

DAFTAR PUSTAKA

1. Phillips C. Brain-Derived Neurotrophic Factor, Depression, and Physical Activity: Making the Neuroplastic Connection. *Neural Plast.* 2017;2017:1–17.
2. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *J Affect Disord* [Internet]. 2014;152–154(1):19–27.
3. Goettems A, Santos L, Guimarães P, Marcelli C. Neurocognitive changes in depressed patients in psychodynamic psychotherapy , therapy with fluoxetine and combination therapy. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;151(3):1066–75.
4. Hajszan T, Maclusky NJ, Leranath C. Short-term treatment with the antidepressant fluoxetine triggers pyramidal dendritic spine synapse formation in rat hippocampus. 2005;21(December 2004):1299–303.
5. Joseph J, Tharian George K. Revealed comparative advantage and decomposition of export growth: Case of India's selected rubber products. *Econ Polit Wkly.* 2015;50(42):72–6.
6. Iftene F, Predescu E, Stefan S, David D. Rational-emotive and cognitive-behavior therapy (REBT / CBT) versus pharmacotherapy versus REBT / CBT plus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder in youth ; A randomized clinical trial. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015;225(3):687–94.

7. David D, Szentagotai A. Rational Emotive Behavior Therapy , Cognitive Therapy , and Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder : A Randomized Clinical Trial , Posttreatment. 2008;64(37):728–46.
8. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines. Int. Classif (1992).
9. Oral E, Canpolat S, Yildirim S, Gulec M, Aliyev E, Aydin N. Cognitive functions and serum levels of brain-derived neurotrophic factor in patients with major depressive disorder. Brain Res Bull [Internet]. 2012;88(5):454–9.
10. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Cognitive dysfunction in depression -psychosocial functioning. Can J Psychiatry. 2014;59(12):649–54.
11. Association AP. DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorder Fifth Edition. Vol. 1542, CEUR Workshop Proceedings. 2015. 33-36 p.
12. Gregory C. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Vol. 60, Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2008. 595-595 p.
13. Stahl SM, Muntner N, Grady MM. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and. 2008. 1043 p.

14. Halbach O von B und, Dermietzel R. Neurotransmitters and neuromodulators during early human development. Vol. 65, Early human development. 2001. 402 p.
15. Robbins SL, Kumar V, Aster JC, Abbas AK. tahir99-VRG & vip.persianss.ir. 2016. 18,40.
16. Vaynman S, Ying Z, Gomez-pinilla F. Hippocampal BDNF mediates the efficacy of exercise on synaptic plasticity and cognition. 2004;20(April):2580–90.
17. Erickson KI, Miller DL, Roecklein KA. Neuroscientist The Aging Hippocampus : 2012;(April 2011).
18. Lu B, Nagappan G, Lu Y. BDNF and Synaptic Plasticity , Cognitive Function , and Dysfunction. 2014;223–50.
19. Austin MP, Mitchell P, Goodwin GM. Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology. Br J Psychiatry. 2001;178(MARCH.):200–6.
20. Gutheil EA. The Technique of Psychotherapy. Am J Psychother. 2018;9(1):108–9.
21. Ardal, G., Hammar, A., 2011. Is impairment in cognitive inhibition in the acute phase of major depression irreversible? Results from a 10-year follow-up study. Psychology and Psychotherapy 84, 141–150.
22. Cohen, R., Lohr, I., Paul, R., Boland, R., 2001. Impairments of attention and effort among patients with major affective disorders. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 13, 385–395.

23. Egan, M.F., Kojima, M., Callicott, J.H., Goldberg, T.E., Kolachana, B.S., Bertolino, A., Zaitsev, E., Gold, B., Goldman, D., Dean, M., Lu, B., Weinberger, D.R., 2003. The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell* 112, 257–269.
24. Burdick, K.E., Goldberg, T.E., Cornblatt, B.A., Keefe, R.S., Gopin, C.B., Derosse, P., Braga, R.J., Malhotra, A.K., 2011. The MATRICS consensus cognitive battery in patients with bipolar I disorder. *Neuropsychopharmacology* 36, 1587–1592.
25. Evans, V.C., Chan, S.S., Iverson, G., Bond, D.J., Yatham, L.N., Lam, R.W., 2013. Systematic review of neurocognition and occupational functioning in major depressive disorder. *Neuropsychiatry* 3, 97–105.
26. Castaneda, A.E., Suvisaari, J., Marttunen, M., Perala, J., Saarni, S.I., Aalto-Setälä, T., Aro, H., Koskinen, S., Lonnqvist, J., Tuulio-Henriksson, A., 2008. Cognitive functioning in a population-based sample of young adults with a history of non-psychotic unipolar depressive disorders without psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders* 110, 36–45.
27. Fava, M., Graves, L.M., Benazzi, F., Scalia, M.J., Iosifescu, D.V., Alpert, J.E., Papakostas, G.I., 2006. A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 1754–1759.

28. Clark, L., Sarna, A., Goodwin, G.M., 2005. Impairment of executive function but not memory in first-degree relatives of patients with bipolar I disorder and in euthymic patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry* 162, 1980–1982.
29. Femenia, T., Gomez-Galan, M., Lindskog, M., Magara, S., 2012. Dysfunctional hippocampal activity affects emotion and cognition in mood disorders. *Brain Research* 1476, 58–70.
30. Greer, T.L., Kurian, B.T., Trivedi, M.H., 2010. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs* 24, 267–284.
31. P. Rasmussen, P. Brassard, H. Adser et al., “Evidence for a release of brain-derived neurotrophic factor from the brain during exercise,” *Experimental Physiology*, vol. 94, no. 10, pp. 1062–1069, 2009.
32. Fossati, P., Coyette, F., Ergis, A.M., Allilaire, J.F., 2002. Influence of age and executive functioning on verbal memory of in patients with depression. *Journal of Affective Disorders* 68, 261–271.
33. H. A. Whiteford, L. Degenhardt, J. Rehm et al., “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010,” *Lancet*, vol. 382, no. 9904, pp. 1575–1586, 2013.
34. Guo, W.B., Liu, F., Xue, Z.M., Yu, Y., Ma, C.Q., Tan, C.L., Sun, X.L., Chen, J.D., Liu, Z.N., Xiao, C.Q., Chen, H.F., Zhao, J.P., 2011. Abnormal neural activities in first-episode, treatment-naive, short-

- illness-duration, and treatment-response patients with major depressive disorder : a resting-state fMRI study. *Journal of Affective Disorders* 135, 326–331.
35. H. Makizako, T. Liu-Ambrose, H. Shimada et al., “Moderate intensity physical activity, hippocampal volume, and memory in older adults with mild cognitive impairment,” *The Journals of Gerontology. Series a, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 70, no. 4, pp. 480–486, 2015.
 36. S. L. Patterson, “Immune dysregulation and cognitive vulnerability in the aging brain: interactions of microglia, IL-1beta, BDNF and synaptic plasticity,” *Neuropharmacology*, vol. 96, Part A, pp. 11–18, 2015.
 37. R. Staats, P. Stoll, D. Zingler, J. C. Virchow, and M. Lommatzsch, “Regulation of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) during sleep apnoea treatment,” *Thorax*, vol. 60, no. 8, pp. 688–692, 2005.
 38. M. Lommatzsch, D. Zingler, K. Schuhbaeck et al., “The impact of age, weight and gender on BDNF levels in human platelets and plasma,” *Neurobiology of Aging*, vol. 26, no. 1, pp. 115–123, 2005.
 39. Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., Forsell, Y., 2004. Cognitive functions in depressive disorders : evidence from a population-based study. *Psychological Medicine* 34, 83–91.
 40. S. W. Tang, E. Chu, T. Hui, D. Helmeste, and C. Law, “Influence of exercise on serum brain-derived neurotrophic factor concentrations

in healthy human subjects,” *Neuroscience Letters*, vol. 431, no. 1, pp. 62–65, 2008.

41. B.H. Lee, H. Kim, S.H. Park, Y.K. Kim, Brief report: decreased plasma BDNF level in depressive patients, *Journal of Affective Disorders* 101 (2007) 239–244.
42. Sadock BJ, Sadock VA. Neurotrophic Factor. In : Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Volume 1, 11th Edition. Wolters Kluwer. New York. 2015
43. K.S. LaBar, R. Cabeza, Cognitive neuroscience of emotional memory, *Nature Reviews Neuroscience* 7 (2006) 54–64.
44. Ellis, A., 1987. A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research* 11, 121–145.
45. Beck, A.T., 1976. *Cognitive Therapy for Emotional Disorders*. International University Press, New York.
46. Baune, B.T., Miller, R., McAfoose, J., Johnson, M., Quirk, F., Mitchell, D. ,2010. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research* 176, 183–189.
47. C.H. Lin, C.C. Chen, F.C. Wang, H.Y. Lane. Percentage reduction of depression severity versus absolute severity after initial weeks of treatment to predict final response or remission. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 67 (2013), 265–272.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN

RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN



Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA
KM.10 MAKASSAR 90245.

