

---

## **Terapi Kognitif-Perilaku Religius untuk Menurunkan Gejala Depresi**

### ***Cognitive-behavioral Religious Therapy (cbrt) to Decrease the Symptoms of Depression***

Nita Trimulyaningsih \*)

*Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia,  
Yogyakarta 55584*

M. A. Subandi

*Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281*

Diterima 30 Oktober 2010/Disetujui 15 November 2010

#### **Abstract**

*Depression as the cause of disability has been increasing over time. It is urgent to find out a form of therapy that accommodates clients faith to enhance the effectiveness of non-religious therapy. The research aims at determining whether Cognitive-Behavioral Religious Therapy (CBRT) was effective to decrease the symptoms of depression. The subject were two women who meet the criteria of moderate and severe depression on Beck Depression Inventory (BDI). Single subject design with ABA design was applied. The visual analysis and clinical significance by practical wisdom were used to see the effectiveness of CBRT. It was concluded that Cognitive-Behavioral Religious Therapy was effective to decrease the symptoms of depression.*

*Key words: Cognitive-Behavioral Religious Therapy (CBRT), depression, faith, Islam.*

Berdasarkan hasil survei kesehatan mental rumah tangga (SKMRT), sebanyak 185 orang dari 1.000 penduduk dewasa menunjukkan adanya gejala gangguan jiwa (Pikiran Rakyat, 2007). Berdasarkan observasi selama praktek kerja profesi pada sebuah rumah sakit jiwa (Juli hingga Desember 2008), terlihat bahwa depresi adalah salah satu penyakit yang paling sering didiagnosa psikiater setelah

\*)Penulis Korespondensi:

Hp. 081328046376. Email: nita3life@yahoo.com

skizofrenia dan kecemasan. Beberapa klien mengeluhkan penyakit fisik yang tidak disebabkan oleh kelainan fisik secara jelas dan lebih terkait dengan faktor psikologis, di antaranya karena adanya depresi dan kecemasan. Kasus depresi yang banyak ditemukan di RSUD S adalah kasus depresi sedang dan berat, baik dengan atau tanpa gejala somatik, dan mayoritas adalah kasus non psikotik. Beberapa kasus depresi tersebut, pada umumnya merupakan kasus depresi berulang yang muncul sebagai akibat adanya *stressor* psikososial, antara lain adanya masalah dengan kesehatan fisik, keluarga, masyarakat, dan lingkungan pekerjaan. Saat ini depresi menduduki posisi penyakit penyebab hendaya (disabilitas) keempat setelah jantung, kanker, dan stroke (Kompas, 2008). Bahkan, WHO meramalkan pada 2020 posisi depresi diperkirakan menjadi yang kedua, setelah jantung.

DSM IV-TR menggolongkan depresi ke dalam gangguan suasana perasaan, yakni kelompok gangguan yang melibatkan gangguan berat dan berlangsung lama dalam emosionalitas (American Psychiatric Association [APA], 2000). Gejala depresi terbagi dalam empat kelompok (Beck, 1985), yaitu gejala emosional, gejala kognitif, gejala motivasional, gejala vegetatif dan fisik. Beberapa intervensi psikologis telah terbukti efektif untuk menangani depresi, antara lain terapi kognitif (Floyd, dkk., 2004), terapi interpersonal (Zunkel, 2008; MacKenzie & Grabovac, 2001), terapi aktivasi perilaku (Lejuez, dkk., 2001; Hopko, dkk., 2003), terapi kognitif yang dipasangkan dengan terapi pengalaman (Rude & Bates, 2005), serta teknik-teknik perilaku yang dipasangkan dengan intervensi kognitif (Lejuez, dkk., 2001; Chen, dkk., 2006; Zunkel, 2008; Robinson, dkk., 1990).

Terapi atau modifikasi kognitif perilaku adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif (Martin & Pear, 2003; Anderson, Watson, & Davidson, 2008), yang didasarkan pada asumsi bahwa gangguan psikologis disebabkan oleh adanya penyimpangan pemrosesan informasi (Beck, 1985), yakni dalam proses atensi, abstraksi, dan pengkodean informasi pengalaman (Haaga & Davidson, 1986); pikiran seseorang akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku dan emosi (Beck & Weishaar, 1989; Sundel & Sundel, 2005); serta bahwa terdapat hubungan antara pikiran, perasaan, perilaku, dan gejala fisik (Anderson, dkk., 2008).

Pada terapi kognitif, terdapat nilai-nilai yang menekankan pada individualistik dan materialistik, dan mengenyampingkan nilai-nilai spiritualistik (Hodge, 2008). Hal

ini bertentangan dengan nilai yang dianut masyarakat Indonesia, yang pada umumnya memeluk agama tertentu. Konsekuensi dari pengakuan terhadap ajaran agama adalah adanya penghayatan nilai-nilai agama dalam kehidupan. Penggunaan teknik yang sesuai dengan nilai yang dimiliki klien akan memberikan hasil yang lebih baik (Hodge, 2008). Untuk itu, sangat diperlukan sebuah terapi yang disesuaikan dengan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat Indonesia, yakni dengan mengadaptasikan nilai-nilai keberagaman yang dimiliki klien.

Sejak dulu, individu melewati kejadian penuh tekanan atau traumatis dengan kembali kepada Tuhan dan keimanan yang dianut (Taylor, 1995). Individu dengan keyakinan agama yang kuat lebih memiliki kepuasan hidup, kebahagiaan personal yang lebih besar, dan terkena dampak yang lebih kecil dari kejadian traumatik dibandingkan dengan orang-orang yang tidak mau terlibat dengan agama (Taylor, 1995). Gangdev (1998) menyatakan bahwa kepercayaan dalam agama dapat berperan serta dalam proses intervensi dengan menggunakan pendekatan kognitif, bahkan terapi kognitif tersebut pada akhirnya juga berperan meningkatkan religiusitas klien. Keuntungan adanya penambahan nilai religius dalam terapi untuk mengatasi gangguan depresi antara lain: klien menjadi lebih mudah menerima terapi, lebih termotivasi untuk berpartisipasi dalam terapi, meningkatkan efektivitas terapi dalam mengatasi gangguan depres (McCullough & Larson, 1999), serta menjaga efektivitas terapi sehingga membantu mencegah kekambuhan dalam kurun waktu yang lebih lama (McCullough & Larson, 1999; Loewenthal, dkk., 2001; Hawton, dkk., 1993; Paykel, dkk., 2005)).

Berdasarkan beberapa pertimbangan tersebut, maka dalam penelitian ini dikembangkan sebuah Terapi Kognitif-Perilaku Religius, yakni terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif yang mengakomodasi nilai-nilai agama Islam. Terapi ini mengacu pada prinsip terapi kognitif-perilaku bagi penderita depresi yang diadaptasi dengan menggunakan dasar-dasar agama Islam dalam teknik yang digunakan. Tujuan terapi ini adalah untuk mengubah pikiran atau keyakinan klien yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi, dan memperkuat proses kognitif yang lebih adaptif serta didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam.

