengendalikan, menurunkan, dan menghilangkan simtom gangguan psikologis yang dialaminya.

CBT bertujuan untuk menurunkan *distress* psikologis dan perilaku maladaptif dengan mengubah cara individu berpikir dan menginterpretasikan dirinya, kehidupannya, dan masa depannya. CBT mendasarkan diri pada asumsi bahwa perilaku dan perasaan (afeksi) merupakan produk dari proses kognitif. Perubahan pada pikiran akan berimbas pada perubahan perasaan dan perilaku. CBT merangkum elemen pokok dari teori-teori perilaku maupun teori kognitif.

CBT fokus pada hubungan antara:

- | | |
|----------|---|
| Kognisi | (hal yang kita pikirkan/ <i>what we think</i>) |
| Afeksi | (cara kita merasakan/ <i>how we feel</i>) |
| Perilaku | (hal yang kita lakukan/ <i>what we do</i>) |

CBT telah diuji dalam berbagai penelitian yang menemukan efek positif untuk menangani sejumlah masalah psikologis anak seperti depresi, kecemasan, dan trauma.

nya singkat, maka CBT memicu dan mempromosikan munculnya kemandirian klien dan mendorong *self-help*.

4. CBT merupakan terapi yang *objective* dan *structured*

CBT merupakan terapi yang terstruktur dan menggunakan pendekatan yang objektif yang memfasilitasi dan membimbing klien melewati beberapa tahapan proses, dimulai dari asesmen, formulasi masalah, intervensi, *monitoring*, dan evaluasi. Tujuan dan target intervensi secara eksplisit didefinisikan dan secara kontinu di-*review*. Kuantifikasi dan penggunaan *rating* sangat ditekankan sebagai contoh frekuensi perilaku *maladaptive*, kekuatan keyakinan dalam pikiran disfungsi-nya, dan tingkat *distress* yang dialami anak. *Monitoring* dan *review* secara kontinu memberikan pijakan untuk tujuan pengukuran kemajuan terapi dengan membandingkan kemajuan saat ini dengan pengukuran *baseline* sebelumnya.

5. CBT berfokus pada *here and now*

CBT berfokus pada kekinian, menangani masalah saat ini, bukan berfokus dan berusaha mencari trauma bawah sadar dan masa lalu, atau berfokus pada aspek biologis, neurologis, dan genetik untuk mencari kontribusi semua ini terhadap disfungsi psikologis. CBT bekerja untuk mencapai dan membangun keterampilan baru yang lebih adaptif dalam merespons diri sendiri, kehidupan, dan masa depan. Hal ini menjadi penting ketika menangani masalah anak dan remaja karena mereka lebih tertarik dan termotivasi untuk mendiskusikan *real-time* dan masalah kini-dan-di sini dibandingkan mencari penyebab masa lalu atau bawah sadar.

6. CBT berdasarkan sebuah *process of guided self-discovery experimentation*

CBT juga berfokus pada proses yang aktif, mendorong munculnya *self-questioning*, dan menantang asumsi dan keyakinan diri (yang irasional). Klien bukan hanya duduk pasif mendengarkan terapis, melainkan didorong untuk belajar dan mengeksplorasi diri melalui proses

7. *Affective Monitoring*

Monitoring perubahan perasaan (*affective dimension*) yang difokuskan pada emosi-emosi yang kuat dan dominan dapat membantu anak untuk mengidentifikasi waktu, tempat, aktivitas, atau pikiran yang berhubungan dengan perasaan positif (*pleasant*) dan perasaan negatif (*unpleasant*). Biasanya, skala sederhana digunakan untuk mengukur intensitas emosi dalam kehidupan sehari-hari selama sesi terapi. Pengukuran ini juga memberikan cara objektif untuk memonitor kemajuan dan perubahan positif selama sesi terapi.

8. *Affective Management*

Affective management bertujuan untuk menangani masalah yang melibatkan tingkat tekanan psikologis yang tinggi (*higher arousal*) seperti kecemasan, fobia, dan PTSD. Di dalamnya terdapat pelatihan relaksasi seperti *progressive muscle relaxation*, *controlled breathing*, dan *calming imagery*. Tujuan dari *affective management* ini adalah untuk mengembangkan kemampuan anak melakukan strategi preventif untuk mencegah efek dari emosi negatif yang tidak terkendali. Sebagai contoh, ketika anak merasa marah, teknik relaksasi pernapasan dapat membantu mengendalikan kemarahan anak agar tidak menjadi sebuah tindakan agresif.

9. *Target Setting* dan Penjadwalan Ulang Aktivitas

Penentuan target merupakan hal yang mendasar dalam CBT. Tujuannya adalah untuk menentukan tujuan spesifik dari sesi terapeutik yang dijalani anak. Tujuan terapi ini harus didiskusikan dan disetujui bersama, dan didefinisikan secara spesifik sehingga bisa diukur hasilnya secara objektif. Transfer sejumlah keterampilan *coping* selama sesi terapi ke dalam kegiatan sehari-hari anak difasilitasi dan didorong menggunakan tugas-tugas rumah (*homework assignment*). Pencapaian tujuan terapi di-*review* untuk dapat memberikan pandangan tentang kemajuan proses terapi pada anak. Target juga melibatkan peningkatan aktivitas yang mendorong terciptanya emosi-emosi positif dan me-

antara hal yang dipikirkannya dengan perasaan dan perilakunya sebagai akibat pikirannya tersebut merupakan keterampilan dasar *coping* yang diajarkan selama program CBT. Tugas terapis kemudian memastikan anak cukup mahir memahami konsep dasar CBT di atas (hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku).

Untuk menjalani sesi CBT, anak harus memiliki kemampuan:

1. mengakses dan mengomunikasikan pikirannya
2. menciptakan atribusi alternatif untuk sebuah peristiwa
3. menyadari emosi yang berbeda dalam perasaannya
4. menghubungkan antara pikiran, perasaan dan perilaku (peristiwa).

2

Problematika Aplikasi CBT di Masyarakat

A. *Gap* antara Efikasi dan Efektivitas CBT

Efikasi merujuk pada seberapa baik pengaruh sebuah terapi bekerja di bawah kondisi ideal, biasanya dalam *setting* penelitian atau ruang klinik di pusat penelitian universitas, sedangkan efektivitas berkaitan dengan seberapa baik pengaruh sebuah terapi bekerja pada kondisi nyata “*real world*” di luar *setting* penelitian atau pusat konsultasi. Hasil-hasil penelitian yang dipublikasikan di jurnal penelitian lebih dekat dengan istilah efikasi, yaitu saat proses terapi dilakukan secara terkontrol secara ketat. Sering kali subjek penelitian diseleksi secara ketat, inklusi diterapkan pada subjek yang tidak menunjukkan diagnosis ganda (*comorbidity*). Subjek yang memiliki diagnosis ganda seperti mengalami gangguan perilaku, gangguan belajar, keterlambatan intelektual, atau memiliki kecenderungan bunuh diri sering kali tidak diambil sebagai subjek penelitian. Hal ini kemudian menunjukkan bahwa sebenarnya subjek-subjek yang dilibatkan dalam penelitian tidak mengalami hendaya yang berat akibat dari simtom yang dialaminya. Sering pula subjek-subjek penelitian CBT diambil dari kalangan kelas menengah, golongan kulit putih, dari keluarga berpendidikan, sehingga hal ini akan menimbulkan hasil yang berbeda ketika diterapkan dalam situasi yang nyata. Masyarakat dengan banyak anak yang bermasalah secara psikologis berasal dari keluarga kelas bawah, dari keluarga yang tidak harmonis, serta memiliki diagnosis ganda, akan

lah menyelesaikan sesi CBT, padahal kondisi anak sesungguhnya masih membutuhkan obat untuk memberinya waktu mengonsolidasikan strategi *coping* CBT dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini untuk menghindari anak mengalami *relapse* yang berat ketika simtom yang ada muncul kembali, dan ia belum siap secara penuh mengendalikan simtom tersebut melalui strategi-strategi CBT yang dipelajarinya. Baik sesi CBT dan obat perlu dikonsolidasikan secara baik, sehingga tidak membiarkan anak terjebak dalam simtom yang berlebihan. Pengurangan sesi CBT dan obat perlu dilakukan secara bertahap dan hati-hati dengan mempertimbangkan kemampuan anak dalam mengelola dirinya sendiri menghadapi gangguannya.

ra banyak anak yang berharap perasaan dan pikirannya menjadi lebih baik tanpa harus mengerjakan tugas rumah dalam proses CBT.

