

## Menurunkan Kecemasan Sosial melalui Pemaknaan Kisah Hidup

*Idei Khurnia Swasti<sup>1</sup>*

*Wisjnu Martani<sup>2</sup>*

Fakultas Psikologi  
Universitas Gadjah Mada

### *Abstract*

*Negative self beliefs during social interaction and previous unpleasant social experiences increase level of social anxiety. This condition also leads person to form narrative tone about helplessness. This research aim is to apply Narrative Therapy for exploring experiences and other life stories from a highly anxious person to decrease his/her level of anxiety. The research participant (subject Y, female, 21 years old) fits the participant's inclusive criteria, using Skala Kecemasan Sosial-Revisi (SKS-R). Y joins 8 sessions of individual therapy setting. SKS-R is given before and after therapy, and also in the follow up sessions. SKS-R score shows decrease in Y's level of social anxiety from 226 (very high anxiety) to 112 (very low anxiety) and the low scores remain stable in two follow up sessions. Meanwhile, her safety behaviors frequency, which is observed using Observasi Perilaku Aman (OPA), shows unstable score per session. Narrative analysis on conversation transcript and Diari Pelaporan Diri (DPD) show narrative tone transformation. Before therapy, it is dominated by helplessness. After therapy, it is changed to empowerment and self esteem to fight against anxiety. Negative imagery of "Miss Panic" and "Miss Sensitive" is deleted. The conclusion is Narrative Therapy can decrease Y's level of social anxiety. Further research can support Narrative Therapy reliability in different setting.*

*Keywords: narrative therapy, social anxiety, narrative analysis*

Salah satu hambatan manusia untuk dapat terlibat dalam interaksi sosial adalah kecemasan. Pada konteks ini, kecemasan yang dimaksud adalah kecemasan sosial, yaitu ketakutan berlebihan menerima kritik dari orang lain, yang mengarahkan individu menghindari interaksi dengan sekelompok orang atau kelompok sosial. Kecemasan sosial meningkat menjadi gangguan bila; pertama, tingkat kecemasan yang dialami semakin irasional dan mengganggu efektivitas kegiatan sehari-hari, kedua, justifikasi terhadap kecemasan berlebihan, misalnya individu merasa-

kan tingkat kecemasan tinggi tanpa stimulus pemicu, dan ketiga, konsekuensi dari kecemasan tersebut membawa dampak negatif menyeluruh dalam hidup individu (Sternberg, 1997). Kasus lapangan menunjukkan bahwa individu yang mengalami kecemasan sosial menolak menghadiri kegiatan sosial dan bermasalah dalam perkawinan (Sadarjoen, 2005), gagal ujian lisan perkuliahan (Swasti, 2008), dan mengalami simtom depresi sebagai gangguan penyerta (Rustika, 2003). Kecemasan sosial akan disertai dengan, setidaknya satu, gangguan penyerta berupa gangguan kecemasan lainnya, gangguan suasana hati, ketergantungan obat-obatan, dan ketergantungan minuman keras (Chartier, Walker, & Stein, 2003).

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat melalui: ideiswasti@gmail.com

<sup>2</sup> Atau melalui: wisjnu\_m@ugm.ac.id

Penderita kecemasan sosial di Amerika Serikat mencapai 15 juta jiwa pada tahun 2007 (U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Prevalensi kecemasan sosial lebih tinggi pada perempuan (5.7%) daripada laki-laki (4.2%) (Manfro, 2006). Di Indonesia, hasil penelitian kecemasan sosial di Universitas Muhammadiyah Malang dengan 211 subjek penelitian mahasiswa, menunjukkan bahwa 22, 27% mengalami gangguan kecemasan sosial (21, 28% sangat membutuhkan bantuan), 20, 85% terindikasi memunculkan gejala gangguan, 56, 87% tidak dapat didiagnosis mengalami gangguan kecemasan sosial (Suryaningrum, 2006). Dari data-data ini, diasumsikan bahwa kecemasan sosial merupakan problem mental yang tidak dapat diabaikan keberadaannya.

Dampak negatif kecemasan sosial tampak pada penurunan kesejahteraan subjektif dan kualitas hidup, serta fungsi peran sosial dan perkembangan karir (Wittchen & Fehm, 2003). Penderita kecemasan sosial menilai dirinya lebih buruk daripada orang lain dan menurunkan kemampuan dan performansinya sehingga ia benar-benar lebih buruk (Asbaugh, Antony, McCabe, Schmidt, & Swinson, 2005). Karenanya, ia mengalami penurunan fungsi dan keterampilan sosial serta kualitas interaksi sosial yang ia lakukan (Ashbaugh, et al., 2005; Hirsch, Meynen, & Clark, 2004), mengalami kesalahan memproses informasi selama interaksi sosial berlangsung (Kessler, 2003), dan berperilaku berdasarkan interpretasi subjektif (Torres & Guerra, 2002), yang lebih banyak diwarnai oleh evaluasi negatif atas peristiwa sosial yang tidak menyenangkan (Wilson & Rapee, 2005). Untuk itu, kecemasan sosial perlu mendapatkan penanganan.

Situasi yang membangkitkan kecemasan sosial adalah situasi yang melibatkan performansi di depan publik, menemui orang atau lingkungan baru, situasi memalukan, situasi mengandung resiko dalam hubungan lawan jenis (misal: mengajak kencan), situasi melibatkan fungsi sosial, evaluasi (misalnya: ujian lisan, wawancara kerja), dan upaya menampilkan kesan pada orang lain (Leary & Kowalsky, 1997). Leary menentukan dua aspek kecemasan sosial yaitu: kecemasan dalam interaksi (*interaction anxiety*), yang terfokus pada respon sosial yang timbal-balik dengan perilaku orang lain, dan kecemasan di depan audiens (*audience anxiousness*), yang terfokus pada respon sosial searah dan tidak terkait dengan perilaku orang lain (Fischer & Corcoran, 2007).

Terkait dengan evaluasi negatif terhadap situasi sosial, pemrosesan paska-kejadian (*post-event processing*) memunculkan konstruksi spesifik pikiran berulang dan terfokus pada diri sendiri. Proses ini merupakan rekonstruksi dari penampilan individu selama terlibat dalam situasi sosial (Brozovich & Heimberg, 2008) dan berkorelasi dengan kecemasan sosial (Rachman, Grüter-Andrew, & Shafran, 2000) karena menimbulkan kembali kecemasan dan mengacaukan konsentrasi. Ingatan memalukan di masa lalu terwujud dalam pikiran, perasaan, dan perilaku yang cenderung menghindari situasi serupa (Anderson, Goldin, Kurita, & Gross, 2008).

Untuk menghindarkan diri dari kecemasan, penderita kecemasan sosial memunculkan perilaku aman (Clark, 2001; Wells, Clark, Salkovskis, Ludgate, Hackmann, & Gelder, 2007). Perilaku ini terbentuk melalui proses kognitif dan disengaja untuk memunculkan rasa aman saat menghadapi situasi mengancam

(Antony & Stein, 2008). Clark dan Wells (1995) mengelompokkan perilaku aman dalam dua tipe, (1) perilaku menghindari terlibat sepenuhnya dalam situasi sosial, sehingga menunjukkan kesan bahwa individu tidak tertarik, mengabaikan, atau bosan, (2) perilaku yang terfokus pada upaya pengelolaan kesan. Perilaku aman mengukuhkan kecemasan karena individu hanya mengalihkan (Okajima, Kanai, Chen, & Sakano, 2009) dan mereduksinya sementara (Hirsch, Meynen, & Clark, 2004). Maka dari itu, penurunan perilaku aman adalah salah satu indikator keberhasilan terapi (McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Morgan & Raffle, 2001).

Individu berusaha menampilkan diri sebaik mungkin agar merasa nyaman dan diterima. Dalam pendekatan konstruksi sosial, memahami individu tidak dapat terlepas dari tradisi sosial yang melingkupinya (McLeod, 2004). Proses belajar sosial melibatkan pembelajaran timbal-balik sepanjang rentang kehidupan dan pembentukan cerita yang kemudian membentuk identitas (Parry & Doan, 1994). Menurut Erikson, pengembangan identitas merupakan salah satu tugas psikososial utama pada masa remaja akhir dan memiliki implikasi penting pada kesehatan mental selama kehidupan individu (McLean, 2005). Pendekatan konstruksi sosial menekankan keterkaitan antara "diri" dan "budaya sosial", termasuk hubungan antara "diri" dan "bahasa" yang mengutamakan penggunaan bahasa sebagai cara membentuk identitas.

Pendekatan naratif sesuai digunakan untuk memahami identitas, karena manusia memiliki model naratif atas pemikirannya yang membentuk cerita berdasarkan pengalaman dan cerita tentang dirinya yang disesuaikan agar dapat diterima dan dianggap bernilai oleh lingkungan sosial (McLean & Pratt, 2006).