Contact Person: dr. Agussalim Bukhari., MMed, PhD, SpGK TELP.
081241850858, 0411 5780103, Fax : 0411-581431

Lampiran 1

NASKAH PENJELASAN DAN INFORMASI PENELITIAN KEPADA SUBYEK PENELITIAN

Selamat pagi / Assalamualaikum Bapak/Ibu /Saudara(i), saya dr. Veraferial Muchtar, bermaksud untuk melakukan penelitian tentang **Pengaruh Pemberian obat anti depresi Kombinasi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Perbaikan Gejala Depresi dan Fungsi Kognitif Serta Peningkatan Kadar *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) Pasien Depresi.**

Perlu diketahui bahwa Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda pada masing-masing individu. Depresi ditandai dengan adanya perasaan sedih, murung dan iritabilitas. Pasien mengalami distorsi kognitif seperti mengeritik diri sendiri, timbul rasa bersalah, perasaan tidak berharga, kepercayaan diri turun, pesimis dan putus asa. Terdapat rasa malas, tidak bertenaga, retardasi psikomotor, dan menarik diri dari hubungan sosial. Pasien mengalami gangguan tidur seperti sulit masuk tidur atau terbangun dini hari. Nafsu makan berkurang, begitu pula dengan gairah seksual. Oleh karena itu, peneliti bermaksud melakukan studi dengan memberikan REBT yaitu sistem psikoterapi mengajari individu bagaimana sistem keyakinannya menentukan yang dirasakan dan dilakukannya pada berbagai peristiwa dalam kehidupan. Manfaat yang dapat dirasakan oleh pasien dan keluarga dari penelitian ini adalah mendapatkan informasi tambahan mengenai Gangguan Episode Depresi Pasien juga mendapat pelayanan kesehatan tambahan berupa pemeriksaan kadar BDNF dengan tujuan jika Kadar BDNF yang meningkat

dikaitkan dengan gejala klinis dan fungsi kognitif yang membaik pada pasien depresi setelah pemberian terapi obat anti depresi kombinasi REBT dibandingkan dengan obat anti depresi, serta akan memberikan sumbangsih pada ilmu pengetahuan bidang kedokteran. Penelitian ini akan di publikasikan di jurnal internasional.

Kami sangat mengharapkan kehadiran Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk dapat bergabung dalam penelitian ini. Jika Bapak/ibu/Saudara(i) bersedia diharapkan dapat memberikan persetujuan secara tertulis, penelitian ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga Saudara(i) dapat menolak atau mengundurkan diri tanpa resiko apapun. Bila menyetujui untuk berpartisipasi, maka kami akan mengelompokkan Bapak/Ibu/Saudara(i) ke dalam Kelompok Perlakuan atau Kelompok Kontrol. Sebagai Kelompok Kontrol, maka Bapak/Ibu/Saudara(i) akan melakukan pengisian kuisisioner, pemeriksaan darah dan pemberian obat antidepresan. Sebagai Kelompok Perlakuan, maka Bapak/Ibu/Saudara(i) akan melakukan hal yang sama dengan kelompok kontrol ditambah dengan mendapatkan intervensi berupa REBT.

Penjelasan terkait tentang yang akan dilakukan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengisian Kuisisioner

Kuisisioner yang akan diisi antara lain: kuisisioner data pribadi, kuisisioner *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* dan *MoCa-Ilna*. Pengisian kuisisioner membutuhkan waktu selama 5-10 menit.

2. Pengambilan Spesimen Darah

Pengambilan spesimen darah akan dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada awal penelitian, minggu ke-7, dan minggu ke-14. Tiap kali pengambilan diambil sebanyak 4 cc yang dilakukan secara steril dan dengan penuh kehati-hatian oleh tenaga laboran yang profesional. Pengambilan spesimen darah ini tidak menimbulkan rasa sakit, tetapi mungkin akan terasa sedikit tidak nyaman. Pengambilan spesimen darah ini membutuhkan waktu sekitar 10 menit. Efek samping yang terjadi pada saat pengambilan darah jarang terjadi, yakni berupa hematoma ringan, tapi tidak berbahaya. Bila terjadi efek samping hematoma, maka kami akan memberikan kompensasi berupa perawatan medis dan biaya yang sesuai dengan biaya perawatan hematoma tersebut.

3. Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)

REBT adalah sistem psikoterapi mengajari individu bagaimana sistem keyakinannya menentukan yang dirasakan dan dilakukannya pada berbagai peristiwa dalam kehidupan. REBT dilakukan dengan

tatap muka langsung secara individu. Terapi REBT berlangsung dalam tiga tahap yang dibagi dalam 12 sesi, dilakukan 1 sesi / minggu, sebagai berikut:

- **Tahap I (Sesi 1-4): Tahap Eksplorasi Dan Perumusan Masalah (setiap sesi 30 menit)**
- **Tahap II (Sesi 5-8): Identifikasi dan Perencanaan Pemecahan Masalah (setiap sesi 30 menit)**
- **Tahap III (Sesi 9-12): Penilaian Keberhasilan dan Persiapan Menutup Sesi Terapi (setiap sesi 30 menit)**

Tidak ada efek samping dari REBT ini.

Bapak/ibu/Saudara(i) tidak perlu khawatir mengenai kerahasiaan identitas dalam penelitian ini. Kami akan menjamin keamanan dan kerahasiaan semua data selama penelitian ini. REBT akan dilakukan dengan bersifat tertutup hanya untuk subjek penelitian dan tanpa membuka identitas masing-masing tanpa izin. Dalam hal subjek penelitian REBT akan dilakukan sesi terapi secara personal.

Penelitian ini nantinya akan dipublikasikan di Jurnal Internasional.

Jika Bapak/Ibu/Saudara(i) setuju untuk berpartisipasi, maka diharapkan menandatangani surat persetujuan keikutsertaan dalam penelitian ini.

Atas kesediaan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Identitas peneliti :

Nama : dr. Veraferial Muchtar

Alamat : Jl. Tidung 5 Setapak. 9 Blok. 16 No. 129- Makassar

Hp : 085399747559



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA
KM.10, Makassar.

Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.

Contact person **dr. Agussalim Bukhari, M.Med, Ph.D, Sp.GK**
(HP. 081241850858)

Email : agussalimbukhari@yahoo.com

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN
SETELAH MENDAPAT PENJELASAN**

Setelah membaca informasi penelitian serta mendengar penjelasan dan menyadari pentingnya penelitian :

Pengaruh Pemberian Terapi Fluoxetine Kombinasi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) Terhadap Perbaikan Gejala Depresi dan Fungsi Kognitif Serta Peningkatan Kadar *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) Pasien Depresi

Maka saya yang bertandatangan di bawah ini/ wakil/ keluarga :

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Alamat :

Saya bersedia untuk dilakukan pengambilan **spesimen** darah. Saya mengerti sepenuhnya bahwa jumlah darah yang diambil tidak akan mempengaruhi kondisi kesehatan saya dan hal ini semata – mata dilakukan untuk kepentingan penelitian. Saya mengetahui bahwa saya berhak untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini. Saya bersedia untuk

mendapatkan terapi intervensi berupa obat antidepresan dan (Rational Emotif Behaviour Therapy (REBT).

Semua efek samping yang terjadi sehubungan dengan penelitian ini, biaya kompensasi perawatannya akan ditanggung oleh peneliti.

Bila masih ada hal yang masih belum saya mengerti atau saya ingin mendapatkan penjelasan lebih lanjut, saya bisa mendapatkannya dari dokter peneliti. Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa paksaan.

	Nama	Tanda Tangan	Tgl/ Bln/ Thn
Klien
Saksi 1
Saksi 2

Penanggung Jawab Penelitian

Nama : dr. Veraferial Muchtar

Alamat : Jl. Tidung 5 Setapak. 9 Blok. 16 No. 129 Makassar

Telp : 085399747559

Penanggung Jawab Medis

Nama : dr. Erlyn Limoa Ph.D, Sp.KJ

Alamat : Jl. Dr. Wahidin S No. 214/250 Makassar

Telp : 085299277779

Lampiran 3



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.