Terapi ini mencakup dua tipe intervensi, yakni intervensi yang difokuskan secara langsung untuk mengubah sisi kognitif, dengan asumsi bahwa hal tersebut akan diikuti oleh perubahan perilaku, serta intervensi yang difokuskan untuk



mengubah perilaku, dengan asumsi bahwa hal tersebut akan diikuti oleh perubahan kognisi (Sundel & Sundel, 2005).

Teknik kognitif berupa restrukturisasi kognitif digunakan untuk mengubah pikiran atau keyakinan klien yang maladaptif (Beck, 1985; Corey, 2005), tidak produktif, melemahkan, dan mengadopsi pikiran dan keyakinan yang lebih membangun (Martin & Pear, 2003). Dalam proses restrukturisasi kognitif, klien dilatih untuk menguasai serangkaian ketrampilan untuk menetralkan pikiran otomatis negatif. Klien diminta untuk mengevaluasi apakah pikiran yang muncul pada masa stressor valid dan akurat. Secara mendasar, prosedur ini terdiri dari dua cara: aplikasi aturan 'fakta', yakni memiliki bukti dan bersifat logis; serta dengan mempertimbangkan penjelasan atau interpretasi alternatif oleh pasien terhadap pikiran negatif yang muncul (Beck, 1985) yang didasarkan pada nilai-nilai yang ada dalam keyakinan agama klien. Nilai-nilai agama yang dimiliki klien diasumsikan akan mampu menyediakan penjelasan atau interpretasi alternatif yang lebih adaptif atas pikiran negatif yang muncul.

Selain itu, teknik kognitif yang digunakan dalam penelitian ini adalah latihan untuk meningkatkan rasa syukur klien dan penggunaan pernyataan diri berdasarkan keyakinan agama. Hal ini dilakukan dengan asumsi bahwa keduanya mampu membuat keyakinan agama klien semakin terinternalisasi dan mendukung pikiran adaptif klien (Hodge, 2008).

Selain pengembangan teknik-teknik yang fokus pada perubahan kognitif tersebut, pengembangan juga dilakukan dalam teknik untuk mengubah perilaku. Dalam penelitian ini, teknik yang digunakan adalah teknik relaksasi (Hawton, dkk., 1993) serta teknik penyusunan aktivitas (Anderson, dkk., 2008; Lejuez, dkk., 2001; Hopko, dkk., 2003) dengan tema-tema kegiatan yang dapat meningkatkan kesadaran spiritual (Taylor, 2002) yang diasumsikan akan diikuti perubahan emosi berupa kesenangan, dan kepuasan (Anderson, dkk., 2008), serta perubahan kognisi berupa meningkatnya keyakinan agama dan kesadaran klien akan diri, lingkungan sekitar, dan Tuhan.

Teknik relaksasi dalam penelitian ini melibatkan nilai-nilai keagamaan seperti rasa syukur, kepasrahan, dan doa. McCullough dan Larson (1999) menyatakan bahwa doa adalah elemen inti dari spiritualitas, yakni pikiran, sikap, dan tindakan yang dirancang untuk mengekspresikan hubungan dengan Tuhan. Dalam penelitian ini, doa dijadikan frase yang disebutkan klien dalam relaksasi, selain frase mengenai

kepasrahan dan rasa syukur dengan redaksional yang disusun sendiri oleh klien.

Selain teknik relaksasi, penelitian ini menerapkan teknik peningkatan aktivitas dan menggabungkannya dengan penggunaan niat untuk aktivitas keseharian. Niat adalah cara seseorang menempatkan diri dalam sebuah kemungkinan untuk melakukan sesuatu, atau kemungkinan subjektif seseorang untuk melakukan sebuah perilaku (Fishbein & Ajzen, 1975). Fishbein dan Ajzen (1975) menyatakan bahwa kepercayaan yang telah menjadi sikap seseorang terhadap kehidupan akan muncul sebagai niat untuk melakukan perilaku seperti yang dipercayainya. Di dalam Islam, kepercayaan kepada Tuhan telah diterapkan dalam niat segala aktivitas yang selalu ditujukan kepada Tuhan (Ilyas, 2002). Hal ini dapat mendukung proses restrukturisasi kognitif yang telah dikembangkan dalam terapi ini.

Penggunaan konsep-konsep keagamaan dalam terapi mengakibatkan terapis tidak dapat menghindarkan nilai-nilai pribadi yang dimiliki untuk ikut berpengaruh dalam proses intervensi. Meski peran terapis dalam terapi kognitif-perilaku cenderung direktif (Beck & Weishaar, 1989), namun terapis Terapi Kognitif-Perilaku Religius tidak diperkenankan memaksakan nilai-nilai yang mereka miliki kepada klien. Dalam hal ini, klien diajak untuk secara jujur mengevaluasi nilai-nilai yang dimilikinya sendiri, sebelum memutuskan untuk memodifikasi nilai-nilai dan perilakunya. Terapis tidak diperkenankan untuk mengajari klien, mengkhotbahi, atau menanamkan keyakinan tertentu kepada klien (Zulkamain, 2006).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas Terapi Kognitif-Perilaku Religius dalam menangani depresi. Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius dapat menurunkan tingkat depresi subjek.

## Metode Penelitian

### *Subjek Penelitian*

Kriteria dalam penentuan subjek penelitian ini adalah:

1. Usia antara 22-44 tahun.
2. Pendidikan terakhir minimal SMA/SMK atau setara SMA
3. Beragama Islam
4. Memenuhi kriteria depresi sedang atau berat dengan menggunakan Beck Depression Inventory (BDI) atau mendapatkan skor  $\geq 16$ .

Sementara kriteria klien yang tidak diikuti sertakan dalam penelitian ini adalah apabila menunjukkan adanya kecenderungan bunuh diri selama proses asesmen.

Jumlah subjek yang pada akhirnya ikut serta dalam penelitian ini berjumlah 2 orang, dengan jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin subjek penelitian keduanya perempuan dengan skor BDI 17 (subjek E-sedang) dan 24 (subjek K-berat).

### *Rancangan Penelitian*

Rancangan penelitian ini adalah desain dengan sampel kecil yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan subjek dari fase asesmen, fase intervensi, hingga fase evaluasi. Tipe desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain ABA (Barlow & Hersen, 1984; Kazdin, 2001; Sunanto, Takeuchi, & Nakata, 2005; Vonk, Tripodi, & Epstein, 2007). Pengukuran setelah terminasi intervensi dilakukan untuk mengetahui apakah efek terapeutik intervensi bertahan meski tidak dalam kondisi intervensi (Vonc, dkk., 2007).

### *Pengumpulan Data*

Penelitian ini menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI) yang telah digunakan dan diukur tingkat validitas dan reliabilitasnya oleh Retnowati (1990), yang menemukan konsistensi validitas internal (*internal consistency validity*) item yang dilihat dari koefisien korelasi tiap item dengan skor total yang berkisar antara 0,194 sampai 0,632 (N=108), dengan koefisien reliabilitas sebesar 0,84 (rtt Hoyt). BDI juga telah terbukti valid dan dapat digunakan di Indonesia untuk mendeteksi adanya depresi (Suwantara, Lubis, & Rusli, 2005). Interpretasi skor BDI berdasarkan Greist dan Jefferson (Retnowati, 1990) dengan kategorisasi normal dengan skor 0-9, ringan dengan skor 10-15, sedang dengan skor 16-23, dan berat dengan skor lebih besar atau sama dengan 24.