CBT adalah sebuah *skill-building therapy* yang memfasilitasi anak untuk mengembangkan strategi *coping* yang efektif dalam mengatasi pikiran-pikiran negatifnya, distorsi-distorsi kognitifnya, dan emosi negatif yang kemudian muncul sebagai akibatnya. Proses ini dianalogikan seperti kemahiran dalam olahraga ketika anak terus dilatih untuk menguasai berbagai teknik jitu hingga dapat mengalahkan lawan mainnya dalam sebuah pertandingan. Anak sebagai seorang atlet akan diajari teknik-teknik dan strategi-strategi baru yang harus dipelajari dan dipraktikkannya secara berkesinambungan untuk meningkatkan diri sebagai seorang atlet. Terapis sendiri berperan seperti pelatih yang memberikan arahan, umpan balik, dan dukungan sosial pada anak. Orang tua kemudian diibaratkan sebagai *fans* yang menyemangati anak dalam setiap kemajuan yang dicapainya di setiap sesi. Oleh karena orang tua akan sering berdiskusi dengan terapis, mereka juga belajar hal-hal baru yang pada akhirnya membuat mereka menjadi “pelatih” yang cukup baik bagi anaknya sendiri. Dengan demikian, pada akhir terapi, anak memiliki keterampilan *coping* baru yang dihasilkan dari usaha kerasnya sendiri melalui tugas-tugas rumah yang diberikan dan pengaplikasian teknik tersebut di kehidupan sehari-hari anak.

Kendala-kendala yang dihadapi anak dan orang tuanya perlu juga didiskusikan secara terbuka, terutama jika orang tua melihat dalam “pandangannya” anak tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Sering kali, orang tua yang tidak asertif menjadi enggan untuk mendiskusikan masalah di atas dan memilih untuk mengakhiri sesi terapi secara prematur. Pengakhiran sesi terapi secara prematur ini justru akan menimbulkan masalah baru bagi anak, seperti harus beradaptasi lagi dengan terapis baru, hilangnya penguasaan anak terhadap keterampilan dasar pada sesi terdahulu yang semestinya masih harus dibimbing oleh terapis, hingga kehilangan motivasi untuk mengikuti terapi dengan terapis baru yang bagi anak dapat cukup membuatnya trauma.

D. Kemajuan dalam Proses Terapi

Untuk mengawal kemajuan dalam proses terapi, seorang terapis CBT harus melakukan asesmen pada awal sesi sebagai *baseline*, dan tiap sebulan sekali sebagai acuan *post-test*-nya (jika setiap sesi terapi dilakukan sekali seminggu. *Post-test* terapi yang dilakukan seminggu dua kali dapat dilaksanakan per dua minggu). Tujuannya adalah agar terapis dan orang tua dapat melihat secara objektif kemajuan anak, bukan hanya berdasarkan observasi subjektif yang sering kali tidak akurat. Untuk itu, dibutuhkan sebuah alat asesmen yang valid dan *reliable* sesuai dengan jenis permasalahan yang dialami oleh anak.

Ada kemungkinan kemajuan yang dicapai anak melalui alat asesmen yang digunakan tidak tampak. Namun, terapis dapat melihat adanya bukti kemajuan anak dari perilaku yang sebelumnya tidak menjadi fokus atau terlupakan dalam asesmen. Sebagai contoh, anak yang mengalami kecemasan perpisahan yang tidak dapat tidur sendiri masih menunjukkan hal ini, tetapi ia tidak lagi menunjukkan frekuensi perilaku menguntit ibunya ke kamar mandi atau selalu bertanya kepada ibunya, "Di mana ibu berada?" Hal ini juga dapat menunjukkan data bahwa anak memperoleh kemajuan dari aspek perilaku lainnya.

4

Evidence-based CBT
untuk Anak dan Remaja

Tantangan yang muncul akibat globalisasi dan perkembangan teknologi informasi yang cepat tanpa batas tak pelak lagi menjadi masalah tersendiri bagi anak dan remaja. Tekanan kehidupan dan tuntutan sosial yang menerpa anak menjadi faktor risiko yang memunculkan psikopatologi. Ditambah lagi, keadaan psikologis anak dan remaja yang masih labil dan rapuh menjadi faktor risiko yang lebih besar bagi perkembangan psikopatologi anak dan remaja di masa selanjutnya. Untuk itu, membantu anak menyadari cara pikiran dapat memengaruhi suasana emosi dan perilakunya merupakan pelajaran dan keterampilan *coping* paling penting yang dapat kita ajarkan kepada anak.

Cognitive-behavioral therapy (CBT) merupakan salah satu teknik terapi yang dapat membantu anak melakukan *reframing* cara ia mengidentifikasi, menginterpretasikan, dan mengevaluasi suasana emosi dan reaksi perilakunya terhadap pengalaman-pengalaman negatif yang dialaminya. Kemampuan anak dalam melakukan *reframing* dan menstruktur-ulang pikiran kontraproduktif dan keyakinan dasar irasionalnya menjadi unsur penting yang membuat anak adaptif dan berhasil melewati tantangan dan masalah selama masa kanak-kanaknya. Kemampuan anak untuk menyadari bahwa emosi dan perilakunya dapat diregulasi dan dikelola merupakan sebuah pemberdayaan besar bagi anak yang secara langsung meningkatkan kendali diri, regulasi emosi, *coping skill*, dan kesadaran emosinya selama tahap perkembangan kritis anak.

A. Apakah CBT Efektif untuk Anak?

Teori perilaku dan kognitif tentang psikopatologi pada individu merupakan dasar dari CBT. Sasaran multiaspek dari kerentanan potensial serta strategi yang fokus pada perkembangan anak dan teknik intervensi yang fleksibel menjadikan CBT sebuah intervensi psikologis yang efektif untuk beberapa masalah psikologis pada anak. Beberapa tahun belakangan ini, bukti-bukti empiris menunjukkan bahwa CBT efektif untuk menangani kasus anak dan remaja. Beberapa masalah psikologis terbukti efektif diberi intervensi CBT, seperti depresi, *generalized anxiety disorder*, *obsessive-compulsive disorder*, *school phobia*, *eating disorders*, *self-harm*, dan *conduct problems* (Scott, 2010).

Gangguan kecemasan merupakan gangguan umum yang paling banyak dialami oleh anak dan remaja (Abbo *et al.*, 2013). Pada anak, simtom *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) sering kali menjadi penyebab munculnya hendaya dalam aspek kesehatan fisik dan psikologis anak, kesehatan orang tua, penurunan prestasi akademik, dan masalah-masalah sosial lainnya. Kekhawatiran berlebihan terkait banyak hal dalam kehidupan anak, ditambah dengan tidak berkembangnya kemampuan *coping* anak, memicu munculnya dampak negatif/merusak dalam berbagai cara pada anak dan remaja.

