

**PENGARUH TERAPI RASIONAL EMOTIF TINGKAH LAKU (REBT) DALAM
MENGURANGI ACROPHOBIA PADA DEWASA AWAL**

Mega Cristhina Nurhayati Marpaung

Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya

Email: megamarpaung@icloud.com

Abstrak - Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) untuk mengurangi *acrophobia* pada dewasa awal. Subjek pada penelitian ini adalah dua orang laki-laki, individu dewasa awal yang sedang mengalami *acrophobia*. Pengambilan data pada penelitian ini menggunakan observasi, wawancara, *Acrophobia Questionnaire* (AQ), skala kecemasan, *self monitoring*, tes psikologi yaitu tes grafis dan 16PF serta angket terbuka. Metode penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan *one group pretest posttest design*.

Intervensi yang digunakan pada penelitian ini adalah terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) yang menggabungkan tiga teknik yaitu kognitif, emotif, dan tingkah laku, sehingga pemikiran-pemikiran irasional subjek diubah menjadi pemikiran yang rasional dan juga mengubah emosi negatif subjek menjadi emosi yang positif dan keduanya akan terlihat dari perilaku yang ditunjukkan subjek.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) dapat mengurangi *acrophobia* pada individu dewasa awal. Hal tersebut dapat dilihat dari pengukuran tingkat *acrophobia* dari hasil *Acrophobia Questionnaire* (AQ) dengan menggunakan uji statistik non-parametrik *Wilcoxon Signed-Rank Test* yang menunjukkan penurunan yang signifikan pada subjek 1 dengan nilai *Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.027* lebih kecil dari $\alpha=0,05$ untuk skala kecemasan dan nilai *Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.034* lebih kecil dari $\alpha=0,05$ untuk skala penghindaran. Pada subjek 2 dengan nilai *Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.007* lebih kecil dari $\alpha=0,05$ untuk skala kecemasan dan juga untuk skala penghindaran.

Kata Kunci : Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT), *Acrophobia*, Fobia Spesifik.

Abstract - This research aims to know the effect of Rational Emotive Behavior therapy (REBT) to reduce *acrophobia* in early adult. The subject is two men, early adult who has *acrophobia*. The data in this research collected through observation, interview, *Acrophobia Questionnaire* (AQ), anxiety scale, self-monitoring, psychological test; which

is graphic test, and 16 PF, also open questionnaire, The research design is quasi experiment with one group pretest posttest design.

Intervention in this research is using Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) that combine three technique; which is cognitive, emotive, and behavior; so subject's irrational beliefs can be changed into rational beliefs and change subjects's negative emotion become positive emotion and both will appear in subject's behavior

Result shows that Rational Emotive Behavior therapy (REBT) able to decrease acrophobia in early adult individu. This can be seen in the measurement of acrophobia scale with Acrophobia Questionnaire (AQ), using non-parametric Wilcoxon Signed-Rank Test, that decrease significantly in Subjek 1 with Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.027 for anxiety scale and Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.034 for avoidance scale which means lower than $\alpha=0,05$ In Subjek 2 Asymp. Sig. (2-tailed) = 0.007, which means lower than $\alpha=0,05$ for anxiety and avoidance scale.

Key Word: Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), *Acrophobia*, Specific Phobia

PENDAHULUAN

Fobia merupakan kecemasan yang berlebihan pada suatu hal yang dianggap tidak rasional. Situasi yang mendorong gangguan kecemasan ini seringkali tidak dapat dihindari, sehingga fobia dapat dikatakan sangat menghambat kehidupan orang yang mengidapnya. Fobia dapat dikembangkan hampir pada semua benda atau situasi apapun. Fobia berkembang di masa kanak-kanak tetapi mereka juga dapat berkembang pada orang dewasa.

Menurut Nevid (2005), seseorang bisa saja mempunyai ketakutan terhadap suatu objek tertentu, tetapi hanya bila ketakutan itu mengganggu kehidupan sehari-hari atau menyebabkan distress emosional yang signifikan maka barulah dapat didiagnosis sebagai gangguan fobia. Fobia adalah rasa takut yang menetap terhadap objek atau situasi dan rasa takut ini tidak sebanding dengan ancamannya (Nevid, 2005). Maramis (2005) menjelaskan diantara gejala-gejala atau simptom-simptom fobia adalah rasa takut yang diderita oleh seseorang yang dapat mengakibatkan perasaan seperti akan pingsan, rasa lelah, pampiltasi, berkeringat, mual, tremor, dan panik. Berdasarkan buku DSM-IV TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, text revision*) fobia diklasifikasikan menjadi tiga kategori yaitu : agoraphobia (ketakutan akan keramaian dan tempat terbuka), fobia sosial (ketakutan diamati dan dipermalukan di depan publik), dan fobia spesifik (ketakutan tidak rasional terhadap objek atau situasi tertentu).

Pada penelitian ini, peneliti memilih untuk meneliti mengenai fobia spesifik. Menurut American Psychiatric Association (APA, 2000), fobia spesifik (*specific phobia*) adalah ketakutan irasional yang disebabkan oleh adanya situasi atau objek yang jelas, yang sebenarnya tidak berbahaya, situasi atau objek tersebut dihindari atau dihadapi dengan perasaan terancam. Fobia spesifik termasuk dalam peringkat ketiga dalam gangguan kejiwaan setelah depresi tingkat berat dan penyalahgunaan alkohol. Menurut Kessler (disitat dari Adler & Cook-Nobies, 2011), fobia spesifik merupakan prevalensi tertinggi ke-3 dari semua jenis gangguan mental dengan prosentase 10-12% dari populasi *United States*. Dalam penelitian Kessler (2005) menjelaskan bahwa prevalensi kehidupan untuk orang yang memiliki fobia spesifik adalah 12,5%. Sedangkan data di rumah sakit jiwa Dresden (Jerman) menunjukkan bahwa prevalensi masa hidup adalah 12,8% (Schmid, Freudemann, & Schonfeldt-lecuona, 2009). Penderita fobia spesifik berkisar antara 9,4% hingga 12,5% adalah orang dewasa (Trumpf, Julia, Becker, E ni S, Vri ends, Noortje, 2009).

Berdasarkan buku DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edition, Text Revision*), ada beberapa sub-tipe yang dapat digunakan untuk mengindikasikan fobia spesifik seperti *animal type*, *natural environment type*, *blood-injection-injury type*, *situational type* serta *other type*. *Animal type* adalah ketakutan terhadap binatang atau serangga tertentu. *Natural environment type* adalah ketakutan yang disebabkan oleh lingkungan alam, misalnya badai, guntur, ketinggian, air, dan sebagainya. *Blood-injection-injury type* adalah ketakutan yang ditimbulkan disebabkan jika subjek melihat jarum suntik atau menerima suntikan atau sesuatu yang berkaitan dengan darah dan rasa sakit. *Situational type* adalah ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh suatu situasi yang spesifik seperti transportasi umum, terowongan, jembatan, elevator, penerbangan, mengendarai motor, atau tempat yang tertutup. *Other type* adalah ketakutan yang ditimbulkan disebabkan oleh suatu objek yang tertentu atau suatu situasi yang dapat membuat subjek merasa malu, tercekik, dan hal-hal yang membuatnya merasa sakit atau tidak nyaman.