Pada penderita kecemasan sosial, ingatan otobiografis lebih banyak diwarnai oleh pengalaman kegagalan dan menimbulkan pengulangan perilaku menghindar (Anderson, et al., 2008), padahal penalaran ingatan otobiografis atas pengalaman positif diperlukan untuk memaknai dan membentuk identitas diri yang sehat. Melalui ingatan otobiografis, individu dapat melihat perjalanan hidupnya secara objektif, sehingga ia dapat berkembang optimal (McLean, Pasupathi, & Pals, 2007). Pembentukan makna positif atas pengalaman hidup ini merupakan awal individu melihat dirinya dari sudut pandang berbeda. Hal ini dilakukan melalui proses pemeriksaan dan pengeditan cerita hidup, yang merupakan dasar terapi naratif (Bubbenzer, West, & Boughner, 1994).

Michael White sebagai penggagas terapi naratif banyak mendapatkan pengaruh dari Gregory Bateson dan Michael Foucault yang merupakan tokoh antropologi dan sosiologi dalam pendekatan konstruksi sosial. Gagasan bahwa terapi adalah seni pembicaraan yang peduli pada isi pembicaraan dengan merekam dan memperluas jumlah narasi klien, telah menarik perhatian dalam bidang terapi keluarga dan terapi psikologis individual (Morgan, 2002). Hal ini lah yang mengarahkan pengembangan kreatif dalam pemikiran dan praktik naratif sebagai terapi kasus individual sebagai bagian dari pendekatan postmodern.

Dalam praktiknya, terapi naratif merupakan terapi eklektif yang menggunakan beberapa modalitas terapi dari pendekatan yang sudah ada (Besa, 1994). Terapi naratif berorientasi pada tujuan (*goal-directed*) yang merupakan kekhasan pendekatan kognitif, namun juga menekankan pentingnya pemaknaan pada pengalaman hidup sebagaimana sering ditemukan pada pendekatan psikoanalisa.

Penerimaan terapis yang tulus pada klien mengadaptasi konsep penerimaan tanpa syarat pada pendekatan humanistik. Masing-masing modalitas ini dirangkai dalam satu paket yang bertujuan menguatkan dan memberdayakan klien. White (2005) menyampaikan lima proses utama dalam terapi naratif yaitu: (a) memisah identitas diri dari penulis (*externalizing conversation*), (b) dekonstruksi cerita hidup (*deconstructing life stories*), (c) percakapan pengarang-ulang dengan cerita pilihan (*reauthoring conversation with preferred stories*), (d) percakapan menjadi anggota kembali (*remembering conversation*) dan peneguhan (*definitional ceremonies*), (e) pembentukan aliansi terapeutik. Klien diasumsikan sebagai ahli tentang dirinya, sedangkan terapis adalah fasilitator yang membantu klien dari sudut pandang netral (Bubbenzer, West, & Boughner, 1994).

Proses pemisahan identitas klien dari masalah dilakukan dengan menyebut masalah menggunakan kata ganti orang ketiga (White, 2005). Terapis menguatkan klien untuk memposisikan masalah sebagai sesuatu di luar dirinya. Salah satu contoh adalah seorang penderita asperger yang memisahkan masalah dan menyebut masalah sebagai "Godzilla" (Cashin, 2008). Klien diminta melakukan personifikasi masalah, sehingga ia dapat mengkonkretkan gambaran permasalahan. Salah satu cara personifikasi adalah membuat kartu identitas (Torres & Guerra, 2002) yang menyerupai pembuatan *mind-map*.

Cerita yang melemahkan kehidupan klien dipatahkan melalui proses dekonstruksi (White, 2005). Cerita tidak menyenangkan diubah menjadi cerita inspirasional dengan memanfaatkan cerita tersebut sebagai titik tolak perubahan (Weber, Rowling, & Scanlon, 2007). Pola cerita dominan tentang kegagalan dalam situasi sosial digantikan dengan pola positif dan

berdaya. Klien melihat secara menyeluruh dengan sudut pandang baru atas hal yang selama ini tampak biasa atau bahkan tak tampak dalam hidupnya.

Selanjutnya, cerita alternatif disusun sehingga klien dapat melepaskan diri dari perasaan bersalah, meningkatkan motivasi dan harapan, dan membuka kesempatan untuk melihat kehidupan secara positif sebagaimana diinginkan (Bubbenzer, *et al.*, 1994; White, 2005). Pada proses ini, klien diharapkan berhasil menemukan identitas baru, menggantikan identitas lama yang banyak dipengaruhi oleh kecemasan. Identitas baru merupakan hasil unik (*unique outcomes*) yang ditemukan klien dan ia pilih sebagai representasi dirinya di masa datang. Proses ini dilanjutkan dengan peneguhan terapis upaya pengoperasionalan langkah yang diambil klien dalam kehidupan nyatanya untuk mewujudkan identitas baru tersebut.

Ketika klien telah menyusun cerita alternatif yang lebih positif, ia membutuhkan dukungan dari orang-orang di sekitarnya sebagai langkah antisipatif jika masalah serupa muncul kembali (Mehl-Medrona, 2007; Torres & Guerra, 2002; Wahlstrom, 2006). Proses penggalangan dukungan ini disebut pembentukan aliansi terapeutik. Aliansi terapeutik akan mendukung klien untuk mempublikasikan cerita baru. Kelompok ini terdiri dari orang-orang yang dipilih klien untuk berada di pihaknya, misal: orang tua, teman dekat, guru atau dosen, teman sekolah atau teman kuliah.

Dalam penelitian ini, klien terpilih melalui skrining dan menjalani serangkaian proses terapi naratif. Proses terapi dikuatkan dengan beberapa teknik yaitu *mind-map*, menulis bebas, dan diskusi transkrip verbatim. *Mind-map* digunakan untuk mempermudah personifikasi masalah dalam proses eksternalisasi, sekaligus

membantu klien menemukan strategi dan potensi positif sebagai bagian dari hasil unik untuk membentuk identitas baru. Teknik *mind-map* merupakan teknik yang praktis serta dapat memaksimalkan efektivitas kerja otak (Buzan, 2004).

Teknik menulis bebas, selain ditujukan untuk penggalian ingatan otobiografis, juga bermanfaat sebagai media katarsis emosi. Penggunaan teknik menulis dan menggambar telah disebutkan pada beberapa penelitian naratif terdahulu antara lain pada penelitian Wahlstrom (2006), Torres dan Guerra (2002), dan Cashin (2008). Reviu verbatim, selain bermanfaat sebagai media penggalian ingatan otobiografis, digunakan sebagai dasar peneguhan hasil unik. Teknik ini dapat mempermudah pemahaman atas dinamika klien terkait dengan kasus yang ia hadapi (Beaudoin, 2005). Dalam penelitian ini, transkrip percakapan digunakan pula sebagai sumber data untuk analisis naratif. Kerangka alur penelitian akan disajikan pada Gambar 1.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui bahwa terapi naratif dapat digunakan secara efektif sebagai terapi alternatif untuk mengatasi kecemasan sosial, melalui upaya pemahaman terhadap cerita hidup klien berdasarkan ingatan otobiografisnya. Dasar pemikiran bahwa ada benang merah antara peran konstruksi sosial pada pembentukan identitas individu dengan ingatan otobiografis, mendukung perumusan tujuan ini. Berdasarkan tujuan ini, penulis mengajukan hipotesis bahwa terapi naratif dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan sosial.