Studi riset klinis menunjukkan CBT efektif dalam menangani kasus gangguan kecemasan pada anak. Reinecke, Dattilio, & Freeman (2003) menemukan 55-65% anak yang menjalani sesi CBT pulih dan tidak lagi memenuhi kriteria gangguan kecemasan. Sebagai tambahan, hasil studi Reinecke di atas mengindikasikan CBT potensial dalam membantu anak-anak berusia di bawah tujuh tahun yang mengalami kecemasan moderat. Beck (1979) menyatakan bahwa individu dengan depresi memiliki karakteristik pola pikir dan keyakinan maladaptif yang membuat suasana hati depresi semakin bertambah. Ketika individu mengalami depresi, ia cenderung lebih banyak mengingat hal-hal buruk dalam hidupnya dan sering kali mengabaikan hal-hal positif dalam hidupnya.

menggunakan obat sebagai cara mengatasi masalah dan stres dalam hidupnya.

Penelitian yang ada menunjukkan CBT efektif untuk mengatasi penyalahgunaan napza pada remaja. Kombinasi CBT dengan *motivational enhancement therapy* sama efektifnya dalam menangani penyalahgunaan napza (Hogue *et al.*, 2014).

Durlak *et al.* (1991) melakukan meta-analisis untuk menguji efek dari usia terhadap efektifitas CBT. Analisis dari 64 riset yang melibatkan anak berusia 4-13 tahun menunjukkan CBT efektif untuk semua usia tersebut, tetapi *effect size* untuk anak yang telah memasuki tahap perkembangan kognitif formal *operational stage* (11–13 tahun) dua kali lebih besar dibandingkan untuk anak usia yang lebih muda (tahap perkembangan kognitif *pre-operational*). Studi meta-analisis ini merekomendasikan perlunya mengadaptasi dan menyajikan materi terapi yang sesuai dengan tahap perkembangan kognitif-emosional anak agar penerapan CBT efektif. Dengan demikian, konsep yang abstrak harus diterjemahkan dan disampaikan dalam cara, bahasa, dan metode yang sederhana sesuai dengan usia anak, seperti menggunakan cerita dongeng, boneka, kegiatan seni, dan terapi bermain (Vostanis *et al.*, 1996).

Sebagai contoh, Barrett *et al.* (2000) menjelaskan distorsi kognitif (*unhelpful thoughts*) sebagai '*thought invaders*' (pikiran musuh yang menyerang) yang harus anak hancurkan. Sementara itu, Williams *et al.* (2002) menggunakan analogi seperti sebuah lagu yang mengganggu sehingga harus dihilangkan dari pikiran.

C. 14 Manfaat Penggunaan *Cognitive Behavioral Therapy* untuk Anak dan Remaja

1. *Cognitive-behavioral therapy* meningkatkan kontrol diri, efikasi personal, keterampilan *problem solving* yang rasional, keterampilan sosial, dan meningkatkan partisipasi dalam aktivitas yang mencip-

14. CBT juga efektif dalam menangani kasus gangguan obsesif kompulsif (OCD) pada anak dan remaja sebagai terapi tunggal. CBT menurunkan simtom OCD selama 12 pekan terapi dan menunjukkan peningkatan yang stabil selama masa 9 bulan *follow-up* (Asbahr *et al.*, 2005).

B. Kesulitan-kesulitan dalam Hasil Studi Berkenaan Proses Diagnosis Anak

Wenar (1982) mengatakan bahwa ketika masalah terjadi pada anak, akibatnya dapat digambarkan secara tepat sebagai “perkembangan normal yang serba salah”. Hal ini disebabkan anak secara cepat menunjukkan penguasaan, dengan sedikit bukti yang meyakinkan bahwa masalahnya hanya bersifat sementara, tetapi anak lainnya menunjukkan kesulitan-kesulitan dan masih terus berjuang untuk menangani masalahnya (Knell, 1993). Banyak peneliti (Doleys, 1977) telah menegaskan bahwa sebagian besar anak-anak bermasalah menunjukkan bahwa mereka dapat menyelesaikan permasalahannya tanpa intervensi apa pun. Hal ini menunjukkan bahwa anak dikarakteristikan mempunyai tingkat yang tinggi dalam kesembuhan spontan (*spontaneous recovery*). Peneliti lain (Kazdin, 1988) menyatakan bahwa hanya sebagian kecil anak dalam kebutuhannya diajarkan untuk mengikuti proses terapi.

Hal ini menunjukkan bahwa banyak faktor yang mungkin menengahi perilaku *coping* anak terhadap masalahnya, termasuk usia, jenis kelamin, dan perbedaan individual. Untuk itu, terapis anak perlu menguasai hasil penelitian yang komprehensif tentang faktor-faktor tersebut agar mampu menghadapi kesulitan-kesulitan dan keputusan dalam proses intervensi yang menyeluruh, yaitu pada tahap asesmen, diagnosis, intervensi, dan evaluasi. Sebagai contoh, sebagian besar dari 230 teknik-teknik yang berbeda untuk menangani anak seperti yang diidentifikasi oleh Kazdin (1988) tidak pernah secara empiris diteliti secara mendalam dan hanya sebagian kecil menunjukkan efektivitasnya.

Hal-hal yang membingungkan terapis anak di antaranya adalah frekuensi yang tinggi dari gangguan perilaku melawan tingkat efikasi yang rendah dalam menghilangkannya dan kesulitan dalam pengambilan keputusan tentang terapi melawan potensi untuk sembuh secara spontan. Ada tiga aspek kesulitan utama yang dihadapi dalam asesmen gangguan perilaku pada anak, yaitu:

1. Kesulitan dalam Definisi

Banyak hasil penelitian tentang psikopatologi anak menggunakan definisi masalah yang terlalu umum tanpa memberikan definisi yang tepat dari gangguannya (Ronen, 1993). Misalnya, dalam mendefinisikan seorang anak *encopretic*, beberapa peneliti tidak membedakan antara tipe-tipenya seperti *encopresis* tipe buang air besar yang teratur atau sebaliknya, buang air besar setelah periode yang lama dari sembelit. Kelemahan dalam ketepatan dan definisi yang spesifik akan menghambat penerapan intervensi yang paling cocok untuk masalahnya. Sebagai contoh lagi, desain intervensi untuk anak *encopetic* yang mengembangkan rasa takut akan toilet berbeda dari metode intervensi untuk anak yang tidak mampu mengontrol beraknya, dan berbeda pula metode yang dibutuhkan untuk menangani anak yang menggunakan proses buang air besarnya sebagai percobaan untuk mengontrol orang tuanya dan kemudian memperoleh hasil sampingan dari perilakunya (Ronen, 1993).

2. Kesulitan dalam Mengontrol Perbedaan Usia

Banyak hasil penelitian anak yang memakai jarak populasi yang luas seperti usia anak antara 4 dan 14 tahun. Anak usia 4 tahun dan 14 tahun berbeda secara kualitatif, dicirikan dengan tahap perkembangan yang berbeda. Sebagai contoh, *enuresis* anak usia 4 tahun mungkin diterima sebagai sebuah kelambatan dalam perkembangan mengontrol otot kandung kemih atau masalah yang berhubungan dengan kandung kemih yang kecil. Hal ini akan menekankan pada intervensi secara langsung dalam pelatihan penguasaan kontrol untuk menghapus *enuresis*. Sebaliknya, *bed-wetting (ngompol)* pada anak usia 14 tahun tidak dapat dikategorikan sebagai ketidakmampuannya dalam mengontrol kandung kemih, tetapi dihubungkan dengan peran anak dalam keluarga, kebiasaan *toilet training* yang buruk, atau tingkat kontrol diri, tanggung jawab, dan motivasi yang rendah (Ronen & Abraham, 1995).

