

MANUAL TERAPI BA-M

BEHAVIORAL ACTIVATION FOR MUSLIM

GHAZALA MIR, JONATHAN KANTER, SHAISTA MEER

INTERVENSI DEPRESI

PADA MUSLIM

VERSI ADAPTASI FAKULTAS PSIKOLOGI UMS 2025

ADAPTASI BAHASA INDONESIA OLEH:
LUSI NURYANTI, BAYU SUSENO, HUSAIN ALI A
FAKULTAS PSIKOLOGI UMS

MANUAL TERAPI BA-M

BEHAVIORAL ACTIVATION FOR MUSLIM

GHAZALA MIR, JONATHAN KANTER, SHAISTA MEER

INTERVENSI DEPRESI

PADA MUSLIM

VERSI ADAPTASI FAKULTAS PSIKOLOGI UMS 2025



1. Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang berkontribusi dalam adaptasi manual terapi ini ke dalam Bahasa Indonesia: Fakultas Psikologi UMS, anggota tim proyek penelitian: Bayu Suseno, M.Psi., Psikolog, Husain Ali A, S. Psi., dan Prof. Ghazala Mir, tim penerjemah: Shabrina Fadhilah Warastri, Nafi'ah Rahni Nugrahanti, Hamnah Fadiyatun Tsabitah, dan Tegar Adji Putra Pamungkas, reviewer naskah manual dan buklet: Cesa Septiana Pratiwi, M.Mid., Ph.D, Yossie Susanti Eka Putri, S.Kp., M.N., Ph.D., Okina Fitriani. S.Psi. MA., PhD., Psikolog., dan Annisa Nur Harwiningtyas, S.Psi., M.Psi., Psikolog., dan tim asisten penelitian: Brilian Mustika Ayu Maharani, Hanafi Ragil Prambudi, dan Salsabila Arifatul Husna. Terima kasih juga kepada semua pengguna layanan, terapis, dan mentor yang turut serta dalam uji coba intervensi dan mendukung kami dalam melaksanakan tahap penelitian ini.

Penelitian yang menghasilkan panduan ini didanai oleh Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) melalui Program Riset Kolaborasi Internasional (RKI). Isi, proses, dan hasil penelitian ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab tim peneliti.

Hormat saya,

Ketua Tim Peneliti,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Lusi Nuryanti'.

Lusi Nuryanti, M.Si., PhD., Psikolog

2. Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga tim peneliti Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta dapat menyelesaikan adaptasi manual terapi **Behavioral Activation for Muslim (BA-M)**.

Manual BA-M ini awalnya disusun oleh tim peneliti dari University of Leeds, Inggris, sebagai sebuah pendekatan psikoterapi berbasis bukti (**evidence-based**) yang ditujukan untuk membantu klien dengan depresi. Seiring dengan semakin tingginya kasus depresi di Indonesia, maka kebutuhan akan intervensi psikologis yang sensitif terhadap nilai-nilai budaya dan spiritual juga meningkat. Oleh karena itu, kami merasa perlu melakukan proses adaptasi agar manual ini dapat diterapkan dengan lebih relevan pada konteks masyarakat Indonesia, khususnya komunitas Muslim yang sangat besar di Indonesia.

Proses adaptasi dilakukan dengan mempertimbangkan aspek bahasa, budaya, dan praktik keagamaan, sehingga diharapkan dapat meningkatkan penerimaan serta efektivitas terapi ini. Upaya ini juga sejalan dengan misi Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta dalam mengembangkan ilmu psikologi yang berakar pada nilai-nilai keislaman dan kelokalan, yang bermanfaat bagi masyarakat luas.

Kami menyampaikan apresiasi yang sebesar-besarnya kepada tim penyusun asli dari University of Leeds atas kontribusi ilmiah yang luar biasa, serta seluruh pihak yang terlibat dalam proses adaptasi manual ini. Kami juga menyampaikan terima kasih kepada UMS yang sudah menjadi sponsor dari proses adaptasi manual ini. Semoga manual BA-M yang telah diadaptasi ini dapat menjadi salah satu rujukan penting bagi praktisi, peneliti, dan mahasiswa dalam memberikan layanan psikologis, sekaligus memperkaya khasanah terapi psikologis yang sesuai dengan kebutuhan umat Muslim.

Akhir kata, semoga Allah SWT meridai setiap ikhtiar kecil yang kami lakukan demi kesehatan mental dan kesejahteraan masyarakat.

Surakarta, 1 September 2025

Ketua Tim Peneliti



Lusi Nuryanti, M.Si., PhD., Psikolog

Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta

3. Daftar Isi

1. Ucapan Terima Kasih	i
2. Kata Pengantar	ii
3. Daftar Isi	iii
4. Daftar Tabel	v
5. Daftar Gambar	v
6. Daftar Lampiran	v
1. Pengembangan panduan ini	1
Pertimbangan klien	3
Pertimbangan Terapis/Supervisi	4
Supervisi	4
2. Gambaran Umum Aktivasi Perilaku / <i>Behavioral Activation</i> (BA)	4
Menyajikan Model BA-M	5
Lingkaran 1: Peristiwa Kehidupan yang Sulit	6
Lingkaran 2: Respon Umum	7
Menyatukan ini Semua	9
Contoh Model 2 Lingkaran	10
Memodifikasi Model untuk Fokus pada Upaya Menghindari Perasaan Buruk	10
3. Struktur manual ini	12
4. Rencana Sesi untuk BA-M	13
Sesi 1	13
Isu yang perlu diperhatikan pada Sesi 1:	17
Sesi 2 - jika keluarga hadir	20
Sesi 2 - jika keluarga tidak hadir	23
Sesi 3-11	25
Sesi Akhir	26
5. Mendiskusikan Depresi	26
6. Menangani klien Muslim dengan depresi	28
Hubungan Terapeutik	28
Membahas Agama	29
Buku Panduan Mandiri	32

Latar belakang agama terapis	34
Pemahaman spiritual tentang depresi dalam Islam/komunitas Muslim	36
Menjadwalkan Tugas Aktivasi	37
Klien dengan tingkat motivasi yang sangat rendah	38
Menghadapi Pikiran dalam BA	38
Penjadwalan Aktivitas Keagamaan.....	39
Keterlibatan Keluarga dan Komunitas	40
Melibatkan anggota keluarga.....	40
Sumber daya komunitas	42
7. Masalah Umum dalam Melakukan BA	44
Apa yang harus dilakukan ketika terapi bukan prioritas utama?	44
Ketika klien berhenti karena obat-obatan	44
Ketika klien tidak konsisten hadir	44
Melakukan BA secara spontan.....	45
7. Lampiran	46
Lampiran 1: Ukuran Hasil	47
PHQ-9 Depresi.....	47
Skala Depresi Aktivasi Perilaku – Formulir Singkat (BADS-SF)	48
The Brief RCOPE: Item-Item Subskala Coping Positif dan Negatif	49
Lampiran 2: Menjelaskan Nilai-Nilai	50
Lembar Ringkasan Nilai-Nilai	51
Peta Tindakan Nilai-Nilai	55
Lampiran 3: Lembar Pemantauan Aktivitas	56
Lampiran 4: Hirarki Aktivitas BA	57
Lampiran 5: Lembar Tugas Aktivitas BA	58
Lampiran 6: PANDUAN UNTUK TETAP AKTIF	59
Lampiran 7. Lembar Catatan Pikiran.....	62
Lampiran 8: Surat Tindak Lanjut setelah Beberapa Ketidakhadiran	63
Lampiran 9. Daftar Refleksi/Pertanyaan Umum untuk Supervisi	64
Peringat lainnya:	66
Pertanyaan Tipikal untuk Supervisi	67

Lampiran 10: Glosarium	68
Lampiran 11: Referensi.....	71
Lampiran 12: Sumber Daya Berguna	79
Lampiran 13: Anggota Tim Proyek Penelitian dan Kelompok Penasihat.....	80