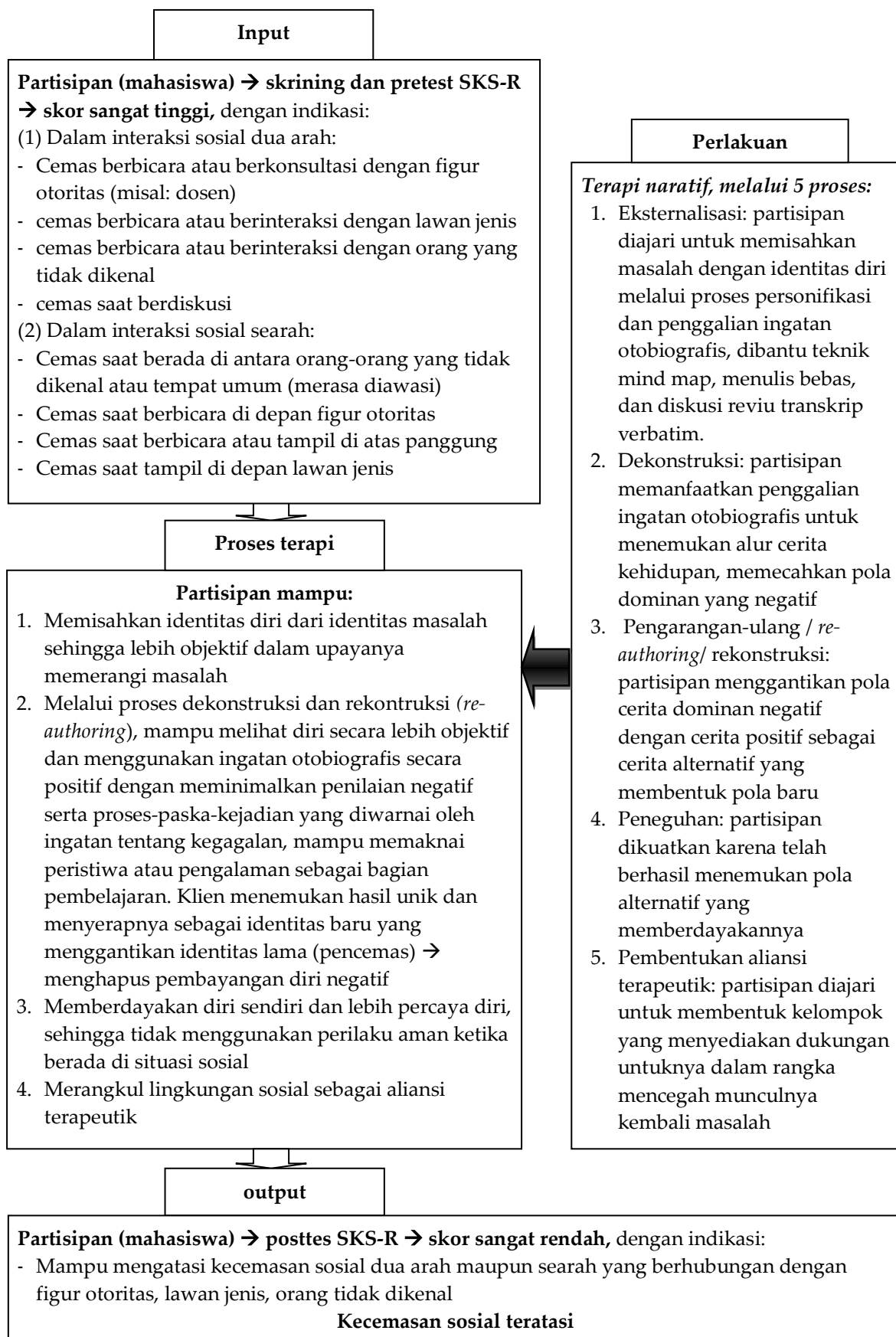
## Metode

### Subjek penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus tunggal. Subjek penelitian diseleksi menggunakan Skala Kecemasan Sosial – Revisi (SKS-R) yang disebarakan pada beberapa Universitas di Yogyakarta secara acak. Uji coba skala sekaligus digunakan sebagai penjarangan subjek penelitian. Dari 181 subjek penelitian, terdapat 14 subjek penelitian yang memiliki skor SKS-R dalam kategori kecemasan sosial sangat tinggi. Dari 14 subjek penelitian dipilih lima subjek dengan skor tertinggi yaitu subjek nomor 31 (skor 229), 82 (skor 226), 140 (224), 155 (skor 222), dan 171 (skor 218). Subjek penelitian nomor 31 dan 155 tidak berminat mengikuti penelitian sehingga digugurkan. Kriteria inklusi subjek penelitian: (1) memiliki skor kecemasan sosial sangat tinggi, (2) bersedia terlibat aktif dalam penelitian, dan (3) tidak sedang menjalani terapi lain untuk mengatasi kecemasan sosialnya. Subjek penelitian yang terpilih sebagai subjek penelitian adalah subjek nomor 82, dengan skor SKS-R tertinggi diantara subjek penelitian lainnya. Subjek penelitian berinisial Y, berjenis kelamin perempuan, berusia 22 tahun, dan tercatat sebagai mahasiswa Fakultas "X" Universitas "U". Kesediaan subjek penelitian termuat dalam surat pernyataan yang ditandatangani setelah menyepakati *informed consent*.

### Instrumen Penelitian

*Skala Kecemasan Sosial versi Revisi (SKS-R)*. Variabel dependen penelitian ini adalah kecemasan sosial. Alat ukur kecemasan sosial ini diadaptasi dari skala yang disusun oleh Leary (Arunawati, 2001; Fischer & Corcoran, 2007).



Gambar 1. Bagan Kerangka Alur Penelitian

Skala ini disebut SKS-R (SKS versi revisi) karena menggunakan SKS versi Arunawati dengan revisi item. SKS-R dengan 75 item, memiliki dua aspek: (a) kecemasan pada situasi sosial timbal-balik, dan (b) kecemasan pada situasi sosial searah. Rentang skor antara satu (sangat tidak sesuai) hingga empat (sangat sesuai) untuk item favorabel, dan berlaku sebaliknya untuk item tidak favorabel. Dari 225 lembar SKS-R yang dibagikan secara acak di lima Universitas di Yogyakarta, 201 lembar berhasil dikumpulkan kembali dan hanya 181 lembar yang layak dianalisis. Lima item dari 75 item SKS-R digugurkan ( $r_{i-total} < 0,3$ ). Skor yang diperoleh dari 70 item SKS-R ( $\alpha=0,963$ ) digunakan sebagai data *pre-test* subjek penelitian tanpa mengulangi proses penyajian skala. Selanjutnya, SKS-R dengan 70 item ini digunakan sebagai alat ukur pada saat *post-test* dan *follow-up*. Skor tinggi menunjukkan tingginya kecemasan sosial, sedangkan skor rendah menunjukkan rendahnya kecemasan sosial, dengan kategorisasi skor: (1) skor  $X \leq 127$  = kecemasan sosial sangat rendah, (2)  $127 < \text{skor } X \leq 152$  = kecemasan sosial rendah, (3)  $152 < \text{skor } X \leq 178$  = kecemasan sosial sedang, (4)  $178 < \text{skor } X \leq 203$  = kecemasan sosial tinggi, (5)  $203 < \text{skor } X$  = kecemasan sosial sangat tinggi.

*Observasi Perilaku Aman (OPA)*. Observasi Perilaku Aman (OPA) digunakan untuk mengamati perilaku aman yang terdiri dari aksi, baik tampak maupun terselubung, yang sengaja dilakukan untuk mengalihkan atau mengatasi situasi yang menurut individu mengancam dirinya. Pedoman observasi ini diadaptasi dari konsep *Safety Behaviour Questionnaire* yang disusun Hirsch, *et al.*, (2004). Observasi terdiri dari dua subkategori yaitu: (1) perilaku menghindari terlibat secara penuh dalam situasi sosial, dan (2) perilaku

ku pengelolaan kesan. Jumlah frekuensi perilaku aman yang muncul dalam OPA mengindikasikan kecemasan subjek penelitian saat menghadapi situasi sosial dalam bentuk sesi terapi.

*Transkrip Verbatim*. Transkrip verbatim, yang diperoleh dari rekaman percakapan terapis dan klien selama sesi terapi, dianalisis secara kualitatif menggunakan analisis naratif untuk memperoleh makna dan menstimulasi pemahaman subjek penelitian terhadap dirinya (Wahlstrom, 2006; Weber, *et al.*, 2007). Analisis naratif terutama ditujukan untuk menemukan topik utama narasi (*narrative tone*), pembayangan (*imagery*), dan tema/pola (*themes*) (Crossley, 2007).

*Diari Pelaporan Diri (DPD)*. Format DPD diadaptasi dari *Post-Event Processing Record (PEPR)* untuk kecemasan sosial (Lundh & Sperling, 2002; Rachman, Grüter-Andrew, & Shafran, 2000). Diari ini mengungkapkan pemrosesan kejadian yang menjadi stimulus kecemasan dan pemaknaan atas kejadian itu. DPD terdiri dari empat bagian. Bagian satu terdiri dari enam pertanyaan yang menggambarkan situasi sosial secara konkret. Bagian dua dan tiga terdiri dari enam pernyataan yang merepresentasikan proses kognitif subjek penelitian paska-peristiwa yang menimbulkan kecemasan sosial. Bagian empat merupakan lembar catatan bebas dimana subjek penelitian dapat menuliskan apapun secara bebas.

#### Analisis Data

Data yang diperoleh dari SKS-R dan OPA dianalisis secara kuantitatif dengan memperbandingkan skor total dengan melihat perubahan yang tampak pada grafik. Data yang diperoleh dari transkrip verbatim dan DPD dianalisis secara kualitatif menggunakan analisis naratif. Ada enam tahap analisis naratif: (1)

membaca dan membiasakan diri dengan transkrip, (2) mengidentifikasi konsep utama yang ingin ditemukan sesuai kasus, terutama topik utama narasi, pembayangan, dan tema/pola, (3) mengidentifikasi topik utama narasi, (4) mengidentifikasi pembayangan dan tema/pola, (5) menyatukan dan membuat dinamika dari ketiga komponen tersebut, (6) menulis laporan penelitian (Crossley, 2007).