Gangguan-gangguan pada anak seperti gagap (*stuttering*), kecemasan, dan agresivitas akan berbeda diagnosisnya akibat perbedaan usia dan tahap perkembangan. Gagapnya anak usia 4 tahun akan dilihat sebagai akibat adanya kesenjangan antara kecepatan berpikir spesifik dengan kecepatan anak untuk dapat mengatakannya; sebaliknya, gagapnya anak usia enam tahun akan dilihat sebagai gangguan yang harus diterapi karena biasanya anak seusia itu sudah memiliki keterampilan verbal. Agresivitas pada anak usia 4 tahun akan dilihat sebagai ketidakmampuannya dalam membedakan antara dirinya dan orang lain (egosentrisme) yang merupakan proses perkembangan kemandiriannya; sebaliknya, agresivitas pada anak usia 8 tahun akan dilihat sebagai perilaku bermasalah sehingga perlu dilakukan langkah terapi. Ketakutan dan kecemasan pada usia balita merupakan bagian alamiah dari perilaku anak-anak, dan anak menjadi dewasa melalui kemampuannya mengatasi rasa takut; sebaliknya, jika hal itu terjadi pada anak usia 12 tahun, kecemasan tidak lagi dilihat sebagai perilaku normal.

3. Kesulitan-kesulitan dalam Mengontrol Perbedaan Jenis Kelamin

Banyak hasil penelitian tentang psikopatologi anak tidak membedakan antara anak laki-laki dan anak perempuan, walaupun kita mengetahui bahwa anak laki-laki tiga kali lebih bermasalah daripada anak perempuan, kecuali kecemasan dan anoreksia (Kazdin, 1988). Perbedaan jenis kelamin dapat dijelaskan melalui beberapa faktor seperti norma-norma sosial atau variasi dalam proses kematangan. Di lain sisi, anak perempuan lebih cepat dewasa dibandingkan dengan anak laki-laki, sehingga dapat dimungkinkan anak perempuan akan lebih sedikit menunjukkan gangguan perilaku. Di lain sisi, peran jenis kelamin memengaruhi hasil laporan diri, dengan anak perempuan lebih banyak mengungkapkan kecemasannya dibandingkan dengan anak laki-laki (Kazdin, 1988).

6

Memperoleh Sumber Informasi yang Reliabel

Kemampuan terapis dalam memahami permasalahan yang sedang dihadapi kliennya sangat sering tergantung keluhan-keluhan klien dan gambaran dari penderitaan atau makna personal yang diberikan oleh klien sendiri ketika mereka untuk pertama kalinya datang kepada terapis. Namun, anak tentu saja tidak merujuk dirinya sendiri dalam proses terapi (Ronen, 1997). Artinya, sampai masa remaja, anak selalu bergantung pada orang dewasa (orang tua atau guru) di sekitarnya, yang menentukan tentang kebutuhan anak akan proses terapi. Secara alamiah, orang dewasa di sekitar anak menuntut untuk membawa anak dalam proses terapi karena mereka merasa terganggu dengan perilaku anak.

Penelitian tentang rujukan anak ke proses terapi menjelaskan bahwa para pengasuh lebih memperhatikan masalah perilaku anak yang dicirikan sebagai *undercontrolled behavior*, seperti negativisme, agresivitas, tindakan kekerasan, dan ketidakpatuhan. Para pengasuh ini ternyata cenderung tidak sadar akan masalah perilaku anak yang dicirikan sebagai *overcontrolled behavior*, seperti ketakutan, kecemasan, harga diri dan kepercayaan diri yang rendah, serta depresi, yang sebetulnya secara serius akan mengganggu masa depan dan perkembangan anak (Achenbach, 1985).

Proses asesmen dan diagnosis bermula dari pertanyaan *siapa yang dapat diandalkan untuk memperoleh informasi yang akurat dan relevan tentang gangguan anak?* Kebutuhan akan proses asesmen yang sistematis un-

orang tuanya mempunyai motivasi yang tinggi untuk berubah, terapi harus dilakukan. Sebagai contoh:

Setelah melakukan terapi selama enam bulan, seorang anak 10 tahun yang mempunyai masalah gagap menunjukkan kemajuan dan terapis menghentikan terapi. Namun, setelah tiga bulan berjalan, masalah gagapnya kadang-kadang muncul, terutama ketika anak dalam keadaan cemas dan takut. Anak dan orang tuanya menginginkan terapi dengan motivasi tinggi untuk berubah. Melihat hal ini, terapis kemudian memutuskan untuk melanjutkan terapinya terhadap anak tersebut, walaupun masalah gagapnya hanya kadang-kadang muncul.

Pedoman untuk Terapis pada Proses Asesmen Tahap 3: Apakah Anak Membutuhkan Terapi?

Tabel di bawah ini dapat membimbing terapis dalam memutuskan anak betul-betul membutuhkan proses intervensi atau tidak. Perlu diingat juga bahwa faktor-faktor ini saling berkaitan sehingga kombinasi dari beberapa faktor perlu dipertimbangkan dalam keputusan terapi.

Tabel 2. Kriteria dari perilaku bermasalah untuk menentukan kebutuhan terapi

Perilaku Bermasalah	Kebutuhan Terapi
Memenuhi kriteria diagnostik	ya
Cocok dengan norma lingkungan	tidak
Sesuai dengan norma usia anak	tidak
Menunjukkan perbaikan	tidak
Perilakunya stabil atau bertambah buruk	ya
Adanya risiko besar bagi masa depan anak	ya
Memiliki prognosis yang baik	ya
Menunjukkan motivasi tinggi untuk berubah	ya
Perbaikan penting bagi anak dan keluarganya	ya
Perilaku bermasalah telah merubah situasi menjadi buruk	ya
Kondusif bagi kesembuhan spontan	tidak

sampaikan terapis tentang anak tersebut. Jadi, anak tidak secara langsung diajak untuk mengungkapkan masalahnya dan mengekspresikan emosi-emosinya.

Terapi nonverbal secara langsung berarti terapis menggunakan boneka, permainan, atau lukisan yang secara langsung memberikan contoh cara seharusnya anak menghadapi permasalahannya. Anak akan melihat cerita boneka yang disampaikan terapis dan menirunya secara langsung untuk diterapkan pada masalahnya. Terapi nonverbal secara tidak langsung berarti terapis menggunakan sarana permainan boneka dengan cerita-cerita yang tanpa secara langsung harus diterapkan anak. Terapis hanya mencoba untuk membuat anak mengerti cara menghadapi masalahnya.

Tabel 6. Empat alternatif terapi kognitif-perilaku untuk anak

Tipe	Langsung	Tidak langsung
Verbal	Berbicara secara langsung atau berdiskusi tentang peristiwa, perilaku, dan perasaan	Komunikasi reflektif (misalnya berbicara tentang orang lain, membaca sebuah cerita seperti dalam terapi biblioterapi)
Non-verbal	Menggunakan secara langsung permainan, seni, dan musik menjadi sebuah model untuk perubahan	Menggunakan seni dan permainan tanpa secara langsung berhubungan dengan masalahnya

Contoh kasus dalam lima tahapan asesmen:

Seorang anak perempuan berusia delapan tahun, Maya, datang ke terapis dengan orang tuanya yang khawatir ketika mereka menemukan anaknya telah mengalami peristiwa pelecehan seksual oleh seorang anak laki-laki berusia 13 tahun. Orang tua melaporkan bahwa anaknya menderita trauma yang mungkin mengganggu perkembangannya di masa depan.