Contact Person: dr. Agussalim Bukhari.,MMed,PhD, SpGK TELP. 081241850858, 0411 5780103. Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 1149/UN4.6.4.5.31/ PP36/ 2019

Tanggal: 29 Nopember 2019

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH19080613	No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	dr. Veraferial Muchtar	Sponsor	
Judul Peneliti	Pengaruh Pemberian Terapi Fluoxetine Kombinasi Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) Terhadap Perbaikan Gejala Depresi dan Fungsi Kognitif Serta Peningkatan Kadar Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) Pasien Depresi		
No Versi Protokol	2	Tanggal Versi	21 Nopember 2019
No Versi PSP	2	Tanggal Versi	21 Nopember 2019
Tempat Penelitian	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo dan RS Jejaring di Makassar		
Jenis Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 29 Nopember 2019 sampai 29 Nopember 2020	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	
Sekretaris Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 4

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS)

Nama :
Umur :
Alamat :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Status Pernikahan :
Tgl Pemeriksaan :

1. Keadaan perasaan sedih (sedih, putus asa, tidak berdaya, tidak berguna)
 0. Tidak ada
 1. Perasaan ini hanya ada bila ditanya
 2. Perasaan ini dinyatakan spontan secara verbal
 3. Perasaan yang dinyatakan tanpa komunikasi verbal, misalnya ekspresi muka, bentuk suara dan kecenderungan menangis
 4. Perasaan yang sesungguhnya ini dinyatakan dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal secara spontan
2. Perasaan bersalah
 0. Tidak ada
 1. Menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai penyebab penderitaan orang lain
 2. Ide-ide bersalah atau renungan tentang kesalahan-kesalahan masa lalu
 3. Sakit ini adalah hukuman, waham bersalah atau berdosa
 4. Suara-suara kejaran atau tuduhan dan halusinasi penglihatan tentang hal-hal yang mengancamnya

3. Bunuh diri
 0. Tidak ada
 1. Merasa hidup tidak ada gunanya
 2. Mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain ke arah itu
 3. Ide-ide bunuh diri atau langkah-langkah ke arah itu
 4. Percobaan bunuh diri
4. Gangguan Pola tidur (initial insomnia)
 0. Tidak ada kesulitan untuk tertidur
 1. Keluhan kadang-kadang sukar masuk tidur, misalnya lebih dari setengah jam baru tidur
 2. Keluhan tiap malam sukar masuk tidur
5. Gangguan Pola tidur (Middle Insomnia)
 0. Tidak ada kesulitan
 1. Pasien mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam
 2. Terjadi sepanjang malam, bangun dari tempat tidur, kecuali untuk BAK
6. Gangguan Pola tidur (late insomnia)
 0. Tidak ada kesulitan
 1. Bangun di waktu dini hari tetapi dapat tidur lagi
 2. Bangun dini hari dan tidak dapat tidur lagi
7. Kerja dan aktifitas
 0. Tidak ada kesulitan
 1. Pikiran/perasaan ketidakmampuan, keletihan/kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan kerja atau hobi
 2. Hilangnya minat terhadap pekerjaan/hobi atau kegiatan lainnya, baik langsung atau tidak, pasien menyatakan kelesuan, keragu-raguan dan rasa bimbang (merasa harus memaksakan diri untuk bekerja atau beraktifitas)
 3. Berkurangnya waktu yang digunakan untuk beraktifitas sehari-hari atau produktifitas menurun
 4. Tidak bekerja karena sakitnya sekarang

8. Kelambanan (lambat berpikir, berbicara, gagal berkonsentrasi, aktivitas motorik menurun)
 0. Bicara dan berpikir secara normal
 1. Sedikit lamban dalam wawancara
 2. Jelas lamban dalam wawancara
 3. Sukar diwawancarai
 4. Stupor (diam sama sekali)
9. Kegelisahan (agitasi)
 0. Tidak ada
 1. Kegelisahan ringan
 2. Memainkan tangan/jari-jari, rambut, dll
 3. Bergerak terus dan tidak dapat duduk tenang
 4. Meremas-remas tangan, menggigit-gigit kuku, menarik-narik rambut, menggigit-gigit bibir
10. Kecemasan (ansietas psikik)
 0. Tidak ada kesulitan
 1. Ketegangan subyektif dan mudah tersinggung
 2. Mengkhawatirkan hal-hal kecil
 3. Sikap kekhawatiran yang tercermin di wajah dan pembicaraannya
 4. Ketakutan yang diutarakan tanpa ditanya
11. Kecemasan (Ansietas somatik) : Penyerta fisiologis ansietas (misalnya efek hiperaktifitas otonom, indigesti, kram perut, bersendawa, diare, palpitasi, hiperventilasi, parestesi, berkeringat, muka merah, gemetar, sakit kepala, sering berkemih, sakit/nyeri di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil, telinga berdenging, penglihatan kabur, muka merah atau pucat)
 0. Tidak ada
 1. Ringan
 2. Sedang
 3. Berat

4. Tidak bertanggung jawab
12. Gejala Somatik (pencernaan)
 0. Tidak ada
 1. Nafsu makan berkurang tetapi dapat makan tanpa dorongan orang lain
 2. Sukar makan tanpa dorongan orang lain. Selera dan makanan yang dimakan berkurang secara bermakna
 13. Gejala somatik (umum)
 0. Tidak ada
 1. Anggota gerak, punggung atau kepala terasa berat
 2. Sakit punggung, kepala, dan otot-otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan
 14. Kelamin (genital) : (gejala seperti hilangnya libido, performa seksual kurang, gangguan haid)
 0. Tidak ada
 1. Ringan
 2. Berat
 15. Hipokondriasis (keluhan somatik/fisik yang berpindah-pindah)
 0. Tidak ada
 1. Dihayati sendiri
 2. Preokupasi (keterpakuan) mengenai kesehatan sendiri
 3. Sering mengeluh, membutuhkan pertolongan orang lain
 4. Delusi hipokondriasis
 16. Kehilangan berat badan (A dan B)
 0. Tidak ada penurunan berat badan
 1. Berat badan berkurang berhubungan dengan gejala-gejalanya sekarang
 2. Jelas penurunan berat badan
 3. Tidak terjelaskan lagi penurunan berat badan
 17. Insight (pemahaman diri)
 0. Menyadari dirinya mengalami depresi dan sakit

1. Mengetahui sakit tapi berhubungan dengan penyebab-penyebab iklim, makanan, kerja berlebihan, virus, perlu istirahat, dll
2. Penyangkalan penuh bahwa dirinya sakit

18. Variasi harian

A. *Adakah Perubahan atau Gejala yang lebih berat pada waktu pagi atau malam hari?*

0. Tidak ada variasi
1. Memberat pada pagi hari
2. Memberat pada malam hari

B. *Jika ada variasi, seberapa berat variasi tersebut?*

0. Tidak ada
1. Ringan
2. Berat

19. Depersonalisasi dan Derealisasi

0. Tidak ada
1. Ringan
2. Sedang
3. Berat
4. Tidak bertanggung

20. Gejala-gejala Paranoid

0. Tidak ada
1. *Ideas of reference*
2. Waham Kejaran

21. Gejala-gejala Obsesi dan kompulsi

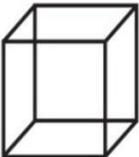
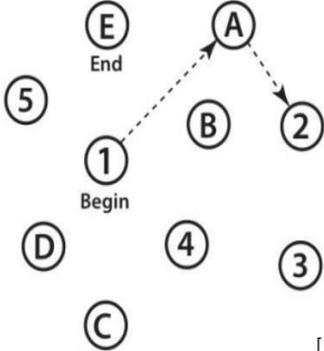
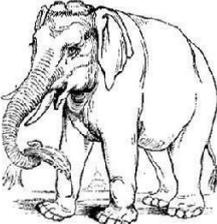
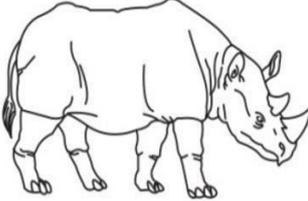
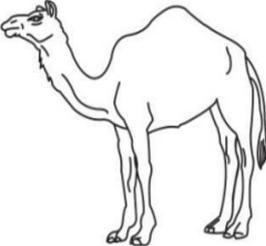
0. Tidak ada
1. Ringan
2. Berat

Skor

Interpretasi

- 0 - 7 : Normal
- 8 - 13 : Depresi Ringan
- 14 - 18 : Depresi Sedang
- 19 - 22 : Depresi Berat
- ≥ 23 : Depresi Sangat Berat