#### Prosedur

*Perlakuan.* Proses terapi naratif (Torres & Guerra, 2002; Wahlstrom, 2006; White, 2005) meliputi: (a) eksternalisasi masalah (*externalizing problems*) untuk memisahkan identitas masalah dengan identitas individu, (b) dekonstruksi cerita hidup (*deconstructing life stories*) untuk mematahkan identitas individu yang dipengaruhi oleh masalah dan mengupayakan penemuan cerita alternatif yang memberdayakan, (c) percakapan pengarang-ulang dengan cerita pilihan (*reauthoring conversation with preferred stories*) untuk menguatkan cerita alternatif sehingga individu dapat menemukan hasil unik untuk membangun identitas baru yang lebih berdaya, (d) percakapan menjadi anggota kembali (*remembering conversation*) dan upacara penegasan (*definitional ceremonies*) yang bertujuan memunculkan penghargaan individu pada hidupnya sehingga merangsang pemaknaan atas keberhargaan diri, (e) pembentukan aliansi terapeutik untuk memantapkan identitas baru individu tersebut dengan cara mempublikasikannya pada lingkungan sosial terdekat yang berpengaruh signifikan dalam hidupnya. Dalam pelaksanaannya, terapi ini dilengkapi dengan beberapa teknik: teknik *mind-map*, menulis bebas, dan rewiu transkrip verbatim. Teknik ini bukan teknik baku dalam terapi naratif, melainkan media bantu yang digunakan untuk memperlan-

car proses terapi dalam penelitian ini. Terapis dalam penelitian ini adalah seorang psikolog klinis/klinisi yang telah berpengalaman konseling dan terapi selama delapan tahun serta telah memahami dasar-dasar konsep terapi naratif.

*Pelaksanaan perlakuan.* Terapi naratif diberikan dalam *setting* individual (satu terapis untuk satu klien) sesuai dengan pedoman terapi naratif, yang telah mengalami uji coba isi sebelum diterapkan pada subjek penelitian. Sebelum terapi, subjek penelitian telah membaca dan menyetujui kontrak dan menandatangani surat pernyataan kesediaan terlibat dalam penelitian. Pertemuan dengan subjek penelitian berlangsung selama delapan sesi pertemuan mingguan (dalam tujuh minggu) berdurasi 60 – 120 menit, dengan agenda sesuai dengan prosedur yang tertera dalam pedoman terapi naratif. Ada penambahan sesi karena kondisi subjek penelitian yang kurang sehat sehingga kurang maksimal berproses dalam terapi.

Skor *pretest* diperoleh dari hasil uji coba terpakai SKS-R. Selama sesi, pengamat mengamati perilaku subjek penelitian berdasarkan panduan OPA dari ruangan terpisah (*one way screen*). Pada jeda antarsesi, subjek penelitian mengisi DPD sebagai tugas rumah untuk merefleksikan pikiran dan perasaan terkait kecemasan sosial yang muncul dari peristiwa sehari-hari. Percakapan terapis – subjek penelitian selama sesi terapi direkam dan disusun menjadi transkrip verbatim dan didiskusikan pada sesi berikutnya. Transkrip ini membantu subjek penelitian menemukan pola cerita yang merangsang munculnya hasil unik dan cerita baru.

Ketika seluruh tahapan terapi naratif telah dilalui, SKS-R diberikan sebagai *post-test* untuk mengukur perubahan tingkat kecemasan subjek penelitian bila dibandingkan dengan kondisi sebelum perla-



kuan diberikan (skor *pretest*). Setelah *posttest*, ada waktu dua kali tiga minggu untuk menjalani *follow up*. *Follow up* satu dilakukan tiga minggu setelah sesi terakhir dan *follow up* dua dilakukan enam minggu setelah sesi terakhir. Pada sesi *follow up* ini, SKS-R diberikan dan hasilnya diperbandingkan dengan hasil *posttest* untuk melihat konsistensi kondisi subjek penelitian paskaterapi. Alat yang dibutuhkan selama proses antara lain: modul terapi, alat perekam, kertas HVS kosong, alat tulis (spidol warna-warni), kursi dan meja yang nyaman.

Pelaksanaan terapi dan pelaksanaan penelitian merupakan satu kesatuan, oleh karenanya penjelasan mengenai proses pelaksanaan kegiatan ini juga merupakan penjelasan yang menyeluruh dan komprehensif. Langkah dalam tahapan penelitian yang tidak termasuk dalam proses terapi antara lain penyusunan pedoman terapi dan ujicoba pedoman terapi, penyusunan dan validasi alat ukur, skrining dan pemilihan subjek penelitian, observasi oleh observer yang berada di ruang terpisah. Penyusunan verbatim bukanlah keharusan dalam terapi naratif, namun merupakan sumber data analisis naratif yang diperlukan dalam penelitian ini, yang menggunakan metode studi kasus.

## Hasil

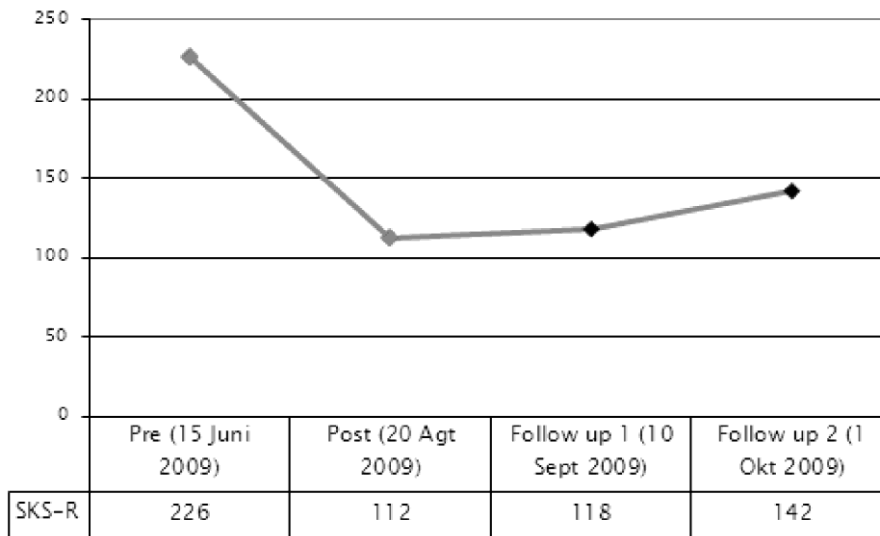
Kecemasan sosial dalam penelitian ini diukur menggunakan skala yaitu Skala Kecemasan Sosial Revisi (SKS-R). SKS-R diberikan kepada subjek penelitian (Y) sebanyak empat kali, yaitu saat *pretest* (sebelum terapi), *posttest* (setelah terapi), *follow up* satu (tiga minggu setelah terapi), dan *follow up* dua (enam minggu setelah terapi). Skor total (*gainscore*) SKS-R diperbandingkan untuk melihat perubahan yang terjadi akibat terapi. Skor SKS-R

disajikan pada Gambar 2. Pada Gambar 2 tersebut tampak bahwa terdapat penurunan skor SKS-R yang semula 226 (sangat tinggi) pada *pretest* menjadi 112 (sangat rendah) pada *posttest*. Skor pada *follow up* satu dan dua menunjukkan stabilitas karena meskipun terdapat peningkatan, Y berada di kategori kecemasan sosial "sangat rendah" dan "rendah" (lihat Gambar 2).

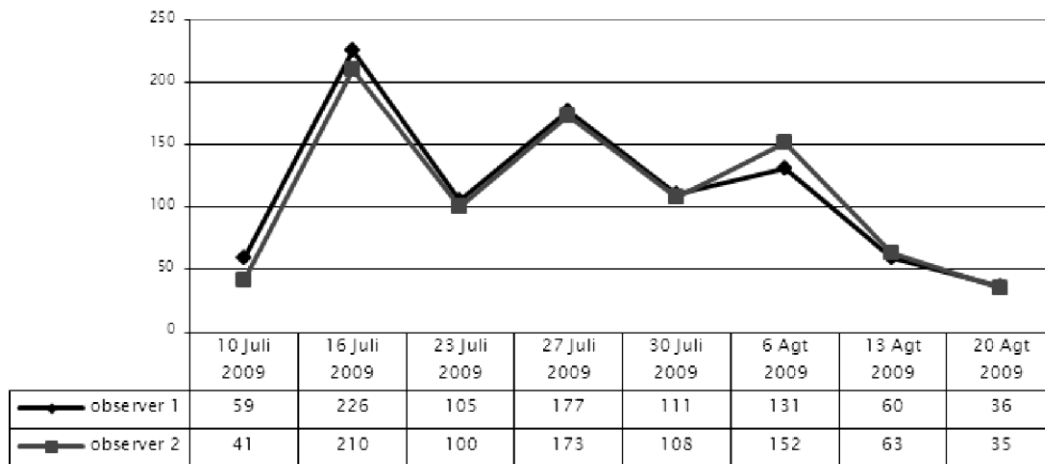
OPA dilakukan selama sesi terapi berlangsung. Frekuensi munculnya perilaku aman berbeda-beda untuk tiap sesi, meski demikian pada sesi-sesi akhir terapi tampak penurunan frekuensi kemunculannya (lihat Gambar 3).