Fobia yang dialami individu dapat mengganggu aktivitas hariannya dan menimbulkan kondisi stres yang besar saat berhadapan atau melakukan sesuatu yang terkait dengan stimulus fobianya, misalnya fobia anjing membuat individu sangat cemas ketika bertemu dengan hewan anjing, fobia mobil membuat individu tidak berani untuk bepergian naik mobil dan lain-lain (Nev id, Rathus & Greene, 2005). Individu dengan fobia spesifik menunjukkan pengolahan informasi yang bias, seperti bias pada atensi dan

bias pada interpretatif untuk informasi yang relevan sebagai sebuah ancaman. Individu yang mengalami fobia spesifik cenderung menunjukkan peningkatan perhatian untuk informasi yang relevan sebagai ancaman (Mogg & Bradley, 2006) dan salah menafsirkan rangsangan yang ambigu sebagai sebuah ancaman (Kolassa, 2007).

Ada tiga model perilaku pada individu yang mengalami fobia spesifik (Heather & Martin, 2012) yaitu perilaku melarikan diri, perilaku menghindari dan perilaku menyelamatkan diri. Menurut model perilaku-kognitif, perilaku melarikan diri adalah salah satu faktor utama yang mempertahankan kecemasan pada diri individu. Kemudian perilaku menghindari pada seseorang dapat berupa menolak menghadapi objek atau situasi yang ditakuti, atau melarikan diri dari situasi yang menakutkan. Perilaku menghindari ini dapat juga tidak terlihat seperti sedang menghindari sesuatu dengan menggunakan perilaku menyelamatkan diri atau melakukan perilaku lainnya sebagai koping ketika berada dalam situasi yang menakutkan. Perilaku menyelamatkan diri ini sebagai strategi yang dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan pada seseorang dan mencegah rasa takut yang muncul dari sebuah situasi (Salkovskis, 1991).

Adapun fobia spesifik dalam penelitian ini adalah fobia ketinggian atau yang lebih dikenal dengan istilah *acrophobia*. *Acrophobia* adalah jenis fobia sederhana dengan karakteristik yang ditandai dengan kecemasan akibat terpapar oleh situasi yang berkaitan dengan ketinggian, kemudian menghindari dari ketinggian, dan adanya gangguan keberfungsian (APA, 1987). Seseorang yang menderita *acrophobia* mengalami rasa takut terhadap ketinggian yang sangat kuat. Orang yang menderita *acrophobia* akan berusaha menghindari tempat seperti balkon atau teras yang berada di lantai atas, *lift*, gedung pencakar langit, jembatan, pesawat, dan lain-lain. Orang-orang yang menderita gangguan ini akan merasa suasana yang mengerikan saat mereka berada dalam situasi yang menyiratkan ketinggian, mereka bahkan merasa cemas ketika melihat orang lain berada dalam situasi tersebut. Ketakutan terbesar dari penderita *acrophobia* adalah takut terjatuh (Juan, Alcaniz, Monserrat, Botella, Banos, & Guerrero, 2005).

Prevalensi individu yang mengalami *acrophobia* sebanyak 8,6% untuk individu berjenis kelamin perempuan dan 4,1% untuk individu berjenis kelamin laki-laki serta titik prevalensinya sebesar 2,8 % untuk individu berjenis kelamin perempuan dan 1,1% untuk individu berjenis kelamin laki-laki (Hans-Peter, Doreen, Eva, Werner, Thomas, 2014). *Acrophobia* adalah tipe gangguan yang paling umum berpengaruh pada individu berjenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan individu yang berjenis kelamin perempuan (LeBeau, Glenn, Liao, Wittchen, Beesdo-Baum, Ollendick, Craske, 2010). Hanya a

terdapat 11% dari individu yang mengalami *acrophobia* dikarenakan oleh pengalaman traumatis yang menimpa mereka (Menzies & Clarke, 1995b). Data yang diperoleh mengenai jumlah penderita *acrophobia* adalah berkisar dari 2% sampai 5% dari populasi umum, dimana gangguan ini dua kali lebih banyak diderita oleh perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

Adapun gejala-gejala yang dimiliki oleh seseorang yang menderita *acrophobia* meliputi pola-pola kognitif, perilaku dan fisiologis. Ketika seseorang yang mengalami *acrophobia* tidak dapat sepenuhnya menghindari situasi yang berkaitan dengan ketinggian, maka mereka akan menampilkan dengan level yang tinggi untukantisipasi kecemasan, cenderung untuk menafsirkan resiko akan terjatuh yang terlalu berlebihan, terlalu menilai dengan berlebihan akan resiko terkena luka yang parah (Menzies & Clarke, 1995a) dan mereka akan mengeluh merasa pusing dimana hal tersebut merupakan gejala yang umum terjadi (Brandt, Arnold, Bles, & Kapteyn, 1980).

Berbeda dengan individu dengan fobia spesifik lainnya (seperti misalnya fobia terhadap laba-laba), individu yang mengalami *acrophobia* akan menafsirkan keambiguan pada sensasi tubuh mereka sebagai sebuah ancaman dan individu tersebut memiliki kecenderungan untuk mengeluhkan gejala fisiologis seperti pusing serta mual yang mirip dengan individu yang mengalami gangguan panik (Davey, Menzies, & Gallardo, 1997). Oleh karena itu, individu dengan *acrophobia* memiliki perkembangan yang mirip dengan individu yang memiliki gangguan panik dengan menekankan pada bias atensi untuk gejala yang ada pada tubuh individu tersebut dan individu tersebut akan salah menafsirkan gejala yang terjadi pada tubuhnya (Hofmann, Alpers, & Pauli, 2009).

Menurut Durand & Barlow (2005), ada beberapa penyebab munculnya fobia spesifik seperti *acrophobia*, yaitu :

- a. *Traumatic event* : kebanyakan orang yang mengalami fobia spesifik disebabkan oleh kejadian trauma.
- b. *Information transmission* : seseorang dapat mengalami fobia spesifik karena sering mengingat sesuatu yang berbahaya.
- c. Sosial dan kultural : faktor ini sangat kuat mempengaruhi seseorang mengalami fobia spesifik.

Sebagian penganut behaviourisme dan ahli *behaviour therapy* berpendapat bahwa cemas, takut dan fobia berkembang karena *classical conditioning* (Wolpe, 1969 disitat dalam Nevid, Rathus & Greene, 2005). Hal ini juga ditambahkan oleh Nevid, Rathus & Greene (2005) yang mengungkapkan secara teroris bahwa beberapa penyebab fobia,

yaitu adanya proses *classical conditioning* dan *operant conditioning* atau proses *modeling* (sudut pandang behavioristik), adanya distorsi kognitif berlebihan dan *self efficacy* yang rendah saat berhadapan dengan stimulus fobianya (sudut pandang kognitif) dan adanya gen tertentu yang berhubungan dengan neurotisme yang membuat individu cenderung mengembangkan gangguan kecemasan (sudut pandang biologis).

