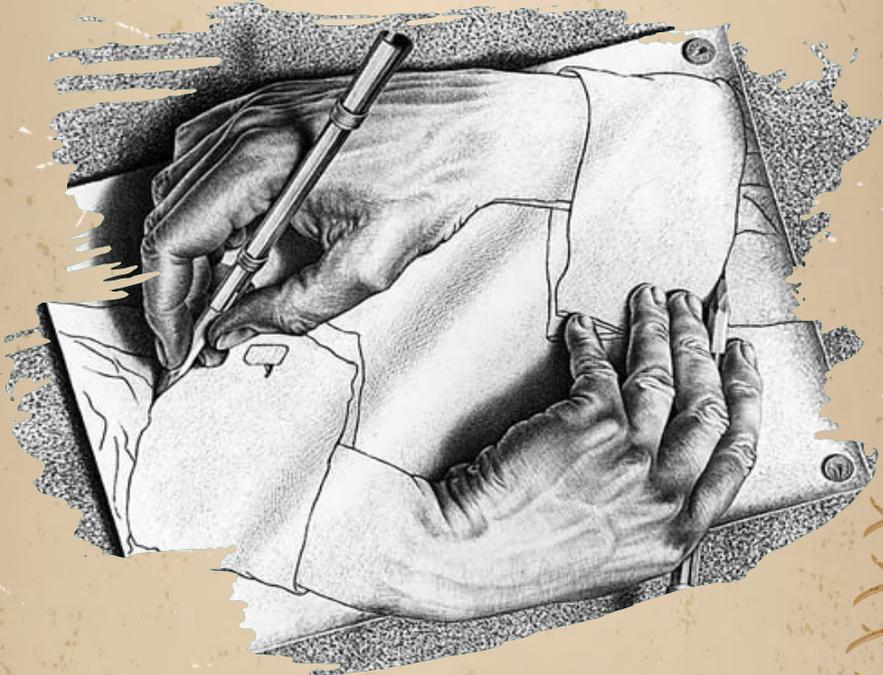




MENGENAL PENDEKATAN DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY



Dr. Agus Santoso, S.Ag., M.Pd



Mengenal Pendekatan
Dialectical Behaviour
Therapy

Dr. Agus Santoso, S.Ag., M.Pd.

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 113
KETENTUAN PIDANA
SANKSI PELANGGARAN**

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 Rp100.000.000 (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 Rp500.000.000,00 (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 Rp1.000.000.000,00 (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 Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Dr. Agus Santoso, S.Ag., M.Pd.

Mengenai Pendekatan
Dialectical Behaviour
Therapy



Mengenal Pendekatan **Dialectical Behaviour** **Therapy**

*Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia
oleh Penerbit Global Aksara Pres*

ISBN: 978-623-62460-7-8

x + 72 hal; 14.8 x 21 cm

Cetakan Pertama, April 2021

copyright © 2021 Global Aksara Pres

Penulis	: Dr. Agus Santoso, S.Ag., M.Pd.
Penyunting	: Alaika M. Bagus Kurnia PS
Desain Sampul	: Ahmad Afif Hidayat
Layouter	: M. Yusuf

Hak Cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

Diterbitkan oleh:



CV. Global Aksara Pres

Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021, No. 282/JTI/2021

Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya

+628977416123/+628573269334

globalaksarapres@gmail.com

Pengantar

Alhamdulillah, tulisan ini merupakan kajian kritis terhadap satu pendekatan dalam konseling dan psikoterapi. Temuan awal dalam tulisan ini adalah hasil kajian penulis terhadap isu gelombang perubahan pada dinamika konsep model dan teori dalam konseling dan psikoterapi yang saat itu dihembuskan oleh Linehan 1993. Konsep tersebut adalah *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT). Kemudian muncul beberapa tulisan yang banyak sekali sebagai bentuk respon dari konsep tersebut. Proses ini yang menarik bagi penulis untuk berpacu mencari seting keilmuan yang sampai pada akar permasalahannya. Dari temuan awal ini, penulis melakukan beberapa kajian “pemetaan” dengan menemukan tiga kata kunci saat itu; regulasi emosi, *mindfulness*, dan *a spiritual practice*. Ketiga kata kunci tersebut diketemukan ada pada konsep DBT. Namun yang menarik adalah bagaimanakah atau di manakah sebenarnya letak “dialektika”nya.

Perburuan ini tidak berhenti sampai di situ, rupanya ada beberapa hal yang juga menarik dari kajian ini, yaitu bagaimanakah memunculkan ide kreatif yang mampu mengakomodir beberapa temuan, sehingga dapat dijadikan acuan cikal bakal suatu pendekatan yang mampu menjawab kebutuhan konseli, sehingga dapat terhindar dari *unbalance therapy*. Untuk menjawab pertanyaan ini, sebenarnya tidak tepat kalau hanya mengandalkan satu tulisan ini, tentunya masih banyak lagi yang harus digali dan ditelaah lebih lanjut.

Adapun pembahasan dalam tulisan ini, diawali dengan bab pertama yang membahas tentang *metatheori* dan *metamethode* yang mencoba mendiskripsikan latar belakang teoritis sebuah wacana keilmuaan, dalam hal ini adalah konseling dan psikoterapi. Bab kedua membahas tentang peta konsep DBT yang disajikan secara diskriptif, untuk menjembatani antara temuan dan kajian analisis pada pembahasan selanjutnya. Bab ketiga merupakan sajian analisis yang dieksplor oleh penulis sebagai bentuk wacana kritis terhadap DBT khususnya dan perspektif konseling dan psikoterpi pada umumnya. Bab keempat adalah penutup yang menyajikan kesimpulan dan refleksi.

Akhirnya, ungkapan terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dan sumbangsih keilmuan saran dan masukan dari para pembaca yang budiman.

Penulis,

Sebuah Ungkapan Harapan dari Proses Konseling
Tulisan ini adalah saduran dari seorang pakar *Leonard Carmichael*
terhadap tulisan Rogers pada tahun 1942

The individual who has been counseled may well say to his counselor:

"I am now able to handle my problems by myself. I am working toward my new goal, which I understand. I am enjoying becoming independent of your help. I feel confident that I am going to be able to solve new problems when they arise in my life. In the future I shall try to meet my problems realistically and not avoid them in the unfortunate ways that I have attempted to sidestep them in the past."

LEONARD CARMICHAEL

Daftar Isi

PENGANTAR –[v]

MOTTO –[vii]

DAFTAR ISI –[viii]

BAB I: PENDAHULUAN –[1]

- A. Kilas Balik “*Metatheory* dan *Metamethode*” –[1]
- B. Menengok Sejarah Perkembangan Psikologi –[5]

BAB II: *DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY* –[10]

- A. Latar Belakang DBT –[10]
- B. Prinsip-prinsip DBT –[13]
- C. *Framework* DBT: *Biososial Therapy* –[14]
- D. Strategi-strategi dalam DBT –[16]
- E. Antara DBT dan CBT –[17]
- F. Pengembangan DBT dalam Beberapa *Setting* –[19]

BAB III: *TRAJECTORY METAANALISIS* DBT DALAM KONSELING DAN PSIKOTHERAPI –[34]

- A. *Metatheoretical* & *Metamethode*: Dinamika Perspektif –[35]
- B. Fleksibilitas DBT dalam Ranah Konseling –[40]
- C. Konseptualisasi Empat Tahapan DBT –[48]

1. *Complementary Therapi* –[51]
2. *Herarki Target Treatment Integrative* –[52]

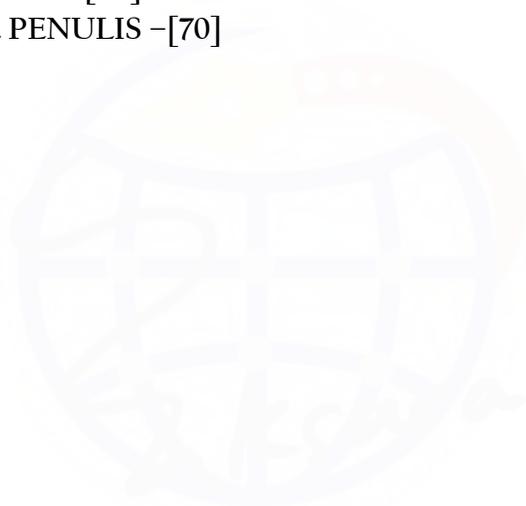
BAB IV: PENUTUP –[57]

- A. *Kesimpulan* –[57]
- B. *Refleksi* –[59]

GLOSARI –[61]

REFERENSI –[64]

PROFIL PENULIS –[70]



Bab I

Pendahuluan

A. Kilas Balik *Metatheory* dan *Metamethode*

Pada saat tertentu para ilmuwan bergerak memahami fenomena melalui temuan empirik dan eksperimen, namun pada kali yang lain mereka mencoba mencari tahu dari hasil temuan orang lain yang berupa konsep atau teori tertentu. Proses ini yang membuat sebuah pertanyaan yang tidak pada ujung selesai dengan batas ambang yang jelas. Untuk itu, pada pembahasan awal ini penulis mencoba memberikan suatu gambaran awal kenapa harus muncul sebuah ranah atau perspektif baru yang semestinya bukan baru, yang diekspose dengan istilah gelombang baru dalam dunia konseling dan psikoterapi.

Beranjak dari perspektif di atas, pembahasan saat ini mengacu pada konsep dasar dari sebuah istilah “*metatheoretical*”, yang merupakan bentukan kata dari “*meta*” dan “*theory*.” *Meta* berarti sebuah apa yang ada dibalik sesuatu atau “*transcend*.” Sedangkan *theori* adalah sebuah konsep yang terbentuk dari konteks. Pengertian ini sebenarnya terjadi pada tataran kepekaan seseorang dalam menemukan sebuah konstruk teori dan konteks dimana teori tersebut dibuat. Namun demikian, pengertian *metatheori* ini tidak hanya melihat dari aspek konstruksi saja, tetapi lebih pada keberadaan fungsi bagaimana cara mengobservasi dan menginvestigasi sesuatu. Pergerakan inilah yang disebut sebagai perkembangan dari psikologi menuju perkembangan *science* (Richard M. Lerner, 2006). Sedangkan menurut Thomas Khun diistilahkan dengan pergeseran paradigma, yang mana setiap pergeseran dimungkinkan adanya suatu anomalus. (Cotton.2002).

Satu pernyataan yang harus diperhatikan dalam tindakan ini adalah adanya *split metatheory*, istilah ini dimunculkan oleh Descartes yang menjelaskan adanya dua hubungan inti dalam tema epistimologi yaitu antara *splitting* dan *foundationalisme*. *Splitting* merupakan pembentukan formasi yang dikotomis yang bersifat eksklusif sedangkan di sisi lain adanya *foundationalisme* yang diklaim sebagai unsur dikotomis secara nyata, baik secara natural maupun *nurture*, ide maupun material,

reason dan *observation*, subjek maupun objek, konstan maupun berubah, biologi maupun budaya dan sebagainya. Dengan kata lain, sebuah split interpretasi merupakan bentuk marginalisasi dari sebuah fenomena yang ada. Sedangkan *foundation* merupakan hasil akhir dari sebuah identifikasi yang berseberangan.

Lebih lanjut, bila pembahasan tersebut berbasis pada sebuah ide yang melatarbelakangi sebuah cara atau *methode*, maka dapat dinyatakan hal ini berhubungan dengan kajian yang disebut “*metamethods*”. Sangatlah tepat bila pada saat pembahasan ini beracuan pada pemahaman yang bersifat lintas “*sense*” pada satu unit prinsip tertentu yang menjadi acuan dalam pengalaman *inquiry*, bukan hanya pada tataran satu *methode* saja, melainkan bisa *multimethode* dan *multitheori*. Oleh karena itu, untuk menyikapi apakah perlu dan dianggap tepat dalam perkembangan keilmuan hanya memperhatikan satu prediksi yang berhubungan dengan relasi *metatheory* semata, tanpa harus menggunakan sistem perkembangan teori yang lainnya dalam bingkai penelitian yang bersifat dinamis antara individu dan konteks. Untuk itulah sebagai usaha pengembangan keilmuan perlu dilakukan sebuah tindakan nyata yang dapat dijadikan pembuktian salah satunya dengan *metamethode*.

Ada satu preposisi tugas pokok pada *metatheory*, dan juga *metamethode* yaitu menemukan sumber-sumber

yang lengkap, yang terdiri dari beberapa konsep dasar sebagai *guidelines*; arahan-arahan yang dapat membantu tumbuhnya sebuah teori atau *methode* tertentu. Teori dan *methode* memang sama-sama langsung berhubungan dengan dunia empirik (*empirical world*), tetapi metateori dan *metamethode* hanya berhubungan dengan teori dan *methode* itu sendiri. Namun demikian, sebagaimana ilustrasi di awal sebenarnya yang nampak kongkret tidaklah bersifat parsial satu persatu, ataupun hitam putih. Hal ini dikarenakan proses menuju hal yang kongkret tentunya memerlukan analisis dan diskusi yang akan berpangkal pada tingkat observasi masing-masing (*the observational level*). Hal ini juga berarti pada tataran konseptualisasi yang bersifat belum sempurna, masih dalam tataran interpretasi atau bebas melihat terhadap objek atau kejadian yang ada (Willis F. Overton, 2006). Oleh karena itu, dapat dimungkinkan penjabaran terhadap suatu perkembangan yang terus berubah, terkadang lebih nampak datar, dan berkelanjutan, terkadang nampak cepat, tetapi tidak kontinue, atau bahkan merupakan kombinasi antara keduanya, sehingga menjadi ciri tersendiri dari sebuah temuan yang ada.