Lampiran 5

MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT-Versi Indonesia (MoCA-IIna)		NAMA:		Tgl Lahir:		POIN								
		Pendidikan:		Tgl Pemeriksaan:										
VISUOSPASIAL/EKSEKUTIF				salin gambar		Gambar jam (11 lebih 10 menit) (3 poin) <input type="checkbox"/> bentuk <input type="checkbox"/> angka <input type="checkbox"/> jarum jam								
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		/5							
PENAMAAN														
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			/3								
MEMORI	Baca kata berikut dan minta subjek mengulangnya. lakukan 2 kali, meski berhasil pada percobaan ke-1. lakukan recall setelah 5 menit	wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah								
		ke-1												
		ke-2												
ATENSI	Baca daftar angka (1 angka/detik)	Subjek harus mengulangi dari awal		<input type="checkbox"/>	2 1 8 5 4									
		Subjek harus mengulangi dari belakang		<input type="checkbox"/>	7 4 2/2								
Baca daftar huruf. subjek harus mengetuk dengan tangannya setiap kali huruf A muncul. poin nol jika ≥ 2 kesalahan				<input type="checkbox"/>	F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B/1								
Pengurangan berurutan dengan angka 7. Mulai dari 100		<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	65/3		
		4,5 hasil benar: 3 poin, 2 atau 3 benar: 2 poin; 1 benar: 1 poin, 0 benar: 0 poin												
BAHASA	Ulangi: Wati membantu saya menyapu lantai hari ini.			<input type="checkbox"/>		/2							
		Tikus bersembunyi di bawah dipan ketika kucing datang.				<input type="checkbox"/>/1							
		Sebutkan sebanyak mungkin kata yang dimulai dengan huruf S				<input type="checkbox"/> (N ≥ 11 kata)							
ABSTRAKSI	Kemiripan antara, contoh pisang - jeruk = buah	<input type="checkbox"/>	kereta - sepeda	<input type="checkbox"/>	jam tangan - penggaris/2								
DELAYED RECALL	Harus mengingat kata TANPA PETUNJUK	wajah	Sutera	Masjid	anggrek	merah	poin untuk recall tanpa petunjuk							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Opsional	petunjuk kategori					/5							
		petunjuk pilihan ganda												
ORIENTASI		<input type="checkbox"/>	Tanggal	<input type="checkbox"/>	Bulan	<input type="checkbox"/>	Tahun	<input type="checkbox"/>	Hari	<input type="checkbox"/>	Tempat	<input type="checkbox"/>	Kota/6
		Normal ≥ 26 / 30		Total	/30								
Dilakukan oleh.....				Tambahkan 1 poin jika pend. ≤12 tahun										



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA**
Rumah Sakit Pendidikan Unhas Gedung A lantai V, Perintis Kemerdekaan
Km. 11, Makassar
E-mail: psychiatry.fkuh@gmail.com

Lampiran 6

**KETERANGAN PELATIHAN PSIKOTERAPI
*RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY (REBT)***

Menerangkan bahwa Mahasiswa PPDS Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unhas dibawah ini :

Nama : dr. Veraferial Muchtar
NIM : C106215203
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Terapi Fluoxetine Kombinasi *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* Terhadap Perbaikan Gejala Depresi dan Fungsi Kognitif Serta Peningkatan Kadar *Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF)* Pasien Depresi.

Telah dilatih secara intensif untuk melakukan Psikoterapi *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* sesuai dengan Modul *Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)* yang telah disusun dan dikembangkan untuk penelitian ini.

Pembimbing :

1. dr. Erlyn Limoa Ph.D, Sp.KJ

1.

2. Prof. dr. Nur Aeni M.A. Fattah, Sp.KJ(K) A&R

2.

3. dr. Irma Santy, Sp.KJ

3.

4. Dr. dr. H.M. Faisal Idrus, Sp.KJ (K)

4.

RANCANGAN MODUL *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY* (REBT)

Teknik pelaksanaan

Terapi REBT berlangsung dalam tiga tahap yang dibagi dalam 12 sampai 16 sesi yaitu :

1. Tahap I : Tahap Eksplorasi Dan Perumusan Masalah
 - a. Mempertimbangkan aspek hubungan terapeutik antara klien dan terapis di REBT
 - 1) Terapis REBT berusaha untuk *menerima tanpa syarat* klien mereka sebagai manusia yang bisa berbuat salah yang sering kali bertindak sendiri-sendiri tetapi tidak pernah pada *dasarnya* buruk (atau baik). Tidak peduli seberapa buruk perilaku klien dalam terapi, terapis REBT berupaya menerimanya sebagai manusia tetapi akan, jika perlu, membiarkan mereka mengetahui reaksinya terhadap perilaku negatif klien.
 - 2) Terapis REBT berusaha untuk bersikap seterbuka mungkin secara terapi dan tidak akan ragu untuk memberikan informasi yang sangat pribadi tentang diri kami jika klien kami memintanya, kecuali ketika kami menilai bahwa klien akan menggunakan informasi tersebut untuk diri mereka sendiri. Terapis REBT sering mengungkapkan contoh-contoh dari kehidupan mereka sendiri mengenai bagaimana mereka

mengalami masalah yang sama dan, yang lebih penting, bagaimana mereka menyelesaikan masalah ini. Dengan demikian, mereka berusaha untuk menjadi diri sendiri (*asli*) secara *terapi* dalam melakukan sesi.

- 3) Terapis REBT cenderung menerapkan *humor yang tepat* dengan sebagian besar klien mereka karena mereka berpikir bahwa banyak gangguan emosional berasal dari kenyataan bahwa klien menganggap diri mereka sendiri dan masalah mereka, orang lain, dan dunia terlalu serius. Dengan demikian mereka berusaha untuk memberikan contoh kepada klien mereka keuntungan terapeutik dari mengambil sikap ironis yang serius namun terlihat lucu dalam hidup. Mereka berusaha, bagaimanapun, tidak untuk mengolok-olok klien sendiri tetapi pada pikiran, perasaan, dan tindakan yang mengalahkan diri mereka sendiri. Dalam nada yang sama, dan untuk tujuan yang sama, terapis REBT cenderung informal dan santai dengan sebagian besar klien mereka. Namun, REBT menentang para terapis yang secara tidak etis memanjakan diri mereka sendiri untuk menikmati sesi terapi dengan biaya klien mereka.
- 4) Terapis REBT menunjukkan empati khusus kepada klien mereka. Mereka tidak hanya menawarkan empati "afektif" (yaitu, mengkomunikasikan bahwa mereka memahami

perasaan klien mereka) tetapi juga menawarkan *empati filosofis* (yaitu, menunjukkan kepada mereka bahwa mereka memahami filosofi yang mendasari perasaan ini).

- 5) Untuk sesi ini terapis menggunakan teknik aktif-langsung dan pendekatan yang lebih pasif, yang digunakan secara fleksibel disesuaikan dengan situasi yang terjadi.
- b. Menangani masalah-masalah yang berkaitan dengan pengenalan klien ke dalam REBT dan menilai masalah mereka dalam bentuk REBT.

PENILAIAN MASALAH KLIEN

- 1) Klien dibantu untuk mengakui dan menggambarkan perasaan negatif yang tidak sehat (misalnya, kecemasan, depresi, kemarahan, dan kebencian terhadap diri sendiri), dan ini jelas dibedakan dari perasaan negatif sehat mereka (misalnya, kekecewaan, kesedihan, frustrasi, dan ketidaksenangan).
- 2) Mereka dituntun untuk mengakui dan melukiskan perilaku mereka yang mengalahkan diri sendiri (mis. Kompulsi, kecanduan, fobia, dan penundaan) alih-alih terlalu menekankan perilaku idiosinkratik tetapi tidak merusak (misalnya, pengabdian yang tidak biasa untuk bersosialisasi, seks, belajar, atau bekerja).

- 3) Mereka diminta untuk menunjukkan peristiwa Aktivasi spesifik dalam hidup mereka yang cenderung terjadi sesaat sebelum perasaan dan perilaku terganggu mereka.
- 4) Keyakinan Rasional mereka yang menyertai acara Aktivasi mereka dan yang menyebabkan Konsekuensi tidak terganggu dinilai dan dibahas.
- 5) Keyakinan irasional mereka yang menyertai acara Aktivasi mereka dan yang menyebabkan Konsekuensi terganggu dinilai dan dibahas. Keyakinan irasional mereka yang melibatkan tuntutan "keharusan" absolutistik dan muluk pada diri mereka sendiri, orang lain, dan alam semesta sangat ditentukan. Keyakinan irasional mereka yang mengarah pada gangguan mereka yaitu, kecemasan mereka tentang kecemasan mereka dan depresi mereka.
- 6) Terapis REBT mengumpulkan informasi latar belakang pada klien mereka, terapis meminta mereka untuk mengisi formulir yang dirancang untuk menilai ide-ide irasional yang mereka dukung secara spontan pada awal terapi. (*Lampiran 1*)
- 7) Terapis meminta klien untuk mengisi formulir data kepribadian, Formulir ini memberikan informasi kepada terapis tentang Keyakinan Irasional yang mungkin mendukung masalah klien. Namun, penggunaan formulir ini

dirancang untuk melengkapi daripada menggantikan penilaian menyeluruh dari masalah klien. (*Lampiran 2*)