Trait neurotik pada individu yang merupakan suatu kondisi kecenderungan kepribadian yang dapat bersifat genetik atau turun-menurun dan cenderung menetap (Rose, Koskenvuo, Kaprio, Sarna & Langinvaini; Smoller & Tsuang; Young, Fenton & Lader disitat dalam Longley, Watson, Junior & Yoder, 2006) atau terbentuk akibat adanya *basic anxiety* yang menimbulkan *neurotic needs* dan *neurotic trends* tertentu (Horney, 2008) dapat menyebabkan seseorang mengalami fobia. Individu dengan kecenderungan neurotik memiliki karakter pence mas atau tegang, irasional (merasa hal buruk akan terjadi), cenderung menghindar, kaku, mudah depresi, *moody*, emosional, pemalu, mudah merasa bersalah dan kurang percaya diri (Eysenck disitat dalam Feist & Feist, 2009; Nevid, Rathus & Greene, 2005) dan rigid atau kurang fleksibel menghadapi perubahan situasi (Horney, 2008). Hal-hal ini yang membuat individu neurotik dapat mengalami fobia karena lebih mudah terstimulasi, lebih cemas, cenderung menghindar dan memiliki distorsi kognitif yang kuat karena cenderung menggunakan pola yang sama dalam menanggapi segala sesuatu, termasuk pengalamannya dengan stimulus fobia.

Beberapa peneliti berpendapat bahwa orang-orang tertentu lebih dipersiapkan secara genetik untuk lebih mudah memperoleh respon fobik terhadap sekelompok stimuli dibandingkan terhadap kelompok stimuli lainnya (McNally, 1978; Mineka, 1991; Seligman & Rosenhan, 1984 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2005). Model ini disebut *prepared conditioning* dimana model ini mensugestikan bahwa evolusi lebih mendukung kelangsungan hidup dari nenek moyang manusia yang secara genetik mempunyai predisposisi untuk memperoleh rasa takut terhadap objek-objek yang mengancam, seperti binatang-binatang besar, ular, dan binatang melata-menjijikkan lainnya; ketinggian; tempat-tempat tertutup; dan bahkan orang-orang asing tak dikenal.

Acrophobia sendiri memiliki banyak dampak negatif bagi penderitanya. Berdasarkan banyaknya situasi yang dihindari, tidak mengherankan bahwa individu yang mengalami *acrophobia* merasa sangat terganggu dan merasa terbatas dalam bergerak menjalani kehidupan sehari-harinya (Carlos & Guy, 2010). Selain itu, jika gangguan ini tidak segera diatasi, maka gangguan *acrophobia* akan secara signifikan dapat mengurangi kualitas hidup penderitanya (Ibrahim N, 2008). Pada akhirnya pula, mereka yang

mengalami gangguan *acrophobia* juga merasakan bahwa ketakutan yang mereka alami mempengaruhi rutinitas mereka dalam kehidupan sehari-hari (Van der Mast, C, 2001).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Andrew (2007) ditemukan bahwa ada dampak yang langsung dapat dirasakan oleh penderita *acrophobia* dan dalam jangka waktu yang panjang. Dampak yang dapat dirasakan secara langsung terhadap situasi yang berkaitan dengan ketinggian yang melibatkan kehadiran fisik yang dapat menyebabkan 3 hal sebagai berikut :

- a. Reaksi emosional (seperti ketakutan dan kecemasan)
- b. Respon fisiologis (termasuk mengalami sakit dan nafas yang memburu)
- c. Konflik sosial (seperti mengakibatkan munculnya rasa malu).

Banyaknya dampak negatif yang muncul karena gangguan *acrophobia* membuat perlu dilakukan penanganan terhadap gangguan *acrophobia* dengan segera pada individu dewasa awal yang menderita gangguan tersebut. Individu dewasa awal yang mengalami *acrophobia* dirasa telah matang dalam menerima terapi kognitif. Jean Piaget (1980 disitat dari Fontaine, 2003) dengan teori kognitifnya menyatakan bahwa individu membangun kemampuan kognitif melalui tindakan yang termotivasi dengan sendirinya terhadap lingkungan. Usia dewasa awal dalam perkembangannya termasuk periode operasional formal. Karakteristik periode ini adalah diperolehnya kemampuan untuk berpikir secara abstrak, menalar secara logis, dan menarik kesimpulan dari informasi yang tersedia. Kemampuan pada periode perkembangan ini yang membuat individu dewasa awal lebih memahami dan termotivasi dalam melaksanakan terapi yang akan diberikan kepada mereka. Individu pada tahap perkembangan tersebut mampu menganalisis bahwa terapi yang diberikan jika dilaksanakan dengan baik dalam kehidupan sehari-hari akan membantu dirinya dalam menghadapi setiap stresor yang dialami.

Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) merupakan salah satu alternatif intervensi yang cocok untuk menangani *acrophobia* pada individu dewasa awal. Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) menggabungkan tiga teknik kognitif, emotif, dan tingkah laku, sehingga pemikiran-pemikiran irasional subjek diubah menjadi pemikiran yang rasional dan juga mengubah emosi negatif subjek menjadi emosi yang positif dan keduanya akan terlihat dari perilaku yang ditunjukkan subjek (Ellis, 2007). Melalui terapi rasional emotif tingkah laku (REBT), individu akan dibantu untuk lebih mendebatkan (*disputing*) cara berpikir yang tidak tepat atau yang bersifat irasional yang dipertahankan selama ini menuju cara berpikir yang lebih rasional dengan cara reindoktrinasi keyakinan yang rasional. Peneliti ingin melihat apakah dengan menggunakan terapi rasional emotif

tingkah laku (REBT) dapat memberikan dampak yang signifikan untuk menurunkan *acrophobia* pada individu.

METODE PENELITIAN

Identifikasi Variabel

Variabel - variabel yang terdapat dalam penelitian ini adalah *acrophobia* sebagai variabel tergantung (dipengaruhi) dan terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) sebagai variabel bebas (memengaruhi).

Definisi Operasional

Acrophobia ditentukan dalam DSM-IV sebagai fobia spesifik. Fobia spesifik yang berkaitan dengan ketakutan terhadap sesuatu yang berhubungan dengan alam atau ketakutan pada ketinggian cenderung dimulai terutama pada masa anak-anak, meskipun beberapa penelitian menemukan bahwa fobia pada ketinggian dimulai pada saat masa dewasa awal (APA, 1994).