Kondisi seperti ini yang dapat diistilahkan oleh Willis F. Overton sebagai tahap awal dari sebuah observasi atau dengan istilah lain “*a narrow observation*”. Pada tataran inilah yang terkadang terjadi dikotomi

bukannya suatu hal yang harus disatukan tetapi dikontradiksikan dalam satu justifikasi yang dianggap tepat. Salah satunya adalah sebuah konsep yang melihat terapi dalam satu aspek kognisi ataukah *behavioral*, ataukah keduanya, menjadi kognisi *behavioral* atau berbagai macam istilah yang muncul belakangan. Sekalipun dalam praksisnya sulit untuk dilakukan pemilahan-pemilahan tertentu, yang tidak atau sebagian atau sama-sekali tidak melibatkan satu aspek dari yang lain. Salah satunya adalah suatu kondisi individu yang disebutnya sebagai bentuk "*human ontogenesis behavior*". Penyebutan ini membuat pemahaman diagnostik yang terdiri dari aspek kognisi, afeksi dan sistem motivasi individu. Pergumulan perkembangan ini yang akhirnya memunculkan istilah *dialectical*. Memang, dialektika bukan berarti sesuatu yang harus dipertentangkan dalam beberapa konteks yang berbeda, namun lebih dari itu memiliki fungsi untuk mengklarifikasi maksud yang diinginkan. Oleh karena itu secara rasional metateori dapat dijadikan alat untuk memunculkan istilah dialektika tersebut.

B. Menengok Sejarah Perkembangan Psikologi dan DBT

Orang yang pertama kali memunculkan istilah dialektika adalah seorang filosof G. W. F. Hegel (1770–1831). Istilah ini lebih tepatnya digunakan untuk menjembatani sebuah konsep yang memiliki sistem

dinamika yang unik yang bergerak menuju suatu penyatuan ide. Dengan istilah lain disebut dengan “*thesis*” yang merupakan pernyataan di dalam diri yang berbeda dengan sistem yang ada di luar diri yang disebut “*antithesis*” yang merupakan usaha negosiasi terhadap *thesis* tersebut. Hubungan relasi *thesis* dan *antithesis* inilah yang secara implisit berwujud pada satu konsekuensi yang berupa dialektika.

Perspektif dialektika Hegel yang awalnya beracuan pada filsafah hidup manusia ini akhirnya berkembang pada ranah psikologi yang dipelopori oleh Lev Semanovich Vygotsky (1896–1934), yang mengungkapkan bahwa perubahan dan perkembangan individu merupakan fungsi perkembangan mental yang tertinggi dalam berinteraksi dengan konteks sosial dan lingkungannya. Pada saat seperti ini seorang individu akan melakukan hubungan secara langsung dengan lingkungannya atau orang dewasa lainnya, dengan menampilkan kompetensi dan ketrampilan yang dimilikinya. Interaksi ini yang akhirnya membuahkan istilah *dialectical behavior therapy* sebagaimana yang digagas oleh Linehan pada tahun 1993, untuk menjembatani konsep dan praktik dalam psikoterapi pada saat ini.

Sebenarnya, jauh sebelumnya munculnya *Dialectical Behavior Therapy* Linehan, dinamika perkembangan psikologi dan psikoterapi sangatlah bervariasi dengan

tiga periode (Robert B. Cairns & Beverley D. Cairns, 2006) sebagaimana berikut; 1). Periode pertengahan yang merupakan tahap perkembangan pada tahun 1882–1912. 2). Periode institusional dan ekspansi psikologi pada tahun 1913–1946. 3). Periode modern yang ditandai dengan era *social learning* yang dimulai pada tahun 1946 sampai sekarang.

The emergence of developmental the middle period (1882–1912) masa ini ditandai dengan munculnya teori *embryos* dan *infants*, *memory* dan *intelligensi*, munculnya tahap baru psikologi di Amerika, adanya metafisik dan pengembangan, pembuatan teori perkembangan, *mental development* dan *social ontogeny*, *sociogenesis*, munculnya kritik evolusi *toward a critical evaluation*, pengembangan teori *psychopathologi*, dan beberapa tren lain yang muncul pada dunia sains dan sosial, kajian tentang anak, pendidikan dan pengembangan. Adapun tema-tema penting yang sering muncul pada periode ini adalah tema yang terkait dengan *knowledge* dan *consciousness*, hubungan antara pemahaman dan perilaku, *ontogeny* dan *phylogeny*, *nature* dan *nurture*, masalah moralitas dan kemampuan manusia, serta beberapa hal yang terkait dengan praktik-praktik sosial.

Pada periode pertengahan (1913–1946), ditandai dengan munculnya institusionalisasi dan ekspansi, institusional dan perkembangan, *mental testing*, *longitudinal studies*, *behaviorism* dan *learning*, *maturation* dan *growth*, *social*

dan *personality development*, *moral development*, perkembangan bahasa dan kognisi, perkembangan *psychobiology* dan *ethology*. Adapun kajian teori yang tren pada saat ini adalah; *social neobehaviorism*, *psychoanalysis*, *field theory* dan *ecological psychology*.

Pada periode modern ini perkembangan psikologi ditandai dengan *social learning: rise, decline, dan reinvention*, *attachment: discovery dan loss, the phenomena of attachment, attachment theory, cognitive reemergence*, sejarah tema dan kontemporer, pemahaman dan kesadaran, pengetahuan dan perilaku, *ontogeny dan phylogeny, nature dan nurture*, moralitas dan kemanusiaan, aplikasi sosial, mengikuti perkembangan *interdisciplinary science*.

Melihat dari perkembangan tiga periode ini, yang muncul menjadi pemicu awal dari *dialectical behaviorism* sebenarnya sudah ada sejak awal periode perkembangan psikologi. Bahkan pada tiap periode selalu dimunculkan dua teori yang dapat dijadikan pemicu dalam DBT, sehingga pembahasan DBT dapat dilihat dari alur setiap periode dengan berbagai karakteristik yang ada. Tentunya yang menjadi awal dari ide penyatuan Linehan tersebut, tidak lain adalah bentuk split tema yang ada pada era saat ini, yaitu yang ditandai dengan perkembangan neorosains. Mencoba mencermati tarik ulur dalam perkembangan psikologi, yang menjadi bahasan diskusi adalah antara *thesis* dan *antithesis* yang dilanjutkan dengan sintesa. Persis apa yang terjadi pada saat *behaviorisme* dan *cognitivisme* berbaaur menjadi satu

perlakuan yang tidak terintegrasi, tentunya kebutuhan untuk melakukan modifikasi menjadi jawabannya pada setiap pembahasan dalam setiap pendekatan psikoterapi.



Bab III

Dialectical Behavior Therapy

A. Latar Belakang

Saat ini *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) telah beranjak sebagai bentuk terapi *behaviour* klinis yang terstandar. Terapi ini sebenarnya sudah menjadi arahan tepat bagi para terapis dalam membantu masalah klien dengan cara melengkapi terapi *behaviour* dengan orientasi strategi terapi yang berbeda, baik secara protokol dan struktur terapi, maupun pengambilan keputusan yang tentunya dapat dipertanggungjawabkan tingkat fleksibilitasnya dalam memberikan pandangan klinis yang baru. Meskipun elemen-elemen yang digunakan dalam DBT ini masih beracuan pada psikodinamik, *client centered*, *gestalt*, dan beberapa pendekatan dan strategi lain yang

berseberangan, misalnya dengan mengembangkan *behavioural science* yang dipadukan dengan daya guna otak (*mindfulness*) serta dialektikal filsafat, yang tentunya akan memberikan warna yang berbeda di kemudian hari.

Pengembangan DBT pada tataran *treatment sophistic* ini lebih nampak dengan kekuatan konsepnya, sehingga DBT dapat lebih mengedepankan pada cara mengorganisir dan melakukan pendekatan sistematis terhadap asumsi terpenting dalam terapi dan padakondisi klien. Salah satu contohnya adalah pada saat DBT digunakan terhadap perilaku bunuh diri, yang merupakan bentuk perilaku maladaptif yang perlu untuk diatasi dan diteliti lebih lanjut dengan mempergunakan teknik *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) dalam membantu klien untuk mengatasi problema hidup, agar dapat beradaptasi.

Pada dasarnya strategi yang digunakan dalam DBT adalah *cognitive modification* yang berbasis pada *dialectical persuasif*. Namun demikian yang menjadi perhatian adalah bahwa sekalipun basis strateginya hampir sama yang terkadang tertantang dengan masalah yang terkait dengan keyakinan individu –sebagaimana yang dipraktekkan para *therapis cognitif behavioural*, tetapi sebenarnya yang ada pada DBT adalah lebih menekankan pada modifikasi kognisi melalui pembicaraan yang dibuat untuk memberikan kesan pengalaman kontradiksi dalam diri individu sendiri.

Para terapis DBT diharapkan mampu untuk mengambil kesempatan dari setiap kekuatan respon klien yang muncul, sehingga dengan mengkombinasikan DBT dengan intervensi CBT dapat terjadi perubahan pada diri klien. Dengan kata lain, klien dengan problema DBT, dalam prakteknya secara langsung akan selalu mengalami kondisi dikotomis, antara berpikir, berperilaku, mengekspresikan emosi. Saat inilah, dialektikal filosofi dengan beberapa strategi terapinya dapat dipergunakan untuk melakukan rekonsiliasi dalam menyikapi berbagai konflik yang terjadi pada diri individu antara menerima dan berubah. Menerima dalam arti bagaimana dia merasakan kepediahan yang terjadi dan berubah bagaimana dia berproses untuk mencapai tujuan yang diharapkan dari kegiatan dalam dialektika. Strategi ini yang disebut dengan “*to balance change with acceptance*” yaitu menyeimbangkan antara penerimaan diri dan strategi perubahan (Cindy Sanderson.2008). Pada saat ini yang dilatihkan pada klien adalah bagaimana dia mampu mengembangkan ketrampilan “*what*” skills, yaitu bagaimana mengobservasi, mendiskripsikan, serta berpartisipasi. Kemudian ketrampilan “*how*” skills, yaitu bagaimana klien melakukan sesuatu kegiatan dengan penuh konsentrasi dan kesadaran tanpa harus didekte atau dihakimi. Prosedur terapeutik yang ditawarkan dalam DBT adalah prosedur yang langsung bertujuan pada sasaran kognisi, behaviour dan emosi (Hofmann, 2010). Untuk lebih detailnya data-data tentang DBT

dapat diakses pada www.behavioraltech.com.

B. Prinsip-Prinsip DBT

Ada dua prinsip yang perlu diperhatikan dalam praktek DBT (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007), yaitu; *pertama*, antara therapist dan klien, terjadi hubungan yang bersifat flexibel dan seimbang (*flexibility and balance*). *Kedua*, dialektika yang terjadi adalah antara metode persuasif yang digunakan dan pandangan (*worldview*) ataupun sekumpulan asumsi tentang alam realitas yang dihadapi. Kondisi ini dapat dikatakan, adalah antara ide dasar yang menjadi thesis atau statemen ungkapan apa yang ada, berhadapan dengan antithesis yang berseberangan. Perubahan dialektikal atau hasil perkembangan dari resolusi yang berseberangan tadi diarahkan menjadi sebuah synthesis. Dialog seperti inilah yang menkonstruks posisi baru bagi individu untuk lebih hidup berkualitas, sehingga tepat bila disebut sebagai salah satu bentuk therapy.

Pada saat terjadi dialektikal persuasif, seorang therapist harus dapat menarik benang merah dari kondisi klien yang tidak konsisten terhadap dirinya sendiri, baik perilaku, keyakinan, maupun nilai yang diyakininya. Dengan demikian, dialog dapat difokuskan pada bagaimana caranya membantu klien untuk mampu menguasai diri dengan berbagai pandangan yang bersifat lebih umum dan konsisten terhadap nilai internal yang ada pada dirinya. Dengan demikian, pandangan

dialektikal DBT ini dapat disimpulkan bahwa individu itu tidak atau belum mampu merasakan “satu bagian” tertentu dalam hidupnya, sebelum dia menyadari sesuatu hal yang bersifat “menyeluruh”.

C. *Fremwork DBT: Biososial Therapy*

DBT sebenarnya secara konseptual berbasis pada biososial therapy, yang merupakan salah satu bentuk terapiutik yang memiliki tujuan dan sasaran yang tersusun secara hierarkis sistematis. Dengan demikian DBT memiliki tugas dan peran khusus dalam melakukan treatment. Menurut Linehan (1993) bahwa masalah pokok pada DBT adalah masalah disorder yang terkait dengan masalah sistem regulasi emosi (*the emotion regulation system*), yang biasanya dalam proses intervensinya selalu menggunakan sistem *psychoeducational* (Robins, Clive J, Alex L Chapman, 2004; Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007).