4. Daftar Tabel

Tabel 1. Contoh Model 3 Lingkaran.....	11
Tabel 2. Kesamaan dengan BA.....	32

5. Daftar Gambar

Gambar 1. Fleksibilitas Panduan	3
Gambar 2. Model 2	6
Gambar 3. Model 3	11

6. Daftar Lampiran

Lampiran 1: Ukuran Hasil	47
Lampiran 2: Menjelaskan Nilai-Nilai	50
Lampiran 3: Lembar Pemantauan Aktivitas	56
Lampiran 4: Hirarki Aktivitas BA	57
Lampiran 5: Lembar Tugas Aktivitas BA	58
Lampiran 6: PANDUAN UNTUK TETAP AKTIF	59
Lampiran 7. Lembar Catatan Pikiran.....	62
Lampiran 8: Surat Tindak Lanjut setelah Beberapa Ketidakhadiran.....	63
Lampiran 9. Daftar Refleksi/Pertanyaan Umum untuk Supervisi	64
Lampiran 10: Glosarium	68
Lampiran 11: Referensi.....	71
Lampiran 12: Sumber Daya Berguna	79
Lampiran 13: Anggota Tim Proyek Penelitian dan Kelompok Penasihat	80

1. Pengembangan panduan ini

Intervensi ini dikembangkan sebagai respons terhadap kebijakan dan pedoman yang mendorong terapi yang sesuai dengan budaya bagi kelompok etnis dan agama minoritas (NICE 2009; Departemen Kesehatan 1999, 2005). Namun, penelitian tentang intervensi bagi kelompok agama minoritas masih terbatas (Townsend dkk. 2001), terutama mengenai bentuk dan isi intervensi untuk klien Muslim (Azhar dan Varma 1995). Oleh karena itu, lebih banyak bukti diperlukan untuk menilai efektivitas model terapi yang sensitif terhadap budaya, serta apakah intervensi ini memberikan hasil lebih baik dibandingkan terapi standar (Hook, Worthington Jr dkk. 2010).

Proyek ini berfokus pada individu Muslim karena beberapa penelitian menunjukkan bahwa komunitas Muslim mengalami tingkat depresi yang lebih tinggi dan lebih lama dibandingkan populasi umum (Spronston dan Nazroo 2002). Klien Muslim di Inggris juga lebih sering menggunakan strategi coping religius dibandingkan kelompok agama lainnya (Loewenthal, Cinnirella dkk. 2001), sehingga penting bagi intervensi kesehatan mental untuk mempertimbangkan aspek ini.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa agama berperan dalam kesejahteraan melalui aspek perilaku, psikologis, sosial, dan fisiologis (Koenig, McCullough dkk. 2001). Ada dua jenis coping religius:

- Coping religius negatif, yaitu merasa dihukum Tuhan atau tidak didukung komunitas, yang dapat meningkatkan depresi dan kecemasan (Dew, Daniel dkk. 2008) serta memperburuk rasa sakit fisik (Cole 2000).
- Coping religius positif, yaitu keyakinan dan praktik yang membantu seseorang menghadapi masalah secara aktif, yang terbukti mengurangi depresi dan meningkatkan ketahanan (Pargament, Tarakeshwar dkk. 2001; Koenig, McCullough dkk. 2001).

Intervensi berbasis keimanan terbukti efektif dalam mengatasi dan mencegah depresi (Lipsker dan Oordt 1990; Kumar 2006; Barron 2008), serta meningkatkan kualitas hidup (Lee, Czaja dkk. 2010). Strategi coping religius telah diintegrasikan ke dalam berbagai bentuk terapi, seperti terapi kognitif berperilaku (Lipsker dan Oordt 1990; Propst, Ostrom dkk. 1992), konseling (Chandrashekar 2007), terapi penerimaan dan komitmen (Hayes 2004), serta terapi untuk pasien kanker, penyakit berat (Cole 2000; Reyes 2003), trauma (Kelly 2007), dan penyiksaan (Leaman 2009).

Tinjauan terhadap terapi religius dan spiritual menunjukkan bahwa menggabungkan elemen religius dalam terapi dapat memberikan hasil positif. Selain itu, intervensi yang memasukkan aspek religius setidaknya memiliki efektivitas yang sama dengan terapi sekuler. Untuk klien Muslim, terapi ini bahkan dapat mempercepat penurunan gejala depresi (Hook, Worthington Jr dkk. 2010; Koenig, McCullough dkk. 2001; Worthington Jr dan Sandage 2001; O. Harrison dkk. 2001).

Psikoterapi dan ajaran agama dapat saling melengkapi dalam mengatasi depresi, bukan saling bersaing (Wright dan Basco 2001). Terapi yang berfokus pada

spiritualitas terbukti efektif karena dapat memberikan makna hidup (Gerwood 2005), meningkatkan kesejahteraan (Hawkins, Tan dkk. 1999), memberikan dukungan sosial dan afirmasi positif (Scott 2003), serta membantu individu berserah diri kepada kekuatan yang lebih tinggi (Cole 2000).

Di NHS, sebagian besar praktisi tidak memiliki latar belakang keagamaan (Neeleman dan King 1993). Oleh karena itu, penting untuk memiliki pendekatan terapi yang dapat diterapkan oleh terapis dari berbagai latar belakang, baik religius maupun non-religius. Terapi sekuler yang mampu mengintegrasikan aspek spiritualitas—konsep yang dipahami dalam konteks sekuler maupun religius—dapat menjadi model penghubung yang efektif (Speck 2004). Bukti juga menunjukkan bahwa terapi yang disesuaikan dengan cara ini bisa diterapkan secara efektif oleh terapis non-agama (Worthington Jr dan Sandage 2001; Hook, Worthington Jr dkk. 2010).

Kemitraan penelitian dalam pengembangan manual ini melibatkan berbagai disiplin ilmu, termasuk tenaga kesehatan, penyedia layanan komunitas, dan akademisi dari berbagai latar belakang, termasuk Islam. Tim penelitian memilih **Behavioural Activation (BA)** sebagai terapi yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien Muslim karena fokusnya pada nilai-nilai individu (Kanter, Manos dkk. 2010). Terapi ini juga sejalan dengan ajaran agama yang menyatakan bahwa aktivitas tertentu dapat memberikan makna hidup, sementara kehilangan makna tersebut dapat menyebabkan depresi (Andreasen 1972).

Adaptasi BA di Inggris dilakukan dengan menggabungkan bukti dari penelitian sebelumnya dan wawancara dengan **informan kunci**, yaitu individu yang memiliki pengalaman dengan kesehatan mental di komunitas Muslim. Proses ini melibatkan tiga kelompok ahli sebagai penasihat:

1. Profesional kesehatan dan pengguna layanan,
2. Pengguna layanan Muslim,
3. Akademisi dan praktisi dalam forum virtual.

Manual ini diuji pada pengguna layanan Muslim di Bradford dan diperbaiki berdasarkan masukan dari klien, terapis, pengawas, dan manajer. Hasil uji coba menunjukkan bahwa terapi ini **dapat diterapkan dalam sistem NHS** dan memberikan dampak positif bagi banyak klien.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi cara menyesuaikan BA agar lebih sesuai dengan kebutuhan pengguna Muslim serta memahami mekanisme yang memengaruhi hasil terapi. Manual yang dihasilkan mengacu pada manual BA sebelumnya (Kanter 2010; Ekers, Richards dkk. 2008), yang dikembangkan berdasarkan penelitian Lejuez, Hopko dkk. (2001) dan Martell, Addis dkk. (2001). Prinsip-prinsip panduan yang dirancang bertujuan menciptakan konsistensi dalam praktik terapi dan membantu terapis mengembangkan pendekatan yang efektif (Pote, Stratton dkk. 2003).

Saat ini, belum ada versi BA yang secara khusus berbasis agama, meskipun adaptasi terapi untuk kelompok etnis tertentu sudah ada dan menjadi salah satu dasar panduan ini (Kanter 2010). Manual ini telah diperbaiki lebih lanjut setelah uji coba pada **19 klien Muslim yang mengalami depresi**, untuk memastikan bahwa pendekatan yang dikembangkan dapat diterima dan efektif.