Menurut Froggatt (2005) terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) adalah salah satu dari beberapa terapi yang berasal dari pikiran dan perilaku. Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) berdasar pada konsep bahwa emosi dan perilaku merupakan hasil dari proses berfikir yang memungkinkan bagi manusia untuk memodifikasinya seperti proses untuk mencapai cara yang berbeda dalam merasakan dan bertindak (Froggatt, 2005). Ada beberapa langkah yang dilakukan pada terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) ini (Palmer, 2011), yaitu langkah pertama: identifikasi masalah, langkah kedua: pemahaman masalah, langkah ketiga: mengubah keyakinan irasional (*disputing*), langkah keempat: memelihara perubahan positif, dan langkah kelima: evaluasi.

Asesmen Pengukuran

Wawancara yang dilakukan utamanya untuk menggali latar belakang munculnya *acrophobia*, respon subjek saat berhadapan dengan stimulus atau rangsangan fobia, hal-hal yang turut mendukung terbentuknya dan bertahannya kondisi *acrophobia* pada subjek dan dampak negatif serta positif yang dialami subjek akibat kondisi fobianya.

Observasi digunakan pada penelitian ini untuk mendapatkan data mengenai gambaran diri subjek, perilaku yang menandakan kecemasan pada diri subjek, dan simptom-simptom *acrophobia* yang ada pada diri subjek. Selain itu, observasi yang dilakukan dapat digunakan untuk penegakan diagnosa *acrophobia* pada subjek.

Acrophobia Questionnaire (AQ) yang dibuat oleh peneliti diadaptasi dari *Acrophobia Questionnaire* (AQ) milik Cohen. Kuesioner hasil adaptasi yang dibuat oleh peneliti memiliki jumlah aitem yang berbeda dengan jumlah aitem pada *Acrophobia Questionnaire* (AQ) yang asli, yaitu untuk subjek pertama berisi lima buah situasi dan untuk subjek kedua berisi sembilan buah situasi. Situasi-situasi yang terdapat pada *Acrophobia Questionnaire* (AQ) yang diadaptasi oleh peneliti disesuaikan berdasarkan situasi-situasi yang ditakuti oleh masing-masing subjek berdasarkan wawancara. Masing-masing situasi terbagi dalam aitem yang menggambarkan kecemasan dengan menggunakan skala nol sampai dengan enam dan aitem yang menggambarkan penghindaran dengan menggunakan skala nol sampai tiga. Pada setiap aitem dalam kuesioner ini bernilai skala kecemasan dengan rentang tujuh poin yang terdiri dari nilai nol (sama sekali tidak merasa cemas, tenang, dan santai) hingga nilai enam (sangat cemas). Kemudian dengan aitem yang sama akan dinilai kembali untuk skala penghindaran dengan rentang tiga poin yang terdiri dari nilai nol (tidak akan menghindari situasi tersebut) hingga nilai dua (tidak akan melakukannya dalam keadaan apapun).

Tes 16PF diberikan kepada subjek. 16 PF merupakan alat tes kepribadian yang terdiri atas 105 aitem yang tergolong ke dalam 16 faktor. Hasil tes yang dikerjakan subjek akan diskoring dan diinterpretasikan untuk menemukan atau mengetahui gambaran kepribadian subjek dengan cara melihat kelompok sifat subjek yang dominan maupun yang kurang dominan, sesuai dengan teori *factor-analytic trait* Raymond Cattell yang menjadi dasar pembuatan tes inventori 16PF.

Tes grafis diberikan kepada subjek pada saat melakukan asesmen. Tes grafis diberikan pada subjek untuk melihat kepribadian subjek secara menyeluruh untuk menggambarkan karakteristik pribadinya baik itu di dalam lingkungan keluarga dan juga lingkungan sosialnya. Tes ini juga diharapkan dapat membantu memberikan gambaran mengenai pembentukan gangguan *acrophobia* pada subjek yang ditunjang melalui karakteristik kepribadiannya.

Skala kecemasan diberikan kepada subjek saat akan dihadapkan kepada situasi yang berkaitan dengan ketinggian pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi dan sesudah (*post-test*) diberikan intervensi. Peneliti membuat 35 aitem yang diadaptasi dari aspek yang terdapat dalam skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Penilaian dalam masing-masing manifestasi kecemasan dalam instrumen ini adalah dengan memberikan tanda *checklist* pada nilai dengan kategori: nol = sama sekali tidak merasa cemas, pada nilai dengan kategori sepuluh = merasa sangat cemas.

Self monitoring dilakukan juga pada penelitian ini dengan meminta subjek untuk mengisi tabel yang berisi enam buah kolom (hari/tanggal-waktu-situasi-yang dipikirkan, perasaan, perilaku) untuk melihat manfaat dari terapi ini sehingga dapat diketahui ada tidaknya perubahan yang menetap terkait pikiran subjek saat berhadapan dengan stimulus fobia yang sebelumnya telah diberikan terapi.

Angket terbuka juga diberikan kepada subjek pada penelitian ini. Pengukuran ini dilakukan untuk mengetahui hasil refleksi dan manfaat yang diperoleh subjek pada penelitian ini secara pribadi setelah mengikuti satu sesi terapi.

Prosedur Pengumpulan Data

Alat ukur yang digunakan selama *pretest* dan *posttest* meliputi *Acrophobia Questionnaire* (AQ) dan skala kecemasan. *Acrophobia Questionnaire* (AQ) digunakan di awal penelitian untuk memastikan bahwa subjek memiliki gangguan *acrophobia*.

Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini terdiri dari dua orang subjek dewasa awal yang mengalami *acrophobia* yang berjenis kelamin laki-laki dan bertempat tinggal di Surabaya. Berikut adalah ringkasan identitas kedua subjek penelitian.

Tabel 1. Deskripsi Partisipan Penelitian

	Tyo	Tomy
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki
Tempat/tanggal lahir	Jember, 18 Desember 1988	Surabaya, 1 Desember 1994
Alamat	Surabaya	Surabaya
Pendidikan	S1	berkuliah D3 jurusan Elektro
Pekerjaan	Belum bekerja	Belum bekerja
Agama	Katolik	Islam
Suku Bangsa	Jawa	Jawa
Latar Belakang Budaya	Jawa Timur	Jawa Timur
Urutan Kelahiran	1 dari 2 bersaudara	3 dari 3 bersaudara
Status Pernikahan	Belum menikah	Belum menikah

Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan *pretest-posttest one group design*. Subjek akan mendapatkan terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) yang sama dan dilakukan pengukuran sebelum serta sesudah pemberian terapi rasional emotif tingkah laku (REBT).

Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah uji statistik *2-related samples Wilcoxon* skor total *pre-test* dan *post-test acrophobia questionnaire (AQ)* pada masing-masing subjek. Untuk mendukung pengukuran dan analisa kuantitatif, peneliti menggunakan analisa kualitatif sederhana menggunakan observasi, wawancara, *self monitoring* dan memperhatikan beberapa hasil tes psikologi yang mendukung, yaitu tes 16 PF dan tes grafis.