Salah satu contoh yang dapat dilihat pada perspektif DBT ini adalah adanya fungsi kriteria behaviour yang kurang efektif dalam regulasi emosi, sehingga menimbulkan *dissociative symptoms* atau *transient psychotic symptoms*. Untuk mengetahui adanya disregulasi emosi ini dapat dilakukan hipotesis terhadap perkembangan yang terjadi antara aspek biological dengan faktor lingkungan. Pada aspek biologis, individu mengetahui mana situasi yang lebih rawan (*vulnerable*) terjadinya kesulitan-kesulitan dalam melakukan regulasi

emosi dan bagaimana melakukan perlakuan yang berbeda pada sistem sentral saraf (*the central nervous system*). Memang pada saatnya faktor biologi sangat rawan memberikan kontribusi dalam kesulitan individu dalam melakukan regulasi emosi. Padahal banyak aktifitas diri itu yang sangat bergantung pada regulasi emosi, seperti; *sense of self, resolution of interpersonal conflict, goal-oriented action*, dan lainnya.

Sebenarnya, problema-problema yang muncul itu terjadi tatkala kondisi biologis individu rawan dalam lingkungan yang tidak valid, yang disebabkan lingkungan komunikasi yang ada berbenturan dengan karakteristik individu tersebut, sehingga muncul respon negatif yang disebutkan sebagai kondisi yang tidak betul, tidak pantas, patologis, ataupun kondisi-kondisi lain yang lebih serius lagi. Kondisi seperti ini yang terkadang membuat setiap individu belum mampu mengatur emosi secara matang, sehingga perlu mengajarkan ketrampilan bagi individu untuk mampu melakukan pemecahan masalah dan mengurangi tekanan diri, serta berusaha untuk lebih realistis terhadap tujuan dan harapannya. Pengalaman individu dan reaksi emosinya yang negatif, dapat terus meningkat sebagaimana lingkungan. DBT juga melakukan intervensi terhadap lingkungan yang membentuk diri klien, untuk itu ada beberapa strategi yang dapat dilakukan terapis, sebagaimana pembahasan berikut.

D. Strategi dalam DBT

Ada dua langkah strategi yang dilakukan dalam DBT (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007), yaitu;

1. Strategi pertama adalah menyeimbangkan antara penerimaan dan perubahan (*balance acceptance and change*). Seorang terapis DBT harus memiliki pola komunikasi yang seimbang, pada saat terapis melakukan penerimaan klien (*acceptance*), tentunya terapis harus mampu merespon agenda klien yang akan dilakukan secara serius dan langsung, dan sebaiknya untuk tidak memberikan interpretasi terlebih dahulu pada makna yang tersembunyi (*laten meaning*). Sebagai contohnya adalah pada saat seorang klien menanyakan pada seorang terapis yang bersifat pribadi, tentunya terapis harus mampu memberikan jawaban yang lebih terbuka (*self disclosure*), penuh kehangatan (*warm engagement*), dan tulus (*genuineness*). Dengan demikian, tidak selayaknya seorang terapis menjawab pertanyaan atau menjelaskan sesuatu yang masih belum jelas.
2. Strategi kedua adalah mempergunakan metaphor atau melakukan asumsi terhadap posisi (*devil's advocate*) dan melakukan polarisasi. Kondisi ini dapat diketahui oleh terapis saat melakukan intervensi pada klien saat dia masih dorongan untuk melakukan yang buruk (*devil's advocate*) misalnya bunuh diri. Terapis dapat mengatakan secara langsung dengan ungkapan: "Dengarkan saya, ini serius, kami harus segera membawa kamu ke ruang khusus untuk diobservasi!" Dialog ini merupakan *dialectical assessment*, untuk

mendapatkan gambaran dan asumsi yang detail dari formulasi treatment yang akan dilakukan selanjutnya. Hal ini juga dapat dilakukan therapist dengan lebih menguasai kekuatan yang ada pada diri klien untuk dibawa pada kondisi dimana dia mampu melakukan distress tolerance, serta membawa klien untuk dapat melakukan perubahan secara normal (*natural change*). Proses ini yang diistilahkan Lenehen dengan membuat jus jeruk dari buah jeruk (*making lemonade out of lemons*).

E. Antara DBT dan CBT

Dalam pendekatan CBT ada beberapa hal yang dipertimbangkan terlebih dahulu dalam menyikapi beberapa faktor yang menjadi acuan dalam perubahan tingkah laku, yaitu sebagaimana berikut; 1. Keterampilan training, 2. Mengekspos prosedur, 3. Memenaj kontingensi, 4. Melakukan restruktur kognisi. Ketika hasil analisis kemampuan klien berkurang, maka perlu dilakukan penekanan pada keterampilan training. demikian juga bila klien telah memiliki keterampilan training (untuk dilatih) dianggap memadai, baik secara emosi, kontingensi, maupun kognisi, maka yang perlu dilakukan adalah melakukan terapi sesuai dengan prinsip dan strategi intervensi yang dapat memberikan penekanan pada klien untuk dapat melakukan prosedur secara tepat, dalam memenaj kontingensi dan merestruktur kognisi yang ada dalam mengurangi barriers yang ada melalui kapasitas diri yang dimilikinya (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007).

Pelaksanaan training DBT dirancang dalam enam bulan, dengan modul pelatihan yang meliputi; 1). *emotion regulation skills*; ketrampilan ini mengajarkan bagaimana caranya mengurangi respon emosi yang tidak diperlukan atau tidak sebagaimana mestinya, sebagaimana perilaku *impulsive dysfunctional behaviours*. Ketrampilan ini memberikan pelajaran bagaimana mengidentifikasi dan mendiskripsikan emosi, bagaimana menghentikan emosi negatif, meningkatkan emosi positif, dan bagaimana mengubah emosi negatif yang tidak pada semestinya, 2). *distress tolerance skills*: ketrampilan agar dapat menciptakan kondisi diri klien menjadi nyaman, digunakan untuk memberikan batas kesempatan pada diri tatkala mengalami tekanan, untuk dapat berubah, ketrampilan ini mengajarkan beberapa teknik *impulse control* dan *self soothing* yang bertujuan untuk bertahan dari kondisi krisis tanpa harus berbuat yang salah, seperti *drugs*, berusaha bunuh diri, atau berperilaku yang tidak berguna lainnya (*dysfunctional behavior*). 3). *interpersonal effectiveness skills*: ketrampilan ini diharapkan dapat menempatkan diri klien pada posisi yang tidak menimbulkan diskrepensi pada diri klien secara nyata terhadap orang lain. Pada ketrampilan ini diajarkan beberapa macam ketrampilan *assertif* untuk mendapatkan objek yang diinginkan dalam interaksi dan saling menghormati. 4). *mindfulness skills*: ketrampilan untuk memfokuskan perhatian diri atau konteks, serta

mampu mendiskripsikan hasil pengamatan, serta dapat melakukan asumsi tanpa harus memberikan penelian terlebih dahulu. Keterampilan ini berbasis pada kemampuan yang dimiliki klien untuk dapat fokus pada kesadaran dirinya (*focusing awareness*), dan mampu mengembangkan diri secara efektif (*developing effectiveness*).

F. Pengembangan DBT dalam Beberapa Setting

Ada satu tahapan penting yang harus diperhatikan dalam melaksanakan pendekatan ini, yaitu; para therapist harus menentukan target perilaku yang dibutuhkan untuk memenuhi harapan kebutuhan klien (*life expectancy*), mengontrol perilaku tertentu serta menghubungkan antara treatment dan kemampuan-kemampuan fisik yang dimiliki klien untuk memenuhi target perilaku. Untuk memenuhi ketercapaian target perilaku yang diinginkan, maka perlu dilakukan prioritas target, yang dapat dikelompokkan dalam empat kategori perilaku (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007), yaitu sebagaimana berikut:

1. *Threatening behavior*, yaitu; perilaku klien yang menjurus pada usaha mengancam jiwa seseorang (bunuh diri atau membunuh). Pada tahap pertama ini, adalah tercapainya target perilaku yang dibutuhkan klien tanpa harus melakukan arahan, aturan atau bantuan yang terlalu rumit, namun yang dilakukan harus mampu membatasi atau mengurangi motivasi konseli untuk melakukan perilakunya tersebut. Kondisi

treatment seperti ini dapat disebut dengan istilah terapi yang tidak seimbang (*unbalance therapy*), hal ini dikarenakan situasi penerimaan yang bersifat ekstrim yang terfokus pada perubahan pada diri klien (*extremely accepting or extremely change-focused*). alhasil terapi pada saat ini tidak melakukan attending, kolaborasi, ataupun tawaran yang lain.

2. *Therapy-interfering behavior*, yaitu target perilaku yang diinginkan dalam tahap ini berbeda dengan tahap pertama, pada tahap ini treatment dapat dilakukan dengan melibatkan secara bersama antara terapis dan klien untuk memenuhi target perilaku yang diinginkan yaitu agar mendapatkan hidup yang lebih bermakna dengan mengurangi berbagai perilaku yang tidak berguna (*dysfunctional behavior*).
3. Perilaku yang dapat meningkatkan kualitas hidup klien (*the client's quality of life*). Pada tahap ini diharapkan klien dapat mempelajari, apa dan bagaimana cara agar dapat meningkatkan penghargaan diri (*self respect*), menjalin hubungan, bekerjasama, dan melakukan *problem solving* terhadap masalah yang dialami di dalam sistem sosial masyarakat seperti di tempat kerja, sekolah, masalah penyakit ataupun masalah rumah tangga. Untuk itu, target perilaku dari tahap ini adalah memiliki harga diri (*self-respect*), *mastery*, *self efficacy*, perasaan peka secara moral (*a sense of morality*), dan kualitas

penerimaan diri terhadap hidup (*an acceptable quality of life*).

4. Perilaku yang berhubungan dengan tingkat batas kemampuan individu, yang dibutuhkan untuk perubahan dalam hidupnya. Pada tahap ini target perilaku nampak bersifat traditional therapy, dengan capaian praktis spiritual untuk bergerak meningkatkan kapasitas diri menuju kebebasan, kenikmatan ataupun kepuasan spiritual.

Dalam konteks proses pelaksanaannya tahap-tahap tersebut tidaklah bersifat linear, tetapi bisa jadi overlap satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu, yang harus diperhatikan adalah komitmen sebelum pelaksanaan treatment untuk menentukan target perilaku yang diinginkan dan metodenya. Di awal pelaksanaan akan dilaksanakan pre-treatment yang meupakan pintu awal untuk masuk ke program DBT, konsep yang dibangun pada tahapan ini adalah "*meet patients at the door*": yaitu bagaimana melakukan orientasi pada unit DBT, bagaimana mereka merasakan emosi rasa sakit atau kesulitannya, bagaimana mereka diarahkan untuk memecahkan masalah, dengan menggunakan analisi perilaku, mereka diarahkan ke rumah sakit atau unit pelatihan untuk menangani krisis yang terjadi agar tetap survive (Charles R. Swenson, M.D., dkk. 2001).

Pada saat perpindahan tahap dari tahap 1 ke tahap 2, terkadang menemui kendala, yaitu pada saat terjadi emosi yang dialami klien begitu menyakitkan, dan ketika

munculnya perilaku yang tidak terkontrol. Pada tahap 1 yang menjadi prioritas adalah mengontrol kecepatan diri klien dalam melakukan regulasi diri, daripada harus memberikan perilaku baru yang bersifat instan (*instance of behavior*), sedangkan pada tahap 2 menekankan pada cara kerja yang bersifat *idiosyncratic*, yaitu mengkristal pada diri. Secara umum keberhasilan pada tahap ini, dapat terlihat dari kesiapan klien pada masa transisi pada tahap 1 dan tahap 2, bila dia benar-benar telah siap untuk menangani perilaku yang *dysfunctional*, dengan cara menemukan titik kekuatan dari terapi yang dilaksanakan, mampu menunjukkan kepuasannya terhadap dirinya sendiri dan mampu membiasakan diri untuk berperilaku sebagaimana yang ditargetkan. Pada tahap 3 lebih menekankan pada proses treatment yang bersifat penguatan dengan layanan yang lebih mendalam lagi. Layanan ini dimungkinkan dapat lebih membantu terapis untuk mengikuti perkembangan klien secara aktif dalam upaya menyikapi kondisi sebelumnya yang maladaptive.

Untuk mengetahui detail beberapa kajian yang terkait dengan kegiatan terapi DBT dalam beberapa setting yang berbeda dapat dilihat pada beberapa artikel, sebagaimana berikut:

1. *Integration of Acceptance With Change Strategies*; Pada artikel ini, DBT mencoba membuat cara integrasi antara penerimaan dengan strategi perubahan (Hayes, S.C. dkk., 1994) serta antara penerimaan dengan

commitment therapy ACT (Jacobson, N.S., & Christensen, A., 1998). Pada integrasi yang pertama DBT mengajarkan bagaimana individu dapat membedakan dan menerima apa yang tidak dapat dirubah menurutnya untuk dapat diubah, selanjutnya dia dapat menerima dan memahaminya. Saat itu yang terjadi adalah tekanan dialektika dan resolusi diri (*synthesis*) antara menerima sesuatu yang terjadi (*thesis*) dengan berbuat untuk berubah (*antithesis*). Permasalahan klien yang rumit dapat memakan waktu yang lama yaitu 2 tahun atau lebih.