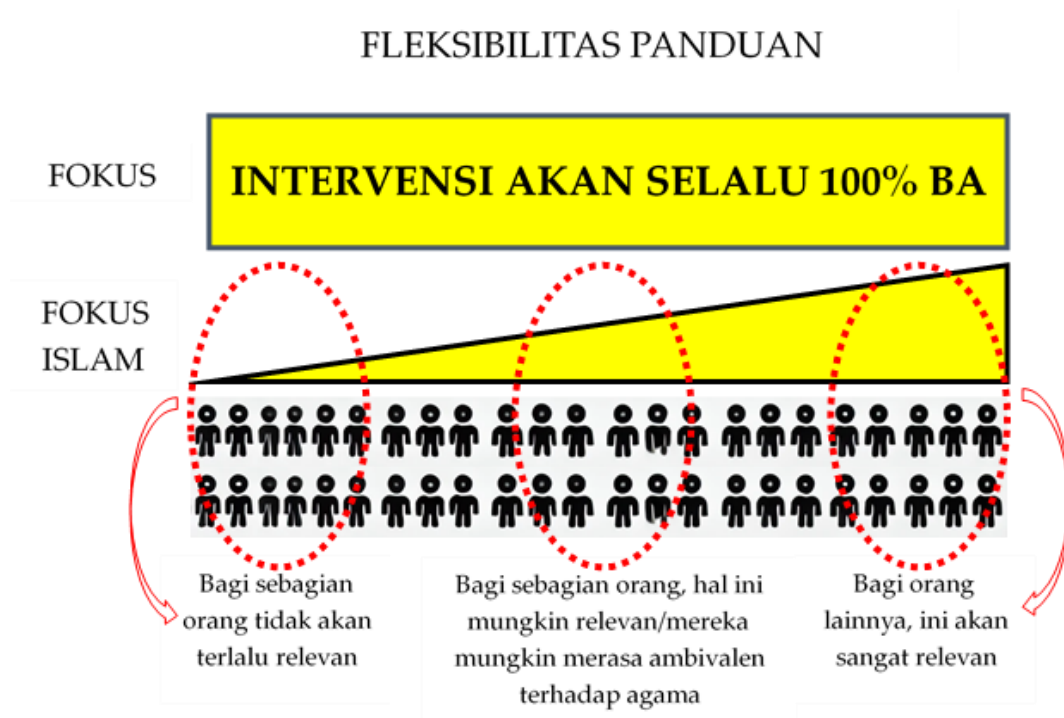
Pertimbangan klien

Manual ini dirancang untuk klien Muslim yang mengalami depresi, termasuk mereka dengan gangguan depresi klinis atau suasana hati yang sangat tertekan. Namun, manual ini tidak ditujukan bagi klien dengan depresi bipolar, gangguan psikotik, gangguan utama lain yang memiliki terapi khusus (misalnya PTSD, gangguan kecemasan, gangguan kepribadian ambang), kecuali depresi menjadi fokus utama terapi, dan Penyalahgunaan atau ketergantungan narkoba. Setelah terapi BA selesai, terapis harus mempertimbangkan apakah klien memerlukan intervensi lebih intensif. BA sendiri telah terbukti efektif untuk **depresi berat** (Dimidjian dkk., 2006) dan juga dapat membantu dalam **masalah hubungan sosial** (Kanter, 2010).

Manual ini dapat digunakan oleh semua klien Muslim, termasuk:

- Mereka yang ingin menggabungkan ajaran Islam dalam terapi
- Mereka yang tidak menganggap agama sebagai faktor utama
- Mereka yang masih ragu tentang peran agama dalam terapi

Manual ini **fleksibel**, sehingga pendekatan BA tetap konsisten, tetapi tingkat integrasi ajaran Islam akan disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing klien. Beberapa klien mungkin tidak merasa ajaran Islam relevan dalam terapi, sementara yang lain menganggapnya sebagai bagian penting dari identitas dan nilai hidup mereka (lihat Gambar 1).



Gambar 1. Fleksibilitas Panduan

Pertimbangan Terapis/Supervisi

Untuk menggunakan terapi yang telah diadaptasi ini, terapis harus memiliki kualifikasi pendidikan profesi di bidang psikologi, psikiatri, pekerja sosial, keperawatan, kebidanan, dan konseling. Terapis harus memiliki akses ke dukungan dan supervisi klinis dan/atau konsultasi dari profesional kesehatan mental berlisensi (Kanter, 2010). Selain itu, terapis juga perlu terbuka terhadap pendekatan yang dijelaskan dalam salah satu bagian panduan ini yang berjudul “Menangani Klien Muslim dengan Depresi”, agar dapat bekerja secara efektif dengan klien Muslim.

Supervisi

Layaknya ketika mengintegrasikan teknik baru ke dalam repertoar terapeutik, disarankan agar mereka yang ingin menguasai praktik *Behavioral Activation for Depression* (BA-M) ini menerima umpan balik dan bimbingan dari seorang supervisor. Kualifikasi supervisor yang diperlukan akan bergantung pada atribut terapis. Terapis yang telah mempraktikkan BA tetapi tidak familiar dengan Islam atau komunitas Muslim disarankan mendapatkan supervisi dari seseorang yang memiliki kepekaan terhadap ajaran Islam. Sementara itu, terapis yang memiliki pengalaman merawat klien Muslim sebaiknya mencari supervisi dari terapis BA yang berpengalaman. Studi awal kami menyortir nilai dari sekelompok orang yang menerapkan intervensi di lokasi yang sama, guna memfasilitasi diskusi yang bermanfaat dan supervisi sejawat. Selain itu, sangat membantu jika terapis memiliki akses ke berbagai rekan kerja yang memiliki keahlian dalam BA dan/atau Islam yang dapat mereka rujuk untuk mendapatkan saran di salah satu bidang tersebut.

Daftar pertanyaan yang dapat digunakan untuk refleksi diri dan masukan supervisor tersedia di Lampiran 9.

2. Gambaran Umum Aktivasi Perilaku / *Behavioral Activation* (BA)

BA berkembang sejak tahun 1970-an sebagai terapi berbasis perilaku untuk depresi. Pendekatan ini berfokus pada **penjadwalan aktivitas**, yang awalnya bertujuan untuk meningkatkan kesenangan, tetapi kemudian berkembang untuk mencakup:

1. Aktivitas yang sesuai dengan tujuan dan nilai hidup klien
2. Pemecahan masalah secara aktif
3. Alternatif terhadap perilaku menghindar dan pemikiran negatif yang berulang (rumination)
4. Aktivitas yang memberikan rasa pencapaian dan penguasaan diri
5. Kegiatan penting yang mungkin tidak menyenangkan tetapi bermanfaat bagi klien

BA telah mendapat banyak dukungan ilmiah, termasuk dalam tiga **meta-analisis** (Cuijpers, Steunenbergh, dkk., 2007; Ekers, Richards, dkk., 2008; Mazzucchelli, Kane, dkk., 2009). Studi menunjukkan bahwa BA **setara dengan Cognitive Behaviour Therapy (CBT)** dalam mengurangi gejala depresi (Ekers, Richards, dkk., 2008).

Sebagian besar penelitian BA dilakukan pada populasi dengan latar belakang agama dan etnis yang kurang beragam. Namun, **manual ini telah diuji pada klien Muslim**, dan hasil awal menunjukkan bahwa pendekatan berbasis perilaku ini dapat diterima dan membantu populasi Muslim (Meer, dkk., 2012).