Asesmen tahap 1: menguji sumber informasi dan mencoba untuk mencocokkan laporan orang tua dengan laporan anak

Memunculkan informasi Maya mengalami cemas, tetapi tidak traumatis. Anak laki-laki itu tidak secara fisik menyakitinya, dan se-

ngan bahasa anak, tempo, dan area minat anak menimbulkan ketidakseuaian antara keduanya (Ronen, 1993).

Metode *overlearning* dapat menjadi salah satu strategi untuk mengatasi regresi (Doleys, 1977). Studi terkontrol menunjukkan keuntungan utama terapi kognitif adalah pada tingkat *drop out* serta regresi yang lebih rendah dibandingkan dengan metode terapi lainnya.

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa gangguan-gangguan yang muncul pada anak secara langsung dapat dihubungkan dengan adanya distorsi kognitif atau keterampilan kognitif yang rendah.

Bandura (1977) mengembangkan teori belajar sosial yang menekankan pada pengaruh harapan individu. Bandura mengatakan bahwa harapan individu akan mempengaruhi perilakunya, sebab keduanya merupakan proses saling pengaruh. Menurutnya, pengujian sistematis rasional terhadap pola pikir klien akan menghasilkan perubahan yang terarah dalam fungsi dan perilaku klien. Bandura juga menekankan bahwa efikasi diri akan sangat mempengaruhi kemampuan individu dalam penyesuaian dan kemampuannya memecahkan suatu masalah. Efikasi-diri ini berarti bahwa individu memiliki suatu keyakinan bahwa individu mempunyai kemampuan untuk mencapai hasil yang maksimal dalam tugas tertentu.

Pedoman untuk Terapis: Intervensi Kognitif-Perilaku

Beberapa pedoman yang dapat menjadi pedoman bagi terapis dalam menerapkan terapi kognitif-perilaku adalah sebagai berikut:

- Sebelum mengaplikasikan terapi kognitif pada anak, terapis harus hati-hati dalam menguji jenis masalah yang dihadapi anak. Apakah masalah yang paling signifikan berkaitan dengan pikiran, anak, emosinya, atau perilakunya?
- Perubahan macam apa yang paling menarik anak? Menanamkan keterampilan? Menghapuskan perilaku bermasalah yang sering muncul? Menurunkan kecemasan yang mengganggu anak dalam fungsi kesehariannya?
- Pertimbangkan kemungkinan untuk mengaplikasikan terapis kognitif dengan anak yang khusus. Teknik apa yang paling sesuai untuk usia anak dan tahap perkembangan kognitif anak?

13

Peran Tingkat Perkembangan Anak dalam Terapi Kognitif

Banyak terapis meragukan penerapan terapi kognitif untuk anak-anak dengan alasan bahwa kemampuan kognitif anak masih terbatas untuk memahami petunjuk-petunjuk intervensi yang menekankan pemahaman kognitif. Kemampuan kognitif anak masih terbatas dalam memahami analisis logis dan pemikiran-pemikiran abstrak. Untuk itulah, seorang penerapan prinsip-prinsip kognitif untuk intervensi disesuaikan dengan tahap perkembangan anak oleh terapis kognitif. Sebagai contoh, anak tidak akan secara spontan mampu menerapkan strategi kognitif untuk mengatasi kesulitan belajar jika terapis tidak menjelaskannya secara spesifik melalui proses peniruan, latihan secara langsung, dan instruksi-instruksi yang sederhana. Dengan menerapkan instruksi yang jelas memakai bahasa yang mudah dimengerti sesuai dengan tahap perkembangan anak, diharapkan anak akan lebih mudah memahami instruksi-instruksi yang diberikan oleh terapis (Ronen, 1993).

Hasil penelitian yang ada menyimpulkan bahwa tingkat tahapan perkembangan kognitif anak sangat memengaruhi kesuksesan dalam penerapan terapi kognitif sebagai unsur yang menengahi. Dush *et al.* (1989) menemukan hubungan positif antara usia dan hasil terapi. Anak yang lebih tua dengan kemampuan kognitif lebih tinggi menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan anak yang lebih muda. Efektivitas terapi kognitif yang paling baik ditemukan jika diterapkan pada anak re-

14

Menerapkan Teknik Terapi Kognitif pada Anak

Strategi-strategi yang dapat digunakan untuk anak dalam terapi kognitif-perilaku banyak diambil dari proses manipulasi respons perilaku melalui *modeling*, *role playing*, latihan bertahap (*sequential rehearsal*), dan pelatihan keterampilan (*skill training*). Target yang ingin dicapai adalah untuk mengubah distorsi kognitif dan kesalahan cara berpikir anak dalam merespons suatu peristiwa. Teknik-teknik spesifik ini digunakan dengan variasi penuh, dan saling mengisi satu dengan lainnya.

Intervensi kognitif mencoba untuk menghasilkan perubahan pada anak melalui pengaruh cara berpikir klien. Teknik-teknik yang diterapkan diciptakan untuk mengidentifikasi, untuk pengujian terhadap kenyataan, dan mengoreksi konsep-konsep yang salah serta keyakinan-keyakinan disfungsi yang mendasari aspek kognitif anak. Dengan mengevaluasi ulang dan mengoreksi pemikiran mereka, anak belajar untuk mengendalikan masalah dan situasi yang sebelumnya tidak dapat diatasinya (Beck, Rush & Emery, 1979).

Teknik-teknik kognitif bertujuan menggambarkan dan menguji asumsi-asumsi spesifik yang salah dan maladaptif. Oleh karena itu, klien diajari untuk memantau pemikiran otomatis negatifnya, memahami hubungan antara kognisi, afeksi, dan perilaku, menguji bukti-bukti untuk melawan pemikiran otomatis yang negatif, membimbing klien melakukan interpretasi yang lebih realistis, dan membantu klien dalam belajar

Terapis: “Baiklah, coba kamu jelaskan cara kamu akan mengerjakan teka-teki ini secara lantang agar saya dapat mendengarkannya!”

Anak : “Pertama, saya akan mencoba untuk mengatur rangkaian gambar teka-teki ini, kemudian saya akan merapikannya sesuai dengan bentuknya. Kemudian, saya akan mencoba untuk melihat bentuk masing-masing potongan, dan saya akan mencoba untuk menebaknya sesuai dengan bentuk potongan dan tempat potongan gambar ini.”

Meichenbaum (Ronen, 1993) menggunakan *self-talk* untuk pelatihan *stress inoculation* dan Kanfer, Karoly, Newman (Ronen, 1993) menggunakan instruksi diri untuk menurunkan ketakutan akan kegelapan pada anak usia muda.

B. Mengubah Pemikiran Otomatis Negatif (*Changing Automatic-Negative Thoughts*)

Beck (Beck *et al.*, 1979) menggunakan terapi kognitif untuk mengubah kebiasaan pemikiran otomatis yang negatif dengan menggantinya menjadi pemikiran otomatis yang lebih konstruktif. Untuk diterapkan dan menjelaskan prinsip tersebut pada anak, terapis harus menggunakan analogi dan metafora dengan mengambil contoh-contoh yang mudah dimengerti anak dan sedekat mungkin dengan pengalaman anak sehari-hari. Ronen (1993) menggunakan metafora seperti aliran sungai untuk menjelaskan konsep pemikiran otomatis sebagai berikut.