Analisis naratif digunakan untuk menelaah transkrip verbatim yang diperoleh dari rekaman percakapan terapis dan subjek penelitian (Y) selama sesi terapi berlangsung dan didukung oleh data Diari Pelaporan Diri (DPD). Pada sesi satu, Y menyebutkan beberapa ketakutan yang mendasari kecemasannya, antara lain: takut kecelakaan, takut sakit, takut untuk terbuka pada orang lain, takut disakiti, takut untuk memaafkan, takut tidak sukses dalam hidup, takut melakukan kesalahan. Selain beberapa ketakutan tersebut, Y juga menyebutkan takut gagal, takut ditinggalkan orang lain, takut gelap, takut miskin, takut tidak populer, dan takut tidak dapat lulus kuliah tepat waktu sebagai ketakutan yang lazim dimiliki semua orang.

Eksternalisasi merupakan agenda pada sesi dua, meskipun demikian, proses ini terus berlanjut sampai dengan sesi lima karena Y belum memahami hakikat eksternalisasi dan masih menyampaikan masalah yang dangkal. Maka dari itu, eksternalisasi dan personifikasi masalah dilakukan berulang-ulang hingga Y memahami sepenuhnya inti permasalahan yang ia hadapi. *Mind-map* pada sesi empat dan lima menjelaskan interaksi Y dengan



Gambar 2. Skor SKS-R klien Y pada saat *pre-test*, *post-test*, *follow up 1*, dan *follow up 2*



Gambar 3. Hasil pengamatan perilaku aman pada Y selama sesi terapi

teman yang sering memicu munculnya kecemasan sosial. Y menyatakan bahwa *mind-map* dalam eksternalisasi dapat membantu memisahkan identitas dirinya dengan masalah, namun Y masih rancu karena menyamakan identitas masalah dengan identitas orang yang bermasalah dengannya.

Pada sesi empat, topik utama narasi Y masih didominasi oleh ketidakberdayaan (ketakutan akan penilaian orang lain terhadap dirinya, perfeksionisme, dan sensitivitas emosi yang berlebihan), namun Y telah berhasil mengidentifikasi strategi yang ia lakukan untuk meng-

hadapi ketidakberdayaan tersebut. Pada sesi lima, topik utama narasi mulai bergeser ke arah pemberdayaan, disertai perubahan pembayangan (*imagery*) dan tema/pola (*themes*) yang muncul dari narasi tersebut. Di awal terapi, pembayangan yang ditampilkan Y adalah “*Miss Panic*” dan “*Miss Sensitive*”. Pada sesi lima, yang menyiratkan pergeseran inti narasi dari ketidakberdayaan menjadi pemberdayaan, dengan tema perfeksionisme yang berganti realisme (secara realistis mengakui ketidaksempurnaan), menghargai diri sendiri, dan lebih terbuka pada diri sendiri.

Dalam reuiu DPD sesi empat, Y masih mengalami kesulitan untuk mengisi DPD namun pada sesi lima, Y menyatakan telah mampu mengatasi ketidaknyamanannya mengisi DPD dan peristiwa ini menegaskan topik pemberdayaan diri Y. Agenda sesi lima adalah pengurangan-ulang cerita pilihan dan peneguhan identitas baru, dan Y telah menunjukkan perubahan yang positif terkait dengan topik utama, pembayaran, dan tema/pola narasinya. Identitas Y yang baru sebagai individu yang berdaya melawan kecemasan, yang ia personifikasikan sebagai "Kereta", dapat memenuhi harapannya di awal terapi. Komitmen Y untuk melawan "Kereta" didukung oleh pernyataannya dalam diari. Y menyatakan bahwa komitmen terhadap terapi adalah pendorongnya untuk mencoba mengisi diari. Keberhasilan Y mengisi diari merupakan salah satu bukti pemberdayaan dirinya.

Agenda sesi enam adalah penguatan identitas baru Y dengan memahami alur peristiwa-peristiwa hidupnya yang dirangkum dalam gambaran identitas (*landscape of identity*). Dari reuiu verbatim sesi enam, Y banyak menyampaikan tema/pola yang didasarkan pada hasil unik dan cerita pilihan sehingga mendukung identitas barunya. Topik utama narasi didominasi oleh perasaan berdaya, sikap asertif dan proaktif, dan terbuka pada diri sendiri, sehingga Y dapat melihat potensi dirinya secara objektif dan memanfaatkan potensi tersebut untuk membangun strategi melawan kecemasan.

Pada sesi tujuh, Y mengidentifikasi orang-orang yang berpihak pada "Kereta" dan orang-orang yang berpihak padanya, sehingga ia mampu menentukan sikap dan melakukan tindakan yang bertanggung jawab untuk memberdayakan dirinya. Y memantapkan diri bahwa ia memegang kendali atas kehidupannya.

Y menyebutkan identitasnya sebagai pribadi yang berharga, berhak untuk bahagia, bukan "Miss panic" dan "Miss Sensitive", bertanggung jawab atas pilihannya, senang menyapa orang lain. Y menentukan bahwa publikasi identitas baru dimulai pada kelompok terdekat yang meliputi: ibu Y (70% positif), dua orang kakak perempuan Y (60% positif), A (teman dekat Y, 70% negatif), R (sahabat Y, 50% positif), Ar (teman kampus, 60% positif), dan paman Y (70% positif). Beberapa cara publikasi yang akan dilakukan Y adalah menyingkirkan prasangka buruk, mengawali pembicaraan dengan cerita bahagia, bersikap lebih dewasa dan tidak lagi manja, lebih terbuka dalam mengutarakan perasaan, pikiran, dan kebutuhan pada keluarga dan teman.

Sesi delapan adalah sesi terakhir dari keseluruhan rangkaian terapi naratif. Y mengevaluasi proses terapi dan menyimpulkan hasil pembelajaran yang ia peroleh, untuk selanjutnya dapat diterapkan paska terapi. Topik utama narasi sesi ini didominasi oleh pemberdayaan diri dalam tema kepuasan, perubahan peristiwa besar (terhapusnya "Miss panic" dan "Miss Sensitive"), penghargaan terhadap diri sendiri, pengenalan dan penerimaan diri, objektif dan realistis menyikapi stimulus dari lingkungan, sikap proaktif dan asertif dalam pergaulan. Dari keseluruhan proses terapi, tahap demi tahap terapi naratif berhasil dipenuhi meski terjadi penambahan satu kali sesi. Hal ini dapat diterima karena pada hakekatnya terapi ini bersifat dinamis dan secara fleksibel menyesuaikan dengan kondisi pihak yang terlibat di dalamnya. Pengunduran diri subjek penelitian, yang menjadi kekhawatiran terapis dan peneliti saat mengawali terapi, tidak terjadi karena masing-masing pihak berkomitmen untuk mendapatkan manfaat sebesar-besarnya melalui terapi ini.

Analisis naratif ini merupakan penjelasan mengenai proses terapi sekaligus sebagai analisis data kualitatif.

### Diskusi

SKS-R, yang dilengkapi dengan pedoman observasi perilaku aman, merupakan nilai lebih dari penelitian ini bila dibandingkan dengan penelitian lain yang tidak dilengkapi dengan alat pengukuran objektif (McManus, Sacadura, & Clark, 2008; Morgan & Raffle, 2001). Hal ini dilakukan untuk mengatasi kelemahan praktik terapi naratif yang pada umumnya tidak menggunakan alat asesmen formal sebagai pengukur hasil perubahan kondisi klien secara konkret (Locke & Gibbons, 2008).