Selain dengan BDI, data didapatkan dengan observasi dan wawancara. Observasi dan wawancara dilakukan untuk mendapatkan data sebelum, selama, dan sesudah intervensi. Pedoman wawancara semi terstruktur disusun untuk memandu proses wawancara. Peneliti juga menyusun lembar evaluasi terapi untuk mengetahui kelebihan dan kekurangan terapi yang dilakukan.

### *Intervensi*

*Materi.* Materi intervensi terdapat dalam pedoman tahapan Terapi Kognitif-Perilaku Religius. Terapi Kognitif-Perilaku Religius adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif, serta di dalamnya mengakomodasi nilai-nilai agama Islam. Pedoman tahapan Terapi Kognitif-Perilaku Religius yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah adaptasi modul terapi kognitif-perilaku Stanley, dkk. (2004), serta modul aktivasi perilaku (Lejuez, dkk. (2001).

*Pelaksanaan.* Prosedur penelitian mencakup proses sebagai berikut :

1. Penyusunan pedoman tahapan Terapi Kognitif-Perilaku Religius serta penilaian profesional untuk mengevaluasi ketepatan terapi.
2. Pembekalan terapis dan uji coba pedoman tahapan terapi dengan klien depresi sedang (skor BDI 14) oleh calon terapis.
3. Pemberitahuan program yang bertujuan agar subjek ikut serta secara sukarela dalam penelitian serta pengisian *informed consent*.
4. Melakukan asesmen awal dengan wawancara, observasi, penelusuran data rekam medis dan pengukuran baseline dengan BDI.
5. Pelaksanaan terapi.
6. Melakukan pengukuran baseline dengan BDI setelah intervensi dihentikan.



Tabel 1  
Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Terapi pada Masing-Masing Sesi

Sesi	Aktivitas	Tujuan	Waktu
Sesi 1	1.1 Pembukaan: Penjelasan terapi	Membangun rapport Memberikan penjelasan pada klien mengenai terapi Memotivasi klien	20 menit
	1.2 Latihan mengenali perasaan serta kejadian pemicu depresi	Melatih klien mengenali perasaan dan kejadian pemicu depresi	30 menit
	1.3 Latihan memonitor aktivitas	Melatih klien memonitor aktivitas keseharian selama seminggu ke depan	20 menit
	1.4 Relaksasi otot progresif religius: kepasrahan	Melatih klien menggunakan konsep-konsep ajaran agama untuk merelaksasi diri	20 menit
Sesi 2	2.1 Presentasi diri dan membangun konteks religius dalam terapi	Evaluasi tugas rumah Membangun konteks religius dalam terapi	20 menit
	2.2 Latihan menangkap pikiran	Melatih klien mengenali pikiran negatif	30 menit
	2.3 Latihan mengenali aktivitas	Melatih klien mengenali dan merencanakan aktivitas yang dapat dilakukan dalam meningkatkan aktivitas	20 menit
	2.4 Relaksasi pelepasan religius: kepasrahan	Melatih klien menggunakan konsep-konsep ajaran agama untuk merelaksasi diri	20 menit
Sesi 3	3.1 Presentasi diri	Evaluasi tugas rumah	20 menit
	3.2 Latihan menguji dan memodifikasi Pikiran Negatif berdasarkan ajaran agama	Melatih klien mengenali, menguji dan mengganti pikiran negatif dengan pikiran yang lebih adaptif menurut keyakinan agama klien	30 menit
	3.3 Aplikasi niat dalam bernaktivitas	Melatih klien menerapkan niat dalam aktivitas sehari-hari	20 menit
	3.4 Relaksasi dengan isyarat religius: doa	Melatih klien menggunakan konsep-konsep ajaran agama untuk merelaksasi diri	20 menit
Sesi 4	4.1 Presentasi diri	Evaluasi tugas rumah	20 menit
	4.2 Latihan rasa syukur	Melatih klien mensyukuri nikmat dalam aktivitas keseharian	30 menit
	4.3 Pernyataan diri dengan keyakinan agama	Melatih klien mengatasi situasi menekan dengan pernyataan diri yang mendekatkan dengan Tuhan	25 menit
Sesi 5	5.1 Presentasi diri	Evaluasi tugas rumah	20 menit
	5.2 Review materi	Mereview materi yang telah dipelajari klien	30 menit
	5.3 Relaksasi religius: rasa syukur	Melatih klien menggunakan konsep rasa syukur untuk merelaksasi diri	20 menit
	5.4 Terminasi	Mengakhiri terapi	20 menit

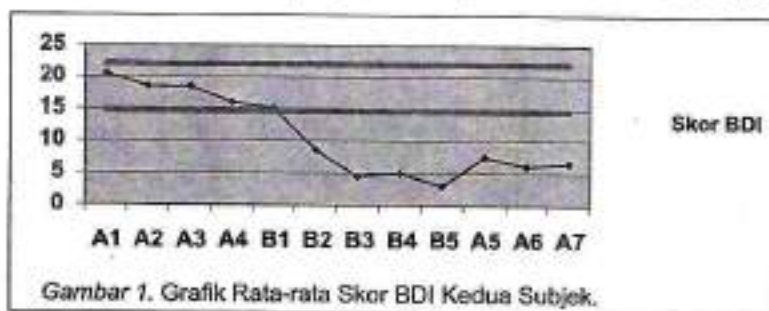


### Metode Analisis Data

Efektivitas terapi pada penelitian ini dilihat dengan membandingkan secara visual data *pretes*, selama intervensi, dan *postes* pada grafik skala *Beck Depression Inventory* (BDI), serta dengan mempertimbangkan signifikansi klinis (*clinical significance*) yang didasarkan pada kesan umum (*common sense*) dan pertimbangan praktis (Vonk, dkk., 2007).

### Hasil Penelitian

Vonk, dkk. (2007) menyatakan bahwa hasil rata-rata skor dari semua subjek yang menerima intervensi harus digambarkan untuk kepentingan evaluasi program. Gambar 1 memperlihatkan adanya perubahan skor BDI sebelum intervensi, saat intervensi diberikan, dan sesudah intervensi tidak dilakukan lagi, serta perubahan kemiringan (*slope*) dari fase sebelum intervensi menuju selama intervensi, meski perubahan tersebut tidak bersifat menetap selama masa akhir intervensi dan sesudah intervensi. Perbandingan antar fase memperlihatkan Terapi Kognitif-Perilaku Religius mulai efektif secara signifikan menurunkan tingkat depresi klien pada pertemuan ketiga hingga kelima (setara dengan signifikansi 0,05) (Vonk, dkk., 2007). Perbandingan antar fase juga menunjukkan bahwa kemajuan yang diperoleh klien signifikan, setara dengan level signifikansi 0,05 (Vonk, dkk., 2007). Perubahan klinis (*clinical significance*) yang didasarkan pada kesan umum (*common sense*) dan kebijakan praktis (Vonk, dkk., 2007) dapat dilihat pada hasil analisis tiap subjek.