BA memiliki konsep sederhana dalam menjelaskan depresi: Depresi sering terjadi ketika seseorang mengalami terlalu banyak peristiwa sulit dalam hidupnya. Ini bisa berupa:

- **Kehilangan besar** (putus hubungan, kehilangan pekerjaan, pindah ke lingkungan baru)
- **Kesulitan interpersonal** (konflik dengan keluarga atau teman, kesepian)
- **Masalah sehari-hari** (beban kerja berlebih, kesulitan keuangan, diskriminasi)

Saat menghadapi kesulitan, seseorang yang mengalami depresi cenderung **menyerah, kehilangan harapan, dan menjadi pasif**. Mereka berhenti mencoba menyelesaikan masalah, meninggalkan aktivitas yang bermakna, dan bahkan mengabaikan perawatan diri (seperti mandi atau bangun dari tempat tidur). Hal ini memperburuk depresi dan menciptakan **lingkaran setan** yang sulit diputus.

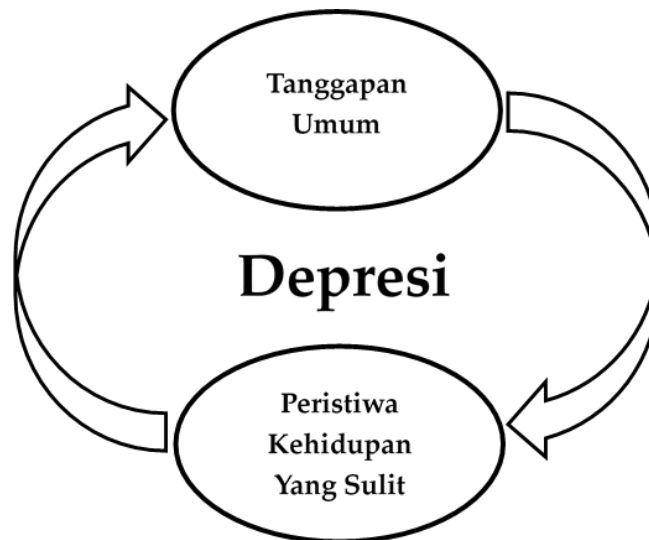
Tujuan BA adalah membantu klien menjadi aktif kembali dalam hidup mereka. Teknik perilaku dalam BA bertujuan untuk:

- Mendorong penyelesaian masalah secara aktif
- Menghindari sikap menyerah dalam menghadapi rintangan
- Mengembalikan rasa kesenangan dan pencapaian
- Membangun gaya hidup aktif yang sejalan dengan tujuan dan nilai-nilai klien

Dengan pendekatan ini, BA membantu memutus siklus depresi dan membimbing klien menuju kehidupan yang lebih bermakna dan sehat.

Menyajikan Model BA-M

Rangkuman Sesi 1 berikut menyajikan bahasa spesifik yang digunakan pada sesi pertama saat menyampaikan rasionalisasi intervensi. Di sini, kami membahas gagasan umum di balik rasionalisasi ini, yang biasanya disajikan sebagai model "2 lingkaran" (lihat Gambar 2). Model ini diambil dari pendekatan BA yang sebelumnya telah diadaptasi secara budaya (Kanter, 2010) dan terbukti dapat diterima untuk digunakan pada klien Muslim dalam studi awal kami sendiri (Meer, dkk., 2012).



Gambar 2. Model 2

Lingkaran 1: Peristiwa Kehidupan yang Sulit

Klien mungkin datang ke terapi dengan berbagai peristiwa kehidupan yang sulit, masalah, kesulitan sehari-hari, stres, dan sejenisnya. Penelitian lapangan kami dan studi yang ada menunjukkan bahwa dalam komunitas Muslim peristiwa kehidupan yang sulit ini dapat dipengaruhi oleh:

- Tingginya tingkat disabilitas, penyakit menahun, dan kematian bayi (National Statistics 2004; Department of Health 2008)
- Tingginya tingkat kemiskinan, pengangguran, dan mobilitas sosial yang buruk (Platt 2005; 2007)
- Masalah keuangan (Chew-Graham, Bashir, dkk., 2002; Klainin dan Arthur 2009)
- Diskriminasi di berbagai bidang yang memengaruhi kesehatan, seperti pekerjaan, perumahan, dan pendidikan (Richardson dan Stone 2004)
- Representasi media yang mempromosikan citra yang bermusuhan dan stereotip terhadap Islam dan pengikut ajarannya (Al-Issa 2000; Whitaker 2002)
- Bagi para migran, kesulitan dalam akulturasi (proses menyesuaikan diri dengan norma budaya negara tuan rumah) ketika norma tersebut bertentangan dengan latar belakang budaya mereka (Askari 2003). Perubahan sosial ini bisa melibatkan pengalaman diskriminasi (Al-Issa 2000) dan konflik peran, terutama di mana migrasi terjadi secara terpaksa, seperti pada kasus pengungsi (Aziz 1999; Askari 2003). Dalam satu studi, migran dewasa yang lebih tua lebih cenderung mengalami depresi dibandingkan migran dewasa yang lebih muda (Ebrahimian 2006).
- Masalah keluarga, isolasi, atau keterbatasan bahasa, yang secara bersama-sama memunculkan depresi. Sebagai contoh, perempuan yang mengalami depresi pasca melahirkan, terutama jika mereka telah bermigrasi untuk menikah (Small, Lumley, dkk. 2003). Tinggal dalam keluarga besar dapat menjadi tekanan bagi menantu perempuan (Fazil dan Cochrane 2003), tetapi

bermanfaat bagi kesehatan mental anak-anak dan kakek nenek (Sonuga-Barke dan Mistry 2000). Tekanan keluarga dan komunitas terkait reputasi atau kehormatan keluarga juga dapat berkontribusi pada stres, terutama bagi perempuan (Al-Issa 2000).

- Ketergantungan pada obat yang spesifik secara budaya, dikaitkan dengan depresi di beberapa komunitas Muslim di Afrika dan Timur Tengah (Awas, Kebede, dkk. 1999).

Singkatnya, banyak tekanan yang dapat dialami oleh individu dalam komunitas Muslim di Inggris. **Tahap pertama BA** adalah bekerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi masalah dan tekanan yang menyebabkan suasana hati rendah.

- Beberapa klien mungkin mengalami satu atau dua kejadian besar, seperti kematian anggota keluarga, perceraian, atau kehilangan pekerjaan.
- Klien lain mungkin menghadapi akumulasi banyak stres kecil yang berdampak besar pada kesejahteraan mereka.
- Sebagian klien yang telah lama hidup dalam kondisi sulit mungkin tidak menyadari kehilangan atau perubahan karena situasi mereka sudah berlangsung lama.

Apapun kondisinya, **selalu ada masalah yang mendasari depresi**, dan tugas terapis BA adalah membantu klien memahami bahwa gejala mereka berkaitan dengan tekanan yang mereka hadapi.

Dalam sesi pertama BA-M, terapis harus membuat daftar peristiwa kehidupan yang sulit tersebut, menuliskannya, dan membagikannya kepada klien. Terapis dapat menyebutnya "peristiwa kehidupan yang sulit" dan menggambar lingkaran di sekitarnya.