- 8) Informasi latar belakang klien sendiri dan kerabat dekat mereka mungkin diperoleh secara singkat, terutama jika diduga bahwa klien memiliki gangguan endogen atau biologis-seperti depresi endogen. Informasi semacam ini mungkin sangat berguna dalam menilai apakah gangguan merupakan neurotik yang tidak aktif atau juga menderita gangguan kepribadian yang parah atau masalah organik dan neurologis.
- 9) Terapis REBT meminta klien untuk memberikan deskripsi masalah utama klien. Ketika klien menggambarkan masalah mereka, terapis REBT melakukan intervensi awal untuk memecah ini menjadi komponen ABC mereka. Jika klien mulai dengan menggambarkan A (acara Aktivasi), maka terapis mereka meminta C (reaksi emosional dan/atau perilaku mereka). Namun, jika klien mulai dengan menguraikan C, terapis meminta deskripsi singkat tentang A. Dalam REBT, A dan C biasanya dinilai sebelum B dan biasanya dinilai dalam urutan yang dilaporkan klien. C merujuk pada konsekuensi emosional dan perilaku yang terganggu dari evaluasi preferensial atau pikiran yang dilakukan di B. Penilaian yang cermat terhadap emosi C

dianjurkan dalam REBT karena mereka berfungsi sebagai indikator utama dari jenis evaluasi apa yang mungkin ditemukan di B. Dalam hal ini Karena itu, penting untuk menegaskan kembali bahwa emosi negatif yang sehat berbeda dari emosi negatif "tidak sehat". Emosi seperti kesedihan, penyesalan, gangguan, dan kepedulian disebut "sehat" dalam REBT karena dianggap menyertai evaluasi rasional, preferensial di B dan mendorong orang untuk berusaha mengubah, untuk situasi yang lebih baik dan menjengkelkan di A. The " versi tidak sehat dari kondisi emosi adalah depresi, rasa bersalah, kemarahan, dan kecemasan. Ini dianggap sebagian besar berasal dari evaluasi irasional, evaluasi preferensial atau pikiran di B dan cenderung mengganggu upaya konstruktif orang untuk mengubah situasi yang tidak diinginkan. Dalam beberapa kasus, bagaimanapun, gangguan C secara langsung dapat disebabkan oleh cacat biologis bawaan, seperti ketika depresi endogen berasal dari defisiensi serotonin. Contoh dari prosedur ini dijelaskan di bawah ini:

TERAPIS : Jadi bagaimana perasaan utama Anda di sini?

KLIEN : Saya rasa saya marah.

TERAPIS : Marah tentang apa? (Di sini terapis telah mendapatkan C dan sedang mencari A.)

KLIEN : Saya marah karena dia tidak mengirim saya kartu ulang tahun. (Klien memberikan inferensi tentang A.)

TERAPIS : Dan apa yang memicu kemarahan tentang hal itu? (Memeriksa untuk melihat apakah ini inferensi paling relevan dalam rantai)

KLIEN : Yah ... dia berjanji padaku dia akan ingat. (Kesimpulan 2)

TERAPIS : Dan karena dia melanggar janjinya? (Mencari relevansi kesimpulan 2)

KLIEN : Saya merasa dia tidak cukup peduli dengan saya. (Kesimpulan 3)

TERAPIS : Tapi mari kita asumsikan itu sejenak. Apa yang menyedihkan tentang hal itu? (Mencari relevansi kesimpulan 3)

KLIEN : Ya, dia mungkin meninggalkan saya. (Kesimpulan 4)

TERAPIS : Dan jika dia melakukannya? (Mencari relevansi kesimpulan 4)

KLIEN : Saya akan ditinggal sendirian. (Kesimpulan 5)

TERAPIS : Dan jika Anda sendirian? (Menyelidiki relevansi kesimpulan 5)

KLIEN : Saya tidak tahan, (Keyakinan yang terganggu dan tidak sehat)

TERAPIS : OK, jadi mari kita mundur sebentar, apa yang paling menyedihkan bagi Anda, kejadian kartu ulang tahun, janji yang rusak , fakta bahwa dia tidak peduli, ditinggal oleh suamimu, atau sendirian? (Terapis memeriksa untuk melihat kesimpulan mana yang paling relevan dalam rantai)

KLIEN : Pasti sendirian.

- 10) Tujuan penting dari tahap penilaian REBT adalah untuk membantu klien membedakan antara masalah utama mereka (misalnya, depresi, kecemasan, penarikan, kecanduan) dan masalah sekunder mereka, yaitu, masalah mereka tentang masalah utama mereka (misalnya, depresi tentang depresi, kecemasan tentang kecemasan, malu tentang penarikan, dan rasa bersalah tentang kecanduan).

TAHAP PERSELISIHAN

- 1) Tujuan dari Perselisihan adalah untuk membantu klien mendapatkan *wawasan intelektual mengenai* fakta bahwa tidak ada bukti yang mendukung keberadaan tuntutan absolutistik mereka atau turunan irasional dari tuntutan ini ("mengerikan," "Saya tidak bisa tahan karenanya "dan" kutukan "). Jika mereka tetap dengan preferensi absolutistik mereka dan jika ini tidak dipenuhi, mereka akan mendapatkan hasil yang tidak menguntungkan atau

"buruk"; sedangkan jika mereka dipenuhi, mereka akan mendapatkan hasil yang diinginkan atau "baik".

- 2) Wawasan intelektual dalam REBT didefinisikan sebagai pengakuan bahwa Keyakinan irasional sering mengarah pada gangguan emosi dan perilaku disfungsional. Dalam fase ini klien didorong untuk menggunakan berbagai macam teknik kognitif, emosi, dan perilaku yang dirancang untuk membantu mereka mencapai wawasan emosional dan perilaku.

2. Tahap II : Identifikasi dan Perencanaan Pemecahan Masalah

a. Menentukan strategi pengobatan dasar dalam REBT.

- 1) Tujuan utama dari REBT preferensial adalah untuk mendorong klien membuat perubahan filosofis yang mendalam dalam dua bidang utama gangguan ego dan gangguan ketidaknyamanan. Ini melibatkan dan membantu klien, untuk berpikir yang irasional dan menggantinya dengan pemikiran non-absolut yang rasional. Membantu klien mengejar dasar tujuan jangka panjang mereka dan untuk membantu mereka melakukannya seefektif mungkin dengan sepenuhnya menerima diri mereka sendiri dan mentolerir kondisi kehidupan yang tidak nyaman tidak berubah.

- 2) Gangguan emosi dan perilaku memiliki hubungan kognitif, dan kognisi ini biasanya mengambil bentuk evaluasi ketaatan absolutistik. Praktisi REBT melatih klien mereka untuk mengamati gangguan psikologis mereka sendiri dan melacaknya kembali ke akar ideologis, emosional, dan perilaku mereka.
 - 3) Orang memiliki ukuran penentuan nasib sendiri yang berbeda dan dengan demikian dapat *memilih* untuk bekerja tanpa mengganggu diri mereka sendiri. Dengan demikian, klien diperlihatkan bahwa mereka bukan budak dari proses berpikir disfungsional yang mereka pelajari secara biologis.
 - 4) Orang-orang dapat menerapkan pilihan mereka dan memaksimalkan kebebasan mereka dengan secara aktif bekerja untuk mengubah keyakinan wajib yang merusak mereka. Ini paling baik dicapai dengan menggunakan metode kognitif, emotif, dan perilaku.
- b. Menentukan teknik perawatan utama yang digunakan selama REBT.

TEKNIK KOGNITIF

- 1) *Deteksi* terdiri dari mencari keyakinan yang disfungsional, terutama "keharusan," "harus," "seharusnya," dan "harus", yang mengarah pada emosi dan perilaku yang mengalahkan diri sendiri.

- 2) *Debat* terdiri dari terapis yang menanyakan sejumlah pertanyaan yang dirancang untuk membantu klien melepaskan Keyakinan yang tidak rasional. Pertanyaan seperti "Di mana bukti ...?" "Dengan cara apa Keyakinan ini akurat atau tidak akurat?" dan "Apa yang membuatnya begitu?" sering digunakan. Terapis melanjutkan pertanyaan seperti itu sampai klien mengakui ketidaktepatan Keyakinan irasionalnya dan, di samping itu, mengakui keakuratan alternatif rasionalnya. Argumen ini bersifat empiris, logis, dan pragmatis.
- 3) *Diskriminasi* melibatkan ahli terapi yang membantu klien untuk membedakan dengan jelas antara nilai-nilai non-solutifnya (keinginan, kesukaan, kesukaan, dan keinginannya) dan nilai-nilai absolutistiknya (kebutuhan, tuntutan, dan keharusannya). Terapis REBT sering sangat kreatif dalam penggunaan sekuens yang berselisih dan kadang-kadang menggunakan metode tersebut dengan cara yang sangat dramatis.
- 4) Pekerjaan rumah diberikan kepada klien untuk dilakukan di antara sesi setelah klien dilatih untuk menggunakannya. Tujuan dari formulir ini adalah untuk memberikan kerangka kerja yang jelas bagi klien untuk melakukan sengketa untuk diri mereka sendiri. (*Lampiran 3*)

- 5) Klien juga dapat menggunakan kaset video sebagai bantuan untuk proses Sengketa. Mereka dapat mendengarkan rekaman audio sesi terapi dan juga *memperdebatkan* keyakinan irasional mereka sendiri pada kaset (*Membantah rekaman*). Di sini mereka memulai dan mempertahankan dialog antara bagian rasional dan irasional dari diri mereka.
- 6) Klien yang tidak memiliki keterampilan intelektual yang diperlukan untuk melakukan perselisihan kognitif biasanya dibantu untuk mengembangkan pernyataan diri yang rasional bahwa mereka dapat menghafal atau menulis pada 3 "x 5" kartu dan mengulangi pada berbagai waktu di antara sesi.
- 7) Tiga metode kognitif yang sering disarankan oleh terapis kepada klien mereka untuk membantu mereka memperkuat bahwa filosofi rasional baru adalah (*biblioterapi*, di mana klien diberi buku dan bahan swadaya untuk dibaca; mendengarkan *kaset audio REBT ceramah tentang berbagai tema*; dan *melebur REBT dengan orang lain*, di mana klien menggunakan REBT untuk membantu teman dan kerabat mereka dengan masalah mereka. Dengan melakukan itu mereka mendapatkan latihan menggunakan argumen rasional).