Grafik hasil observasi perilaku aman yang fluktuatif mungkin dipengaruhi oleh kecemasan yang berubah-ubah selama terapi. Terapi ini tidak secara khusus memfokuskan tujuan pada penurunan perilaku aman. Observasi perilaku aman selama sesi tampaknya juga kurang tepat sasaran karena observasi tidak dilakukan pada setting pergaulan sosial Y yang sesungguhnya sehingga tidak dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan terapi. Namun demikian, hasil observasi selama sesi dapat digunakan sebagai data pendukung untuk menumbuhkan kesadaran klien terhadap kondisinya. Hal ini diasumsikan sebagai fakta keterbatasan terapi naratif dalam penelitian ini, bahwa terapi naratif yang diterapkan pada Y tidak mengubah perilaku Y karena tidak disertai dengan program modifikasi perilaku.

McAdams (Crossley, 2007) menyebutkan tiga elemen utama dalam upaya pemahaman narasi, yaitu topik utama narasi (*narrative tone*), pembayangan (*imagery*), dan tema/pola (*themes*). Topik utama narasi dapat disebut sebagai bagian menetap

dalam narasi personal manusia dewasa yang ditegaskan melalui isi pembicaraan dan cara penyampaian narasi. Topik utama (*narrative tone*) percakapan Y dan terapis pada sesi satu sampai dengan lima didominasi oleh ketidakberdayaan Y menghadapi kecemasan sosial, terkait dengan keengganannya berhubungan dengan orang lain, kepanikannya saat muncul kecemasan, dan keinginannya yang besar untuk diterima di lingkungan sosial.

Y hidup dalam cerita yang tumbuh melalui percakapan di lingkup sosial dan konteks budaya, dan kemudian menjadikannya identitas dan cara hidup agar diterima lingkungan (Adler & McAdams, 2007; McLean & Pratt, 2006). Terapi ini bertujuan menurunkan kecemasan sosial Y, terkait dengan cerita hidup yang dimaknai secara negatif sehingga membentuk pembayangan "*Miss Panic*" dan "*Miss Sensitive*" pada identitasnya. Kecemasan sosial membuat Y melihat permasalahan secara subjektif dan sulit menemukan potensi diri yang seharusnya dapat ia berdayakan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Pembayangan ini harus dihilangkan karena hanya akan melestarikan kecemasan sosial (Vassilopoulos, 2005). Berikut ini beberapa contoh pernyataan Y tentang kondisi ketidakberdayaannya;

Terapis (T): *Wah kalau begitu di dalam pikiranmu buanyak sekali ya?*

K: Dan aku harus mengurangi tapi aku nggak tahu gimana caranya mbak

K: Aku pun nggak mau. aku nggak tahu harus gimana, aku nggak kuasa menolak kehadiran dia, karena kita itu temen baik gitu lho, tapi aku juga nggak mau kalau tiap kali aku disakitin dia...

Kecemasan sosial Y dilandasi ketakutan ditolak dan atau dinilai negatif oleh orang lain. Hal ini sesuai dengan teori presentasi diri Leary dan Kowalsky (1995), bahwa individu yang mengalami kecemasan akan mengarahkan daya upaya untuk menciptakan kesan baik di mata orang lain agar ia diterima dan diakui sebagai anggota lingkungan. Ketakutan ini memunculkan ketakutan lain yaitu takut pada kegagalan, baik di sisi akademis (gagal lulus kuliah, gagal diterima kerja karena tidak *cumlaude*, gagal hidup mapan, dan seterusnya.) maupun kehidupan personal (gagal sebagai teman yang baik jika menolak permintaan teman, dianggap aneh, pendiam, dan seterusnya). Takut gagal dan tidak diterima mengarahkan Y menjadi individu pencemas, mudah panik, perfeksionis, sensitif, reaktif, pasif, dan cenderung selalu melakukan evaluasi negatif terhadap diri sendiri dengan tema tentang ketidakpercayaan diri, kesepian, kepura-puraan, keterpaksaan, keengganan berinteraksi, penarikan diri, serta ketakutan disakiti dan dikecewakan. Kesemuanya ini berhasil ditemukan oleh Y melalui proses pemaknaan cerita hidupnya. Dari perumusan ketakutan ini, Y mampu mengidentifikasi tujuan dan harapan yang ingin dicapainya melalui terapi, yang sekaligus merupakan penegasan komitmen Y terhadap terapi. Berikut ini pernyataan Y pada sesi dua;

K (klien): Dan aku juga berpikir seperti itu. Mungkin itu orientasiku.. uhhh.. mungkin aku terpacu seperti itu. Jadi seolah-olah aku harus seperti itu. Pada intinya mungkin... aku cuma ingin diterima...

K: Itu sebabnya aku nggak pernah bisa ngomong nggak ketika orang lain minta tolong sama aku

T: Ya.. karena apa berarti?

K: Mungkin dengan aku mengabaikan permintaan mereka, aku merasa diterima orang lain, orang lain akan menilai aku, menganggap aku, aku ada...

Y mengikuti skrining SKS-R dan skor *pretest* menunjukkan bahwa kecemasan sosialnya termasuk kategori kecemasan sosial sangat tinggi (skor 226). Selama menjalani terapi, Y kooperatif, konsisten pada tujuan, dan berkomitmen tinggi untuk mendapatkan hasil positif dari terapi yang dijalani. Hal ini sangat mendukung proses penurunan kecemasan Y, sehingga pada akhir terapi skor Y masuk kategori kecemasan sosial sangat rendah (skor 112). Komitmen Y pada terapi merupakan salah satu faktor penting pendukung keberhasilan terapi, selain faktor terapis dan terapi itu sendiri.

Pendekatan naratif beranggapan positif bahwa setiap individu memiliki potensi yang dapat diberdayakan. Terapi ini dapat diterapkan pada *setting* terapi anak dan keluarga (Bennett, 2008; Cashin, 2008; Merscham, 2000), serta pada klien dengan gangguan psikologis seperti *anoreksia nervosa* (Torres & Guerra, 2002), kecemasan dan panik (Beaudoin, 2005), dan sindrom asperger (Cashin, 2008). Meskipun demikian, belum ditemukan hasil penelitian yang menyebutkan secara eksplisit dan mendetail mengenai kualifikasi klien dalam terapi naratif. Berdasarkan temuan penelitian ini, disimpulkan bahwa klien yang cerdas, memiliki kemampuan berbahasa yang baik, dan mampu mengekspresikan perasaan dan pikirannya, berperan besar dalam keberhasilan terapi.

Drewery dan Winslade (Corey, 2005) menyebutkan bahwa dalam terapi naratif tidak ada patokan baku untuk teknik yang digunakan, namun yang utama adalah

terapis dapat menempatkan dan menyesuaikan diri menghadapi dinamika klien dan proses terapi itu sendiri. Jika proses semata-mata difokuskan pada teknik eksternalisasi dalam formulasi tanya-jawab, maka hasil yang diperoleh cenderung dangkal, terkesan memaksa, dan akan mengurangi pengaruh terapi pada klien.

Terdapat tiga teknik yang diterapkan dalam penelitian ini, selain teknik dasar terapi naratif, yaitu: *mind-map*, menulis bebas, dan rewiu verbatim percakapan terapis-klien. *Mind map* dipilih berdasarkan asumsi bahwa proses eksternalisasi akan lebih konkret bila klien menggambarkan permasalahan secara harfiah di atas kertas, sehingga setelah proses selesai, ia memiliki hasil dokumentasi pribadi. Proses eksternalisasi yang objektif dapat memberdayakan klien (Merscham, 2000). Beberapa manfaat *mind-map* (Buzan, 2004) antara lain: membantu menjadi lebih kreatif, menghemat waktu untuk berkonsentrasi, memecahkan masalah, mengatur dan menjernihkan pikiran, mengingat dengan lebih baik, belajar lebih cepat dan efisien, lebih mudah melihat permasalahan secara utuh dan menyeluruh, dan efektif membuat rencana. Klien Y menyebutkan bahwa ia mendapatkan manfaat dari *mind-map*, didukung dengan teknik menulis bebas.

Teknik menulis sudah diterapkan oleh Wahlstrom (2006) dalam bentuk berbeda. Wahlstrom meminta kliennya untuk menuliskan kalimat positif berisi afirmasi diri dalam bentuk surat cinta yang ditujukan oleh klien kepada dirinya sendiri. Hal ini bertujuan menumbuhkan pemberdayaan dan tema positif pada klien. Senada dengan tujuan Wahlstrom, dalam penelitian ini, Y diminta untuk menuliskan strategi, potensi, halangan, dan rintangan yang berhubungan dengan upa-

ya melawan kecemasan. Terapis memfasilitasi Y berkatarsis pada lembar kosong di Diari Pelaporan Diri (DPD). Seperti halnya lembar *mind-map*, lembar tulisan bebas di DPD akan menjadi dokumentasi pribadi klien yang nanti dapat dibuka kembali jika Y menghadapi kondisi kecemasan. Dokumentasi ini sekaligus digunakan sebagai sarana pencegahan muncul-kembalinya kecemasan.