2. *Dialectical dilemmas and secondary treatment targets* (Rathus, J. H. & Miller, A. L. 2000). Pada artikel ini DBT dijadikan pijakan untuk melakukan treatment pada remaja. Fase pertama pada treatment ini berjalan mulai dari satu tahun sampai 12 atau 16 minggu, pada saat terpai keterlibatan orang tua dalam proses pelatihan sangat diperlukan. Orang tua dapat menjadi pelatih dalam proses tersebut. Pada *treatment* ini dilakukan untuk mengurangi kondisi rumah yang kurang kondusif, di antaranya dalam melakukan ketrampilan untuk selalu memperhatikan efektifitas waktu dan belajar beberapa ketrampilan yang diajarkan agar menjadi lebih baik. Materi yang diajarkan pada remaja ini adalah bagaimana dia mampu bekerja dengan baik dalam keluarga, selanjutnya memberikan bekal dengan bagaimana menghadapi dilemma yang dialaminya, misalkan pada saat dia mengalami ketergantungan yang sangat pada keluarga atau sebaliknya dia merasakan adanya

kebebasan dalam mengatur diri. Pada saat ini penekanan DBT pada bagaimana cara mengurangi ketergantungan tersebut dan meningkatkan kemampuan untuk menentukan sendiri, sehingga dapat mengurangi kebebasan yang tidak terkontrol. Demikian juga saat dia mengalami dilemma dalam kondisi perilaku patologis yang sudah menjadi kebiasaannya, dengan kondisi saat dia harus menganggap patologis semua perilaku yang normatif sarat dengan nilai. Meningkatkan kemampuan untuk mengidentifikasi perilaku yang patologis dan mengurangi kebiasaan perilaku yang patologis, serta meningkatkan kemampuan mengingat setiap perilaku normatif yang sarat nilai dan sebaliknya mengurangi kebiasaan buruk yang patologis.

3. *Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures* (Fruzzetti, A. E., & Levensky, E. R. 2000). Dalam artikel ini adaptasi DBT yang dilakukan adalah untuk treatment terhadap kekerasan dalam rumah tangga (*domestic violence*) dengan latar belakang dengan meningkatnya kekerasan yang dilakukan suami terhadap istrinya, serta meningkatnya anak dropout sekolah, dan rendahnya penanganan terhadap mereka dan juga meningkatnya kriminalitas, mengharuskan DBT untuk bekerja melakukan kegiatannya dengan bentuk emotion dysregulation model. Adapun yang menjadi target treatment adalah mengurangi perilaku yang negatif, kekerasan, kenakalan, dan beberapa perilaku disfungsi lainnya, serta meningkatkan *mindfulness*, *emotion*

regulation, interpersonal effectiveness dan *validation* dan *empathy*.

4. *DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model* (McCann, R. A., & Ball, E. M. 2000). Artikel DBT ini digunakan pada populasi forensik, dengan setting bahwa adanya peningkatan keinginan untuk melakukan perilaku antisosial, dan hal ini banyak dilakukan oleh orang laki-laki, bahkan tidak sedikit mereka melakukannya dengan perasaan tidak bersalah. Hal ini ada kecenderungan dengan kondisi BPD. Target treatment yang dicanangkan dalam DBT ini adalah bagaimana memenaj *agresif* mereka. Pendekatan yang digunakan adalah Biosocial Model Confirmation, ada beberapa langkah yang digunakan yaitu: 1). Merubah emosi mereka dengan berperilaku yang berlawanan, misalnya dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, berbeda, menyendiri dsb. 2). Membuat daftar komitmen dengan penuh bijaksanaan. 3). Lakukan komitmen secara terus menerus. 4). Dengarkan katahati terhadap orang lain. 5). Berpartisipasi dalam aktifitas kelompok, sekalipun terkadang ada perasaan tidak mau.
5. *Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder* (Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., & Linehan, M. M. 2000). Artikel ini mengeksplorasi dan menguji standart metode DBT yang digunakan dalam treatment dengan populasi yang sedikit resisten. Treatment ini dilaksanakan dalam

kurun waktu 12 bulan.

6. *Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy* (Lynch, T. R. 2000). Artikel ini mendiskusikan model treatment yang diperuntukkan pada populasi orang yang lanjut usia yang mengalami depresi, makanya model ini disebut dengan *Geriatric Treatment*. Adapun *treatment* yang digunakan adalah Psychotherapy, SSRIs, ECT dan Borderline Personality Disorder.
7. *Commentary on innovations in dialectical behavior therapy* (Linehan, M. M., 2000). Artikel ini merupakan penguatan dari pendiri DBT sendiri, untuk membuat desain problem solving terhadap perilaku bunuh diri. Penyebab utama dari percobaan bunuh diri menurut DBT adalah masalah yang terkait dengan ketidakmampuan individu dalam melakukan regulasi emosi yang menyakitkan. Oleh karena itu target treatment dari model ini adalah bagaimana membuat pola yang mamapu menghubungkan emosi secara menyeluruh dan fungsional. Ada dua target utama dalam model ini, yaitu bagaimana mengurangi atau mengeliminasi perilaku bunuh diri, dan bagaimana meningkatkan ketrampilan komunikasi. Sedangkan target sekundernya adalah bagaimana pola-pola respon perilaku yang muncul yang berhubungan dengan emosi.
8. *Response: Expanding applications of Dialectical Behavior Therapy: Prospects and pitfalls* (Robins, C. J., 2000). Artikel ini lebih menguatkan keberadaan DBT dengan beberapa pembahasan yang berkuatat pada masalah

kelebihan dan kekuatan DBT dalam melakukan adaptasi, bagaimana memperlakukan data sebelum dilakukan diseminasi, serta bagaimana membuat DBT lebih efektif dalam setting klinis.

Selanjutnya muncul satu pertanyaan sehubungan dengan penggunaan DBT dalam suatu penelitian, yaitu; mengapa harus mengadaptasi atau mengadopsi?. Untuk menjawab pertanyaan ini ada beberapa implikasi yang perlu diperhatikan bila akan mengadaptasi ataupun mengadopsi model DBT ini (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007), yaitu;

1. Setiap bagian dari modifikasi harus dapat atau paling tidak dapat bekerja sebagaimana standar model yang ada pada DBT, yaitu menghasilkan hasil out come yang lebih baik.
2. Tawaran hasil modifikasi yang dilakukan hendaknya dapat memberikan perhatian yang lebih serius untuk dapat menghasilkan treatment yang tepat. Hal ini merupakan salah satu kesepakatan etik yang harus terpenuhi.
3. Dalam pelaksanaannya terkadang modifikasi yang tidak teruji akan mengalami beberapa masalah yang bersifat *reimbursement*, oleh karena itu setiap pelaksanaan model yang diterapkan harus divaliditasi.
4. Pada kenyataannya penggunaan DBT lebih banyak mengandung resiko pada populasi atau klien tertentu, terlebih kasus bunuh diri. Untuk itu, perlu diperhatikan untuk memenaj beberapa dampak yang mungkin terjadi setelah treatment dilaksanakan.

Pada saat anda akan mengadopsi DBT maka yang

perlu anda pertimbangkan adalah element yang anda gunakan adalah element DBT, selanjutnya pada saat anda melakukan *treatment* maka yang anda ambil adalah beberapa mode DBT, dan anda tidak menghasilkan model, maka dalam hal ini DBT benar-benar dapat anda laksanakan secara komprehensif. Selanjutnya kalau anda melakukan adaptasi, anda akan menghasilkan sebuah *treatment* baru dengan sistem dan evaluasi yang lebih inovatif pada setting dan populasi yang berbeda. Pada dasar pijakannya adalah DBT secara komprehensif baik anda mengadopsi atau mengadaptasi.

Bagaimana membuat DBT berproses secara efektif? untuk menjawab pertanyaan ini dapat dicatat dengan beberapa hipotesis berikut;

1. DBT merupakan *treatment* yang dilaksanakan secara terstruktur; anggota tim terapis bekerja secara aktif dalam melakukan *self monitor* bagaimana mereka melaksanakan tindakan sesuai dengan teori behavioral dan *science, dialectics, mindfulness*, dan teori biososial dan cara mengorganisir dan memformulasikan suatu kasus, mereka juga melakukan kontrol kondisi dan tingkat disorder, serta tahapan-tahapan dalam *treatment* dan target perilaku yang ingin dicapai dalam setiap interaksi dengan klien. Mereka para klien dapat mengakses (*self assess*), semua informasi yang dibutuhkan seperti *agreement*, *asumsi-asumsi*, dan peran terapis. Para anggota tim terapis juga dapat meakukan dukungan dan strategi-strategi lain yang dapat membantu klien dalam

mencapai tujuan perilaku yang diinginkan, misalnya dengan memahami budaya dan aktifitas klien dan terapis.

2. DBT juga efektif dengan menggunakan *apply behaviour therapy* untuk menangani kasus bunuh diri. Untuk pembahasan ini dapat dilihat pada pembuktian Linehan (2000).
3. DBT juga melakukan kegiatan validasi yang dapat mengetahui tingkat perubahan klien secara tepat melalui *self assesst* dan dengan melakukan *validation across modes* (Linehan dkk. 2002).
4. DBT melakukan *dialectics* yang berbasis pada keseimbangan antara perubahan (*change*) dan penerimaan (*acceptance*) yang dilakukan secara tepat.
5. DBT mengintegrasikan *mindfulness* dalam proses aplikasi suatu model secara lintas program untuk mendapatkan perubahan yang signifikan, dengan kata lain dapat membantu mengoptimalkan mekanisme perubahan individu.

Sebagai contoh dari proses pelaksanaan DBT yang efektif sebagaimana keterangan di atas, adalah apa yang dilakukan oleh Neacsiu, Andrada D., Shireen L. Rizvi, Marsha M. Linehan yang dilaksanakan sebelum tahun 2009, dan dipublikasikan pada 12 November 2009, selanjutnya direvisi pada tanggal 6 Mei 2010, dan baru dipublikasi tepat pada tanggal 19 Mei 2010. Mereka melakukan penelitian ini dengan tujuan untuk menguji hipotesis; apakah ketrampilan DBT dapat menjadi perilaku yang berdayaguna, dan menjadi mediasi outcome

dari treatment yang dilakukan secara umum bukan hanya dalam DBT saja.

Untuk keperluan penelitian ini, diambil partisipan sebanyak 108 orang wanita, dengan 63 orang kasus percobaan bunuh diri, 45 orang ketergantungan obat-obatan. Adapun alat ukur yang digunakan adalah; 1). The DBT-WCCL yaitu cheklis yang diadaptasi dari the Revised Ways of Coping Checklist (RWCCCL; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985), selanjutnya dikembangkan dalam bentuk self-report questionnaire. 2). *The SASII Suicide attempt and self injury interview* yang dikembangkan oleh Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, (2006), alat ukur ini berupa *semi-structured interview* yang diharapkan dapat mengakses faktor-faktor usaha bunuh diri dalam katagori fatal dan katagori melukai diri. 3). *Hamilton rating scale for depression (HRSD)* yang terdiri dari 17 item rating scale (Hamilton,1960). 4) *The STAXI State-trait anger expression inventory*, (Spielberger, 1988) yang merupakan self-report yang mengukur kemarahan seseorang. Kuisener dibuat dari beberapa skala dengan empat subscale; 1). *Anger Trait*, mengukur pengalaman kemarahan, 2) *Anger In*, frekuensi kemarahan, 3). *Anger Out*, ekspresi kemarahan, 4). *Anger Control*, usaha untuk mengontrol kemarahan (Spielberger, 1988).

Adapun data analysis yang digunakan adalah *mixed-effects models approach* yang menggunakan assessment sebelum *treatment* yang dilaksanakan selama 16 bulan.

Setelah melaksanakan struktur covarian, dipilih sebuah pendekatan model HLM (*Hierarchical Linear Modeling Approach*), dengan alasan; *pertama* untuk mengukur tiga kontrol kondisi yang berbeda dampak dari ketrampilan yang digunakan, *kedua*, perbedaan rata-rata perubahan dalam DBT dimana digunakan kombinasi dua treatment kelompok, yaitu: DBT dan kontrol kondisi. Selanjutnya untuk menguji mediasi dalam konteks multi-level models, prosedur yang digunakan adalah dasar Krull and MacKinnon (2001), yaitu menurut kondisi temporal connection yaitu mediator harus memiliki tiga kriteria, yaitu; 1). Independen variabel harus signifikan berhubungan dengan mediator (DBT dengan ketrampilan yang digunakan), 2). Independent variabel harus signifikan dalam memprediksi outcome variabel (anger), 3). Mediasi Penuh (*fully mediated*); yaitu ketika terjadi hubungan antara independent variable dengan outcome tidak nampak ketika mediator masuk pada equation. Jika mediator masuk pada equation sedangkan koefesien antara *independent* variabel dan *outcome* nampak berkurang, maka *evidence*-nya dinyatakan *partial mediation*.

Pada hasil akhirnya disimpulkan bahwa ketrampilan DBT berguna terhadap *outcome treatment* terbukti secara signifikan meningkatkan target perilaku ketrampilan dari pada kontrol *treatment* yang ada. Analisis HLM dapat mengukur interaksi antara waktu dan kondisi kontrol pada setiap ketrampilan yang

digunakan. Alhasil dari kesimpulan para peneliti bahwa model DBT dapat digunakan untuk mengukur moderat-mediasi dengan pendekatan statistik, dimana kondisi *treatment* (DBT atau kontrol) dapat dipertimbangkan sebagai mediasi dan ketrampilan yang efektif.