8) Contoh *Menggunakan Argumen Empiris*, sedang membantah kepercayaan irasional klien yang bersikeras bahwa ia benar-benar harus berhasil dalam karirnya.

TERAPIS : Mengapa Anda HARUS memiliki karier yang hebat?

KLIEN : Karena saya sangat ingin memilikinya.

TERAPIS : Di mana bukti bahwa Anda harus memenuhi keinginan kuat ini?

KLIEN : Saya akan merasa jauh lebih baik jika melakukannya.

TERAPIS : Ya, Anda mungkin akan melakukannya. Tetapi bagaimana perasaan Anda lebih baik membuktikan bahwa Anda harus berhasil?

[Sejauh ini, Terapis telah menggunakan pertanyaan tipe Socrates. Catat bagaimana ia mengambil jawaban klien yang mewakili bukti untuk mendukung keyakinan rasionalnya (yaitu, "Saya ingin memiliki karier yang hebat, tetapi saya tidak harus memilikinya") dan bertanya apakah bukti tersebut mendukung keyakinan irasionalnya atau tidak.]

KLIEN : Tapi itulah yang saya inginkan lebih dari apa pun di dunia.

TERAPIS : Saya yakin Anda tahu. Tetapi jika kita mengambil 100 orang seperti Anda, yang semuanya menginginkan karier yang hebat, menginginkannya lebih daripada apa pun di dunia

ini, dan akan merasa jauh lebih baik jika mereka mencapainya, apakah mereka semua harus berhasil dalam hal itu?

(Di sini Terapis mungkin menyadari bahwa dia harus menggunakan jenis argumen yang berbeda dengan klien ini. Jadi dia bertanya apakah benar atau tidak secara empiris bahwa 100 orang yang memiliki preferensi kuat yang sama dengan klien semua akan mengubah ini menjadi suatu keharusan)

TERAPIS : Jika mereka ingin memiliki kegembiraan dalam hidup, mereka harus melakukannya.

(Klien masih belum memahami maksud Ellis melalui pertanyaan tipe Sokratesnya.)

TERAPIS : Benarkah? Tidak bisakah mereka bersenang - senang jika mereka gagal mendapatkan karier yang hebat?

(Mengambil kepemimpinan sebagai respons terakhir klien, Terapis mengubah fokus argumennya lagi. Jika 100 orang semua harus memiliki karir yang hebat, tidak ada dari mereka yang akan senang jika mereka tidak mencapainya. Terapis kemudian mempertanyakan apakah ini kasusnya secara empiris.)

KLIEN : Baiklah. Saya kira mereka dapat memiliki beberapa kesenangan.

(Ini adalah pertama kalinya klien menunjukkan tanda bahwa dia dapat berpikir secara rasional tentang masalah yang dihadapi. Perhatikan bagaimana Ellis memanfaatkan ini.)

TERAPIS : Dan bisakah beberapa dari mereka memiliki kesenangan yang besar?

KLIEN : Mungkin iya.

TERAPIS : Mungkin?

KLIEN : Ya, sangat mungkin.

TERAPIS : Benar. Jadi, tidak peduli berapa banyak orang yang sangat menginginkan kesuksesan dan akan merasa lebih baik untuk mendapatkannya, mereka tidak harus mendapatkannya. Kan?

(Di sini terapis merangkum poin rasional dan meminta persetujuan. Saya mungkin bertanya, "Apa pendapat Anda tentang gagasan ini?" untuk mendorong klien agar lebih mandiri dalam pemikirannya.)

KLIEN: Ya.

TERAPIS : Realitas sosial seperti itu - bukan?

KLIEN. Sepertinya begitu.

TERAPIS : Kembali kepada Anda. Apakah keinginan besar anda untuk karier yang sukses berarti berbincang-bincang dengan Anda yang harus Anda capai bahwa dunia harus memenuhi keinginan ini?

(Setelah mendapatkan titik rasional secara abstrak, Ellis kemudian berupaya menerapkannya pada keadaan pribadi klien yang spesifik.)

KLIEN. Saya mengerti apa yang kamu maksud. Realitas sosial adalah sebagaimana adanya, tidak peduli betapa tidak menyenangkan saya.

(Klien menunjukkan tanda-tanda benar-benar memahami poin.)

TERAPIS : Tepat. Catat Filosofi Baru yang Efektif yang baru saja Anda datangi dan teruslah berpikir seperti itu sampai Anda benar-benar memercayainya!

- 9) Contoh *Menggunakan Argumen Logis* Dalam segmen ini terapis membantah keyakinan irasional klien yang bersikeras bahwa karena ia memperlakukan temannya dengan sangat baik dan adil, teman ini *harus* memperlakukannya dengan cara yang sama. Dia melakukannya dengan menggunakan argumen logis utama.

TERAPIS : Anggaplah Anda menggambarkan situasi dengan teman Anda dengan akurat dan bahwa dia memperlakukan Anda dengan buruk dan tidak adil setelah Anda secara konsisten memperlakukannya dengan baik. Bagaimana menurutnya karena perilaku baik Anda, ia harus merespons dengan cara yang sama?

KLIEN : Tapi dia tidak adil jika tidak!

TERAPIS : Ya, kami menyetujui itu. Dia tidak adil, dan kamu adil. Dapatkah Anda melompat dari "Karena saya sangat adil kepadanya, dia harus adil kepada saya?"

KLIEN : Tapi dia salah kalau dia tidak adil saat aku.

(Pada titik ini terapis dan klien tampaknya saling bertentangan.

Terapis terus bertanya kepada klien mengapa temannya harus adil terhadapnya, dan klien itu terus menjawab bahwa temannya salah dan tidak adil, yang tidak ditanyakan.)

TERAPIS : Setuju. Tetapi karena Anda adil, dan mungkin benar, dan karena dia mengambil keuntungan dari ketidakadilan Anda, apakah masih berarti ia harus benar dan memperlakukan Anda dengan adil?

KLIEN : Secara logis berikut.

TERAPIS : Benarkah? Itu terlihat seperti nonsequitur lengkap bagi saya.

KLIEN : Bagaimana BEGITU?

(Ini adalah perubahan penekanan terapis yang khas. Dia menegaskan bahwa kepercayaan klien itu tidak masuk akal dan menunggu yang terakhir untuk bertanya mengapa sebelum memperluas temanya. Dia ingin membuat kliennya bertanya, "Mengapa Anda mengatakan itu?")

TERAPIS : Ya, logis atau konsisten bahwa ia lebih baik memperlakukan Anda dengan adil ketika Anda memperlakukannya dengan baik. Tetapi bukankah Anda membuat lompatan yang tidak logis — atau "ajaib" dari "Karena ia lebih baik memperlakukan saya dengan adil, ia benar-benar harus melakukannya?" Apa hukum "logis" dari alam semesta yang mengarah pada "Dia benar-benar harus melakukannya?"

KLIEN : Tidak ada hukum, saya kira.

TERAPIS : Tidak, dalam logika kita mendapatkan kesimpulan yang diperlukan, seperti "Jika semua manusia adalah manusia dan John adalah seorang laki-laki, John pasti manusia. "Tetapi" logikanya "Anda mengatakan, 'Orang yang diperlakukan dengan adil, sering memperlakukan orang lain dengan adil; saya memperlakukan teman saya dengan adil; oleh karena itu mutlak diperlukan bahwa dia memperlakukan saya dengan cara yang sama.'" Apakah itu logis kesimpulan?

(Ini adalah strategi khas terapis. Dia mulai dengan membuat poin dalam mode didaktik. Seperti yang terjadi di sini, poin ini menggambarkan ide yang rasional (dalam hal ini ide yang logis). Dia kemudian mengontraskan hal ini dengan ide irasional klien (dalam hal ini ide yang tidak logis) tetapi tidak

memberi tahu klien bahwa idenya tidak logis. Sebaliknya, ia mendorong klien untuk berpikir sendiri dengan bertanya, "Apakah itu kesimpulan logis?" Layak untuk mempelajari urutan ini secara terperinci karena ini adalah tipikal dari pekerjaan pertenggaran efektif terapis.)

CLIENT: Saya rasa tidak.

TERAPIS : Terlebih lagi, Anda sepertinya mengklaim bahwa karena Anda bertindak adil dan teman Anda berperilaku tidak adil, tindakannya membuatnya menjadi orang yang busuk. Apakah itu pemikiran logis?