Gambar 1 memperlihatkan terdapat perubahan kemiringan pada grafik selama awal terapi yang bertahan hingga masa akhir intervensi dan masa sesudah terapi dihentikan. Perbandingan antar fase sebelum intervensi dan selama intervensi memperlihatkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius mulai efektif secara signifikan menurunkan tingkat depresi klien pada pertemuan kedua hingga kelima (setara dengan level signifikansi 0,05) (Vonk, dkk., 2007).

Perbandingan antar fase sebelum intervensi dan sesudah intervensi yang dilakukan menunjukkan bahwa kemajuan yang diperoleh klien signifikan, setara dengan level signifikansi 0,05 (Vonk, dkk., 2007).

Sebelum terapi diberikan, skor BDI menunjukkan tingkat depresi subjek tergolong dalam depresi sedang dengan skor 17. Selama pemberian intervensi, subjek E mengalami penurunan skor BDI. Penurunan sangat terlihat pada sesi 1, 2, dan 3, sementara pada sesi 4 subjek mengalami peningkatan sebesar 1 point, hingga pada sesi 5 subjek mengalami penurunan kembali hingga mencapai skor 1 yang stabil selama *fase baseline*.

Pada awalnya, keluhan subjek dan hasil BDI menunjuk pada beberapa gejala fisik seperti gangguan *mood* (tidak dapat menangis sama sekali atau menangis terus menerus dan tidak dapat berhenti), menurunnya gangguan tidur (bangun dalam kondisi yang kurang fit), malas dalam beraktivitas, kekhawatiran akan kesehatannya, menurunnya minat seksual, buruknya gambaran akan dirinya secara fisik, dan penurunan berat badan. Seusai terapi diberikan sebanyak 5 sesi, dan rata-rata semua keluhan yang ada pada awal asesmen telah berkurang kecuali rasa malas dalam beraktivitas.

Pada awal terapi, gejala yang banyak mengalami penurunan adalah pada gangguan tidur, serta berkurangnya *mood* sedih (tidak lagi menangis seperti biasanya). Sementara pada keluhan fisik cenderung tidak mengalami penurunan. Penggunaan obat anti depresan dapat dihentikan secara bertahap dengan cara menggantikannya dengan relaksasi yang diadaptasi dengan nilai kepasrahan kepada Tuhan.

Dari sesi awal (sesi 1) hingga sesi terakhir (sesi 5) kebosanan dalam beraktivitas cenderung tidak mengalami perubahan karena klien cenderung kurang dapat memaksimalkan rangkaian tugas peningkatan aktivitas.

Selain pada data BDI, perubahan juga terlihat pada hasil observasi atas kondisi subjek. Pada awal pertemuan (sesi 1) subjek terlihat murung, ingin menangis saat menceritakan permasalahannya, lamban dan pelan dalam berbicara, dan tidak bersemangat. Pada akhir sesi, subjek mengalami perbaikan, yakni subjek terlihat lebih ceria, tidak terlihat ingin menangis saat menceritakan kondisi atau permasalahannya saat ini, dapat berbicara dengan lebih lancar dan tidak terpatah-patah.

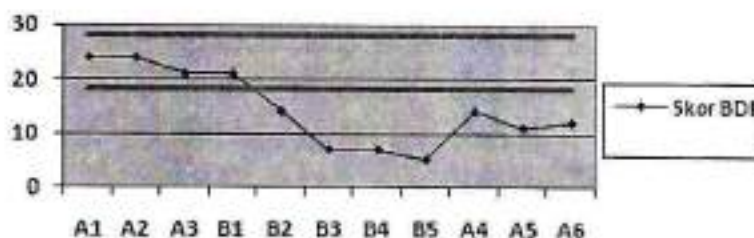


Dari segi religiusitas, klien mengaku bahwa sesudah 5 sesi dilalui, terdapat perubahan dalam religiusitas klien, antara lain klien saat ini sudah melaksanakan sholat, adanya keinginan untuk menggunakan kerudung penutup kepala, dan adanya keinginan untuk bersedekah, meski belum dapat melakukan. Hal ini memperlihatkan adanya peningkatan dalam religiusitas, yakni aspek pengamalan religius (*religious practice*) (Paloutzian, 1996).

Pada akhir sesi (sesi 5), subjek dipuji oleh terapis karena sudah terlihat lebih segar, lebih santai, fokus, dan tidak terlihat memiliki hambatan (*remming*). Subjek merasa sudah tidak terlalu banyak tiduran dan sedih serta sudah tidak meminum obat anti depresan, namun masih merasa cemas dan meminum obat anti cemas secara rutin namun dengan dosis yang lebih kecil.

#### 1. Subjek K

Subjek K adalah seorang wanita berusia 38 tahun yang telah menikah. Suami subjek E adalah seorang guru. Subjek didiagnosis menderita depresi sedang dengan gejala somatik oleh Psikiater, dengan keluhan utama sering pusing, susah tidur, sering mimpi buruk, mengigau, merasa jantung berdebar-debar, bangun tidur pagi terasa malas, kadang mudah mengantuk badan terasa dingin, dan badan lemas. Setelah diukur dengan BDI, terlihat bahwa subjek tergolong menderita depresi berat (skor 24).



Gambar 2 : Skor BDI sebelum, selama, dan sesudah intervensi.

Gambar 2 memperlihatkan adanya perubahan skor BDI sebelum, selama, dan sesudah intervensi, serta terdapat perubahan kemiringan pada grafik selama awal terapi, namun setelah intervensi berakhir skor BDI subjek meningkat. Perbandingan antar fase sebelum intervensi dan selama intervensi memperlihatkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius mulai efektif secara signifikan menurunkan tingkat depresi klien pada pertemuan kedua hingga kelima (setara dengan level signifikansi 0,05) (Vonk, dkk., 2007).



Perbandingan antar fase sebelum intervensi dan sesudah intervensi yang dilakukan menunjukkan bahwa kemajuan yang diperoleh klien signifikan, setara dengan level signifikansi 0,05 (Vonk, dkk., 2007). Penurunan skor BDI subjek tidak diikuti bertahannya skor BDI pada *fase baseline*, namun justru mengalami kenaikan skor menjadi taraf depresi ringan.

Pada awalnya, keluhan subjek dan hasil BDI menunjuk pada beberapa gejala kognitif seperti pesimisme (merasa bahwa dalam hidup belum mencapai hal yang berharga/berarti), merasa pantas dihukum, merasa buruk atau tidak berharga, merasa tidak puas dengan semua hal, menyalahkan diri atas hal yang terjadi, tidak dapat menangis seperti biasanya, dan kehilangan sensitivitas. Dalam hal fisik, klien merasa adanya hambatan kerja dan butuh usaha keras agar dapat melakukan aktivitas keseharian, mudah lelah, serta ada beberapa keluhan fisik, seperti badan terasa sering tiba-tiba dingin dan pusing. Selama terapi, keluhan yang cenderung berkurang adalah dalam keluhan kognitif, yakni pada sesi awal (2, 3, 4). Sementara keluhan fisik cenderung tidak berkurang.