Lingkaran 2: Respon Umum

Merasa buruk dan menjadi pasif adalah **respon alami manusia** terhadap peristiwa sulit—baik itu kejadian besar, akumulasi masalah kecil, atau kombinasi keduanya. Dalam **BA**, ini disebut sebagai **respon umum**, yang berarti **reaksi ini wajar dan bukan tanda kelemahan, keanehan, atau ketidakwajaran**. Klien mungkin mengalami:

- Kesedihan, keterpurukan, atau depresi
- Lebih sering menangis atau mudah marah
- Kelelahan, lesu, dan kurang energi
- Kehilangan minat terhadap hal-hal yang biasanya menyenangkan

Terapis **harus menekankan** bahwa **reaksi ini normal**—siapa pun akan merasakan hal yang sama dalam situasi sulit yang serupa. Siapapun akan merasa seperti ini mengingat situasi yang dihadapi klien. Beberapa respon emosional yang umum meliputi:

- Kesedihan
- Merasa terpuruk
- Menangis lebih sering
- Merasa tertekan

- Mengalami lebih sedikit kesenangan
- Reaksi berduka
- Takut
- Stres
- Gejala fisik
- Kelelahan
- Kemarahan, iritabilitas
- Rasa bersalah
- Malu
- Putus asa
- Kehilangan harapan

Klien juga dapat menunjukkan berbagai respon perilaku umum terhadap peristiwa kehidupan yang sulit, meliputi:

- Pasif
- Penghindaran
- Mengurung diri
- Berbaring di tempat tidur
- Tidur terlalu banyak
- Menghubungi tempat kerja untuk izin sakit
- Menarik diri dari teman/keluarga
- Menghentikan aktivitas keagamaan seperti shalat, pergi ke masjid, atau membaca Al-Qur'an
- Menghentikan pekerjaan rumah
- Menghentikan pencarian pekerjaan atau berpura-pura mencari pekerjaan
- Merokok, menggunakan narkoba, atau menyalahgunakan obat-obatan
- Mengisi setiap menit dalam sehari untuk menghindari menghadapi masalah
- Menonton televisi
- Melampiaskan kemarahan pada orang lain termasuk keluarga dan anak-anak
- Makan terlalu banyak makanan tidak sehat
- Mencoba bunuh diri
- Berperilaku seolah-olah hidup sudah berakhir

Tugas terapis dalam **BA** adalah memahami, memvalidasi, dan menormalkan **respon umum klien** terhadap peristiwa sulit. Jika agama **penting bagi klien**, terapis dapat **mengeksplorasi sejauh mana pemahaman klien tentang depresi sejalan dengan keyakinan mereka**. Dalam hal ini, **ajaran Islam** tentang cara menghadapi kesulitan dapat menjadi bagian dari diskusi, dengan referensi dari **Buku Panduan Mandiri** yang menyertai manual ini.

Beberapa klien mungkin tidak melaporkan perasaan apa pun. Jika ditanya, *"Bagaimana perasaanmu?"*, mereka mungkin menjawab, *"Saya tidak bisa melakukan apa-apa lagi."* **Ini bukan masalah**, dan terapis tidak perlu memaksa klien untuk mengidentifikasi perasaan mereka. **Sebagai gantinya, fokus bisa diarahkan ke perilaku mereka.**

Dalam sesi pertama, **terapis dapat membuat daftar respon umum klien, menuliskannya, dan memberi label 'respon umum'**. Terapis juga bisa menggambar lingkaran di sekitar daftar tersebut dengan panah yang mengarah dari **peristiwa sulit ke respon umum**, untuk menekankan bahwa reaksi klien **wajar dalam situasi yang dihadapi**.

Menyatukan ini Semua

Ketika klien merespon peristiwa kehidupan yang sulit dengan putus asa dan pasif, dapat memperburuk masalah dan memulai siklus depresi. Penting bagi klien untuk melihat pola ini. Terapis dapat bertanya kepada klien:

- Ketika Anda merespon dengan cara ini, apa yang terjadi?
- Apa yang terselesaikan dengan hanya duduk dan menonton televisi sepanjang hari ketika menghadapi masalah-masalah ini?
- Bagaimana hubungan Anda dengan istri berubah sejak Anda berhenti berkomunikasi dengannya?

Klien biasanya sangat sadar bahwa respon mereka justru memperburuk masalah, dan tugas terapis adalah dengan lembut dan penuh kasih sayang menunjukkan hal ini kepada klien. Untuk menjelaskan poin ini, terapis dapat menggambar panah kembali dari lingkaran "respon umum" ke lingkaran "peristiwa kehidupan yang sulit" seperti yang ada pada gambar 2.

Ketika klien memahami siklus ini, terapis kemudian dapat membahas apa yang akan dilakukan untuk mengatasinya. Secara khusus, BA secara langsung menargetkan bagaimana klien menjadi terperangkap, pasif, dan tidak aktif. Tujuannya adalah untuk membantu klien mengaktifkan perilaku, yang secara proaktif mengatasi peristiwa kehidupan sulit yang terjadi.

Tetap aktif. Selesaikan masalah. Bangkit dari tempat tidur dan melamar pekerjaan. Mulailah berdoa atau pergi ke masjid. Paksa diri untuk berinteraksi dengan orang lain. Hubungi teman dengan siapa Anda bertengkar. Cuci piring yang menumpuk di wastafel.

Terapis bekerja sama dengan klien untuk mengidentifikasi peristiwa sulit dan respon umum, lalu merancang tugas aktivasi yang berfokus pada penyelesaian masalah awal, bukan hanya respon umum. Tugas aktivasi harus sesuai dengan nilai-nilai klien, sehingga diperlukan diskusi awal tentang apa yang penting bagi mereka. Terapis perlu menjelaskan bahwa aktivasi akan difokuskan pada:

1. Hal-hal yang dihindari klien
2. Hal-hal yang sulit dilakukan sendiri dan akan terus dihindari jika tidak ada intervensi
3. Hal-hal yang membantu meningkatkan ketahanan dan pandangan positif

Dengan pendekatan ini, klien didorong untuk menghadapi hambatan dan secara bertahap membangun kembali keterlibatan mereka dalam kehidupan.

Contoh Model 2 Lingkaran

Masalah Hubungan dengan Orang Lain

Dalam keluarga, sering ada harapan tertentu yang bisa membuat seseorang merasa tertekan. Anak sulung, misalnya, mungkin diharapkan selalu bertanggung jawab atas keluarga. Anak muda bisa dipaksa mengikuti keinginan orang tua dalam hal pernikahan. Tekanan ini juga bisa datang dari komunitas, membuat seseorang sulit mengungkapkan perasaannya. Jika hubungan dalam keluarga atau pernikahan memburuk, seseorang bisa merasa terisolasi, malu, atau tertekan. Harapan keluarga yang dikaitkan dengan tanggung jawab atau agama bisa membuat seseorang merasa bersalah, marah, atau bingung. Akhirnya, mereka bisa merasa tidak berdaya dan menarik diri dari lingkungan.

Masalah Perantauan

Banyak perantau Indonesia pindah ke kota besar untuk bekerja atau melanjutkan pendidikan. Mereka sering menghadapi tantangan seperti penghasilan rendah, kesulitan beradaptasi dengan bahasa atau budaya setempat, serta keterasingan sosial. Pekerjaan dengan upah kecil dan jam kerja panjang bisa menambah tekanan. Perbedaan gaya hidup dan diskriminasi terhadap pendatang juga dapat membuat mereka merasa terasing. Jika masalah ini dibiarkan, perasaan putus asa dan ketidakberdayaan bisa muncul sebagai respons terhadap kesulitan yang mereka hadapi.

Diskriminasi

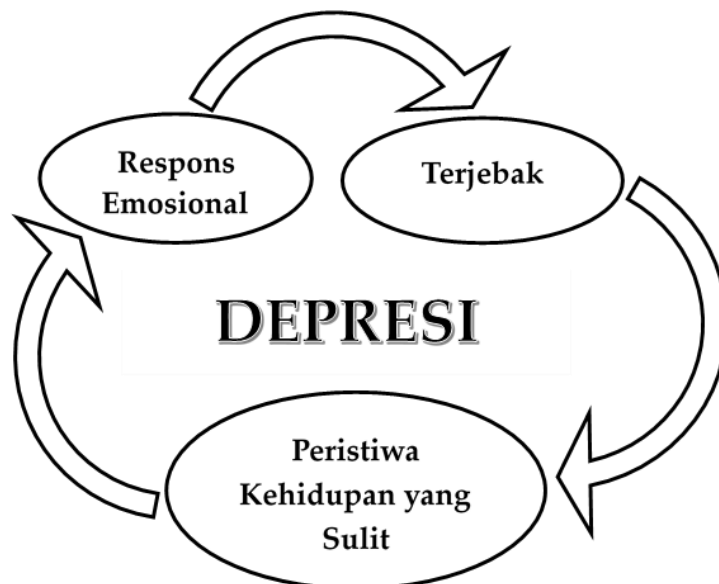
Banyak klien mengalami diskriminasi, misalnya tidak dipromosikan di tempat kerja atau diberikan tugas yang tidak adil. Awalnya mereka mungkin melawan, tetapi jika situasi tidak berubah atau semakin buruk, mereka bisa memilih untuk diam. Menghindari masalah bisa terasa lebih aman dalam jangka pendek, tetapi dalam jangka panjang, ini justru membuat diskriminasi terus terjadi. Dalam terapi BA, terapis membantu klien mengenali masalah ini, memahami bahwa respons mereka adalah hal yang wajar, dan menemukan cara menghadapi tantangan dengan lebih aktif.