Pelaksanaan Terapi (Per Sesi)

Terapi ini dilaksanakan selama empat minggu dan dua hari mulai 16 Desember 2015 – 14 Januari 2016. Berikut adalah pemaparan mengenai sesi terapi yang diberikan kepada subjek :

Sesi I: Psikoedukasi tentang acrophobia dan terapi rasional emotif tingkah laku (REBT). Psikoedukasi tentang *acrophobia* meliputi pengertian, stimulus, prevalensi, respon, penyebab, cara mengurangi dan dampak *acrophobia*. Psikoedukasi tentang terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) meliputi pengertian, hal yang sangat penting dan tahapan dalam terapi rasional emotif tingkah laku (REBT). Selain itu, diberikan pula psikoedukasi tentang jenis *irrational belief* dan latihan relaksasi.

Sesi II: Membangun komitmen dengan klien. Membangun komitmen subjek terhadap terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) dengan cara mendemonstrasikan kepada subjek bahwa perubahan itu mungkin terjadi dan terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) mampu membantu subjek untuk sukses mencapai tujuannya. Terapis juga meningkatkan motivasi subjek untuk berubah dengan terapi rasional emotif tingkah laku (REBT).

Sesi III: Mempersiapkan klien untuk memulai proses terapi. Terapis dan subjek mendiskusikan mengenai harapan dan target perubahan perilaku serta faktor yang dapat menghambat dan mendukung subjek selama proses terapi. Menjelaskan *goal* yang ingin dicapai oleh subjek dari terapi terkait dengan perilaku subjek, dimana *goal* yang ingin dicapai konkrit, spesifik dan disetujui secara bersama-sama dan selanjutnya membuat kesepakatan serta gambaran pelaksanaan *treatment*.

Sesi IV: Melaksanakan program intervensi. Terapis membantu subjek untuk dapat menggunakan teknik mendebatkan atau *disputing* cara berfikir yang tidak rasional yang subjek pertahankan selama ini menuju ke cara berfikir yang rasional. Pengembangan metode *self help* dengan memberikan pekerjaan rumah dimana subjek diharapkan secara terus menerus dapat berlatih berargumentasi dan berusaha untuk menentang keyakinan yang irasional dengan teknik berbicara pada diri sendiri.

Sesi V: Menyiapkan klien untuk terminasi. Pada tahap ini, terapis lebih berorientasi pada cara mempertahankan dan meningkatkan pencapaian-pencapaian yang telah diperoleh subjek agar tidak terjadi kekambuhan.

Sesi VI : Evaluasi perkembangan (follow-up). Tahap akhir dari proses intervensi perlu mengadakan pengecekan apakah tercapai atau tidaknya kemajuan terutama perubahan signifikan dari pola pikir, perasaan dan perilaku subjek.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi Kasus

Subjek Tyo

Tyo mengalami *acrophobia* sejak usianya 6 tahun hingga kini usianya 26 tahun. Situasi yang membuat Tyo merasa sangat cemas adalah berdiri di pinggir atap rumah yang tidak memiliki pembatas (pagar). Saat berada di situasi tersebut, isi pikiran Tyo adalah akan terdorong ke bawah hingga terjatuh, akan tersedot hingga jatuh ke bawah, akan terjatuh jika ia berdiri di tepian dari tempat yang tinggi, membayangkan orang-orang yang duduk ditepian akan berdiri dan mengangkat dirinya kemudian mendorong dirinya ke bawah. Respon emosi Tyo adalah merasa takut, cemas, tidak nyaman, kesal hingga pada respon fisiologis yaitu jantung berdebar, lemas dan merasa ngilu dibagian kaki. Respon perilaku Tyo adalah menghindari situasi yang berkaitan dengan ketinggian.

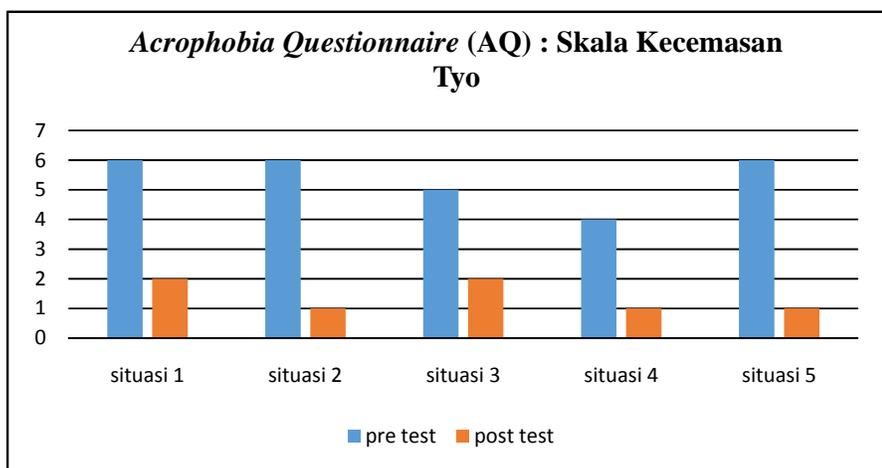
Subjek Tomy

Tomy mengalami *acrophobia* sejak usianya 11 tahun hingga kini usianya 21 tahun. Situasi yang membuat Tomy merasa sangat cemas seperti misalnya jika ia berhadapan dengan situasi bepergian menggunakan pesawat, situasi menaiki wahana permainan halilintar (*jet coaster*) atau berdiri di pinggir parkir mobil yang tinggi. Saat berada di situasi tersebut, isi pikiran Tomy adalah bagaimana jika wahana yang dimainkan rusak kemudian jatuh serta jika ia jatuh maka bisa mengalami patah tulang bahkan meninggal dan bagaimana jika pesawat tersebut terjatuh atau bagaimana jika cuaca tiba-

tiba memburuk saat pesawat yang ia naiki sedang terbang. Respon emosi Tomy adalah merasa takut, cemas, tegang, tidak nyaman, kesal dan panik. Respon perilaku Tomy adalah menghindari situasi yang berkaitan dengan ketinggian.

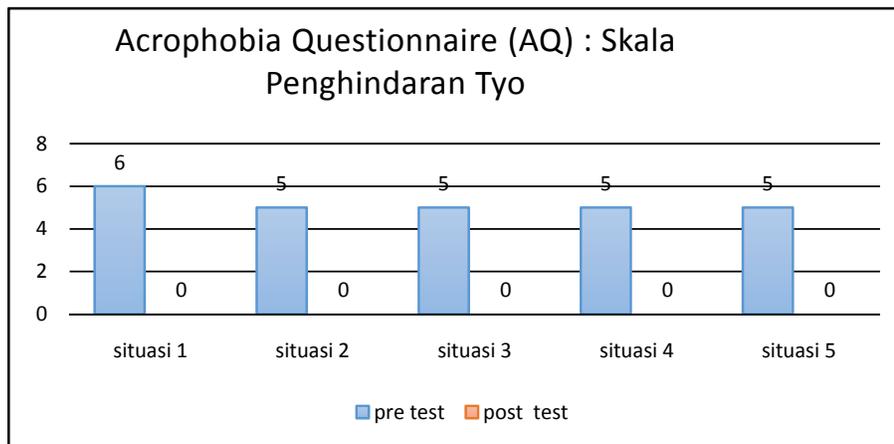
Berikut ini adalah gambaran perbandingan penurunan *acrophobia questionnaire* (AQ) Tyo sebelum dan sesudah Intervensi.