Sebagaimana diketahui bahwa tujuan penelitian tersebut adalah untuk menguji BPD secara individual dengan menggunakan ketrampilan DBT dengan *treatment*-nya serta mengetahui tingkat hubungannya dengan variabel *outcome*. Pada akhir penelitian ini, mereka juga memunculkan beberapa temuan sebagai bahan diskusi selanjutnya, yaitu: 1). Semua partisipan melaporkan sudah menggunakan sebagian ketrampilan DBT sekitar 50% sebelum *treatment* dimulai, 2). Para partisipan yang ditreatment dengan DBT melaporkan bahwa menggunakan ketrampilan-ketrampilan tersebut melalui *treatment* tersebut lebih nampak signifikan dibandingkan pada kondisi kontrol, 3). Ketrampilan DBT dengan mediasi penuh (*fully mediated*) terhadap kasus usaha bunuh terutama pada NSSI, 4). Ketrampilan-ketrampilan tersebut efektif untuk menjadi mediasi dalam perubahan partisipan setelah kegiatan selesai, sebagai indikatornya adalah perubahan emosi distress merubah (*Anger Control and depression*) (Neacsiu, Andrada D. dkk. 2010). Temuan-temuan tersebut nantinya akan dijadikan acuan pembahasan oleh penulis pada paparan bab selanjutnya.

Bab III

Trajectory Metaanalisis Dialektika Behaviour Therapy dalam Konseling dan Psikoterapi

Ada beberapa temuan yang menarik dari kajian DBT ini, baik dari tataran wacana konseptual maupun aplikasi dalam *treatment* dan intervensi. Oleh karena itu, pembahasan ini diistilahkan oleh penulis dengan tiga jalur metaanalisis mencermati Dialectika Behavior Therapy, yaitu:

1. Dinamika Perspektif yang Berbeda dalam Sistem yang Sama
2. Fleksibilitas DBT dalam ranah konseling dan psikoterapi
3. Konseptualisasi Empat Tahapan DBT

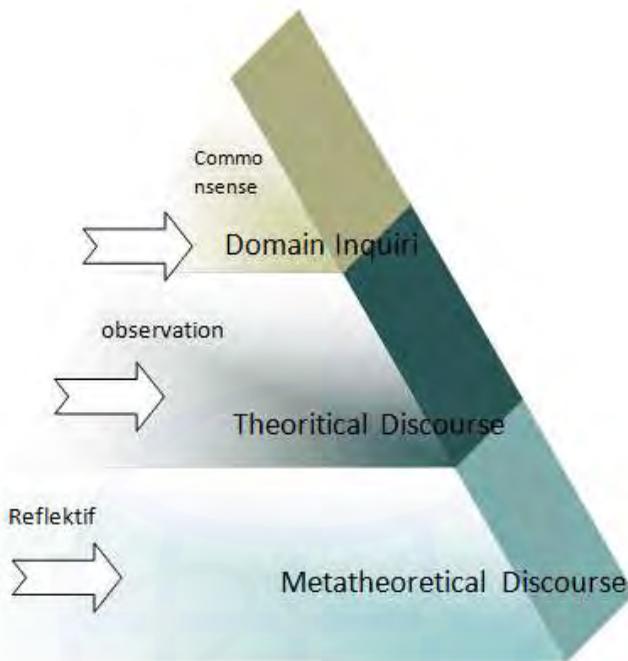
A. *Metatheoretical & Metamethode: Dinamika Perspektif yang Berbeda dalam Sistem yang Sama*

Setelah mencermati konsep dasar metatheory dan metamethode, penulis mencoba membuat ilustrasi yang dapat mendiskripsikan temuan konsep DBT ini. Pada dasarnya konsep DBT tidak lain adalah bersumber dari teori besar yang melandasinya yaitu cognitive behavioral terapi. Selanjutnya dengan mengadakan diskusi dan kajian lebih lanjut diformulasikan dengan berbagai teori dengan penguatan observasi, dan ditemukan suatu model yang dianggap menjawab kebutuhan klien dengan munculnya beberapa strategi dan teknik intervensi yang bervariasi. Namun ada beberapa catatan penting yang perlu dipertegas bahwa semua proses yang dilakukan dalam DBT secara scientific masih diperlukan pembuktian, validasi dan verifikasi. Proses pengembangan dan penelitian serta pelatihan dengan model DBT ini masih terus berjalan. Demikian juga dengan keterlibatan para klien dengan berbagai settingnya, tentunya yang diharapkan adalah DBT dapat teruji kemanjurannya pada berbagai setting problema yang ada.

Untuk itu, perlu dikaji terlebih dahulu beberapa temuan yang sangat menarik dalam perkembangan DBT secara historical background, yaitu: Cognitive Behavioral Therapy CBT yang merupakan cikal bakal dari semua teori ini yang digagas oleh Donald Meichenbaum (1977) yang juga mengakar dari pendahulunya Alexander

Romanovich Luria (1961) seorang psikolog Rusia. Meichenbaum bersama Goodman mempublikasikan idea “*turtle technique*” nya pada tahun 1971 yang menyajikan prosedur self-instruction untuk membantu anak dalam mengontrol agresi. Dari sinilah selanjutnya muncul beberapa teori yang berfariasi di antaranya: Dialectical Behavior Therapy DBT-Linehan MM pada tahun 1993, Acceptance and Commitment Therapy ACT-Hayes SC dkk pada tahun 1998, Metacognitive Therapy MCT-Wells A pada tahun 2000, dan Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT-Segal ZV pada tahun 2002. Pada tahun-tahun terakhir ini ACT, DBT, MBCT, dan MCT disebut-sebut sebagai bentuk gelombang baru “*new wave*” dalam ranah kognitif behavioral terapi.

Sebenarnya kelompok ini tidaklah sesuatu yang benar-benar baru tetapi memang teknik dan strateginya saja yang dikembangkan sedemikian rupa sesuai dengan setting yang ada. Semua terapi tersebut tidak lain adalah bagian besar dari keluarga CBT. Komentar dan perspektif ini juga digembar-gemborkan oleh Hoffmann dkk (2010), sebagai bentuk kritik konstruktif yang layak untuk dipertimbangkan. Berikut penulis mencoba membuat skema yang mendiskripsikan sebuah piramide inquiri yang melatarbelakangi sebuah metatheory.



Untuk mengetahui perkembangan individu secara praksis dalam perspektif metatheory, sebenarnya ada beberapa kajian yang melatarinya, misalkan bila beracuan pada pembahasan ekspresi dan instrumen pada diri individu dan emosi. Ada dua pendekatan yang mengacu pada model *inquiry* yaitu pendekatan fungsional dan adaptasional. Pada pendekatan fungsional lebih mengarah pada sistem ekspresi emosi yang nampak secara *exclusive* (terbuka), sedangkan pada pendekatan adaptasional lebih nampak secara *explicit* (tertutup) pada kondisi *interest* dan struktur mental. Kedua perspektif ini sebenarnya tidaklah dikatakan dalam formasi yang

dikotomis, tetapi dapat dijadaikan satu pandangan yang unik dengan cara yang equal saling melengkapi (*as co-equal complementary process*). Dengan demikian kedua pendekatan itu sama-sama diterima, bukan berarti sebagai dua dikotomi yang dibedakan, tetapi sebagai perspektif yang berbeda dalam satu dinamika sistem yang sama.



Untuk memahami bagaimana proses pembentukan DBT sebagai bentuk dari dialectika suatu teori. Penulis mencoba memperbandingkan antara konsep DBT dengan ACT. Sebagaimana pembahasan sebelumnya DBT memiliki dasar treatment *acceptance* dan *change*, konsep ini dapat dikatakan sama dengan pendekatan *Acceptance and Commitment Therapy* –ACT (Hayes dkk 1998), kesamaan ini dapat dilihat dari lima aspek; *pertama*, problema pasien atau klien yang dialami pada DBT adalah borderline personality disorder, sedangkan ACT adalah psychosis kedua-duanya merupakan problema yang sulit dan tidak responsif terhadap treatment, *kedua*: pendekatan yang digunakan dapat di alih tangankan pada tim, sehingga dimungkin perlu dipertanyakan tingkat

originalitasnya. DBT dengan mengadaptasi dari sistem kepedulian sosial, sedangkan ACT pada pendekatan efektifitas penelitian quasi eksperimen, *ketiga*: kajian penelitiannya lebih mengacu pada *treatment* empirik yang didukung dengan beberapa alternatif, bukannya mengkondisikan control yang tidak di-*treatment*. Oleh karena itu, terkadang kajian ini menghasilkan *outcome* yang nampak efektif. *Keempat*; *outcome* yang diperoleh bersifat proses perubahan bukan penemuan alternatif model *treatment* yang ditargetkan. *Kelima*; keduanya memiliki satu komponen lain yang disebut dengan teknologi. Dengan kedua teori yang dikembangkan oleh masing-masing punggawanya, tidak berarti semuanya sama, tetapi memang berbeda dari konsep metamethodenya.

Ada satu kesan penyebutan teori DBT berdiri sendiri sebagai suatu *treatment* baru menjadi bias dan kurang tepat. Dalih ini juga disebut sebagai justifikasi bahwa apa yang ditemukan dalam DBT itu efektif. Padahal dengan keterbatasan jumlah partisipan atau pasien yang sedikit, menimbulkan kekuatan kajiannya menjadi berkurang. Oleh karena itu, dengan alasan apapun untuk membuat generalisasi adalah cara yang bersifat tentatif dalam artian tingkat relatifitasnya berbeda pada setiap *treatment*. Hal ini berpengaruh pada tingkat *outcome* yang dicapainya, sehingga domain *outcome* yang ada sebatas pada simptom perubahan saja.

Dengan kata lain berfokus pada domain mekanisme perubahan saja, bukan faktor yang menjadi permasalahan apa yang harus di-*treatment* (Clarkin, John F dkk. 2004). Hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Stepp, Stephanie D; Ameer J Epler; Seungmin Jahng; Timothy J Trull (2008) yang menyatakan adanya berkurangnya simptom borderline. Penelitian ini menggunakan Personality Assessment Inventory-Borderline Feature Scale (PAI-BOR) dengan partisipan 27 orang. Sebenarnya penelitian ini tidak cukup untuk menjastifikasi bahwa DBT efektif dalam melakukan perubahan, tetapi yang jadi point permasalahannya adalah bahwa penelitian ini berhasil efektif mengurangi simptom, bukan target perilaku yang diinginkan. Dengan demikian, jelaslah bahwa DBT dalam hal ini merupakan kajian yang berwujud *empirical evaluation*.

B. Fleksibilitas DBT dalam Ranah Konseling

Fleksibilitas penelitian dengan menggunakan DBT, seharusnya lebih dipertimbangkan lagi, mengingat bangunan dasar DBT adalah praktik intervensi. Sedangkan intervensi yang digunakan dari semua tahapan dan prinsip DBT merupakan sebuah *treatment* bukan penelitian yang sebenarnya. Hal ini nampak dari beberapa temuan yang menyatakan bahwa: a). Praktik DBT memiliki resiko *treatment* yang tinggi. Mengenai resiko *treatment* ini ada satu pernyataan yang menyatakan

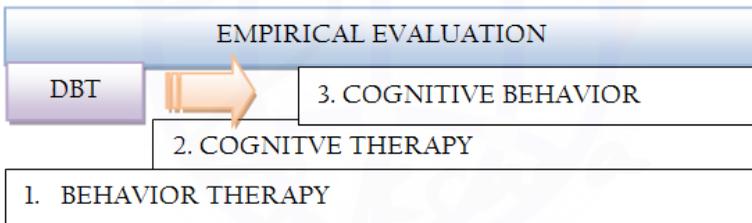
bahwa DBT tidak lain adalah suatu evaluasi empirik semata, bukan bentuk terapi yang sebenarnya (Hayes, S. C, dkk. dalam percetakan), b). Tujuan yang terkandung dalam DBT merupakan bentuk dari cara hidup agar lebih berarti, bukan “pengurang rasa sakit” pada diri klien, c). Proses terapi yang dilaksanakan dapat dinyatakan proses yang panjang dan hal ini bergantung pada “kesepakatan” antara klien dan terapis untuk sama-sama melakukan proses treatment, seperti acuan “*from cradle to grave*”. Konsep ini yang akhirnya, membuat satu kondisi tahapan *pre-treatment* yang diundangkan dalam sebuah komitmen yang pertama masalah tujuan treatment yang kedua komitmen untuk mengikuti rencana yang telah dibuat (Charles R. Swenson, M.D., dkk. 2001), d). Perbedaan kompetensi dan ekspektasi antar para terapis klinis dalam *treatment* yang berparadigma *philosophi*. Kondisi ini menyebabkan adanya satu kondisi yang rentan secara psikologis dan sistem keyakinan yang mereka konstruks.