Memodifikasi Model untuk Fokus pada Upaya Menghindari Perasaan Buruk.

Beberapa orang yang mengalami depresi berusaha menghindari perasaan buruk. Ini hal yang wajar, karena tidak ada yang ingin merasa sedih atau tertekan. Cara mereka menghindarinya bisa bermacam-macam, misalnya tidur terus-menerus saat merasa kesal, menjauhi tempat atau situasi yang bisa memicu kesedihan, atau menarik diri dari pergaulan. Jika ini berlangsung lama, mereka bisa menjadi pasif, kehilangan semangat, dan merasa putus asa.

Dalam terapi BA, pola menghindar dan pasif ini justru yang membuat seseorang semakin terjebak dalam depresi. Mereka lebih fokus mencari cara cepat untuk merasa lebih baik, tapi masalah utamanya tetap ada. Karena itu, terapi ini bertujuan untuk membantu klien menghadapi aktivitas yang mereka hindari, terutama yang terasa

sulit. Dengan begitu, mereka bisa mulai aktif lagi, menghadapi tantangan, dan membangun ketahanan agar kondisi mental mereka membaik dalam jangka panjang. Dalam kasus ini, mungkin berguna untuk membedakan respon emosional umum dari respon perilaku umum dalam model, yang menghasilkan 3 lingkaran, dengan respon emosional diberi label "respon umum" dan respon perilaku diberi label "terperangkap".



Gambar 3. Model 3

Sebagai contoh lain dari model 3 lingkaran, pertimbangkan klien yang respon utamanya adalah kemarahan dan mudah tersinggung. Ini adalah respon umum, dan kuncinya di sini adalah bagaimana perilaku klien dalam merespon perasaan marah. Apa yang dilakukan klien? Misalnya, berdebat dengan istrinya akan menjadi respon perilaku yang masuk ke dalam lingkaran "terperangkap". Klien bisa ditanya, "Ketika Anda berdebat dengan istri Anda, apakah itu membantu menyelesaikan masalah atau justru memperburuknya?" Terapis dan klien kemudian bekerja sama untuk mengembangkan respon terhadap kemarahan yang lebih positif yang membantu menyelesaikan masalah, bukan justru memperburuknya.

Tabel 1. Contoh Model 3 Lingkaran

	Peristiwa Kehidupan yang Sulit	Respons Emosional	Terjebak
1	Menganggur dan perlu mencari pekerjaan	Merasa kewalahan dan cemas	Menonton televisi, berhenti mencari pekerjaan
2	Bertengkar dengan saudara perempuan	Merasa bersalah dan frustrasi	Tidak mengangkat telepon, tidak menelepon kembali

3	Tidak punya teman	Merasa lelah, bosan	Berbaring di tempat tidur sepanjang hari
---	-------------------	---------------------	--

3. Struktur manual ini

Rencana sesi berikut untuk menyampaikan terapi BA-M mencakup referensi ke bagian-bagian yang ada di manual ini yang perlu dibaca dan dipahami oleh terapis untuk dapat berinteraksi dengan klien Muslim secara tepat, terutama bagi mereka yang menganggap agama penting.

Bagian-bagian selanjutnya mencakup pemahaman tentang depresi dalam komunitas Muslim, hubungan terapeutik yang dipromosikan dalam terapi ini, cara mendiskusikan agama, cara menjadwalkan penugasan aktivasi dan menggunakan Buku Panduan Mandiri, serta bagaimana melibatkan anggota keluarga, dan memanfaatkan sumber daya komunitas.

4. Rencana Sesi untuk BA-M

Sesi 1

- **Sebelum sesi, baca bagian manual tentang Mendiskusikan Depresi, Penanganan Klien Muslim dengan Depresi, dan Masalah Umum dalam BA-M untuk mempersiapkan diri.** Bangun hubungan dengan klien secara alami tanpa memaksakan model terapi terlalu cepat. Fokus awalnya pada memahami apa yang penting bagi klien dan menciptakan suasana yang nyaman.
- **Bahasa:** Tanyakan kepada klien bahasa apa yang ingin digunakan, jika perlu. Tanyakan dalam bahasa yang digunakan klien.

- **Tinjauan Terhadap Alat Ukur Skrining:**

Alat ukur skrining yang digunakan dalam terapi ini meliputi Asesmen Nilai-Nilai dan Tujuan (lihat Lampiran 2), yang dilakukan pada awal terapi, serta PHQ-9 dan GAD-7, yang diisi sebelum setiap sesi. Alat ukur ini dianggap diterima oleh klien Muslim dalam studi awal kami, bersama dengan *Behavioral Activation for Depression Scale* (lihat Lampiran 1). Terapis harus menjelaskan tujuan penggunaan alat ukur ini kepada klien dan memastikan bahwa klien memahami cara menjawab pertanyaan, serta memberikan dukungan jika diperlukan.

Beberapa klien mungkin merasa tidak nyaman saat ditanya tentang bunuh diri karena dilarang dalam Islam. Namun, penelitian menunjukkan bahwa mereka tetap memahami bahwa ini bagian dari penilaian. Pertanyaan ini selalu ada dalam kuesioner PHQ-9 yang digunakan dalam manual ini. Jika klien keberatan, terapis bisa menjelaskan bahwa meskipun bunuh diri dianggap dosa, memiliki pikiran seperti itu adalah hal yang manusiawi dan tidak membuat seseorang menjadi buruk. Terapis juga perlu menegaskan bahwa pertanyaan ini diajukan kepada semua orang, bukan hanya klien tertentu. Jika klien punya pikiran bunuh diri, penting untuk membicarakannya. Menilai risiko bunuh diri itu sangat penting.

- **Membicarakan cerita hidup klien:**

- Mulailah sesi dengan mengenal klien, kehidupan klien, dan cerita klien.
- Untuk beberapa klien, mungkin akan membantu jika disarankan bahwa klien tidak perlu mengungkapkan rahasia keluarga atau menceritakan hal-hal yang tidak ingin dia bagikan.
- Saat mendengarkan dan bertanya tentang cerita klien:
 - Bersikaplah hangat, memvalidasi, dan responsif (lihat "Hubungan Terapeutik").
 - Cobalah untuk memperoleh informasi yang dapat membantu dalam merencanakan penugasan aktivasi di waktu selanjutnya dan pikirkan penugasan aktivasi yang dapat diberikan kepada klien pada akhir sesi pertama.