Gambar 1. Perbandingan Penurunan *Acrophobia Questionnaire* (AQ) Tyo : Skala Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi



dapat dilihat bahwa terdapat penurunan pada skala kecemasan Tyo antara saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi tampak bahwa skor tertinggi yaitu 6 terdapat pada situasi 1, 2, dan 5. Situasi-situasi tersebut adalah berdiri di pinggir atap rumah yang tidak memiliki pembatas (pagar), melihat ke arah bawah dari pinggir atap rumah yang tidak memiliki pembatas (pagar) dan melihat ke arah bawah saat bersandar pada pagar pembatas yang terdapat di setiap lantai kedua dan seterusnya di dalam *mall*. Selanjutnya saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor pada masing-masing situasi tersebut menurun menjadi 2 dan 1. Untuk situasi 3 dan 4 pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi Tyo masing-masing memperoleh skor 5 dan 4. Situasi-situasi tersebut adalah menaiki tangga darurat yang curam (*fire escape*) menuju ke lantai tiga dan seterusnya dan bersandar pada pagar pembatas yang terdapat di setiap lantai kedua dan seterusnya di dalam. Saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor pada masing-masing situasi tersebut menurun menjadi 2 dan 1.

Gambar 2. Perbandingan Penurunan *Acrophobia Questionnaire* (AQ) Tyo : Ska la



Penghindaran Sebelum dan Sesudah Intervensi

Berdasarkan gambar 2, maka dapat dilihat bahwa terdapat penurunan yang signifikan pada skala penghindaran Tyo antara saat sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi tampak bahwa situasi 1, yaitu situasi berdiri di pinggir atap rumah yang tidak memiliki pembatas (pagar) dengan skor tertinggi yaitu 6. Selanjutnya situasi 2, 3, 4, dan 5, yaitu situasi-situasi seperti melihat ke arah bawah dari pinggir atap rumah yang tidak memiliki pembatas (pagar), menaiki tangga darurat yang curam (*fire escape*) menuju ke lantai tiga dan seterusnya, bersandar pada pagar pembatas yang terdapat di setiap lantai kedua dan seterusnya di dalam *mall*, dan melihat ke arah bawah saat bersandar pada pagar pembatas yang terdapat di setiap lantai kedua dan seterusnya di dalam *mall* memiliki skor 5. Sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor pada masing-masing situasi tersebut menurun menjadi 0.

Berikut ini adalah gambaran perbandingan penurunan skala kecemasan Tyo sebelum dan sesudah intervensi.

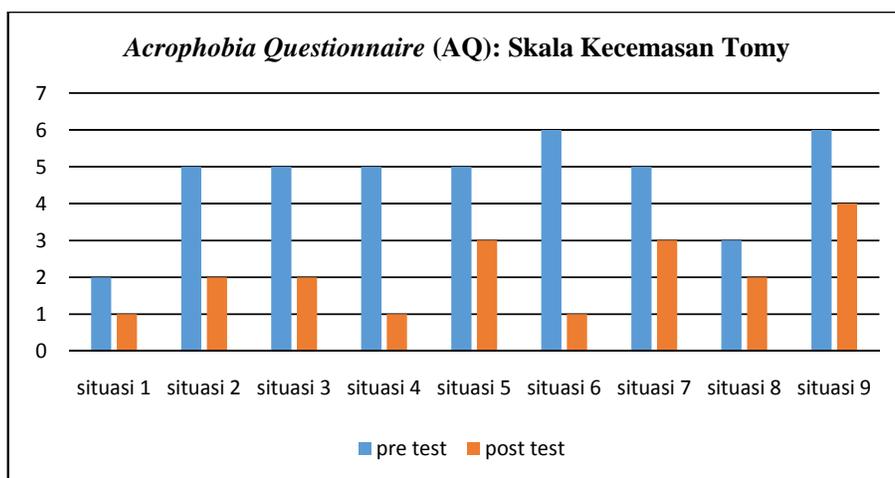
Grafik 1. Perbandingan Penurunan Skala Kecemasan Tyo Sebelum dan Sesudah Intervensi



Berdasarkan grafik 1, maka dapat dilihat bahwa terdapat penurunan kecemasan pada Tyo saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi skor total dari skala kecemasan yang diberikan kepada Tyo adalah 144. Pada saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor total dari skala kecemasan menjadi 40.

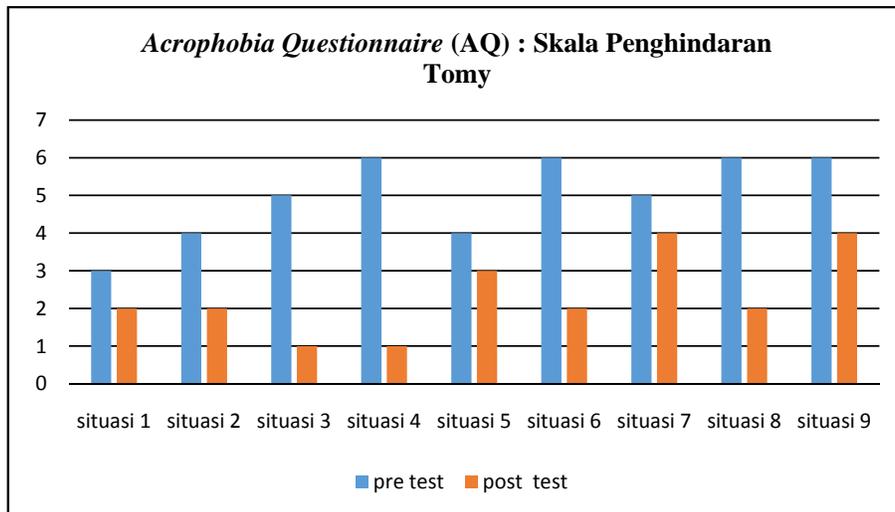
Berikut ini adalah gambaran perbandingan penurunan *acrophobia questionnaire* (AQ) Tomy sebelum dan sesudah Intervensi.