Pengukuran dengan BDI pada akhir sesi memperlihatkan bahwa subjek merasa keluhan fisik dan kelelahan mulai berkurang dan kekhawatirannya terhadap kondisi fisik menurun, yakni bila pada awalnya subjek merasa begitu khawatir akan kesehatan badannya sehingga sulit untuk memikirkan hal lain (asesmen), pada akhir sesi subjek tidak mengkhawatirkan keadaan kesehatannya lebih dari biasanya. Hal ini bertahan hingga masa setelah terapi tidak diberikan. Hal ini memperlihatkan bahwa subjek sudah merasakan perubahan akan kondisi tubuhnya yang memperlihatkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius mampu mengurangi gejala somatik yang muncul akibat depresi.

Dari evaluasi atas pengukuran BDI terlihat bahwa yang tidak mengalami perubahan yang mencolok dari subjek adalah dalam hal adanya hambatan untuk bekerja dan motivasi untuk beraktivitas. Hal ini dikarenakan subjek tidak dapat maksimal melaksanakan tugas berupa peningkatan aktivitas karena aktivitas yang dipilih adalah aktivitas yang sudah sering dilakukan.

Selain pada data BDI, perubahan juga terlihat dari hasil observasi pada kondisi subjek. Pada awal pertemuan (sesi 1), subjek terlihat murung, serta berkaca-kaca dan terlihat seperti ingin menangis saat menceritakan permasalahannya. Pada akhir sesi, subjek mengalami perbaikan, yakni subjek terlihat lebih ceria, dan lebih bersemangat.

Dalam religiusitas, subjek mengaku ada peningkatan dalam hal keyakinan, namun secara umum, untuk masalah ibadah subjek merasa bahwa tidak ada perbedaan antara sebelum dan sesudah terapi. Hal ini terjadi karena dalam sesi-sesi peningkatan aktivitas, subjek tidak tampak menekankan pada peningkatan ibadah sebagai aktivitas yang ingin dilakukan.

Secara menyeluruh, terlihat bahwa subjek seringkali melaksanakan relaksasi religius setelah shalat, dan hal tersebut dikatakan subjek mampu membuat badan terasa lebih hangat, nyaman, mengurangi pusing, kesedihan, dan kecemasan.

### Pembahasan

Depresi adalah gangguan suasana perasaan dengan empat kelompok gejala (Beck, 1985), yaitu gejala emosional, gejala kognitif, gejala motivasional, serta gejala vegetatif dan fisik. Salah satu intervensi yang terbukti efektif untuk mengatasi depresi adalah Terapi Kognitif-Perilaku (Lejuez, dkk., 2001, Chen, Jordan, & Thompson, 2006; Zunkel, 2008). Beberapa alasan populernya Terapi Kognitif-Perilaku untuk mengatasi gangguan psikologis adalah karena pendekatan ini memiliki kerangka teoritis yang kuat serta memiliki modalitas terapi yang cukup efektif (Hodge, 2008), namun hasil yang lebih baik akan diperoleh bila di dalam terapi digunakan teknik yang sesuai dengan nilai yang dimiliki klien (Hodge, 2008; Propst, dkk., 1992).

Terapi Kognitif-Perilaku Religius adalah terapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif yang mengakomodasi nilai-nilai agama Islam yang dimiliki sebagian besar masyarakat Indonesia, antara lain konsep keyakinan kepada Tuhan, kepasrahan, dan rasa syukur. Terapi ini mengacu pada prinsip terapi kognitif-perilaku bagi penderita depresi yang diadaptasi dengan mengadopsi dasar-dasar agama Islam dalam teknik yang digunakan. Tujuan terapi ini adalah untuk mengubah pikiran atau keyakinan klien yang maladaptif, tidak produktif, dan melemahkan, serta mengadopsi, dan memperkuat proses kognitif yang lebih adaptif serta didasarkan pada keyakinan dan nilai-nilai agama Islam.

Inspeksi visual yang dilakukan terhadap data pengukuran BDI memperlihatkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius efektif menurunkan depresi, yang setara dengan signifikansi statistik dengan taraf signifikansi 0,05 BDI ini dapat dimungkinkan merupakan sebuah akibat dari kelemahan prosedur



(Vonk, dkk., 2007). Prosedur pengukuran yang dilakukan secara berulang dengan jarak waktu yang singkat menimbulkan kemungkinan bahwa penurunan skor BDI ini dapat dimungkinkan merupakan sebuah akibat dari kelemahan prosedur pengukuran. Vonk, dkk. (2007) menyatakan bahwa untuk pengukuran berulang pada metode dengan kasus tunggal, alat ukur yang digunakan setidaknya harus memiliki reliabilitas pengulangan pengukuran (*test-retest reliability*) sebesar 0,8 sehingga dapat diasumsikan secara lebih pasti bahwa perubahan yang terlihat pada klien bukan disebabkan adanya kesalahan pada alat ukur. Skor reliabilitas pengulangan pengukuran yang ada menunjukkan angka sebesar 0.89 (Visser, dkk., 2006) sehingga BDI tepat digunakan dalam penelitian ini, namun penelitian lain menunjukkan bahwa sekitar 40% penurunan pada tes lapor diri atas gejala depresi (BDI versi I) adalah akibat dari pengulangan pengukuran dan bukan sebagai akibat dari intervensi apapun (Ahava, & Iannone, 1998).

Mengantisipasi kesalahan evaluasi sebagai dampak pengulangan dalam pengukuran tersebut, maka peneliti tidak hanya mempertimbangkan inspeksi visual dalam melihat indikator keberhasilan terapi, namun peneliti juga melihat pada perubahan yang signifikan secara klinis (*significance change*) yang didasarkan pada kebijakan umum (*common sense*) dan pertimbangan praktis klinisi pada saat menghadapi klien (Vonk, dkk., 2007), yakni apabila didapati adanya perubahan positif atas gejala yang dialami klien, yang dianggap berharga oleh klinisi dalam perkembangan gangguan depresi. Pertimbangan signifikansi klinis (*clinical significance*) yang didasarkan pada kesan umum (*common sense*) dan kebijakan praktis juga memperlihatkan penurunan pada gejala depresi yang dirasakan kedua subjek. Hal ini dapat dilihat pada evaluasi hasil observasi dan wawancara kedua subjek.

Berbagai perubahan yang terjadi pada klien, diasumsikan merupakan efek menyeluruh dari serangkaian prosedur yang telah disusun secara sistematis oleh peneliti. Meskipun begitu, beberapa teknik ada yang terlihat sangat dominan dalam mengatasi suatu gejala secara spesifik, meski tidak dapat ditekankan lagi bahwa terdapat interaksi antara satu teknik dengan teknik yang lain, yaitu satu efek positif atas suatu gejala yang dirasakan klien dapat menjadi pendorong terjadinya perubahan positif bagi gejala lain yang dirasakan oleh klien.