- Kumpulkan informasi agar Anda dapat menghubungkan cerita klien dengan model "2 lingkaran" nanti dalam sesi.
- Diskusikan apa yang klien anggap sebagai penyebab depresi atau perasaan yang mereka alami (lihat "Mendiskusikan Depresi").
- **Peristiwa kehidupan yang sulit:**
 - Pelajari tentang kesulitan yang terjadi dalam hidup klien, baik yang sedang terjadi maupun yang bersifat historis. Luangkan waktu untuk melakukan itu dan coba untuk mencakup semua masalah penting di masa lalu dan masa kini. Tuliskan masalah-masalah ini dalam sebuah daftar untuk ditunjukkan kepada klien di akhir sesi. Sebutlah ini sebagai "Peristiwa kehidupan yang sulit."
 - Pertimbangkan daftar peristiwa kehidupan yang sulit yang dijelaskan dalam Model Depresi BA-M pada Tabel 1.
- **Respon umum:**
 - Dengarkan dan tanyakan kepada klien tentang bagaimana dia merespon peristiwa hidup tersebut. Bagaimana perasaan atau respon yang telah diberikan klien? Perhatikan dan tanyakan tentang cara-cara klien menjadi terperangkap.
 - Luangkan waktu untuk ini dan tuliskan respon-respon tersebut untuk ditunjukkan kepada klien nanti. Sebutlah daftar ini sebagai "respon umum" atau sesuatu yang serupa.
 - Pertimbangkan daftar respon umum yang disajikan dalam "Model Depresi BA-M" pada Tabel 1.
 - Poin pentingnya adalah ketika orang mengalami peristiwa kehidupan yang sulit ini, mereka secara alami merasa seperti ini.
 - Cara klien merasakan emosi tersebut bukanlah penyakit atau kelemahan. Itu adalah respon yang dapat dimengerti terhadap kesulitan hidup.
 - Tekankan betul bagaimana respon tersebut masuk akal mengingat peristiwa kehidupan yang sulit yang dialami klien. POIN INI DAPAT DIULANG-ULANG. Jika ada satu hal yang kita inginkan agar dipahami klien dari sesi ini, ini adalah waktunya.
 - Anda dapat mengatakan bahwa depresi tidak berarti klien sedang gila, atau ada yang salah dengan pikiran klien. Ini dapat dimengerti.
- **Ringkasan model:**
 - Tunjukkan kepada klien dua lingkaran dengan daftar yang telah dibuat. Lakukan ini untuk menjelaskan model sekaligus menunjukkan empati dan memberikan kesan kepada klien bahwa Anda telah mendengarkan kisah hidupnya secara mendalam dan penuh belas kasih.
 - Beri tahu klien bahwa tujuan perawatan ini adalah membantu mereka bangkit dan kembali aktif. Caranya bukan dengan menghindari

masalah, tapi dengan mengambil langkah nyata untuk mengatasinya. Fokusnya adalah membuat rencana dan mulai melakukan aktivitas yang dulu biasa mereka lakukan sebelum depresi. Tujuannya agar mereka bisa kembali menjalani hidup dengan lebih baik.

- Beri tahu klien bahwa terapi ini butuh usaha dan perubahan nyata dalam hidup. Terapis akan mendengarkan cerita klien dengan saksama, lalu bersama-sama membuat rencana untuk mencoba hal-hal baru setiap minggu. Jika agama penting bagi klien, bisa dijelaskan bahwa terapi ini mirip dengan ajaran Islam yang mendorong aktivitas, seperti dalam lima rukun Islam. (lihat Buku Panduan Mandiri).
- Hal utama dalam model ini adalah bahwa aktivasi akan meningkatkan suasana hati, dan klien tidak boleh menunggu sampai merasa lebih baik untuk mulai menyelesaikan masalah.
- **Meminta umpan balik tentang model:**
 - Diskusikan dengan klien tentang apa yang disukai dan tidak disukai mengenai pendekatan ini.
 - Diskusikan dengan klien tentang apa yang menurutnya masuk akal dari pendekatan ini.
 - Anda dapat meminta klien untuk menyatakan dengan kata-kata mereka sendiri apa yang mereka pahami.
- Gunakan lembar asesmen di Lampiran 2 untuk memahami apa yang penting bagi klien. Jangan terburu-buru dalam proses ini, karena ini adalah bagian penting dari terapi. Jika waktu tidak cukup, klien bisa mengisinya di rumah. Banyak klien lebih nyaman membahasnya secara lisan, tetapi tetap berikan versi tertulis atau gambar sebagai pengingat tujuan mereka dalam terapi (Lampiran 2).
 - Beritahu klien bahwa nilai dan tujuan pribadi mereka akan menentukan aktivitas yang paling bermanfaat dalam terapi. Pastikan mereka mengerti tujuan penilaian ini dan bagaimana hasilnya akan digunakan dalam proses terapi. Terapis harus segera menghubungkan nilai-nilai klien dengan tujuan yang bisa dijadikan langkah konkret. Hindari pembicaraan yang terlalu luas atau tidak terarah jika tidak berhubungan dengan tindakan yang jelas.
 - Terapis harus menghormati nilai-nilai klien, termasuk keyakinan agama mereka, tanpa menghakimi. Ini penting untuk membangun kepercayaan dan memungkinkan diskusi yang jujur. Jika terapis juga berasal dari latar belakang Muslim, mereka harus menciptakan lingkungan yang aman bagi klien untuk berbicara secara terbuka, termasuk jika klien merasa agama bukan bagian penting dalam hidup mereka.
 - Bukti adanya 'coping agama negatif' atau pandangan ambivalen/penuh kebencian terhadap Tuhan juga perlu ditangani dalam terapi jika itu

berperan dalam mempertahankan depresi. Strategi untuk menangani hal ini terdapat dalam bagian 6 tentang Membahas Agama.

Meskipun tidak semua Muslim menganggap agama sebagai bagian utama dari identitas mereka, Islam tetap menjadi bagian dari pendidikan dan pengalaman hidup banyak orang. Hubungan dengan Tuhan seringkali memengaruhi cara seseorang memahami diri mereka sendiri, termasuk bagi mereka yang sedang mencari jati diri atau tidak terlihat religius. Studi awal menunjukkan bahwa penilaian ini bermanfaat, baik bagi mereka yang aktif menjalankan agama maupun yang tidak.

- **Tetapkan tugas aktivasi awal:**
 - Berikan tugas aktivasi sejak sesi pertama agar klien langsung mulai bertindak. Saat mendengarkan cerita dan membahas tujuan mereka, cari ide untuk tugas yang sesuai. Diskusikan tugas ini dengan klien dan jelaskan manfaatnya. Ikuti cara yang sama seperti dalam terapi BA (lihat bagian 6 tentang “Menjadwalkan Tugas Aktivasi”).
- **Diskusikan mengenai sesi kedua:**
 - Jelaskan kepada klien bahwa terapi ini biasanya berlangsung hingga 12 sesi, masing-masing 50 menit, tetapi bisa lebih pendek atau lebih lama tergantung kebutuhan. Mereka mungkin mulai merasa lebih baik sebelum terapi selesai, tetapi tujuannya bukan sekadar itu. Terapi ini mengajarkan keterampilan untuk menghadapi tantangan hidup dengan tindakan, agar mereka tidak terjebak dalam perasaan buruk. Belajar keterampilan ini butuh waktu, jadi minta klien untuk berkomitmen setidaknya 6 sesi, bahkan jika mereka mulai merasa lebih baik lebih awal.
 - Beritahu klien bahwa sangat penting untuk datang ke sesi-sesi terapi, dan tanyakan bagaimana perasaan mereka tentang datang setiap minggu.
 - Diskusikan jadwal sesi berikutnya. Tanyakan apakah ada hal-hal yang akan menghalangi klien untuk datang ke sesi berikutnya? Pecahkan masalah hambatan untuk datang ke sesi berikutnya.
 - Beritahu klien bagaimana cara menghubungi Anda jika diperlukan.
- **Meninjau sesi:**
 - Pastikan Anda mengalokasikan waktu untuk meninjau sesi. Ini tidak boleh terburu-buru, terutama di sesi pertama.
 - Tanyakan kepada klien untuk memberi umpan balik tentang sesi hari ini. Apa pendapat Anda tentang pendekatan kita? Adakah hal-hal yang menurut Anda akan sangat membantu? Tidak membantu? Apakah pendekatan ini sesuai dengan keyakinan dan nilai-nilai klien?

- Tangani dan pecahkan masalah jika ada reaksi negatif yang mungkin dimiliki klien.

Melakukan sesi pertama saat waktu terbatas

Elemen terpenting dari Sesi 1 adalah: mendengarkan cerita klien, menjelaskan model BA, dan menetapkan tugas rumah. Jika tidak ada waktu untuk melakukan lebih dari ini, bagian lain dari Sesi 1 dapat dilanjutkan ke sesi berikutnya.