Gambar 3. Perbandingan Penurunan *Acrophobia Questionnaire* (AQ) Tomy : Skala Kecemasan Sebelum dan Sesudah Intervensi



Berdasarkan gambar 3, maka dapat dilihat bahwa terdapat penurunan pada skala kecemasan Tomy antara saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi tampak bahwa skor tertinggi yaitu 6 terdapat pada situasi 6 dan 9, yaitu situasi menaiki wahana permainan halilintar (*jet coaster*) dan bepergian menggunakan alat transportasi pesawat. Saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor pada masing-masing situasi tersebut menurun menjadi 1 dan 4. Pada situasi-situasi 2, 3, 4, 5, dan 7 yaitu situasi-situasi berdiri di pinggir restoran yang berada di atas atap gedung yang tinggi (*rooftop*) sambil melihat ke arah bawah, berdiri di pinggir parkir yang berada di *City Of Tomorrow* (CITO) sambil melihat ke arah bawah (lantai 4), menaiki tangga yang berbentuk melingkar dan melihat ke arah bawah tangga dari beberapa lantai di atas, menaiki bianglala (kincir raksasa), dan berjalan naik di tanjakan yang curam pada saat pendakian alam, saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi memiliki skor 5. Setelah (*post-test*) diberikan intervensi skor pada situasi-situasi tersebut turun menjadi 2, 3, dan 1. Selanjutnya untuk situasi 8 dan 1, yaitu situasi berdiri di pinggir restoran yang berada di atas atap gedung yang tinggi (*rooftop*) dan menaiki tangga darurat yang curam (*fire escape*) menuju ke lantai tiga dan seterusnya, sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi memiliki skor 3 dan 1, tetapi setelah (*post-test*) diberikan intervensi menurun menjadi 2 dan 1.

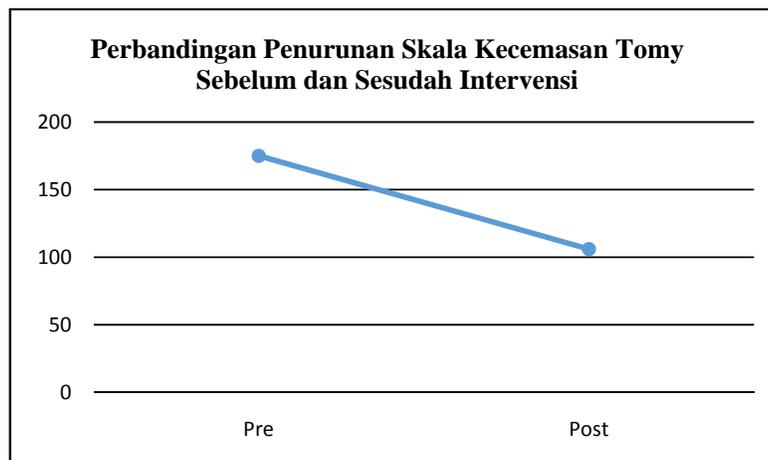
Gambar 4. Perbandingan Penurunan *Acrophobia Questionnaire* (AQ) Tomy : Skala Penghindaran Sebelum dan Sesudah Intervensi



Berdasarkan gambar 4, maka dapat dilihat bahwa terdapat penurunan pada skala penghindaran Tomy antara saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi tampak bahwa skor tertinggi yaitu 6 terdapat pada situasi 4, 6, 8, dan 9, yaitu situasi-situasi seperti menaiki tangga yang berbentuk melingkar dan melihat ke arah bawah tangga dari beberapa lantai di atas, menaiki wahana permainan halilintar (*jet coaster*), menaiki tangga darurat yang curam (*fire escape*) menuju ke lantai tiga dan seterusnya dan bepergian menggunakan alat transportasi pesawat. Saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor pada masing-masing situasi tersebut menurun menjadi 1, 2 dan 4. Untuk situasi 3 dan 7 yaitu situasi seperti berdiri di pinggir jalan parkir yang berada di *City Of Tomorrow* (CITO) sambil melihat ke arah bawah (lantai 4) dan berjalan naik di tanjakan yang curam pada saat pendakian alam, sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi memiliki skor 5 dan setelah (*post-test*) diberikan intervensi menurun menjadi 1 dan 4. Untuk situasi 2 dan 5 yaitu situasi berdiri di pinggir restoran yang berada di atas atap gedung yang tinggi (*rooftop*) sambil melihat ke arah bawah dan menaiki bianglala (kincir raksasa), sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi memiliki skor 4 dan setelah (*post-test*) diberikan intervensi menurun menjadi 2 dan 3. Selanjutnya untuk situasi 1 yaitu berdiri di pinggir restoran yang berada di atas atap gedung yang tinggi (*rooftop*), sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi memiliki skor 3 dan setelah (*post-test*) diberikan intervensi menurun menjadi 2.

Berikut ini adalah gambaran perbandingan penurunan skala kecemasan Tomy sebelum dan sesudah Intervensi.

Grafik 2. Perbandingan Penurunan Skala Kecemasan Tomy Sebelum dan Sesudah Intervensi



Berdasarkan grafik 2, maka dapat dilihat bahwa terdapat penurunan kecemasan pada Tomy saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Pada saat sebelum (*pre-test*) diberikan intervensi skor total dari skala kecemasan yang diberikan kepada Tomy adalah 175. Pada saat sesudah (*post-test*) diberikan intervensi, maka skor total dari skala kecemasan menjadi 106.

Hasil Uji Statistik Acrophobia Questionnaire (AQ)

Berdasarkan hasil uji statistik *2-related samples Wilcoxon* skor total *pre-test* dan *post-test acrophobia questionnaire (AQ)* pada Tyo dan Tomy, diperoleh hasil bahwa nilai *Asymp. Sig. (2-tailed)* = 0.041 lebih kecil dari $\alpha=0,05$ sehingga menunjukkan bahwa ada beda yang signifikan pada *acrophobia questionnaire (AQ)* pada Tyo dan Tomy sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Hasil uji statistik ini membuktikan bahwa terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) mampu menurunkan *acrophobia* pada Tyo dan Tomy. Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) telah banyak diterapkan untuk berbagai masalah psikologis yang dilakukan dengan berbagai carayang kreatif dan terbukti efektif (Ellis & Grieger, 1986; Haaga & Davidson, 1993). Terapi rasional emotif tingkah laku (REBT) merupakan suatu pendekatan kognitif dan perilaku yang mengemukakan fakta-fakta bahwa perilaku yang dihasilkan bukan berasal dari kejadian yang dialami namun dari keyakinan-keyakinan yang tidak rasional (Jensen, 2008).

Peneliti harus melawan (*Dispute* atau D) keyakinan-keyakinan irasional itu agar Tyo dan Tomy bisa menikmati dampak-dampak (*Effects* atau E) psikologis positif dari keyakinan-keyakinan yang rasional. Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003) berpendapat bahwa yang perlu dirubah oleh individu untuk mengatasi masalah emosi maupun perilakunya adalah adanya keyakinan irasional yang dikembangkan sendiri oleh individu itu sendiri.

Perubahan keyakinan pada Tyo dan Tomy, turut merubah emosi serta perilaku mereka. Kedua respon ini (C) merupakan bagian dari *antecedent event* (A) atau situasi yang memunculkan *belief* (B). Tyo dan Tomy tampak sudah tidak menunjukkan perilaku menghindar, dan hingga saat *follow up*, mereka berdua melaporkan bahwa sudah berani menghadapi situasi yang membuat mereka merasa takut dan cemas.