“Saya meminta anak untuk melukis sebuah sungai dengan alur aliran airnya. kemudian saya bertanya pada anak, ‘Jika kita ingin mengubah arah air, apa yang dapat kita lakukan?’ Saya kemudian menjelaskannya melalui gambar. ‘Caranya, kita membutuhkan sebuah kanal baru atau menggali dan membangun sebuah bendungan pada alur sungai yang lama. Dengan demikian, tentu saja secara otomatis aliran air sungai tersebut akan melewati kanal, parit yang baru kita buat.’ Nah, seperti itulah kira-kira munculnya pemikiran

Terapis: “Oh, berarti tidak sama dengan kemarin Senin dan Selasa, karena hari Rabu ini lebih tinggi nilainya? Jika nilai maksimal adalah 10, berarti ketakutanmu hari ini lebih tinggi dari 10? Jika demikian, mungkin kita dapat menilai ulang ketakutanmu kemarin Senin, yang mungkin hanya bernilai 9. Dapatkah seperti itu?”

Anak : “Ya, saya kira demikian.”

Terapis: “Lalu, yang kemarin Selasa dapat jadi hanya bernilai 8?”

Anak : “Ya, dapat jadi demikian.”

Terapis: “Lalu, menurutmu ketakutanmu hari ini berapa nilainya?”

Anak : “Ya, kira-kira sekitar 7 saja.”

Terapis: “Kamu yakin dengan hal itu?”

Anak : “Ya, saya yakin...”

Dengan menggunakan perbandingan penilaian dari 1 sampai 10, anak akan terhindar dari distorsi kognitif yaitu “*semua atau tidak sama sekali*” yang berarti anak menginginkan keadaan yang sempurna, padahal kenyataan yang dihadapi tidak selalu demikian. Anak juga akan terhindar dari penilaian yang terlalu rendah akan hal-hal positif yang dialaminya atau terlalu membesar-besarkan pengalaman negatif yang dialaminya.

Padesky dan Mooney (Ronen, 1993) menggunakan alat kontinum ini untuk mengatasi berbagai masalah psikologis yang dihadapi oleh anak seperti di bawah ini:

“Seorang remaja perempuan yang pemalu dengan badan yang gemuk mengalami perasaan rendah diri dalam pergaulannya sehari-hari. Kemudian, terapis memintanya untuk membuat daftar teman-temannya sekaligus memberikan penilaian dari angka 10 sampai 100. Angka 10 berarti “gemuk dan jelek” dan angka 100 menunjukkan bahwa anak tersebut “berpenampilan seperti model”. Pada awalnya, dia meletakkan diri pada angka 10 yang merupakan urutan yang paling jelek di kelasnya. Setelah dia memikirkan lebih jauh, ternyata dia menyadari bahwa ada beberapa teman-

nya yang menurutnya lebih jelek daripada dirinya, sehingga kemudian dia menaikkan peringkatnya menjadi angka 50. Setelah dia menilai bahwa tidak ada satu pun dari teman-temannya yang berperingkat 100 seperti seorang supermodel, kemudian dia menaikkan peringkatnya menjadi 60, antara peringkat 10 sampai 100.” Kemudian, terapis meminta dia untuk memberikan penilaian satu persatu dari penampilannya secara terpisah dengan angka kontinum 10 sampai 100. Penilaian ini dapat berupa cara dia memberikan nilai pada hidungnya, rambutnya, matanya, bibirnya, betisnya, dan sebagainya. Secara bertahap, dia mulai memberikan penilaian secara terpisah satu persatu, dimulai dari rambutnya yang dia beri nilai 80, hidung dia beri nilai 70, matanya dia beri nilai 65, betisnya dia beri nilai 40, bibirnya dia beri nilai 70, dan seterusnya sampai semua penampilan fisiknya diberi penilaian. Hingga pada akhirnya, anak remaja perempuan itu menyadari bahwa ternyata dia tidaklah terlalu buruk, dan pada akhirnya ketika terapis memintanya untuk menyimpulkan dirinya, dia mengatakan ‘ah, ternyata saya termasuk gadis yang menarik, walaupun badan saya agak gemuk.”

Dengan menggunakan teknik kontinum ini, klien akan diajari cara berpikir secara objektif, realistis, dan rasional tentang dirinya sendiri sehingga tidak terjebak dalam keyakinan, pemikiran, penilaian, dan interpretasi yang tidak realistis, irasional, serta destruktif.

D. Imajinasi

Banyak metode kontrol diri menggunakan teknik imajinasi sebagai salah satu cara untuk mengatasi rasa takut, rasa cemas, dan pengalaman buruk lainnya. Orang dewasa membutuhkan latihan untuk menggunakan imajinasinya ketika akan memulai suatu terapi *in vivo*. Penerapan imajinasi pada anak harus menggunakan contoh-contoh konkret sehari-hari yang dapat dipahami oleh anak, misalnya membayangkan mereka sedang bermain layang-layang atau menikmati memakan es krim yang lezat. Ketika anak takut terhadap suatu situasi atau pada sejenis binatang tertentu,

anak nakal dan bukan yang pertama menimbulkan masalah tersebut.

Latihan selanjutnya adalah meminta Yossi menjelaskan tujuannya bahwa agar anak itu tidak akan pernah mengejeknya lagi. Pada kasus ini, alternatif 2 dan 3 akan menghambat tujuan Yossi, sementara alternatif 1 dan 4 mempunyai kemungkinan yang lebih baik dalam mencapai tujuan Yossi untuk membuat anak itu tidak mengejeknya lagi. Kemudian, setelah memilih dua alternatif, yaitu alternatif 1 dan alternatif 4, Yossi diminta untuk mempraktikkannya di sekolah esok harinya dan kemudian berusaha mengevaluasi hasilnya dengan berdiskusi kepada terapis. Dari hasil diskusi tersebut, anak akan diajari cara mengidentifikasi masalah, memunculkan alternatif solusi, mengevaluasi alternatif, menerapkan pilihan alternatif, dan terakhir mengevaluasi hasil penerapan alternatif tersebut.

F. Restrukturisasi Kognitif

Maksud dari teknik restrukturisasi kognitif adalah membentuk ulang pola-pola kognitif, asumsi-asumsi, keyakinan-keyakinan, dan penilaian-penilaian yang irasional, merusak, dan mengalahkan diri sendiri. Terapis di sini mencoba untuk mengubah distorsi-distorsi kognitif tersebut dengan menguji ulang keyakinan klien dengan berbagai teknik persuasi verbal, metode pertanyaan Socrates, atau menggunakan model hipotesis. Sebagai contohnya di bawah ini:

Boy adalah anak laki-laki usia sembilan tahun yang menderita masalah gagap bicara. Dia berkeyakinan bahwa kegagapannya tidak dapat dikontrol dan dia tidak mampu mengontrol kegagapan tersebut. Padahal, sebenarnya menurut terapis Boy tidak mampu dan tidak mengerti cara berbicara secara efektif. Menggunakan metode restrukturisasi kognitif, terapis mencoba menyakinkan Boy bahwa dia gagap karena adanya pengaruh situasi yang menegangkan, membuat cemas, dan genting.