DPD yang berakar pada konsep pemrosesan paska-kejadian (*post-event processing*) telah memberikan sumbangan berupa pemahaman klien pada penyangkalan yang selama ini ia lakukan ketika menghadapi peristiwa sosial tidak menyenangkan. Kocovski, Endler, Rector, dan Flett (2005) menyebutkan bahwa pemrosesan paska-kejadian didominasi oleh pikiran konterfaktual, penyesalan, dan evaluasi negatif, dan itulah yang dialami oleh Y. Keberhasilan Y mengisi DPD secara aktif pada pertengahan proses terapi menunjukkan adanya pemberdayaan diri melawan evaluasi negatif terhadap pengalaman kecemasan sosial di masa lalu.

Teknik terakhir adalah rekaman percakapan selama sesi terapi yang disusun dalam transkrip verbatim, yang kemudian disajikan dan didiskusikan bersama klien. Rewiu verbatim memberi dampak positif pada pemberdayaan klien karena klien dapat secara objektif melihat transformasinya selama proses terapi. Klien lah yang menemukan perubahan topik utama narasi, dari yang awalnya didominasi oleh kecemasan dan ketidakberdayaan, beralih menjadi keyakinan diri dan pemberdayaan identitas baru yang lebih positif. Keberadaan transkrip verbatim sangat membantu pemahaman dinamika diri klien dalam proses pengurangan ulang (Beaudoin, 2005).

Rewiu transkrip verbatim selaras dengan penggunaan media dokumentasi

berupa video dalam sesi konseling (Wahlstrom, 2006) dan penggunaan surat narasi berisi perubahan positif klien yang ditulis terapis dan dikirimkan kepada klien (Nylund & Thomas, White, & Epston, dalam Corey, 2005). Winslade dan Monk (Corey, 2005) menyebutkan bahwa dokumentasi yang dimiliki klien dapat menguatkan perubahan yang dialaminya dan juga orang-orang yang berada di sekitar klien, karena dokumentasi ini dapat dibuka kembali di masa mendatang.

*T(terapis): Pengenalan akan dirimu lebih ditingkatkan. Oke, sekarang kamu kasih evaluasi hari ini kita belajar apa?*

K (klien): Hari ini kita mempelajari semuanya

*T: Apa itu?*

K: Hari ini kita mempelajari energi positif, kita.. ee..\_aku mulai melihat orang-orang yang berpengaruh di sekitarku, yang bisa membantuku menjadi 100%. Dan aku belajar untuk mengidentifikasi Y yang baru itu seperti apa, kemudian Y yang baru itu disampaikannya.. disampaikan kepada mereka itu dengan cara seperti apa...

Berdasarkan praktik-praktik terapi naratif yang terdokumentasi, disebutkan bahwa terapis dapat menggunakan bermacam teknik sebagai media refleksi klien dan sekaligus penguat bagi hasil unik yang telah dikemukakan oleh klien. Dalam penelitian ini, verbatim percakapan per sesi disusun dan didiskusikan dengan klien, terutama sebagai data penting dalam metode analisis kualitatif yang diharuskan dalam sebuah penelitian ilmiah. Dengan demikian, jika terapis ingin menerapkan terapi ini dalam setting klinis (bukan penelitian), terapis tidak

diwajibkan untuk menyusun verbatim percakapan secara terperinci sebagaimana yang dilakukan dalam terapi ini.

Proses terapi dalam penelitian ini tidak sepenuhnya mengikuti tahapan yang disebutkan oleh White (2005) dan prosedur pedoman terapi, karena pada prakteknya, proses terapi menyesuaikan kondisi klien dan terapis. Fleksibilitas proses membuat Y lebih memahami dinamika kehidupannya secara aktif, namun di sisi lain juga merupakan kelemahan karena penyelidikan terhadap validitas terapi sulit dilakukan (Locke & Gibbons, 2008). Dalam penelitian ini, kelemahan tersebut diatasi menggunakan analisis naratif terhadap hasil pembicaraan Y dalam seluruh sesi terapi sehingga proses pemberdayaan dapat dipantau secara berkesinambungan. Berikut ini pernyataan klien tentang pemberdayaan dirinya;

K (klien): Heeh.. Aku.. dan aku uhmm.. uhmm apa ya.. mungkin aku sudah bisa mengontrol pikiranku, perasaanku, aku sudah mulai membentengi dan memilih, aku berhak bahagia, dan aku berusaha tidak memilih tidak bahagia. Ngerti kan maksudnya?

*T(terapis): Heeh.. coba kamu ulang lagi supaya lebih jelas..*

K(klien) : Gini.. aku sudah mulai belajar untuk memilih.. aku memilih bahagia. Jadi ketika aku berpikir.. ee aku mendapatkan dua pilihan, aku hanya akan memilih aku bahagia, bukan sebaliknya. Seperti itu...

K (klien): Aku terbiasa mengontrol pikiranku dari masalah

*T(terapis): Yaa..heeh, apa yang terjadi di dirimu?*

K: Ketika aku merasa cemas, aku mulai bisa mengontrol pikiranku, perasaanku, mulai mempelajari dan memilih, aku punya dua pilihan, aku yang cemas atau bahagia, dan aku memilih bahagia

T: *Heeh, kenapa kamu memilih bahagia?*

K: Cemas itu tidak enak mbak...

Kelebihan terapi naratif, khususnya yang diterapkan dalam penelitian ini, adalah pendekatan penuh hormat dan tidak menghakimi, serta menempatkan klien sebagai poros kehidupan mereka sendiri. Terapi ini melihat permasalahan terpisah dari identitas diri dan berasumsi bahwa klien memiliki kompetensi, keyakinan, nilai, komitmen, dan kemampuan yang mengarahkan klien untuk meminimalkan pengaruh masalah pada kehidupannya (Bennett, 2008).

Salah satu kelemahan penelitian ini terletak pada kualifikasi terapis, yaitu bahwa terapis dalam penelitian ini tidak berlisensi sebagai terapis keluarga atau terapis naratif. Hal ini terjadi karena

memang sulit menemukan lisensi seperti ini di Indonesia. Oleh karenanya, kualifikasi terapis didasarkan pada bidang kerjanya sebagai klinisi, telah berpengalaman lebih dari lima tahun, dan memiliki kemampuan yang memenuhi kompetensi berperan sebagai terapis naratif. Tabel 1 menyajikan kekuatan dan kelemahan terapi naratif dalam penelitian ini secara padat dan ringkas.

## Kesimpulan

Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa terapi naratif dapat menurunkan kecemasan sosial yang dialami oleh Y, dengan melihat perubahan skor SKS-R. Dengan demikian, hipotesis penelitian ini diterima. Terkait dengan penurunan frekuensi kemunculan perilaku aman Y yang fluktuatif, peneliti berasumsi bahwa perilaku aman perlu dilatihkan secara lebih intensif di luar terapi naratif. Latihan ini dapat berupa pengenalan perilaku aman dan atau latihan asertivitas, misalnya dalam bentuk program modifikasi perilaku. Program ini dapat mengoperasionalkan perubahan perilaku aman

Tabel 1

Kekuatan dan kelemahan penelitian terapi naratif

Kekuatan	Kelemahan
1. Penghargaan terhadap budaya lokal dan terapi bersifat fleksibel	1. Penggunaan bahasa dalam <i>setting</i> budaya berbeda dapat melemahkan validitas penelitian
2. Penerimaan dan penghargaan terapis pada subjek penelitian (klien), bahwa subjek penelitian merupakan pusat dari terapi dengan segala kompetensi yang dimiliki. Hal ini mendukung pemberdayaan diri subjek penelitian.	2. Terapis tidak berlisensi sebagai terapis keluarga
3. Penggunaan alat ukur sesuai kasus, yaitu Skala Kecemasan Sosial-Revisi (SKS-R), yang didukung Observasi Perilaku Aman (OPA)	3. Hasil OPA tidak selaras dengan SKS-R karena pengamatan tidak dilakukan pada <i>setting</i> pergaulan sosial subjek penelitian yang sebenarnya.
4. Kekhasan pada pemaknaan cerita hidup ditujukan pada pemberdayaan subjek penelitian melawan permasalahannya (kecemasan sosial)	



sehingga dapat digunakan sebagai indikator penurunan kecemasan sosial.

Data kualitatif selama proses terapi (delapan kali pertemuan) berupa gambar *mind-map*, catatan dan tulisan bebas Y, buku harian (DPD), serta transkrip verbatim merupakan data yang kaya dan berharga untuk memahami dinamika Y. Pengolahan data tersebut merupakan kekuatan terapi naratif. Pembayangan diri Y sebagai “*Miss Panic*” dan “*Miss Sensitive*” telah beralih pada pembayangan baru berisi identitas baru yang lebih berdaya, dikuatkan dengan tema-tema tentang: asertif, proaktif, antusias, percaya diri, dan menghargai diri. Penelusuran cerita hidup dapat menjadi media refleksi Y sekaligus sumber pemberdayaannya.