DBT juga berpeluang dalam bentuk yang berbeda dalam sebuah “pertanyaan apakah DBT dengan ketrampilannya itu sebagai mediator ataukah juga sebagai *outcome* dalam *treatment* yang dimaksudkan terhadap BPD?”. Pertanyaan ini sungguh membuat semua peneliti dan pengembang DBT bergerak untuk membuktikannya di antaranya dengan terus berkarya untuk menemukan formula-formula baru yang dapat divalidasi sebagaimana yang dilakukan oleh Neacsiu,

Andrada D. dkk, (2010). Namun demikian, ada yang menarik dengan yang dilakukan oleh para peneliti pengembangan *treatment* DBT, bahwa disebutkan adanya *treatment* baru yang dikembangkan dalam DBT. Padahal yang dikembangkan adalah manualnya dari sisi bahasa dan *setting* pasien atau klien yang berbeda (Robins, Clive J, Alex L Chapman, 2004). Bila diamati lebih detail bahwa DBT memang merupakan intervensi yang bersifat empirik, hal ini nampak pada praktek program yang terpolakan dalam bentuk “*skills culture*,” yaitu DBT secara pragmatis, tahapan kegiatannya kongkrit dengan konsep “*here and now*” diharapkan dapat memberikan atmosphere pelatihan yang dapat mendorong pada perubahan (Charles R. Swenson, dkk. 2001). Sekali lagi, memang demikian yang terjadi pada DBT, tetapi hal ini unik, bila mengacu pada konsep temuan metatheori dan metametode yang harus dicari dalam sebuah model penelitian yang harus menemukan perubahan pada tataran yang lebih kongkret spesifik, bukan sebatas simptom.

Beranjak dari tarik ulur sebuah konstruk terapi yang dikembangkan oleh Linehan dan para koleganya, serta di satu sisi Hayes dengan para koleganya, selanjutnya Hofman dengan usahanya untuk mencoba mengkritisi dan menganalisisnya dengan cara yang berbeda. Tentunya sangat menarik pula bila dikembangkan pada terma substantif dari masing-masing *treatment* tersebut. Pada awalnya *behaviour therapy*

dianggap sebagai gelombang awal dalam ranah terapi dengan model empirical evaluation, selanjutnya cognitive therapi yang disebut dengan gelombang kedua dengan model yang sama. Kemudian penggabungan keduanya, *cognitive behavior therapy* menjadi gelombang yang ketiga, yang disebut sebagai CBT tradisional. Pertanyaan selanjutnya apakah DBT dengan model yang sama, sebagaimana gelombang yang kedua dengan menggunakan pendekatan dialektiknya?. Selanjutnya dimunculkan gelombang baru dengan pendekatan CBT modern yang dikenal dengan DBT atau lainnya?. Untuk mencoba mencermati diskusi ini, penulis mencoba memformulasikan temuannya dalam skema berikut.



Secara keseluruhan basis *treatment* yang dicanangkan adalah empirical evaluation, sehingga pelaksanaan terapi sangat bergantung pada konteks yang ada. Bila melihat pada konsep Rogers (1942: 27-31) yang pernah mengungkapkan bahwa pendekatan *psychotherapy* bukan sesuatu hal yang baru, namun memang pembahasannya terus baru dan berkembang. Dia hanya menyebutkan suatu pendapat yang dapat disebutkannya sebagai sesuatu hal yang *old and new viewpoint*, dan

selanjutnya dia mengagas sebuah pendekatan baru yang disebutkannya sebagai “a newer psychotherapy”. Pembahasan yang pertama adalah masalah asumsi dasar, yaitu ada dua; 1). Konselor adalah orang yang memiliki kompetensi dalam memutuskan tujuan yang diinginkan oleh individu, serta dapat memberikan pertimbangan nilai dan situasi yang tepat dengan kata lain “*The counselor knows best*”. 2). Konselor dapat mengungkap individu melalui teknik tertentu, sehingga dapat memilihkan tujuan yang diinginkan oleh seorang klien. Lebih lanjut apa sebenarnya yang menjadi ciri khusus dari pendekatan baru ini. Ada tiga karakteristik yang diungkapkan, yaitu: 1). Tujuan dalam pendekatan ini berbeda dengan sebelumnya. Pendekatan ini bertujuan bagaimana membuat klien dapat merasa mandiri (*independence*) dan menyatu (*integration*). Tujuannya bukan untuk menyelesaikan masalah tetapi bagaimana dia secara langsung dapat tumbuh berkembang sendiri. 2). Pendekatan ini lebih menekankan pada pembahasan stress dan perasaan-perasaan dan aspek intelektual, yang semuanya itu terkait dengan element-element emosi. 3). Pendekatan ini lebih menekankan aspek stress yang terjadi pada masa lalu. Karena pada dasarnya pola-pola emosi ini yang mempengaruhi secara signifikan terhadap tujuan individu.

Selanjutnya menyinggung masalah proses interaksi, ada empat karakteristik hubungan dalam konseling, 1). Hubungan emosional yang mendalam, dengan penuh

Keakraban dan tanggungjawab, 2). Hubungan konseling yang beracuan pada keterbukaan dan penerimaan dalam menghargai ekspresi perasaan seorang klien, sehingga klien dapat menyadari perasaan dan sikapnya secara langsung tanpa adanya perilaku agresif atau perasaan bersalah atau malu yang sangat berlebihan dalam hubungan tersebut, 3). Hubungan yang dapat membawa konselor pada diri klien secara mendalam (*insight*), 4). Hubungan yang tidak ada paksaan dan tekanan. (Rogers. 87-90). Runtut hubungan intervensi ini dapat dipadupadankan dengan konsep *developmental stage*, maka dapat diasumsikan adanya kesesuaian strategi dan proses secara kontingensi (Capuzzi & Groos. 2007).

Mencermati konsep awal Rogers ini, sebenarnya apa yang ada pada DBT tidak jauh berbeda dengan apa yang dilakukan Rogers pada tahun 1942. Satu hal yang membedakan adalah dinamika kekinian dengan berbagai *setting*-nya. Cara dan strategi konseling yang berbasis psycoterapi Rogers ini akan dapat dilihat outcomenya secara riil dengan adanya perilaku atau problema yang menjadi tujuan treatmen secara spesifik dan dapat dieksplorasi. Selanjutnya pada DBT pada strategi yang keempat lebih menekankan pada aspek lain yang mungkin hal ini disebut dengan istilah biososial. Pada aspek ini, keterikatan individu pada proses treatmen nampak kelihatan. Pertama pada aspek media, atau sarana teknologi yang digunakan. Kedua, setting tujuan perilaku yang diinginkan dalam katagori yang berbeda,

misalnya dengan istilah praktis spiritual ataupun kepuasan spiritual. Bila dicermati, alasan yang pertama dapat diterima dengan konteks kekinian, tetapi sungguh kurang berhasil pada aspek independensi dengan limit waktu yang telah menjadi kesepakatan “komitmen”. Sedangkan alasan yang kedua, sungguh akan berbeda karena desain yang dibuat dalam dialectika adalah keseimbangan *treatment*, bukan berarti menduakan *treatment* antara harus berubah ataukah menerima. Konsep ini yang menjadi perspektif yang berbeda dan perlu dikaji lebih lanjut. Untuk itu, dalam pembahasan selanjutnya penulis akan mencoba mencari tahu tentang kedua konsep ini.

Para ahli filsafat dan para *psycoterapis* mendefinisikan spiritual sebagai bentuk dari dunia lain “*otherwordly*” atau transenden dari dunia ini. Untuk menjembatani istilah ini terkadang digunakan istilah *magic* atau *supernatural*. Istilah ini bukan berarti sebagai cara untuk membenarkan istilah agama sebagaimana yang diyakini oleh sebagian orang yang berbeda dengan para filosof maupun *paratherapis* yang terkadang dikontradiksikan dengan paradigma sekulerisme. Diskusi masalah spiritual ini, ada banyak tataran yang berbeda dalam prakteknya di antaranya ada yang menyebutkan bahwa terma konseling spiritual tidak lain adalah suatu kondisi yang *emergensi* yang diistilahkan oleh Stanislav Grof’s sebagai bentuk spiritual *emergency*. Istilah ini digunakan untuk mengungkapkan adanya

framework dalam diri individu tatkala mengalami kondisi krisis di antara peningkatan diri pada tahap baru dalam kesadaran diri (Ankrah, 2002). Dalam terma konseling dan psikoterapi bahwa paradigma spiritualisme, digunakan untuk menghubungkan antara alam dengan individu yang pada akhirnya dapat mengungkap *framework* keyakinan dan pengalaman individu yang paling dalam (Lines, 2002). Kedua perspektif ini adalah sama dalam katagorisasi yang dibuat untuk mendefinisikan sebuah temua. Namun yang menjadi central idea adalah bahwa terma ini dapat dijadikan pembenaran bahwa dalam konsep konseling dan psikoterapi baik yang diungkapkan Jung dan Rogers, memiliki cara yang hampir sama yaitu dengan pendekatan heuristik.

Dalam mengungkap insight pada diri klien tentunya yang dilakukan DBT sesuai dengan pendekatan psikoterapi, namun yang perlu dipelajari lagi adalah dimanakah letak *starting poin* pada *treatment* ini. Ada tiga element yang dapat dilihat pada pendekatan paradigma spiritual dalam konseling dan psikoterapi (Lines. 2002), yaitu; 1). Hubungan konseling yang bersifat *person-centered*, 2). Proses konseliling yang bersifat dinamik (*psychodynamic*), 3). Teknik dan intervensi yang digunakan merupakan bentuk adaptasi dari praktek (*cognitive-behavioral*). Tiga elemen ini yang saat ini menjadi acuan dasar dalam paradigma konseling

spiritual. Selanjutnya, bagaimana keterkaitannya dengan DBT, sangat tidak dimungkinkan terjadi bias pada saat dilaksanakan *treatment*, asalkan dalam target perilaku yang dituju sesuai dengan canangan atau harapan klien pada saat dilaksanakan komitmen. Dengan demikian, proses ini menjadi penting karena menjadi tolok ukur keberhasilan konseling sebelumnya. Sebagaimana canangan kriteria hubungan konseling memiliki empat karakteristik, yang diantaranya adalah tidak adanya unsur pemaksaan dalam pilihan perilaku tujuan untuk berubah. Memang terbukti setelah dua tahun DBT berkiprah dia harus menghadapi tantangan baru yang bersifat sistemik, dengan berkolaborasi dengan DBT *Accepting the Challenges of Exiting the System* (DBT ACES) yang lebih fokus pada pelatihan-pelatihan ketrampilan dan *self sufficiency*, yang secara bertahap memberikan pengarahan dalam menyusun tujuan, *problem solving*, *trouble shooting*, *dialectic* dan *reinforcement*, dan hal ini dilakukan di luar areal klinik (Comtois dkk., 2006).

C. Konseptualisasi Empat Tahapan DBT

Konseptualisasi pada empat tahapan yang ada pada DBT, sebenarnya sulit untuk dipilah-pilah mana yang paling dominan dalam proses intervensi. Namun demikian, konsep ini terbantahkan oleh istilah *dialectic* yang dikembangkan Linehan, yaitu; konsep penerimaan dan perubahan. Sekalipun demikian, perlu dikaji lebih lanjut apa yang menjadi argumentasi Linehan tersebut.

Pada awalnya nampak kedua konsep tersebut merupakan pandangan konstruktif, namun dalam sisi lain faktor humanis eksistensial tidak kalah dominannya dalam menerima perubahan yang dimaksudkan oleh Linehan tersebut. Lebih lanjut Linehan dan teman-teman menyebutnya sebagai program dalam program. Argumentasi ini akan lemah tatkala, pada tahapan yang keempat pada DBT yaitu bagaimana mengemas sebuah treatment dengan pendekatan spiritualitas. Diskripsi ini akan muncul dalam beberapa penjelasan berikut;



DBT pada empat tahapan dapat diperjelas sebagaimana berikut, tahap pertama adalah pencapaian

kemampuan dasar; mengurangi perilaku yang tidak bermakna dan meningkatkan ketrampilan dasar dalam *mindfulness*, *interpersonal effectiveness*, *emotion regulation*, *distress tolerance*, dan *self manajemen*. Sedangkan pada tahap kedua lebih fokus pada masalah emosi. Pada tahap ketiga, ketrampilan dasar yang berhubungan dengan interaksi sosial dan dinamika kelompok, seperti di dunia kerja, sekolah dan sebagainya. Pada tahap keempat, lebih berfokus pada nilai dan penerimaan diri dalam menghadapi hidup dan kehidupan, bagaimana berjuang dan bagaimana bertahan hidup. Terapi pada tahapan ini lebih fokus pada penguasaan ketrampilan hidup untuk lebih nyaman, dan puas sekalipun masih disadari adanya kesulitan (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007, Hayes, S. C, dkk. tt).

Memang dalam prakteknya keempat tahapan ini bisa dibolak-balik artinya tidak harus berurutan dalam proses intervensi. Melihat proses seperti ini menurut penulis, sebenarnya sangat rapuh untuk dilakukan justifikasi bahwa mana treatment yang paling dominant pada saat intervensi dilakukan untuk problema tertentu; misal kasus bunuh diri ataupun lainnya. Sedangkan bila diklaim bahwa DBT lebih tepat untuk kasus borderline BPD misalnya, juga tidak tepat. Lantaran masing-masing intervensi dalam tahapan tersebut juga memiliki target yang berbeda sebagai proses maupun hasilnya, bahkan disebutkan bahwa DBT sebagai bentuk pendekatan treatment yang integratif, sebagai pengganti untuk tidak

menyebutkannya sebagai treatment yang kompleks (Michaele A. Swales. 2009). Untuk lebih tepatnya, perlu disajikan beberapa hasil temuan dari para ahli yang dikemas dari beberapa jurnal.