Hasil Uji Statistik Skala Kecemasan

Berdasarkan uji statistik *2-related samples Wilcoxon* skor total *pre-test* dan *post-test* skala kecemasan Tyo dan Tomy diperoleh hasil bahwa nilai *Asymp. Sig. (2-tailed)* = 0.001 lebih kecil dari $\alpha=0,05$ sehingga menunjukkan bahwa ada beda yang signifikan

pada tingkat kecemasan Tyo dan Tomy saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi terkait skor *pre-test* dan *post-test* dari skala kecemasan.

Penurunan kecemasan pada Tyo dan Tomy salah satunya disebabkan oleh keterampilan mereka dalam berlatih untuk merubah keyakinan yang irasional menjadi keyakinan yang rasional. Selain itu selama proses intervensi berlangsung, peneliti juga menggunakan teknik relaksasi. Relaksasi adalah salah satu teknik untuk mengembangkan ketegangan dan kecemasan (Goldfried & Davidson, 1976). Menurut Miltenberger (2004) ada empat macam relaksasi, yaitu relaksasi otot, pernapasan, meditasi dan perilaku. Peneliti dalam hal ini mengajarkan Tyo dan Tomy menggunakan relaksasi otot dan pernapasan. Teknik relaksasi ini dirasa membantu Tyo dan Tomy untuk mengurangi ketegangan saat mereka merasa cemas terutama saat berhadapan dengan situasi yang berkaitan dengan ketinggian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan bahasan yang ada, diperoleh hasil bahwa kedua subjek mengalami *acrophobia* karena di picu adanya *antecedent event*, *irrational belief*, kecenderungan kepribadian neurotik, serta adanya karakteristik kepribadian yang sensitif dan lebih didominasi oleh emosi turut mendukung gangguan *acrophobia* pada subjek. Komitmen dan motivasi yang diberikan kepada subjek juga mendukung keberhasilan proses terapi.

Saran

Peneliti selanjutnya dapat menduplikasi intervensi yang sama tetapi diikuti dengan periode *follow up* yang lebih panjang untuk melihat efek terapeutik yang lebih kuat (bertahan dalam waktu yang lebih lama).

DAFTAR PUSTAKA

- Adler, Jonathan M. & Nobles, Robin C. (2011). *Recognition Of Irrationality Of Fear And The Diagnosis Of Social Anxiety Disorder And Specific Phobia In Adults: Implications For Criteria Revision In DSM-5*. The Successful Treatment of Specific Phobia in a College Counseling Center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25: 56–66.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of*

- Mental Disorders* (4th ed. *Text Revision*). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brandt, T., Arnold, F., Bles, W., & Kapteyn, T. S. (1980). *The mechanism of physiological height vertigo I*. Theoretical approach. *Acta Otolaryngol* 89, 513–523.
- Carlos, M., & Guy, Wallis. (2010). Deconstructing Acrophobia: Physiological And Psychological Precursors To Developing A Fear Of Heights. *Depression And Anxiety*, 27 : 864–870.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (1989). *Current psychotherapies* (4 ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Davey, G. C. L., Menzies, R., & Gallardo, B. (1997). Height phobia and biases in the interpretation of bodily sensations: some links between acrophobia and agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11): 997–1001.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- IV). (1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Durand, M. V. & Barlow, H. D. (2007). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Penerbit Pustaka Belajar.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Ed). (1986). *RET Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Vol. 2. New York : Springer Publishing Company.
- Ellis, A. (2007). *Terapi REBT*. Yogyakarta: B-First.
- Fontaine, K. L. (2003). *Mental health nursing*, 5 edition. New Jersey: Pearson Education.
- Froggatt, W. (2005). *The Rational Treatment of Anxiety: An outline for cognitive-behavioural intervention with clinical anxiety disorders*. Hastings. Rational Training Resources.
- Heather, K. H., & Martin, M. A. (2012). *Evidence-Based Assessment and Treatment of Specific Phobias in Adults*. Chapter 2: Departement of Psychology, Ryerson University. Toronto, Canada.
- Horney, K. (2008). Karen horney : Neurotic needs and trends. Retrieved March 17, 2014, from http://cengagesites.com/academic/assets/sites/schultz_ch04.pdf
- Hofmann, S. G., Alpers, G. W., & Pauli, P. (2009). *Phenomenology of panic and phobic disorders*. In: Stein MB, Anthony MM (eds) *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Oxford Library of Psychology. Oxford University Press, Oxford, pp 36–46.
- Horney, K. (2008). Karen horney: Neurotic needs and trends. Retrieved March 17, 2014, from http://cengagesites.com/academic/assets/sites/schultz_ch04.pdf
- Ibrahim, N., Balbed, M. A. M., Yusof, A. M., Salleh, F. H. M., Singh, J., & Shahidan, M. S. (2008). *Virtual Reality Approach in Treating Acrophobia: Simulating Height in Virtual Environment*. Issue 5, Volume 7.
- Juan, M. C., Alcázar, M., Monserrat, C., Botella C., Bados, R. M., & Guerrero, B. (2005). Using augmented reality to treat phobias. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 25(6), 31–37.
- Kolassa, I. T., Buchmann, A., Lauche, R., Kolassa, S., Partchev, I., Miltner, W. H., et al. (2007). Spider phobics more easily see a spider in morphed schematic pictures. *Behavioral and Brain Functions*, 3, 59–74.
- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. G. (2010). *Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V*. *Depress Anxiety* 27: 148–167.
- Longley, S. L., Watson, D., Jr., & Yoder, K. (2006). Panic and phobic anxiety: Associations among neuroticism, physiological hyperarousal, anxiety sensitivity, and three phobias. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 718–739.
- Maramis, W. F. (1995). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Universitas Airlangga Press.
- Menzies, R. G., & Clarke, J. C. (1995a). *Danger expectancies and insight in acrophobia*. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 215–221.
- Menzies, R. G., & Clarke, J. C. (1995b). *The etiology of acrophobia and its relationship to severity and individual-response patterns*. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 795–803.
- Miltenberger, R. G. (2004). *Behavior Modification, Principles and Procedures*. 3th edition. Belmont, CA: Wadsworth/Thompson Learning.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2006). Some methodological issues in assessing attentional biases for threatening faces in anxiety: A replication study using a modified version of the probe detection task. *Behaviour Research and Therapy*. 595-604.

- Nevid, J. S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2005). *Psikologi abnormal edisi lima jilid satu* (Murad, J. Basri, A. S., Ginanjar, A., Poerwandari, E. K., Saraswati, I., Musabia, S., Nurwianti, F., Hutaaruk, I. S., Fausiah, F., Oriza, D., Bintari, D. R., Pengalih bhs.). Jakarta: Erlangga.
- Palmer, S. (2011). *Konseling dan Psikoterapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6–19.
- Van Overveld, W. J. M., de Jong, P. J., Peters, M. L., van Hout, W. J. P. J., & Bouman, T. K. (2008). An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 524–531.