Beberapa saran untuk penelitian selanjutnya berdasarkan hasil temuan pada penelitian ini yaitu: (1) perlu memperkuat kemampuan analisis kualitatif untuk dapat menguatkan validitas penelitian terapi naratif, (2) sebaiknya menyertakan program modifikasi perilaku dalam terapi naratif, yang mana perubahan perilaku dapat diukur pada jeda antarsesi, terutama untuk penelitian pada kasus yang membutuhkan modifikasi perilaku, (3) menguji efektivitas teknik yang digunakan dalam terapi ini sekaligus untuk memperbandingkan penerapannya pada kasus yang berbeda, (4) dapat menguji kriteria inklusi subjek penelitian yang didasarkan pada tingkat inteligensi, kemampuan berbahasa, ciri kepribadian, atau modalitas personal lainnya yang diperkirakan sebagai faktor pendukung keberhasilan terapi.

### Kepustakaan

- Adler, J.M. & McAdams, D.P. (2007). Time, culture, and stories of the self. *Psychological Inquiry*, 18, 97–128.
- Anderson, B., Goldin, P.R., Kurita, K., & Gross, J.J. (2008). Self-representation in Social Anxiety Disorder: Linguistic Analysis of Autobiographical Narratives. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1119 – 1125.
- Antony, M.M. & Stein, M. (2008). *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. NY: Oxford University Press.
- Arunawati, I. (2001). *Hubungan antara citra raga dengan kecemasan sosial pada penderita obesitas anggota studio senam Kartika Dewi*. Skripsi (Tidak dipublikasikan). Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
- Ashbaugh, A.R., Antony, M.M., McCabe, R.E., Schmidt, L.A., & Swinson, R.P. (2005). Self-evaluated bias in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 387 – 398.
- Beaudoin, M.N. (2005). Agency and choice in the face of trauma: A narrative therapy map. *Journal of Systemic Therapies*, 24, 32 – 50.
- Bennett, L. (2008). Narrative methods and children: Theoretical explanations and practice issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 13–23.
- Besa, D. (1994). Evaluating narrative family therapy using single-system research designs. *Research on Social Work Practice*, 4, 309 – 325.
- Brozovich, F. & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder [abstrak]. *Clinical Psychology Review*, 28, 891-903.
- Bubbenzer, D.L., West, J.D., & Boughner, S.R. (1994). Michael White and the narrative perspective in therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 2, 71 – 83.

- Buzan, T. (2004). *Mind map untuk meningkatkan kreativitas*. Alih bahasa: Surya-putra, E. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Calhoun, J.F. & Acocella, J.R. (1990). *Psychology of adjustment and human relationship*. New York: McGraw-Hill Publishing Company.
- Cashin, A. (2008). Narrative therapy: A psychotherapeutic approach in the treatment of adolescents with asperger's disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 48 – 56.
- Chartier, M.J., Walker, J.R., & Stein, M.B. (2003). Considering co-morbidity in social phobia. *Social Psychiatric: Psychiatric Epidemiology*, 38, 728 – 734.
- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective in social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (eds), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. London: John Wiley & Sons, Ltd.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (eds), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. NY: Guilford Press.
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy 2nd edition*. Belmont: Brooks/Cole.
- Crossley, M. (2007). Narrative analysis. In Lyons, E. & Coyle, A. (eds), *Analysing Qualitative Data in Psychology*. London: Sage Publications
- Etchison, M. & Kleist, D.M. (2000). Review of narrative therapy: Research and utility. *The Family Journal*, 8, 61 – 66.
- Fischer, J. & Corcoran, K.J. (2007). *Measures for clinical practice and research: Couples, families, and children*. Oxford: Oxford University Press.
- Hirsch, C.R., Meynen, T., & Clark, D.M. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12, 496 – 506.
- Kocovski, N.L., Endler, N.S., Rector, N.A., & Flett, G.L. (2005). Rumination and post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 971–984.
- Leary, M.R. & Kowalsky, R.M. (1995). The self presentation model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (eds), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. NY: Guilford Press
- \_\_\_\_\_ (1997). *Social anxiety*. New York: Guilford Press
- Locke, W.S. & Gibbons, M.M. (2008). On her own again: The use of narrative therapy in career counseling with displaced new traditionalists. *The Family Journal*, 16, 132-138.
- Lundh, L. & Sperling, M. (2002). Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events. *Cognitive Behavior Therapy*, 31, 129–134.
- Manfro, G.G. (2006). Lifetime prevalence of social anxiety disorder in the USA is 5% [abstrak]. *Evidence-Based Mental Health* 2006, 9, 88.
- Merscham, C. (2000). Restorying trauma with narrative therapy: Using the phantom Family. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples & Families*, 8, 282–286
- McLean, K.C. (2005). Late adolescent identity development: Narrative meaning-making and memory telling. *Developmental Psychology*, 41, 683–691.
- McLean, K.C. & Pratt, M. W. (2006). Life's little (and big) lessons: Identity

- statuses and meaning-making in the turning point narratives of emerging adults. *Developmental Psychology*, 714-722.
- McLean, K C., Pasupathi, M., & Pals, J.L. (2007). Selves creating stories creating selves: A Process model of self-development. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 262 -278.
- McLeod, J. (2004). Social construction, narrative, and psychotherapy. In E. Angus, L. E. & McLeod, J. (editors) *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. London: Sage Publications.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D.M. (2008), Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor [abstrak]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 147-161.
- Mehl-Madrona, L. (2007). Introducing narrative practice in a locked, inpatient psychiatric unit. *The Permanente Journal*, 11, 12 – 20.
- Mellings, T.M.B., & Alden, L.E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Mercham, C. (2000). Restorying trauma with narrative therapy: Using the phantom family. *The Family Journal*, 8, 282 – 286.
- Morgan, H. & Raffle, C. (2001). Does reducing safety behaviors improve treatment response in patients with social phobia? [abstrak]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503 – 510.
- Morgan, A. (2002). *What is narrative therapy?* (Artikel). Diunduh dari: <http://www.dulwichcentre.com.au/alicearticle.html> tanggal 17 April 2008.
- Okajima, I., Kanai, Y., Chen, J., & Sakano, Y. (2009). Effects of safety behaviour on the maintenance of anxiety and negative belief social anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 71-81.
- Parry, A. & Doan, R.E. (1994). *Story revisions: Narrative therapy in the post-modern world*. London: Guilford Press
- Rachman, S., Grüter-Andrew, J., & Shafraan, R. (2000). Post-event processing in social anxiety [abstrak]. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Rustika, IM. *Konsultasi Psikologi oleh I Made Rustika* (posted: 22 Juni 2003), diunduh dari: <http://www.balipost.co.id/bulan> Mei 2004.
- Sadarjoen, S.S. (2005). *Konsultasi psikologi: Fobia sosial istri*. Diunduh dari <http://www.kompas.com> tanggal 5 Januari 2009.
- Sternberg, R. J. (1997). *Pathways to psychology*. Florida: Harcourt Brace & Company.
- Suryaningrum, C. (2006). *Indikasi gangguan kecemasan pada mahasiswa Fakultas Psikologi UMM* (Laporan Penelitian). Malang: Lembaga Penelitian UMM
- Swasti, I.K. (2008). *Hasil pemeriksaan psikologis Puskesmas: Kasus kecemasan sosial pada mahasiswa kebidanan*. Manuskrip tidak dipublikasikan.
- Torres, S. & Guerra, M.P. (2002). Application of narrative therapy to anorexia nervosa: a Study case. *Revista Portuguesa de Psicossomatica*, 4(1), 141 – 156.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). *Anxiety disorder*. (NIH Publication No. 06-3879). Diunduh dari: <http://www.nimh.nih.gov> tanggal 30 Maret 2009.

- Wahlstrom, J. (2006). Narrative transformations and externalizing talk in a reflecting team consultation. *Qualitative Social Work*, 5, 313 – 332.
- Weber, Z., Rowling, L., & Scanlon, L. (2007). “It’s like... a confronting issue”: Life-changing narratives of young people. *Qualitative Health Research*, 17, 945 – 953.
- Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (2007). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs [abstrak]. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- White, M. (2005). *Workshop notes*. Diunduh dari: <http://www.dulwichcentre.com.au/Michael%20White%20Workshop%20Notes.pdf> tanggal 24 April 2008.
- Wilson, J.K. & Rapee, R.M. (2005). Interpretative biases in social phobia: Content Specificity and the effects of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 315-331.
- Wittchen, H.U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 417), 4–18.
- Vassilopoulos, S. (2005). Social anxiety and the effect of engaging in mental imagery. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 261 – 277.