1. *Complementary Therapi*

Bahwa DBT ada banyak kemiripan dengan beberapa terapi yang ada pada saat ini, semisal dengan MI (*motivational interviewing*) terma ini juga membuktikan bahwa secara prosedural, tujuan dan strategi praktis kedua terapi tersebut bisa dinyatakan sama tetapi digunakan dengan bahasa yang berbeda, oleh karena itu terapi ini dapat disebut sebagai *bilingual therapy* (Osborn, 2010).

Pada MI ada dua tahapan prosedur mekanisme perubahan yang dicanangkan, yaitu: 1). Membangun motivasi untuk berubah, melalui mengeksplorasi keinginan, kemampuan, alasan dan kebutuhan untuk berubah. 2). Memperkuat komitmen untuk berubah. Sedangkan pada DBT dua tahapan tersebut adalah: validasi dan problem solving. Adapun kemiripan yang ada pada dua terapi tersebut adalah; a). Memenaj resistensi dan menyikapi kondisi yang ambivalence. b). Model terapeutik kolaboratif dan konsultatif. c). Memperkuat motivasi dan keyakinan. d). Menguji dan mempraktekkan perubahan yang ditargetkan dalam terapi.

Perbedaan yang mencolok pada masing-masing terapi dapat dilihat pada aspek; a). durasi waktu

pelaksanaan terapi, b). methapor yang digunakan untuk menyikapi perubahan yang positif antara resolusi problem pada MI dan keseimbangan pada DBT, c). Pola terapi yang digunakan, pada DBT beracuan pada ketrampilan behavioral sedangkan pada MI beracuan pada *cognitive emotion psychotherapy*. Oleh karena itu target perilaku pada DBT mempertanyakan “bagaimana klien berubah” sedangkan pada MI “mengapa klien berubah”. d). Model konsultasi dan supervisi yang digunakan pada DBT lebih bersifat validasi dan analisis solusi, sedangkan pada MI lebih bersifat diskusi tentang hasil supervisi yang dilakukan.

Bagaimana menggabungkan kedua terapi ini menjadi suatu pendekatan yang dapat lebih saling melengkapi dan dapat memberikan hasil yang positif bagi klien. Tentunya hal ini dapat diwujudkan dengan mencermati tingkat konsentrasi dan ketertarikan dalam proses, simbol dan motto yang diinginkan sebagai bentuk pertimbangan pada target terapi. Ada dua hal yang menarik dari temuan ini yaitu; bagaimana kedua terapi ini memiliki spirit yang sama dalam praksisnya dan bagaimana keduanya juga dapat menyikapinya dalam bentuk strategi emergensi terapis.

2. Herarki Target *Treatment Integrative*

DBT merupakan hasil pengembangan dari berbagai populasi dan setting, disamping itu DBT juga

gabungan dari berbagai konsep dan teknik, misalnya *client centered*, *psychodynamic*, gestal, strategi dan sistem orientasi yang ada pada *cognitive behavioral therapy* (Scheel, 2000). Melihat konsensus ini yang muncul pada benak penulis adalah bagaimana herarki target treatment yang sebenarnya dari konsep DBT ini. Menurut keterangan yang dapat digali dari DBT yaitu adanya dua target *treatment* yang menjadi acuan dalam terapi, yaitu: mengurangi krisis perilaku yang muncul, dan meningkatkan kemampuan *self validation*. Pada dua tahapan ini yang paling mencolok untuk dilakukan kajian lebih lanjut adalah pada aspek yang kedua yaitu; *self validation*. Pada target ini, ada beberapa target treatment yang dicanangkan yaitu; a). *Mindfulness*, b). *Distress tolerance*, c). *Emotion regulation*, d). *Interpersonal effectiveness*, e). *Validation and empathy*.

Mindfulness, yang dapat diterjemahkan secara bebas adalah berfikir secara hikmah, atau dengan istilah Linehan *wise mind*. *Mindfulness* sebenarnya bentukan dari emosi berpikir dan berpikir reasonable. Pada emosi berpikir seorang klien akan merasakan terkontrol dengan reaktifitas emosinya. Selanjutnya dengan kemampuan berpikir reasional dia dapat berpikir secara logis dan kritis. *Mindfulness* juga menjadi ciri perkembangan pada dunia psikoterpi dimana pemahaman *western* digabungkan dengan pemahaman *eastern* yang secara *philosophis*, religi dan

spiritual dikolaborasi, sehingga tidak jarang ditemukan beberapa term yang terkait dengan budaya *indigenius*. Ada beberapa model yang telah dikembangkan para ahli dalam hal ini, yaitu;

- a. *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) merupakan program yang dikembangkan dan dimodelkan oleh Kabat-Zinn (1990),
- b. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) yang dikembangkan oleh Segal et al. (2002)
- c. *Mindfulness-based interventions and health benefits* merupakan kajian meta-analyses yang menggabungkan antara MBSR dan MBIs yang dilakukan oleh Grossman et al. (2004).

Selanjutnya kajian yang mencoba meramu berbagai setting dan populasi tersebut, adalah DBT sekalipun kemunculannya ini tidak berdasarkan tahunnya, tetapi DBT lebih nampak populer dengan isunya sebagai gelombang baru dalam psikoterapi. Mengenai *mindfulness* ini ada enam ketrampilan yang diajarkan dalam DBT ini, yaitu; pertama ketrampilan “apa” yang membuat klien dapat berpikir bijak, yaitu 1). Mengobservasi; merasakan dan memasuki pengalaman yang digapainya dengan berusaha untuk merubah atau meninggalkannya, 2). Mendiskripsikan; memberikan label tertentu dengan kata-kata yang sederhana melalui hasil identifikasi pengetahuan, emosi serta saran dari orang lain tanpa melakukan tindakan sendiri, 3). Partisipasi; yaitu bagaimana

temuan yang dihasilkan menjadi lebih komplit dan dapat digunakan untuk pengalaman selanjutnya. Selanjutnya tiga yang lain adalah ketrampilan “bagaimana” ketrampilan “apa” itu dapat berjalan dengan baik, yaitu; 4). *Nonjudgmentally*: bagaimana klien tidak gampang memberikan penilaian baik dan buruk, 5). *One mindful*; bagaimana seseorang dapat lebih konsentrasi pada satu tugas bukan banyak tugas, 6). *Efektif*; yaitu bagaimana klien dapat melakukan sesuatu secara seharusnya, dengan bebas bekerja untuk mempersiapkan apa yang akan datang (D. Mc Cown et al., 2010).

Pada point kedua ini yang menjadi perhatian penulis adalah *distress tolerance* dan *emotion regulation*, satu canangan yang menjadi pokok kajiannya adalah bagaimana point ini menjadi lebih penting dalam proses pra-treatment dan treatment. Senyampang dari hal itu, bahwa perkembangan individu pada saat datang untuk melakukan terapi, belum tentu dapat dikategorikan membutuhkan distress toleransi tersebut sebagai kebutuhannya selanjutnya. Untuk itu, hal ini perlu didiskusikan lebih lanjut. Pada tataran aplikasi bahwa DBT telah melontarkan dua kondisi emosi yang disebut dengan istilah *emotional vulnerability* atau *emotional insensitivity*. Kedua istilah ini muncul dikarenakan memang basis teori DBT adalah *biosocial theory*, bahwa munculnya BPD merupakan

hasil dari transaksi antara dua hal tersebut. Hal ini nampak pada kondisi individu yang mengalami ketidakmampuan dalam mengelolah diri atau disregulasi. Oleh karena itu, dalam setiap *treatment* yang dilakukan dengan pendekatan DBT pelibatan lingkungan sangat dominan dalam proses validasi. Menurut DBT proses ketidak validan lingkungan pada setiap individu yang bermasalah “*psychopathy*”, dapat dikategorikan dalam 3 cara, yaitu: 1). Perhatian yang lebih atau ekstra ketat, 2). *Reinforcement* terhadap perilaku antisosial, 3). Cara mencontoh perilaku antisosial yang menimbulkan masalah stres atau penyimpangan dalam keluarga atau lingkungan (Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007).

Sebagaimana DBT dengan basisnya yang mengakar dari CBT, tentunya pelibatan pemahaman, emosi, dan aktifitas perilaku individu dapat dijadikan rujukan dalam proses pengembangan terapi secara integratif. Satu titik temu yang menyatakan hal ini adalah bahwa pendekatan *cognitive behavioural* menerjemahkan kognisi secara devinitif sebagai pemahaman diri akan atribut, keyakinan, memori, harapan dan gambaran diri. Sedangkan secara isu pengembangan lebih ditekankan pada perubahan individu mulai dari faktor usia biologis, sosial, emosional dan fungsi kognisi. Oleh karena itu, kemas dalam DBT tidak menutup kemungkinan untuk mengembangkan aspek lain yang ada di luar diri individu (Gresham, 2005).

Bab 50

Penutup

A. Kesimpulan

Ada beberapa temuan yang menarik dari kajian DBT ini, baik dari tataran wacana konseptual maupun aplikasi dalam treatment dan intervensi, di antaranya adalah sebagaimana berikut;

1. Ada dua pro dan kontra terhadap DBT, tetapi yang lebih tepat untuk menyikapinya adalah bagaimana menempatkan DBT pada porposinya. Dialektika tidak semuanya dapat mengakomodir sesuatu yang dikotomi, tetapi memang dua aspek yang berbeda belum tentu melahirkan sesuatu yang patut untuk dikontradiksikan, bahkan ada kecenderungan untuk saling menguatkan dan menunjang pada pencapaian tujuan yang sama. Hal ini dapat dilihat pada temuan

karakteristik sebuah terapi yang bersifat komplementari dan integratif.

2. Pada tataran outcome yang hendak dicapai dalam DBT dapat dinyatakan adanya dinamika penguatan kajian teoritis dan methodologis. Namun demikian, yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah pada areal pengembangan penelitian baik secara metatheory maupun metamethode. Karena pada dasarnya dampak pengiring yang muncul sebagai bentuk temuan atau outcome treatment, sebenarnya bukan jaminan untuk dijadikan sebagai bentuk isu yang menarik untuk disikapi pada setting dan populasi tertentu. Hal ini dapat dilihat pada kondisi real di masyarakat. Misalnya DBT dapat dikatakan pada daerah tertentu dengan setting tertentu pula, tetapi hal itu belum menjamin keberhasilannya pada areal lainnya. Amerika berbeda dengan India, yang notabnya – kajian mindfulnessnya- dapat diadopsi dari daerah tersebut. Demikian pula dengan di Indonesia yang tentunya memiliki model-model terapiutik yang indigeneus.
3. Prospek atau daya prediksi DBT dalam tataran pengembangan metaanalisis masih terus berjalan sehingga tepat sekali yang dilakukan oleh DBT untuk melakukan validasi secara kontinum. Aspek realibilitas dan interest para klien dalam mengikuti terapi atau pelatihan ini seyogjanya menjadi pilihan yang tepat untuk menjadi pemicu pengembangan DBT selanjutnya. Oleh karena itu, DBT masih dalam proses pembentukan sebuah therapi yang masih perlu

dikembangkan lebih lanjut.

4. Kajian DBT makin menguatkan adanya dua karakteristik dalam sebuah terapi yaitu; komplementari terapi dan integrative terapi. Kedua hal ini ada dapat menjadi simbul adanya sebuah dialektika dalam terapi, sekalipun dialektika yang dimaksudkan dalam DBT tidak semuanya adalah penggabungan dari dua hal yang kontradiktif tetapi sebuah sintesa dari thesis dan antithesis yang ada dalam paradigma teori dan model dalam psikoterapi. Perspektif ini menjadi salah satu tolok ukur perkembangan dunia psikologi dan psikoterapi, baik pada tataran klinis maupun nonklinis.

B. Refleksi

Ada beberapa saran yang dilontarkan penulis dalam kajian ini, yaitu; pertama terkait dengan pengembangan DBT secara khusus dan kedua pada parapraktisi konseling dan psikoterapi di Indonesia.

Adapun saran untuk pengembangan DBT secara khusus adalah DBT sebagai bentuk pengembangan kajian praktis psikologis dan bukan bias kepentingan budaya ataupun lainnya. Memang hal ini tidak terlalu kentara pada tataran dialektika antara behaviorisme dan cognitivisme, ataupun antara change dan acceptance, tetapi pada tataran polemik “yang lainnya” itu yang menjadi perhatian yang lebih utama. Dengan demikian, tidak akan muncul beberapa aliran atau bentuk terapiutik yang sedikit “dipaksakan” karena faktor yang

bukan atau tidak berhubungan dengan keilmuaan. Mudah-mudahan ini perspektif penulis semata dan mungkin karena keterbatasan penulis saja.

Sedangkan pada tataran yang kedua para praktisi di negara kita Indonesia, juga mungkin masih belum sampai pada tataran harus melakukan dikonstruksi besar-besaran pada bentuk formal organisasi dan reorganisasi konseling dan psikoterapi. Selama ini kiblat pengembangan keilmuan konseling dan psikoterapi adalah Amerika, sehingga para punggawa konseling dan psikoterapi di Indonesia hendak merasa terpanggil untuk bergairah dalam mengemas sebuah terapi yang dapat diterima. Hal ini mungkin sebatas wacana atau harapan yang besar, tetapi penulis merasakan konsepsi ini harus segera digagas melihat para alumni Amerika pada bidang ini, mulai banyak dan meningkat secara kualitasnya.