(Terapis mengambil kesimpulan lain dari kliennya. Dia mungkin benar; namun, praktiknya adalah memeriksa firasatku dengan klien sebelum melanjutkan.)

CLIENT: Kenapa tidak?

(Seperti yang akan Anda lihat, Terapis segera menjawab pertanyaan klien. Saya akan mendorong klien untuk mencoba menjawab pertanyaannya sendiri sebelum masuk ke mode didaktik.)

TERAPIS : Itu tidak logis karena Anda terlalu generalisasi. Anda melompat dari salah satu perilakunya yang negatif— atau bahkan satu dari sifatnya — ke mengkategorikan A, totalitasnya sebagai "negatif" Bagaimana generalisasi berlebihan itu mengikuti beberapa perilakunya?

(Di sini terapis menyatakan kesalahan logis yang dibuat klien, menunjukkan kepadanya dengan cara apa kesalahan itu ada dalam keyakinannya tentang temannya, dan akhirnya menyanyinya tentang logika keyakinan itu.)

KLIEN Saya dapat melihat sekarang bahwa itu tidak terjadi.

TERAPIS : Jadi, apa yang bisa Anda simpulkan secara logis?

(Di sini, terapis mendorong klien untuk aktif dalam pemikirannya.)

KLIEN: Yah, saya bisa berpikir bahwa dia bukan salah satu dari perilaku utamanya. Dia adalah orang yang sering, tetapi tidak selalu, bertindak busuk.

TERAPIS : Bagus! Alfred Korzybski dan pengikutnya di General Semantics akan menyetujui kesimpulan baru Anda!

10) Contoh *Menggunakan Argumen Pragmatis!* Dalam bagian pekerjaan berikut, klien menegaskan bahwa jika dia percaya bahwa dia harus berhasil, dia akan berhasil lebih baik di sekolah dan memenangkan persetujuan orang lain. Terapis menunjukkan kepadanya bahwa keyakinannya yang irasional akan kemungkinan menghasilkan hasil yang buruk.

KLIEN : Jika saya ingin melakukan yang buruk di sekolah karena, seperti yang Anda katakan, saya pikir saya harus melakukannya dengan baik, bukankah keharusan dan kecemasan saya memotivasi saya untuk berbuat lebih baik?

TERAPIS : Ya, sebagian. Tapi bukankah mereka juga akan mengalahkanmu?

(Di sini terapis memberikan jawaban langsung untuk pertanyaan langsung klien. Tetapi dia kemudian menindaklanjuti dengan mengajukan pertanyaan untuk mendorong klien untuk memikirkan masalah itu untuk dirinya sendiri. Ini adalah strategi perselisihan Ellis yang khas.)

KLIEN : Bagaimana?

TERAPIS : Jika Anda terus membuat diri Anda sangat cemas dengan "Saya harus melakukannya dengan baik! Saya harus tampil dengan sempurna!" tidakkah Anda akan terlalu sibuk dengan diri sendiri sehingga Anda mengurangi waktu dan energi yang dapat Anda berikan untuk belajar?

(Intervensi ini terdiri dari sejumlah poin didaktis yang dibuat dengan twist pertanyaan di akhir.)

KLIEN : Ini mungkin tidak membantu.

TERAPIS : Tidak, itu jauh lebih mungkin untuk menyabot. Selain itu, bahkan jika Anda entah bagaimana berhasil dalam kursus Anda, apakah Anda ingin menjadi cemas dan tertekan, sementara Anda berhasil?

KLIEN : Terus terang, tidak.

TERAPIS : Dan apakah Anda ingin begitu tenggelam dalam kekhawatiran tentang sekolah sehingga Anda memiliki sedikit

waktu untuk hubungan, olahraga, musik, dan kesenangan lainnya?

(Setelah berhasil menyampaikan maksudnya kepada klien bahwa keyakinan irasionalnya akan lebih merugikan daripada kebaikan, terapis menghabiskan waktu. Dua intervensi terakhirnya dan banyak tanggapannya berikut menggarisbawahi poin penting ini)

KLIEN Saya tidak pikir juga begitu. Saya lulus mata kuliah saya musim lalu, tetapi tidak mampu melakukan hal lain.

TERAPIS : Lihat! Dan bagaimana dengan hasil fisik dari kekhawatiran dan perfeksionisme Anda yang konstan?

KLIEN : Dokter saya berpikir mereka membuat saluran pencernaan saya hiperaktif.

TERAPIS : Saya tidak terkejut. Dan ketika Anda terus-menerus khawatir, bagaimana perasaan tentang Anda karena menjadi pencemas seperti itu?

KLIEN : Cukup menyebalkan.

TERAPIS : Apakah bahwa perasaan layak? Tetapi bahkan jika Anda merasa tidak enak dengan kecemasan Anda dan tidak mengecewakan karena memilikinya, Anda masih akan menimbulkan frustrasi dan kekecewaan yang tak ada habisnya dengan memanjakannya.

KLIEN : Anda mungkin benar.

TERAPIS : Jangan mengambil kata saya untuk itu. Cari sendiri pada hasil yang Anda dapatkan dari tuntutan perfeksionis Anda dan cari tahu apa yang bisa Anda katakan pada diri sendiri untuk menggantikannya.

(Terapis sering mendesak kliennya untuk tidak mengambil kata-katanya untuk itu. Namun, gaya didaktiknya mendorong klien yang tidak terbiasa berpikir sendiri untuk melakukan hal itu. Penggunaan pertikaian Socrates yang lebih luas mungkin dapat mencapai hasil ini dengan lebih efektif.)

KLIEN: Ya, saya bisa mengatakan pada diri sendiri, "Sangat bagus bisa bekerja dengan baik di sekolah, tetapi saya tidak harus sempurna. Bahkan jika kecemasan saya terkadang membantu saya untuk dapatkan nilai bagus, juga, memiliki terlalu banyak kerugian dan itu tidak sepadan. "

TERAPIS : Bagus! Itu cara yang jauh lebih baik untuk berpikir.

TEKNIK EMOTIF

- 1) Sejumlah *metode lucu* digunakan untuk mendorong klien berpikir rasional dengan tidak menganggap diri mereka terlalu serius.
- 2) Terapis REBT tidak ragu untuk memodelkan filosofi rasional melalui *pengungkapan diri*. Mereka jujur mengakui bahwa mereka memiliki masalah yang sama dan menunjukkan bahwa mereka mengatasinya dengan menggunakan REBT.

- 3) Terapis REBT sering menggunakan sejumlah *cerita, semboyan, perumpamaan, humor, puisi, dan kata-kata mutiara* sebagai tambahan untuk teknik Disputing kognitif.
- 4) Menulis sejumlah lagu lucu yang dirancang untuk menyajikan filosofi rasional dalam format yang lucu dan mudah diingat.

TEKNIK PERILAKU

- 1) Kegiatan "*tinggal di sana*", yang menghadirkan klien dengan kesempatan untuk mentolerir ketidaknyamanan kronis sambil tetap dalam situasi tidak nyaman untuk jangka waktu yang lama.
- 2) *Latihan antiprocrastination*, di mana klien didorong untuk mendorong diri mereka untuk memulai tugas lebih cepat daripada nanti sambil lagi mentolerir ketidaknyamanan melanggar kebiasaan *manana*.
- 3) Menggunakan *rewards* dan penalti, yang digunakan untuk mendorong klien melakukan tugas-tugas yang tidak nyaman dalam mengejar tujuan jangka panjang mereka (denda yang kaku ternyata sangat membantu dengan klien yang tahan secara kronis)
- 4) Terapi peran tetap Kelly's, kadang-kadang digunakan di REBT, di mana klien didorong untuk bertindak "seolah-olah sudah berpikir rasional, untuk memungkinkan mereka mendapatkan pengalaman bahwa perubahan itu mungkin.

- c. Mencatat sejumlah kendala yang muncul dalam proses REBT dan bagaimana mereka dapat diatasi.

Hambatan Hubungan dengan Kemajuan Klien

- 1) Pertama-tama ini dapat dikaitkan dengan hubungan/kecocokan terapis-klien yang buruk. Ketidakcocokan seperti itu dapat terjadi karena berbagai alasan. Dengan demikian, klien "mungkin memiliki terapis yang, sesuai dengan selera atau preferensi idiosinkratik mereka, terlalu muda atau terlalu tua, terlalu liberal atau terlalu konservatif, terlalu aktif atau terlalu pasif".
- 2) Jika hambatan "kecocokan hubungan" ini tetap ada, maka lebih baik bagi klien untuk dipindahkan ke terapis dengan sifat yang lebih cocok. Hambatan hubungan lain dapat terjadi karena terapis dan klien mungkin mendapatkan "terlalu baik" dan teralihkan dari tugas-tugas terapi yang lebih biasa. Dalam kasus seperti itu, paradoksnya adalah bahwa jika klien membaik, hubungan "kehidupan" yang memuaskan terancam. Akibatnya, kolusi dapat terjadi antara terapis dan klien untuk menghindari menjadikan terapi sebagai upaya yang efektif sebagaimana seharusnya.
- 3) Masalah ini sebagian besar dapat diatasi jika terapis pertama-tama membantu dirinya sendiri dan kemudian klien untuk

mengatasi filosofi toleransi frustrasi rendah yang tersirat dalam hedonisme jangka pendek yang kolusif ini.