Serangkaian teknik restrukturisasi kognitif tersebut terbukti mampu membuat



keyakinan agama yang dimiliki klien terinternalisasi dan membantu dalam menggantikan pikiran-pikiran yang maladaptif (Hodge, 2008). Internalisasi keyakinan agama ini dimungkinkan karena adanya proses pemaparan informasi baru yang menyediakan dasar bagi pola keyakinan yang baru bagi klien (Fishbein & Ajzen, 1975). Keyakinan beragama yang mengalami perubahan ini akan mengarahkan pada perubahan keyakinan lainnya yang berhubungan dengan keyakinan tersebut. Sikap klien terhadap dirinya akan turut mengalami perubahan yang akan menentukan bagaimana klien berperilaku (Fishbein & Ajzen, 1975).

Semakin klien merasakan adanya peningkatan dalam keyakinan beragama, perubahan positif yang dirasakan cenderung lebih menetap (McCullough & Larson, 1999; Loewenthal, Cinnirella, Evdoka & Murphy, 2001). Hal ini terlihat pada dinamika *baseline* pasca terapi pada kedua subjek yang cenderung berbeda. Skor BDI subjek E setelah terapi dilakukan cenderung stabil, sementara skor BDI subjek K setelah terapi dilakukan cenderung meningkat meskipun tetap di di luar garis 2SD. Hal ini memperlihatkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku Religius efektif menurunkan depresi subjek K secara signifikan namun tidak dapat mencegah kemunculan kembali gejala depresi dalam skala kecil.

Efektivitas terapi kognitif-perilaku dalam mencegah kemunculan kembali gejala depresi (*relapse*) dapat bertahan hingga 3,5 tahun (Paykel, dkk., 2005). Pada klien K, kemunculan kembali gejala depresi terjadi segera setelah sesi terapi diakhiri. Peneliti mengasumsikan bahwa peningkatan skor BDI ini terjadi karena skema klien K mengenai diri dan lingkungan dapat diatasi secara temporal. Hal ini terjadi karena selama terapi, subjek K lebih banyak fokus pada pengatasan gejala yang dirasakan. Selain itu, subjek juga memiliki rasa kurang simpati terhadap terapis karena menganggap bahwa terapis tidak melaksanakan syariat agama secara benar. Hal ini terungkap dalam hasil evaluasi terapi yakni klien meminta kepada terapis untuk berpakaian dengan lebih Islami. Kekurangpercayaan klien dalam terapi ini mempengaruhi klien dalam proses terapi (Corey, 2005), sehingga pengubahan skema secara permanen tidak terjadi. Akibatnya, bila klien mengalami situasi yang menekan maka skema awal yang dimiliki akan kembali diaktifkan, dan mengarahkan pada kemunculan kembali gejala depresi (Gabbard, 2008).

Terlepas dari penggunaannya dalam aktivitas pernyataan diri, teknik rasa syukur yang diterapkan dalam Terapi Kognitif-Perilaku Religius ini terbukti

dapat meningkatkan emosi positif, membantu subjek untuk dapat melihat banyak hal yang dapat disyukuri dalam pengalaman hidup yang menjadi *distress* psikologis, menumbuhkan keinginan untuk menjadi lebih baik, serta memberikan perhatian yang lebih kepada diri sendiri dan orang lain.

Peran religiusitas dalam kesehatan fisik secara nyata dapat dilihat pada aplikasi serangkaian relaksasi otot progresif (Hawton, dkk., 1993) yang dimodifikasi dan digabungkan dengan keyakinan agama. Secara spesifik, keyakinan agama tersebut diaplikasikan dengan teknik penggunaan frase yang diulang-ulang secara ritmik seperti yang diterapkan oleh Purwanto (2006) dalam relaksasi religius untuk mengatasi insomnia. Pengulangan frase secara ritmik dilakukan untuk meningkatkan keyakinan klien kepada Tuhan. Adapun frase yang digunakan dalam penelitian ini berupa kepasrahan kepada Tuhan, doa, dan rasa syukur. Relaksasi yang melibatkan keyakinan yang dianut klien akan mempercepat terjadinya keadaan rileks (Purwanto, 2006). Efek relaksasi ini terlihat langsung setelah klien menjalani sesi pertama terapi. Efek yang dirasakan klien berupa perbaikan kondisi fisik yang menurunkan kecemasan klien akan gejala fisik yang dirasakan.

Relaksasi dengan unsur kepasrahan yang diterapkan dalam Terapi Kognitif-Perilaku Religius ini melatih subjek untuk meningkatkan kesadaran diri dan kontrol atas gejala dan keluhan yang dirasakan (Abramovich, 2006). Atribusi yang tercipta secara kognitif bahwa seseorang tidak memiliki kontrol atas stres yang dialami adalah salah satu faktor resiko depresi (Durand & Barlow, 2006). Relaksasi meningkatkan rasa kontrol atas kehidupan subjek secara utuh.

Selain kepasrahan, relaksasi juga dipadukan dengan nilai doa, dan rasa syukur. Doa yang diterapkan dalam penelitian ini adalah doa *colloquial* (McCullough & Larson, 1999) yang di dalamnya klien fokus pada doa untuk mengubah dan mengatasi perasaannya tentang kejadian dalam hidup serta mendekatkan diri kepada Tuhan. Dalam pelaksanaan, klien diminta untuk memilih dan menyusun sendiri kalimat doa untuk diucapkan. Terbukti, doa mampu meningkatkan daya juang, harapan akan kesembuhan dan solusi permasalahan, memberikan kenyamanan dalam terapi, serta meningkatkan keterbukaan klien (McCullough & Larson, 1999).

Secara kognitif, doa telah menjadi sumber skema dan keyakinan klien yang baru akan diri, sekitar, dan dunia. Doa yang penuh pengharapan juga memfasilitasi

perubahan dalam bicara diri (*self talk*) dan keyakinan klien (Azhar, Varma, & Dharap, 1994; Propst, dkk., 1999). Penggunaan frase doa juga dapat memunculkan efek kognitif berupa perubahan dalam cara pandang, kepercayaan akan kehendak bebas, dan lokus kontrol (Levin dalam Dunn & Horgas, 2002), serta meningkatkan optimisme dan harapan (Ai, Peterson, Tice, Bolling, & Koenigh, 2004).

Proses pengenalan motivasi pribadi, perasaan, dan skema diri merupakan hal yang paling mendasar untuk meningkatkan spiritualitas seseorang (Taylor, 2002), yakni berkaitan dengan kesadaran diri yang diasumsikan merupakan sebuah kunci keberhasilan perubahan perilaku (Meichenbaum, 1988). Kesadaran diri dalam terapi berperan untuk meningkatkan keyakinan beragama klien yakni dalam hal pemaknaan agama dalam kehidupan (spiritualitas beragama). Semakin kuat keyakinan klien, maka aplikasi religiusitas dalam terapi akan semakin efektif karena keyakinan adaptif yang digunakan klien dalam restrukturisasi kognitif akan lebih mudah diterima dan cenderung lebih stabil. Selain itu, kesadaran diri akan meningkatkan kemungkinan dilaksanakannya niat menjadi perilaku (Fishbein & Ajzen, 1975) sehingga membantu dalam proses restrukturisasi kognitif dan peningkatan aktivitas.