Glosari

ACT	: Acceptance and Commitment Therapy
BPD	: Borderline Personality Disorder
CBT	: Cognitive-Behavioral Therapy
DA	: Dialectical Assessment
DBT	: Dialectical Behavior Therapy
ED	: Emotional Dysregulation
ER	: The Emergency Room
MBCT	: Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MCT	: Metacognitive Therapy
MI	: Motivational Interviewing

DBT Validation Strategies:

Cara berkomunikasi antara therapist dan klien bukan hanya pada tataran empati saja, melainkan melibatkan emosi, pemahaman dan perilaku klien. Validasi ini merupakan keseimbangan strategi dalam menyimpulkan hasil pencarian therapist terhadap kekuatan, aspek kenormalan, dan efektifitas yang terjadi dalam diri klien melalui respon

yang muncul saat intervensi, sehingga pada saat ini klien juga diarahkan untuk dapat melakukan self validate. Istilah validasi sama dengan istilah effective dalam pembahasan yang lain.

Dialectical Assessment:

Bentuk informasi melalui dialectical filsafat, dimana seorang terapis dan anggota tim dalam melaksanakan treatment sama-sama memiliki asumsi bahwa bentuk kasus yang ditangani merupakan bentuk parsial, oleh karena itu dapat menilai mana yang harus ditinggalkan dan mana yang harus dilanjutkan.

Distress Tolerance: cara yang dilakukan individu untuk mengatur tingkat kontrol impuls

Emotion Regulation:

Kemampuan untuk mengatur secara total semua emosi, modulasi pengalaman emosi, dan menampilkan emosi secara tepat. Kemampuan ini dapat dilatih dengan cara mengurangi respon emosi yang tidak dibutuhkan, perilaku yang disfungsional, serta dengan cara meningkatkan emosi positif.

Emotion:

Pengalaman subjektif yang berkembang melalui interpretasi makna dan interaksi dengan lingkungan.

Emotional Intelligence:

Kemampuan individu dalam memonitor perasaan dan emosi dirinya sendiri dan orang lain.

Interpersonal effectiveness:

Ketrampilan individu dalam menerima hubungan objektif melalui membangun hubungan dan penghargaan terhadap orang lain. Ketrampilan ini juga merupakan salah satu bentuk ketrampilan asertif.

Mindfulness skills:

Ketrampilan individu yang terdiri dari bagaimana cara dia memfokuskan perhatian pada dirinya sendiri atau konteks tertentu, menjelaskan hasil observasinya, terlibat secara spontan, penuh kesadaran dalam proses tertentu, serta mampu mengembangkannya dalam tahapan yang lebih efektif lagi.

Para psikoterapis:

Orang-orang yang membuat desain perencanaan treatment, menjamin perkembangan perilaku target yang dilaksanakan dengan model DBT, membantu mengintegrasikan model terapi, melakukan konsultasi dengan klien untuk menggapai perilaku target yang diharapkan secara efektif, serta melakukan manajemen krisis bila diperlukan untuk keberhasilan proses treatment.

Terapis Utama:

Orang yang memiliki pengetahuan luas terhadap kemampuan klien. Dia juga bertanggungjawab untuk melakukan pengajaran penguatan, dan mengelompokkan respon-respon yang muncul dari klien dalam katagori tertentu.

Daftar Pustaka

- Ankrah, Lynda. 2002. *Spiritual emergency and counselling: an exploratory Study*, Counselling and Psychotherapy Research 2(1), the British Association for Counselling and Psychotherapy. p 55-60
- Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International 1970;1(2):184–200.
- Beck AT. *Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy*. Behav Ther. Universities Press; 1976.
- Capuzzi, Dave & Gross, Douglas R. 2007. *Counseling and psychotherapy: theories and interventions*. Pearson Education Ltd. Columbus. Ohio. 4th ed. h 6-9
- Charles R. Swenson, M.D., Cynthia Sanderson, Ph.D., Rebecca A. Dulit, M.D., And Marsha M. Linehan, Ph.D. 2001. *The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units*, Psychiatric Quarterly, Vol. 72, No. 4.

- Cindy Sanderson, 2008, *Behavioral Tech*, LLC 2133 Third Ave., Ste. 205, Seattle, WA 98121 Ph. (206) 675-8588 Fax (206) 675-8590 www.behavioraltech.org
- Clarkin, John F, Kenneth N Levy; Mark F Lenzenweger; Otto F Kernberg, 2004. *The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research*. Journal of Personality Disorders; Feb 2004; 18, 1; ProQuest Education Journals, pg. 52
- Comtois, K. A., Elwood, L. M., Holdcraft, L. C., Simpson, T. L., & Smith, T. R. (in press). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Cottone, R. Rocco. 1992. *Theory and Paradigms of Counseling and Psychotherapy*. Allyn and Bacou, Massachusetts.
- Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., & Linehan, M. M. (2000). *Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 457-468.
- Dimeff, Linda A & Koerner, Kelly, 2007. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*, The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York,
- Fruzzetti, A. E., & Levensky, E. R. (2000). *Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- Gresham, Frank M., 2005, *Methodological Issues in Evaluating*

Cognitive-Behavioral Treatments for Student Behavioral Disorders; May; 30, 3; ProQuest Education Journals pg. 213

Hayes, S. C., Jacobson, N., Follette, V. M., & Dougher, M. (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (in press). *DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?*. *Behavior Therapy*. University of Nevada, Reno, Department of Psychology /298University of Nevada.

Hofmann, Stefan G. PhD, Alice T. Sawyer, MA, Angela Fang, BA, 2010. *The Empirical Status of the "New Wave" of Cognitive Behavioral Therapy*, Department of Psychology, Boston University, USA *Psychiatr Clin N Am* 33 (2010) 701-710 doi:10.1016/j.psc..04.006 psych.theclinics.com

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A Therapist's guide to transforming relationships*. NY: W. W. Norton & Co.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (2000). *Commentary on innovations in dialectical behavior therapy*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 478-481.

Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive behavioral therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

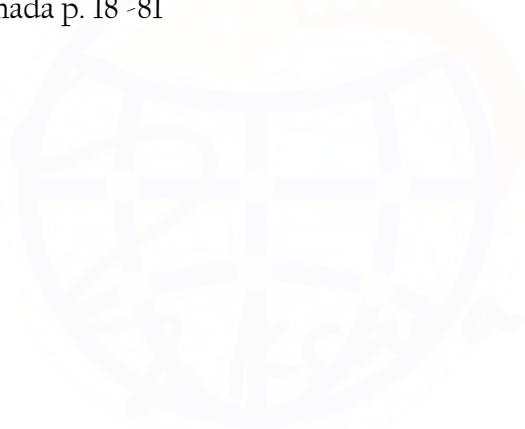
- Lines, Dennis. 2002, *Counseling within a New Spiritual Paradigm*, Journal of Humanistic Psychology, Vol. 42 No. 3, Summer 2002 102-123 © Sage Publications <http://jhp.sagepub.com/cgi/content/abstract/42/3/102>
- Lynch, T. R. (2000). *Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy*. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 468-477.
- McCann, R. A., & Ball, E. M. (2000). *DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model*. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 447-456.
- McCown, D., et al., 2010, *Teaching Mindfulness: A Practical Guide 3 for Clinicians and Educators*, DOI 10.1007/978-0-387-09484-7_1, Springer Science+Business Media, LLC
- Michaela A. Swales and Heidi L. Heard, 2009. *Dialectical behavior therapy*. New York, Routledge, 167 pp
- Neacsu, Andrada D., Shireen L. Rizvi, Marsha M. Linehan, 2010. *Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder*. Behaviour Research and Therapy journal homepage: www.elsevier.com/locate/brat Accepted 19 May 2010
- Osborn, Cynthia J., 2010. *Bilingual Therapeutics: Integrating the Complementary Perspectives and Practices of Motivational Interviewing and Dialectical Behavior Therapy*, Springer Science+Business Media, LLC 2010
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2000). *DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets*. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 425-434.

- Richard M. Lerner, 2006. *Developmental Science, Developmental Systems, and Contemporary Theories of Human Development. Handbook of child psychology*, 6th ed. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada. p. 1-17
- Robert B. Cairns & Beverley D. Cairns, 2006. *The Making of Developmental Psychology Handbook of child psychology*, 6th ed. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada. p.90-157
- Robins, C. J. (2000). *Response: Expanding applications of Dialectical Behavior Therapy: Prospects and pitfalls.* *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 481-484.
- Robins, Clive J, Alex L Chapman, 2004. *Dialectical Behavior Therapy: Current Status, Recent Developments, And Future...* *Journal of Personality Disorders*; Feb 2004; 18, 1; ProQuest Education Journals pg. 73
- Rogers, Carl R., Ph.D. 1942. *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*, Cambridge . Massachusetts Printed In The U.S.A, 27-31
- Scheel, Karen R. 2000. *The Empirical Biases of Dialectical Behavior Therapy: Summary, Critique, and Implication.* *Counseling Psychology Program University of Oklahoma, American Psychological Association.* V7 NL. p.68-86
- Stepp, Stephanie D; Ameer J Epler; Seungmin Jahng; Timothy J Trull. 2008. *The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personali.* *Journal of Personality*

Disorders; Dec 2008; 22, 6; ProQuest Education Journals pg. 549

William Damon & Richard M. Lerner, 2006. *Handbook of child psychology*, 6th ed. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada 18-89.

Willis F. Overton, 2006. *Developmental Psychology: Philosophy, Concepts, Methodology. Handbook of child psychology*, 6th ed. Published by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada p. 18 -81



Profil Penulis



Dr. Agus Santoso, S.Ag., M.Pd. seorang yang terlahirkan dari orang tua yang bijak dan penyabar tepatnya tanggal 25 Agustus 1970, usia yang sudah tidak lagi muda dan dituntut lebih matang dalam menyikapi kehidupan.

Agus dibesarkan di keluarga yang sederhana namun menjadi lebih berharga tatkala keluarga kami mulai menekuni ibadah dan beragama. Bapak saya alm H. Rakidjan dan Emak Hj. Sateni mendorong anaknya untuk belajar agama dengan baik, tepatnya pada tahun 1984 saya dipondokkan di Pondok Pesantren Ilmu Al Qur'an yang diasuh oleh KH Bashori Alwi al Murtadlo qs. Selanjutnya pada tahun 1991 saya belajar kembali di Pesantren Daruttauhid Malang yang diasuh oleh Al Ustadz Abdullah

Awad Abdun qs. Perjalanan pendidikan agama saya terus bertambah dengan pengasuhan para guru yang mulia, diantaranya KH Sholeh Baidlowi, KH, Bashori Alwi Murtadlo qs, Habib Sholeh al Idrus, Habib Ahmad al Idrus dan beberapa asatidz alkirom.

Sedang pendidikan formal yang saya jalani sampai ditingkat pendidikan tinggi S2 tahun 2010 dan S3 tahun 2015 di bidang Bimbingan dan Konseling di Universitas Negeri Malang. Sedangkan S1 di bidang Pendidikan Bahasa Arab di IAIN Sunan Ampel Malang pada tahun 1995.

Aktifitas sekarang yang paling saya suka adalah majlis bersholawat dan berkhidmah dalam majlis thariqoh. Kedua kegiatan ini saya dapat merasakan adanya kesesuaian faham bidang keilmuan yang saya tekuni saat ini, yaitu Bimbingan dan Konseling Islam.

Dialectical Behaviour Therapy (DBT) muncul sebagai respon terhadap isu gelombang perubahan pada dinamika konsep model dan teori dalam konseling dan psikoterapi yang saat itu dihembuskan oleh Linehan 1993. Proses ini yang menarik bagi penulis untuk berpacu mencari setting keilmuan yang sampai pada akar permasalahannya. Dari temuan awal ini, penulis melakukan beberapa kajian “pemetaan” dengan menemukan tiga kata kunci saat itu; regulasi emosi, mindfulness, dan a spiritual practice. Ketiga kata kunci tersebut diketemukan ada pada konsep DBT. Namun yang menarik adalah bagaimanakah atau di manakah sebenarnya letak “dialektika”nya.

Perburuan ini tidak berhenti sampai di situ, rupanya ada beberapa hal yang juga menarik dari kajian ini, yaitu bagaimanakah memunculkan ide kreatif yang mampu mengakomodir beberapa temuan, sehingga dapat dijadikan acuan cikal bakal suatu pendekatan yang mampu menjawab kebutuhan klien, sehingga dapat terhindar dari unbalance therapy. Untuk menjawab pertanyaan ini, maka muncullah buku ini, tentunya masih banyak lagi yang harus digali dan ditelaah lebih lanjut.

Adapun pembahasan dalam buku ini, diawali dengan bab pertama yang membahas tentang metetheori dan metamethode yang mencoba mendiskripsikan latar belakang teoritis sebuah wacana keilmuaan, dalam hal ini adalah konseling dan psikoterapi. Bab kedua membahas tentang peta konsep DBT yang disajikan secara diskriptif, untuk menjembatani antara temuan dan kajian analisis pada pembahasan selanjutnya. Bab ketiga merupakan sajian analisis yang dieksplor oleh penulis sebagai bentuk wacana kritis terhadap DBT khususnya dan perspektif konseling dan psikoterpi pada umumnya. Bab keempat adalah penutup yang menyajikan kesimpulan dan refleksi.

Selamat membaca!!!



Wonocolo Utara V/18 Surabaya

+628977416123

globalaksarapers@gmail.com