- Menyediakan pelatihan berpikir rasional dalam konsep-konsep dasar
- Mengidentifikasi pernyataan yang melemahkan diri (*self-defeating statements*) dan pernyataan yang memotivasi diri (*self-enhancing statements*)
- Menunjukkan adanya pola untuk mengatasi pernyataan yang mengalahkan diri sendiri
- Mengubah dan mengganti pernyataan yang mengalahkan diri sendiri dengan pernyataan yang memotivasi diri
- Memberikan model cara mengembangkan pernyataan yang memotivasi diri (*self-enhancing statements*)
- Mengulang dan melatih secara terus-menerus dalam menerapkan pernyataan yang memotivasi-diri
- Memberikan *feedback* kelompok
- Melakukan penajaman keterampilan baru.

Sebagai contoh, di bawah ini percakapan yang terjadi di dalam sesi terapi kelompok.

- Lily : “Setiap orang di sekolahku mengatakan bahwa saya anak yang aneh, anak yang tidak dapat dijadikan teman.”
- Rina : “Apa yang kita pikirkan tentang Lily, apakah dia anak yang aneh selama kita bersama dia di kelompok ini?”
- Sandy : “Saya pikir Lily tidak aneh. Selama saya berbicara dengannya, saya menangkap bahwa sebenarnya dia anak yang baik untuk dijadikan seorang teman!”
- Rosa : “Saya juga berpendapat demikian. Mungkin kalau saya boleh memberikan masukan padamu, Lily, hal yang kamu pikirkan itu tidak benar sama sekali! Saya kira tidak semua anak di sekolahmu menolak untuk berteman dengan dirimu. Saya yakin itu!”

Pedoman untuk Terapis: Keputusan tentang Teknik-teknik yang digunakan

- Apakah anak dapat menggunakan percakapan *self-talk* secara alami? Apakah terapis dapat melihat motivasi anak untuk menggunakan teknik instruksi-diri (*self-instruction*)?
- Apakah terapis berpikir bahwa anak kelihatan perlu untuk menjadi mandiri dan membuat keputusannya sendiri? Dan terapis melihat adanya distorsi kognitif yang terjadi pada diri anak? Jika demikian, terapis dapat menggunakan teknik mengubah pemikiran otomatis untuk mengatasi masalah anak.
- Apakah anak sering membandingkan dirinya dengan orang lain, merasa rendah diri, dan tidak mampu menyesuaikan diri? Atau terapis melihat kesalahan dalam cara penilaian anak terhadap dirinya sendiri dengan membandingkannya pada orang lain? Jika demikian, gunakan teknik kontinum sebagai teknik terapinya.
- Dapatkah anak berkonsentrasi, berpikir sistematis, dan mempunyai ketekunan untuk mempelajari metode pemecahan masalah? Jika demikian, terapis dapat menerapkan teknik pemecahan masalah.
- Apakah anak kekurangan keterampilan kontrol diri? Jika demikian, cobalah untuk mengajarkan anak teknik pencatatan diri, evaluasi diri, dan pengukuhan diri?

an, maka anak akan mematuhi perintah orang tuanya. Kemudian, anak akan belajar untuk tidak memegang kabel listrik di belakang televisi secara bertahap.

Semakin anak tumbuh besar, orang tua akan menjelaskan bahwa “jika anak memegang kabel televisi, nanti dia dapat tersengat listrik, dan hal itu merupakan hal yang berbahaya”. Kemampuan anak untuk belajar dari lingkungannya melalui proses observasi dan imitasi, setelah itu anak mampu memahami harapan orang tua dari perilakunya. Anak belajar untuk memahami konsep baik dan buruk berdasarkan persetujuan dari orang tuanya.

Perilaku positif dari anak pertama-tama merupakan hasil dari kontrol orang tuanya, kemudian secara bertahap anak mulai mampu mengontrol dirinya sendiri. Anak mengontrol dirinya sendiri melalui penalarannya, instruksi diri, dan pemahaman akan konsep-konsep yang diajarkan oleh orang tuanya. Perubahan proses kontrol dari orang lain menjadi kontrol yang berasal dari diri sendiri ini akan memunculkan kemampuan anak dalam memunculkan harapan yang tepat di masa depan (*saya tahu saya dapat memilih perilaku yang tepat*) dan memberikan kontribusi dalam perkembangan rasa kapabilitas dan kompetensi anak (*saya anak baik, saya tahu cara saya harus berperilaku dan saya mampu melakukannya*).

B. Perkembangan Harapan dan Efikasi Diri Anak

Peran dari harapan (*expectancies*) bagi anak sangat penting bagi fungsi dan perkembangannya sehari-hari. Bandura (1977) menegaskan bahwa efikasi diri (*self-efficacy*) bagi anak sangat penting dalam kesuksesan anak untuk mengerjakan tugas tertentu. Efikasi-diri ini akan membuat anak berkeyakinan bahwa dia mampu melakukan sesuatu dengan baik.

Anak juga belajar dari masa lalunya dan mempunyai harapan bagi masa depannya. Terapis mengajarkan pada anak bahwa mereka mempunyai kemampuan dalam melakukan sesuatu. Menurut Bandura (1977), anak yang berkeyakinan bahwa dia mampu dan dapat melakukan sesuatu akan lebih banyak mencoba dan berusaha untuk melakukan hal tersebut secara

17

Perkembangan Anak sebagai Hasil dari Penguasaan Keterampilan Kontrol Diri

Pengasuhan anak dalam keluarga dan pendidikan anak di sekolah mempunyai salah satu tujuan penting untuk meningkatkan kontrol diri. Kontrol diri dapat diartikan sebagai proses yang terjadi ketika dalam situasi tanpa batasan dari lingkungan eksternal, anak melakukan suatu jenis perilaku yang sebelumnya sedikit tidak mungkin muncul dibandingkan perilaku alternatif lainnya (Ronen, 1993). Maksudnya adalah bahwa anak mampu memunculkan perilaku yang diinginkan secara mandiri tanpa kontrol dari orang lain. Dapat diartikan pula bahwa anak secara mandiri mampu memunculkan perilaku positif ketika situasi yang ada memungkinkannya memunculkan perilaku yang negatif. Sebagai contoh, ketika anak tahu bahwa di meja guru terdapat kue dan tidak terdapat seorang pun yang mengawasi, anak dengan kontrol diri yang kuat akan mampu menahan diri untuk tidak mengambil kue tersebut.

Keterampilan kontrol diri ini dibutuhkan ketika anak diharuskan memunculkan perilaku baru dan mempelajari perilaku tersebut dengan baik. Kontrol diri dapat dijadikan sebagai target terapi, dan sebaliknya, dapat dipandang sebagai sebab munculnya berbagai bentuk gangguan perilaku pada anak (Ronen, 1993). Untuk itu, peran interaksi anak dengan orang tua, guru, dan lingkungannya sangat penting dalam membentuk kontrol diri anak yang matang.

19

Model Intervensi Kontrol Diri dan Aplikasi Klinisnya pada Anak

Ronen (1993) mengembangkan lima fase dalam proses intervensi untuk membantu anak mengatasi masalah yang dihadapinya, yaitu:

1. *Modifikasi konsep-konsep yang maladaptif*

Tujuan pada tahap ini adalah untuk mengajari anak bahwa masalah yang sedang dihadapinya tergantung pada dirinya sendiri, dan oleh karenanya anak dapat mengubah dan mengatasinya jika anak belajar cara melakukannya. Proses modifikasi konsep-konsep maladaptif ini dicapai melalui teknik redefinisi, restruktur kognitif, metode dialog Socrates, dan contoh paradoks untuk menolong anak memahami bahwa masalahnya tidak tergantung dari nasib buruk, tetapi tergantung dari persepsi kognitifnya, seberapa besar kemauannya, atau motivasinya untuk berubah.