Pada evaluasi terhadap hasil BDI terlihat bahwa kedua subjek masih menyisakan gejala berupa kebosanan dan hambatan dalam bekerja. Hal ini terjadi karena klien cenderung tidak melaksanakan tugas berupa aktivitas yang telah direncanakan. Dalam Terapi Kognitif-Perilaku, kepatuhan klien akan tugas rumah yang diberikan akan mempengaruhi hasil terapi CBT (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000), namun secara khusus nilai-nilai yang dimiliki meningkatkan partisipasi klien dalam terapi yang dijalani (McCullough & Larson, 1999).

Pada penelitian ini, kedua klien yang dijadikan subjek penelitian adalah perempuan. Jenis kelamin bukanlah salah satu faktor penentu keberhasilan dan responsivitas klien terhadap psikoterapi untuk depresi. Beberapa studi menunjukkan tidak terdapat perbedaan tingkat responsivitas terhadap terapi CBT berdasarkan perbedaan jenis kelamin (Kornstein & Worjick, 2002). Hal ini memperlihatkan bahwa meskipun pada penelitian ini kedua subjek penelitiannya berjenis kelamin perempuan, namun hasil penelitian ini juga dapat diterapkan pada klien dengan jenis kelamin laki-laki.



Kelemahan dari terapi ini adalah:

1. Jumlah subjek yang terbatas (2 orang) dan keduanya berjenis kelamin perempuan, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan.
2. Interval pengambilan data skor BDI yang tidak sama antar fase, dikarenakan kondisi dan situasi subjek yang tidak memungkinkan untuk melakukan pengambilan data awal yang terlalu lama
3. Pengambilan data BDI dilakukan dengan *self report*, yang digunakan dalam jangka waktu yang berdekatan dan lama, sehingga dikhawatirkan ada unsur kebiasaan yang mempengaruhi proses pengisian.
4. Beberapa hal yang terkait hak dan kewajiban klien dan terapis/peneliti belum tercantum secara tepat dalam lembar persetujuan subjek (*informed consent*).

### **Simpulan dan Rekomendasi**

Dari penelitian ini dapat disimpulkan beberapa hal, antara lain:

1. Terapi Kognitif-Perilaku Religius efektif menurunkan gejala depresi
2. Serangkaian teknik restrukturisasi kognitif religius membantu klien untuk menggantikan pikiran negatif dengan pikiran yang lebih adaptif.
3. Serangkaian teknik relaksasi yang digabungkan dengan konsep kepasrahan, doa, dan rasa syukur mampu mengurangi gejala somatik yang muncul mengiringi depresi sehingga turut menurunkan tingkat depresi klien.
4. Serangkaian teknik aktivasi perilaku belum cukup mampu untuk meningkatkan motivasi klien

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka diharapkan bahwa peneliti dan praktisi hendaknya memodifikasi intervensi psikologis atau secara khusus Terapi Kognitif-Perilaku sesuai konteks masyarakat Indonesia, misalnya mengintegrasikan terapi dengan religiusitas klien sehingga efek terapeutik dapat bertahan lebih lama. Selain itu, pengukuran skor BDI dapat dilakukan dengan menggunakan versi BDI yang terbaru (BDI II) yang diadaptasi dan diukur validitas dan reliabilitasnya sesuai dengan konteks masyarakat di Indonesia.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Abramovich, E. 2006. Application of CBT in an inpatient setting: Case illustration of an adult male with anxiety, depression, and axis II symptoms. *Clinical Case Studies*, 5, 305-330.

- Ahava, G. W., & Iannone, C. 1998. Is The Beck Depression Inventory Reliable Over Time? An Evaluation of Multiple Test-retest Reliability In A Nonclinical College Student Sample. *Journal Of Personality Assessment*, 70, 222-231. Abstrak Diunduh Dari [Http://www.informaworld.com](http://www.informaworld.com).
- Al, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S. F., & Koenigh, G. 2004. Faith-based And Secular Pathways To Hope And Optimism Subconstructs In Middle-aged And Older Cardiac Patients. *Journal Of Health Psychology*, 9, 435-450.
- American Psychiatric Association (apa). 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington Dc: American Psychiatric Association.
- Anderson, T., Watson, M., & Davidson, R. 2008. A Feasibility Study: The Use Of Cognitive Behavioural Therapy Techniques For Anxiety And Depression In Hospice Patients. *Palliative Medicine*, 22, 814-821
- Athallah, I. 2007. *Mengapa Harus Berserah*. Jakarta: Serambi.
- Azhar, M. Z., Varma, S. L., & Dharap, A.s. 1994. Religious Psychotherapy In Anxiety Disorder Patients. *Acta Psychiatry Scandinavica*, 90, 1-3. Abstrak Diunduh Dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Barlow, D. H & Hersen, M. 1984. *Single Case Experimental Designs: Strategies For Studying Behavior Change*. Second Edition. New York: Pergamon Press.
- Beck, A.t. 1985. *Depression: Causes And Treatment*. Philadelphia: University Of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M., E. 1989. Cognitive Therapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding. (eds), *Current Psychotherapies* (284-320). Itasca: F.e. Peacock Publishers, Inc.
- Chen, S., Jordan, C., & Thompson, S. 2006. *The Effect of Cognitive Behavioral Therapy (cbt) on Depression: The Role Of Problem-solving Appraisal*. *Research On Social Work Practice*, 16, 500-510.
- Corey, G. 2005. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Belmont: Brooks/cole.
- Dunn, K.s. & Horgas, A. L. 2000. The Prevalence Of Prayer As A Spiritual Self-care Modality In Elders. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 337-351.
- Durand, V.m. & Barlow, D.H, 2007. *Essentials of Abnormal Psychology*. (H.P. Sutjipto & S. M. Sutjipto, Penerj.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. 2003. Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-being in Daily Life. *Journal of Personality And Social Psychology*, 84, 377-389
- Fd'souza, R., & Rodrigo, A. 2004. Spiritually Augmented Cognitive Therapy. *Australian Psychiatry Abstracts*, 12, 148. Abstrak Diunduh Dari [Http://www.informaworld.com](http://www.informaworld.com).
- Fishbein, M., & Ajzen, I. 1975. *Belief, Attitude, Intention, And Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-wesley: Reading Ma.
- Floyd, M., Scogin, F., Mckendree-smith, N. L., Floyd D.I., & Rokke, P. D. 2004. Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults. *Behavior Modification*, 28, 297-318.
- Gabbard, G. O. 2008. Ask The Expert: Major Depressive Disorder. *The Journal of Lifelong Learning In Psychiatry*, 6, 46.
- Gangdev, P. S. 1998. Faith-assisted Cognitive Therapy of Obsessive Compulsive Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 575-578
- Haaga, D. A., & Davidson, G., C. 1989. Cognitive Change Methods. In F. H. Kanfer & Goldstein, A. P. (eds), *Helping People Change: A Textbook Methods*. Oxford: Pergamon Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. 1993. *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Hodge, D. R. 2008. Constructing Spiritually Modified Interventions: Cognitive Therapy With Diverse Populations. *International Social Work*, 51, 178-192.
- Hopko, D., Lejuez, C., James, W., Lepage, P., Hopko, S. D., & Mcneil, D. W. 2003. A Brief Behavioral Activation Treatment For Depression: A Randomized Pilot Trial Within An Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Ilyas, Y. 1995. *Kuliah Aqidah Islam*. Yogyakarta: Lppi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Jumlah Penderita Gangguan Jiwa Merata Di Indonesia. 2008, Oktober. Kompas. Diunduh Dari <http://m.kompas.com/news/read/data/2008.10.24.01175950>.
- Kazdin, A. E. 2001. *Behavior Modification In Applied Settings*. Belmont: Thomson Learning, Inc.