Hambatan Terapis untuk Kemajuan Klien

- 1) Menginduksi klien dalam terapi yang tidak perlu dan gagal untuk memperbaiki harapan yang tidak realistis seperti "terapis saya" akan menyelesaikan masalah saya untuk saya."
- 2) Menilai masalah klien dengan salah dan dengan demikian mengerjakan "masalah" yang tidak dimiliki klien.
- 3) Gagal menunjukkan kepada klien bahwa masalah mereka memiliki akar ideologis dan bahwa C sebagian besar (tetapi tidak secara eksklusif) ditentukan oleh B dan bukan oleh A. Terapis yang tidak berpengalaman sering gagal bertahan dengan strategi ini atau bertahan dengan strategi yang tidak efektif.
- 4) Gagal menunjukkan kepada klien bahwa akar ideologis dari masalah mereka paling sering diekspresikan dalam bentuk "keharusan" yang taat dan absolutistik atau salah satu dari tiga turunan utama "musturbation". Alih-alih, terapis REBT yang tidak berpengalaman sering terlalu lama memikirkan pemikiran antiempiris atau terdistorsi dari klien mereka.
- 5) Dengan asumsi bahwa klien akan secara otomatis mengubah pemikiran absolut mereka begitu mereka telah mengidentifikasinya. Selain itu, terapis ahli secara rutin gagal

untuk (1) memberikan tugas pekerjaan rumah klien mereka, yang memberi mereka kesempatan untuk berlatih membantah keyakinan irasional mereka; (2) memeriksa kemajuan klien mereka pada tugas-tugas ini; dan (3) membantu klien mereka untuk mengidentifikasi dan mengubah hambatan filosofis mereka untuk terus bekerja pada perubahan diri.

- 6) Gagal menyadari bahwa klien sering memiliki masalah tentang masalah mereka dan dengan demikian hanya bekerja pada masalah utama ketika klien disibukkan dengan masalah sekunder.
- 7) Bekerja pada kecepatan dan tingkat yang tidak sesuai dengan kemampuan belajar klien sehingga klien-klien ini tidak cukup terlibat dalam proses terapi karena kebingungan atau kebosanan.
- 8) Menguraikan lima keyakinan irasional utama yang mengarah pada inefisiensi terapeutik :
 - a. "Saya *harus* berhasil dengan semua klien saya secara praktis sepanjang waktu."
 - b. "Saya *harus* menjadi terapis yang luar biasa, jelas lebih baik daripada terapis lain yang saya kenal atau dengar."
 - c. "Aku *harus* sangat dihormati dan dicintai oleh semua klienku."

- d. "Karena saya melakukan yang terbaik dan bekerja sangat keras sebagai seorang terapis, klien saya *harus* sama-sama pekerja keras dan bertanggung jawab, *harus* mendengarkan saya dengan hati-hati, dan *harus* selalu mendorong diri mereka untuk berubah."
 - e. "Karena saya adalah orang yang memiliki hak sendiri, saya *harus* dapat menikmati diri sendiri selama sesi terapi dan menggunakan sesi ini untuk menyelesaikan masalah pribadi saya serta membantu klien dengan kesulitan mereka."
- 9) Agar benar-benar mendapat manfaat dari REBT, klien sebaiknya mencapai tiga bentuk wawasan berikut
- a. Gangguan psikologis terutama ditentukan oleh Keyakinan absolutistik yang mereka pegang tentang diri mereka sendiri, orang lain, dan dunia.
 - b. Ketika orang memperoleh dan menciptakan keyakinan irasional mereka di awal kehidupan mereka, mereka mengabadikan gangguan mereka dengan mengindoktrinasi ulang diri mereka sendiri di masa sekarang dengan keyakinan-keyakinan ini.
 - c. Jika mereka terus bekerja dan berlatih di masa sekarang dan di masa depan untuk berpikir, merasakan, dan bertindak melawan Keyakinan irasional ini adalah klien

cenderung untuk menyerahkan irasionalitas mereka dan membuat diri mereka secara signifikan kurang terganggu.

10) Karakteristik klien yang "gagal" dalam REBT :

- a. Klien yang buruk gagal melakukan *pertentangan-kognitif* diri yang konsisten. Mereka ditandai, di antara faktor-faktor lain, oleh gangguan ekstrim, kebesaran, kurangnya organisasi, dan penolakan polos untuk melakukan tugas-tugas kognitif ini.
- b. Klien "gagal", yang menolak untuk menerima tanggung jawab atas emosi tidak sehat mereka dan menolak untuk secara paksa dan *emosional* mengubah keyakinan dan tindakan mereka, lebih melekat, lebih tertekan dan tidak aktif, lebih sering muluk-muluk, dan lebih sering memberontak daripada klien.
- c. Klien "gagal" yang memiliki kinerja buruk dalam aspek perilaku REBT menunjukkan "toleransi frustrasi yang sangat rendah, memiliki kecanduan perilaku yang serius, menjalani kehidupan yang tidak teratur, menahan diri dari melakukan tugas pekerjaan rumah, lebih sering psikotik dan umumnya menolak bekerja di terapi "

Hambatan Klien untuk Kemajuan Klien

- 1) Klien yang buruk gagal melakukan *pertentangan-kognitif* diri yang konsisten. Mereka ditandai oleh gangguan ekstrim,

kurangnya organisasi, dan penolakan polos untuk melakukan tugas-tugas kognitif ini.

- 2) Klien "gagal", yang menolak untuk menerima tanggung jawab atas emosi tidak sehat mereka dan menolak untuk secara paksa dan *emosional* mengubah keyakinan dan tindakan mereka, lebih melekat, lebih tertekan dan tidak aktif, lebih sering muluk-muluk, dan lebih sering memberontak daripada klien. siapa yang diuntungkan dari REBT.
- 3) Klien "gagal" yang memiliki kinerja buruk dalam aspek perilaku REBT menunjukkan "toleransi frustrasi yang sangat rendah, memiliki kecanduan perilaku yang serius, menjalani kehidupan yang tidak teratur, menahan diri dari melakukan tugas pekerjaan rumah, lebih sering psikotik dan umumnya menolak bekerja di terapi ".

3. Tahap III : Penilaian Keberhasilan dan Persiapan Menutup Sesi Terapi

a. Klien dapat diterminasi jika :

- 1) Mengakui bahwa mereka mengalami emosi negatif "tidak sehat" dan bertindak secara disfungsi ketika mereka melakukannya.
- 2) Mendeteksi keyakinan irasional dan disfungsional yang menopang pengalaman ini.
- 3) Membedakan keyakinan irasional mereka dari alternatif rasional mereka.

- 4) menantang keyakinan disfungsional ini.
 - 5) menangkis mereka dengan menggunakan metode perubahan diri kognitif, emotif, dan perilaku.
- b. REBT individu dihentikan bukan ketika klien harus menyelesaikan semua masalah mereka tetapi ketika mereka merasa siap untuk menyelesaikan masalah mereka sendiri dan yakin akan kemampuan mereka untuk menghadapi kesulitan di masa depan.
 - c. Terapis dapat bekerja menuju penghentian baik dengan mengurangi frekuensi sesi dari waktu ke waktu atau dengan menetapkan tanggal penghentian yang pasti.
 - d. Sebelum penghentian, terapis dapat secara produktif menggunakan waktu sesi untuk membantu klien mengantisipasi masalah di masa depan dan membayangkan bagaimana ia akan secara produktif menangani masalah tersebut dengan menggunakan keterampilan REBT yang semoga sekarang telah diinternalisasi ke tingkat yang cukup besar.
 - e. Beberapa klien yang telah membuat kemajuan besar masih percaya bahwa mereka membutuhkan bantuan terapis untuk mempertahankan kemajuan mereka. Masalah seperti itu dapat menjadi nyata ketika klien yang telah membuat kemajuan yang sangat baik enggan untuk menetapkan tanggal penghentian atau untuk mengurangi frekuensi sesi. Namun, ada sebagian kecil klien yang cukup terganggu yang sepertinya merasa sulit untuk

mengatasinya sendiri, dan dalam kasus ini terapis secara produktif dapat menjadwalkan sesi penguat REBT yang jarang dilakukan untuk orang-orang seperti itu.

- f. Sering kali bermanfaat bagi terapis untuk mengatur klien mereka untuk menghadiri serangkaian sesi tindak lanjut setelah penghentian untuk memantau kemajuan mereka dan menghadapi hambatan yang tersisa untuk perbaikan berkelanjutan