2. *Memahami proses terjadinya masalah tersebut*

Tujuan dari tahap kedua ini adalah mengajari anak untuk memahami proses terjadinya masalah yang sedang dihadapinya. Sebagai contoh, anak diajarkan bahwa pikiran negatif dapat memunculkan emosi negatif dan bahwa ada hubungan antara keadaan fisik dengan keadaan psikisnya, tentu saja dengan bahasa yang dipahami oleh anak. Jika memungkinkan, terapis dapat menggunakan gambar-gambar dalam menjelaskan proses terjadinya masalah pada anak.

3. *Meningkatkan kesadaran stimulus/rangsangan internal*

Tujuan dari fase ketiga ini adalah untuk mengembangkan sensitivitas anak, baik secara umum maupun spesifik, terhadap rangsangan yang berhubungan dengan masalah anak. Sensitivitas ini dapat meningkatkan kesadaran anak untuk “*mendengar, merasakan, menghayati*” suasana emosinya, ketegangan fisik yang sedang dialaminya, berkonsentrasi pada emosi yang sedang mengganggunya.

4. *Mengembangkan kontrol diri*

Keterampilan pengembangan kontrol diri pada anak dicapai dengan mengajari anak teknik-teknik untuk mengubah pikiran otomatisnya yang merangsang munculnya perilaku-perilaku destruktif. Anak diajari cara melakukan observasi diri, evaluasi diri, pengukuhan diri, keterampilan pemecahan masalah, atau cara menggunakan imajinasinya secara konstruktif.

5. *Eliminasi masalah*

Fase ini merupakan tahap masalah anak secara bertahap diatasi dengan meningkatkan kepercayaan diri anak, melalui *monitoring, asesmen*, pengukuhan, dan keterampilan generalisasi.

Kelima fase ini tidak berdiri sendiri, tetapi saling berkaitan.

Dalam tiap fase di atas, terdapat tiga kombinasi komponen utama, yaitu belajar, praktik, dan aplikasi. Komponen *belajar* terdiri atas mengajari anak konsep-konsep yang berkaitan dengan pikiran otomatis, proses yang terlibat dalam pemunculan masalah anak, teknik-teknik untuk mengubah perilaku, dan pikiran-pikiran yang merangsang munculnya masalah anak. Komponen *praktik* meliputi latihan yang dilakukan selama proses terapi dan penyelesaian pekerjaan rumah yang diberikan pada anak. Anak didorong untuk mempraktikkan cara menggunakan berbagai teknik kontrol diri untuk mengatasi masalahnya, seperti menggunakan catatan diri, *self-talk, self-statement*, memonitor pikiran-pikiran otomatis yang destruktif. Komponen aplikasi meliputi keterampilan anak dalam menerap-

kan keterampilan yang diperolehnya dalam *setting* proses terapi ke dalam *setting* lingkungan alamiah anak.

Desain studi kasus tunggal dengan menerapkan intervensi kontrol diri ini menunjukkan hasil yang menjanjikan. Ronen (1993) menggunakan model intervensi ini untuk mengatasi masalah gangguan tidur, *encopresis*, dan *enuresis*. Hasil yang diperoleh adalah kecepatan penurunan gangguan *enuresis*, tingkat *dropout* yang rendah, dan tingkat kekambuhan yang rendah. Anak juga memperoleh hasil jangka panjang dalam peningkatan perilakunya dengan menerapkan model intervensi ini. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

selalu mengatakan “*saya tidak menyadarinya, saya susah untuk mengendalikannya*”, sehingga Ben merasa menjadi korban yang tak berdaya.

Modifikasi dari pikiran-pikiran maladaptif ini dicapai dengan mendefinisikan ulang proses dari gangguan enuresis sebagai perilaku yang dapat dikontrol dan disadari. Melalui restrukturisasi kognitif dari pikiran-pikiran otomatis Ben, akan diubah keyakinan-keyakinan irasionalnya yang mengatakan bahwa *ngompol* tidak dapat dikontrol dan di luar kemampuannya untuk mengendalikannya. Teknik-teknik yang digunakan antara lain melalui Dialog Socrates, contoh-contoh paradoks yang membantu Ben memahami ulang gangguannya. Secara bertahap, Ben akan diajari membuang keyakinan bahwa selama tidur dia tidak dapat merasakan apa pun sehingga dia juga tidak mampu mengendalikan perilaku *ngompolnya*. Contohnya dialog di bawah ini.

Terapis: “Apa yang kamu pikirkan tentang sebab kamu *ngompol* di malam hari?”

Ben : “Karena saya tidak dapat merasakan apa pun selagi tidur?”

Terapis: “Mari kita lihat sekali lagi keyakinan tersebut! Berapa kali kamu jatuh dari tempat tidurmu ketika dalam keadaan tidur?”

Ben : “Tidak pernah.”

Terapis: “Bagaimana mungkin? Kamu membalikkan badan ketika hampir mendekati tepi tempat tidur? Apa demikian?”

Ben : “Ya, ketika saya mulai mendekati tepi tempat tidur, saya dapat merasakannya dan saya kemudian berbalik!”

Terapis: “Oh, ya, bagaimana ketika musim hujan dan udara sangat dingin, kemudian selimut yang kamu pakai jatuh ke lantai? Apa yang kamu lakukan?”

Ben : “Ya, biasanya saya bangun dan mengambil selimut itu dan menyelimuti badan saya lagi.”

Terapis: “Nah, apakah kamu dapat melihat kejadian itu? Bahkan ketika kamu sedang tidur, kamu masih dapat merasakan

- Suveg, C. *et al.* "Changes in Emotion Regulation Following Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (2009), pp. 390-401.
- Taylor, T.L. & Montgomery, pp. "Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents: a systematic review. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects". *Children and Youth Services Review* 29(7) (2007), pp. 823-839.
- Taylor, L. *et al.* "Development and Pilot Evaluation of a Manualized Cognitive-Behavioural Treatment Package for Adolescent Self-Harm". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (2011), pp. 619-625.
- UNODC Research: United Nations Office on Drugs and Crime. 2018. *Drugs and Associated Issues among Young People and Older People*. Vienna: Division for Policy Analysis and Public Affairs United Nations Office on Drugs and Crime.
- University of Cambridge. (2011). "Happy children make happy adults. Science Daily". www.sciencedaily.com/releases/2011/02/110225094936, diakses pada 27 Mei 2019.
- Washburn, J. J. *et al.* "Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents". *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6 (2012), pp. 14.
- Whitmore, M. J., Kim-Spoon, J., & Ollendick, T. H. "Generalized anxiety disorder and social anxiety disorder in youth: Are they distinguishable?" *Child Psychiatry and Human Development* 45 (2014), pp. 456-463.
- Wolke, D. & Lereya, S.T. "Long-term effects of bullying". *Archives of Disease in Childhood*, 10 (2015), pp. 879-885.
- Vygotsky, L. 1962. *Thought and Language*. New York: Wiley.

KUIS JIKA/MAKA

Isilah dan tuliskan dalam kuis JIKA/MAKA di bawah ini. Apa yang kamu pikirkan mungkin akan terjadi?

JIKA *saya baik* MAKA _____

JIKA *saya mendapatkan masalah* MAKA _____

JIKA *saya gagal melakukan sesuatu* MAKA _____

JIKA *saya belajar sungguh-sungguh* MAKA _____

JIKA *saya membuat orang tua saya marah* MAKA _____

JIKA *saya tidak disukai salah seorang teman* MAKA _____

JIKA *saya membuat teman senang* MAKA _____

JIKA _____ MAKA _____

JIKA _____ MAKA _____

JIKA _____ MAKA _____

JIKA _____ MAKA _____