- Kornstein, S. G., & Wojcik, B. A. 2002. Depression. In Susan G. Kornstein Dan Anita H. Clayton (Eds.), *Women's mental health: A comprehensive textbook*. New York: The Guilford Press.
- Laporan Akhir Tahun Bidang Kesehatan. 2009, Maret. Pikiran Rakyat. Diunduh Dari [Http://www.newspaper.pikiran-rakyat.com/prprint.php?mib=beritadetail&id=49178](http://www.newspaper.pikiran-rakyat.com/prprint.php?mib=beritadetail&id=49178).
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Hopko D, S. 2001. A Brief Behavioral Activation Treatment For Depression: Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Loewenthal, K. M., Cinnirella, M. K., Evdoka, G., & Murphy, P. 2001. Faith Conquers All? Beliefs About The Role of Religious Factors in Coping With Depression Among Different Cultural-religious Groups In The Uk. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 293-303.
- Mackenzie, K. R., & Grabovac, A. D. 2001. Interpersonal Psychotherapy Group (ipt-g). *The Journal of Psychotherapy Practice And Research*, 10, 46-51.
- Martin, G., & Pear, J. 2003. *Behavior Modification : What It Is And How To Do It*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Martens, W. H. J. 2004. Spiritual Psychotherapy For Antisocial And Psychopathic Personalities: Some Theoretical Building Blocks Abstract. *Journal of Contemporary Psychotherapy Abstracts*, 33, 205.
- Mccullough, M. E. 1999. Research on Religion-accomodative Counseling: Review And MetaAnalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 92-98.
- Mccullough, M. E., & Larson, D. B. 1999. Prayer. In W. R. Miller (ed), *Integrating Spirituality Into Treatment: Resources For Practitioners*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Meichenbaum, D. 1989. Cognitive Behavior Modification. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (eds.), *Helping People Change: A Textbook Methods* (pp. 346-380). Oxford: Pergamon Press.
- Najati, M. U. 2005. *Al Hadits An-Nabawi Wa 'ilm An-nafs (psikologi Nabi)*. (H. Fajar, Penerj.). Bandung: Pustaka Hidayah.
- Paloutzian, R. F. 1996. *Invitation to The Psychology of Religion*. Needham Heights: Allyn And Bacon.
- Pargament, K.I; Smith, B.w; Koenig, H.g; & Perez, L. 1998. Patterns of Positif and Negative Religious Coping With Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.

- Paykel, E. S., Scott, J., Cornwall, P. L., Abbott, R., Crane, C., Pope, M., 2005. Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial Abstract. *Psychological Medicine Abstracts*, 35, 59.
- Propst, R.I., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. 199). Comparative Efficacy of Religious And Nonreligious Cognitive-behavioral Therapy for The Treatment of Clinical Depression In Religious Individual Abstract. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Abstracts*, 60, 94.
- Purwanto, S. 2006. Pengaruh Pelatihan Religius Untuk Mengurangi Gangguan Insomnia Tesis (tidak Dipublikasikan), Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-mourey, R. 2002. The Effectiveness of A Spiritually-based Intervention to Alleviate Sub-syndromal Anxiety And Minor Depression Among Older Adults Abstract. *Journal of Religion And Health Abstracts*, 41, 153.
- Razali, S. M., Aminah, K. A., & Khan, U. A. 2002. Religious-cultural Psychotherapy in The Management of Anxiety Patients. *Transcultural Psychiatry*, 39, 130-136.
- Retnowati, S. 1990. Efektivitas Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku pada Penanganan Gangguan Depresi *Master Tesis*, Perpustakaan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. (616.891 Ret E-d).
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. 1990. Psychotherapy for the Treatment of Depression: A Comprehensive Review of Controlled Outcome Research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rude, S. S., & Bates, D. 2005. The Use of Cognitive and Experiential Techniques to Treat Depression. *Clinical Case Studies*, 4, 363-379.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-bickel K. 2000. The Effects of Treatment Compliance on Outcome in Cognitive-behavioral Therapy for Panic Disorder: Quality Versus Quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13-18. Abstrak Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Stack, S. 1992. Religiosity, Depression, And Suicide. In J. F. Schumaker (ed.). *Religion and Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Stanley, M. A., Diefenbach, G. J., & Hopko D. H. 2004. Cognitive Behavioral Treatment For Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Therapist Manual For Primary Care Settings. *Behavior Modification*, 28, 73-117.
- Steinfeld, G. 1999. Brief Therapy With A Postpartum Depressive: Integrating Cognitive-behavior And Thought Field Therapies Within A Spiritual Framework Abstract. *Journal of Psychotherapy Integration Abstracts*, 9, 337.

- Sulistiyorini, W. 2005. Terapi Kognitif Perilaku untuk Depresi pada Penyandang Cacat Tubuh Tesis (tidak Dipublikasikan). Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sunanto, J., Takeuchi, K., & Nakata, H. 2005. *Pengantar Penelitian dengan Subyek Tunggal*. Tsukuba: Criced University of Tsukuba.
- Sundel, M. & Sundel, S. S. 2005. *Behavior Change in the Human Service: Behavioral and Cognitive: Principles and Application*. Thousand Oaks: Sage Publication, Inc.
- Suwantara, J. R., Lubis, D. U., Rusli, E. 2005. Evaluasi Beck Depression Inventory Sebagai Sarana Untuk Mendeteksi Depresi. *Jurnal Psikologi Sosial*, 12, 69-77.
- Taylor, E., J. 2002. *Spiritual Care: Nursing Theory, Research, and Practice*. Saddle River: Pearson Education, Inc..
- Taylor, S. E. 1995. *Health Psychology*. Los Angeles: Mcgraw-hill, Inc.
- Visser, M., Leentjens, A.F.G., Marinus, J., Stiggelbout, A. M., & Van Hilten, J.I. 2006. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory in Patients With Parkinson's Disease. *Movement Disorders*, 21, 668-672. Abstrak Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Vonk, E., Tripodi, T., & Epstein, I. 2007. *Research Techniques for Clinical Social Workers*. New York: Columbia University Press.
- Worthington, E. L., & Sandage, S. J. 2001. *Religion and Spirituality Abstract. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training Abstracts*, 38, 473.
- Zulkarnain. 2006. Persidangan Antara Bangsa Pembangunan Ukm Bangi: Client Values in the Counselling Process. Catatan Untuk Dipublikasikan.
- Zunkel, G. M. 2003. Depressive Disorders: Treatment With Nonpharmacological Alternatives. *Complementary Health Practice Review*, 8, 116-127.