Elemen penting dari sesi pertama dapat diselesaikan dengan membagi sesi menjadi tiga bagian – pertama, tanyakan kepada klien “Apa yang membawa Anda ke sini hari ini?”. Ini akan mencakup lingkaran pertama (dari model 2 lingkaran). Kemudian, lanjutkan dengan menanyakan bagaimana klien merespon situasi/masalah yang menyebabkan mereka mencari terapi – ini mencakup lingkaran kedua. Dan akhirnya, akui bahwa Anda belum bisa mencakup semuanya, tetapi berdasarkan apa yang telah Anda pelajari tentang klien, coba tetapkan satu atau dua tugas aktivasi sederhana.

Isu yang perlu diperhatikan pada Sesi 1:

- **Tugas Aktivasi Awal:**

- Jika agama penting bagi klien, aktivitas religius bisa dimasukkan dalam terapi seperti aktivitas lainnya. Terapis perlu membantu klien merencanakan dan mengatur aktivitas ini. Sejak awal, diskusikan praktik apa yang ingin dan bisa mereka lakukan.
- **Buku Panduan Mandiri** bisa menjadi sumber dukungan bagi klien yang ingin memanfaatkan iman mereka. Jangan langsung memberikannya, tetapi tawarkan jika klien menunjukkan ketertarikan pada agama dalam nilai atau aktivitas mereka. Anda bisa mengatakan, “*Saya punya buku dengan kutipan dari Al-Qur’an dan Hadis yang mungkin berguna. Anda bisa membacanya, atau tidak, lalu kita bisa mendiskusikannya nanti.*” Buku ini juga menyediakan ruang bagi klien untuk mencatat kutipan atau ajaran yang mereka anggap membantu.
- Jika klien memiliki pandangan negatif terhadap Tuhan, terapis bisa membantu mereka melihat bahwa hubungan positif dengan Tuhan dapat mendukung pemulihan. Jika bermanfaat, **Buku Panduan Mandiri** bisa digunakan sebagai tugas aktivasi untuk dieksplorasi bersama.
- Jika klien perlu belajar aktivitas tertentu, seperti shalat, bantu mereka menemukan orang atau komunitas yang bisa mendukung. **Lampiran 12** berisi daftar organisasi yang dapat membantu.

- **Pemantauan Aktivitas:**

- Jelaskan grafik aktivitas (lihat Lampiran 3) sebagai cara untuk memahami aktivitas harian klien, sehingga kita bisa mulai memikirkan apa yang perlu diubah.
- Jelaskan bahwa klien harus mengisi grafik tersebut pada akhir setiap hari.
- Tergantung pada klien, Anda juga dapat meminta klien untuk memberi penilaian terhadap suasana hati mereka selama aktivitas (menggunakan skala 0-10), atau penilaian terhadap rasa mampu menguasai/senang selama aktivitas yang dilakukan, atau hal lain yang menurut Anda berguna untuk diketahui.
- Tanyakan kepada klien apakah mereka akan dapat mengisi grafik tersebut? Apa yang mungkin menghalangi mereka?
- Cobalah untuk mencari solusi untuk hambatan yang mungkin ada. Jadilah kreatif. Misalnya:
 - Individu yang tidak memiliki keterampilan literasi dapat menggunakan gambar atau bekerja dengan teman atau anggota keluarga untuk mencatat aktivitas mereka dan penilaian yang mereka berikan secara verbal.
 - Jika ada banyak tuntutan waktu pada klien, sarankan lagi agar teman atau anggota keluarga diminta untuk membantu mengingatkan atau mendorong klien untuk mengisi grafik pada akhir setiap hari.
- Diskusikan dimana klien akan menyimpan grafik tersebut (di meja samping tempat tidur, di kulkas, di dekat televisi, dll.).
- Diskusikan dengan klien untuk memberitahukan anggota keluarga lain tentang tugas ini.
- Mungkin diskusikan pemberian penghargaan pada diri sendiri setelah menyelesaikan tugas (misalnya, apakah mereka bisa mengisi grafik dan kemudian menonton televisi, dibandingkan dengan menyalakan televisi langsung?).

● **Pemantauan Aktivitas melalui Telepon:**

- Salah satu kemungkinan adalah meminta klien untuk menelepon Anda dan melaporkan aktivitas mereka melalui telepon.
- Ini bisa dilakukan dua kali seminggu.
- Minta klien untuk menelepon pada waktu yang berbeda agar mendapatkan sampel dan representasi yang baik dari periode waktu yang penting.
- Klien harus yang menelepon, bukan pasangan, anak, atau anggota keluarga lainnya.
- Mungkin ide yang baik untuk memberitahu anggota keluarga bahwa klien yang akan melakukan panggilan tersebut.

- **Jika klien telah diberi resep obat, atau dijadwalkan untuk bertemu dengan psikiater:**
 - Jelaskan kepada klien bahwa mengonsumsi obat mungkin bermanfaat, tetapi orang lebih cenderung mengalami kekambuhan jika mereka berhenti mengonsumsinya.
 - Bicarakan kekhawatiran klien tentang obat, seperti efek samping atau kehalalan bahan. Beberapa obat mengandung gelatin, gliserin, atau alkohol yang dianggap haram (Sattar, Ahmed dkk. 2004). Diskusikan kemungkinan alternatif dan solusi jika tidak ada pilihan lain.¹
 - Jelaskan bahwa hal yang penting adalah mencari cara untuk bertindak dan mengambil langkah konkret untuk membantu mengatasi depresi, serta mulai menyelesaikan masalah selain mengonsumsi obat.
- **Keterlibatan keluarga:**
 - Beritahukan kepada klien bahwa keputusan tentang seberapa banyak keluarga yang dapat terlibat adalah sepenuhnya hak klien, tetapi keterlibatan keluarga dapat membantu klien untuk mengambil tindakan.
 - Jelaskan kepada klien bahwa anggota keluarga dapat diundang untuk ikut dalam sesi. Tanyakan kepada klien bagaimana perasaannya jika anggota keluarga diundang untuk menghadiri sesi mendatang.
 - Jika dukungan keluarga diperlukan, terapis harus meminta izin klien dan langsung menghubungi anggota keluarga, bukan hanya mengandalkan klien. Terapis bisa meyakinkan mereka dengan mengatakan, "Bisakah Anda datang ke sesi minggu depan? Ini penting agar Anda memahami apa yang kami lakukan."
 - **Jika klien tertarik untuk membawa anggota keluarga dalam terapi:**
 - Diskusikan dengan klien hubungan mereka dengan anggota keluarga ini. Apakah orang ini mendukung atau menjadi bagian dari masalah?
 - Jika orang ini jelas mendukung, jadwalkan agar anggota keluarga tersebut dapat hadir sesegera mungkin. Usahakan untuk mengundang mereka ke sesi berikutnya.
 - Jika orang ini tidak mendukung, beritahu klien bahwa Anda perlu mencari cara untuk membuat anggota keluarga tersebut bisa membantu, dan itu mungkin menjadi aspek penting dalam terapi.

¹Publikasi yang berguna tentang masalah ini tersedia dari NHS National Prescribing Centre. http://www.npci.org.uk/therapeutics/cardio/diabetes1/resources/library_other_publications_drugs_of_porcine_origin.pdf

Sesi 2 - jika keluarga hadir

- **Tinjau bagian manual tentang Keterlibatan Keluarga dan Komunitas, dan jika klien mencantumkan agama sebagai nilai yang penting, lihat juga bagian tentang Buku Panduan Mandiri.**
- **Tujuan umum:** untuk mempelajari bagaimana klien berinteraksi dengan keluarga dan mencari cara agar keluarga dapat membantu proses terapi.
- **Minta klien untuk mengisi ukuran PHQ9, GAD7, dan BADS-SF.**
- **Bertemu secara individu dengan klien:**
 - Sebelum mengundang keluarga, coba temui klien sebentar untuk menentukan apa yang boleh dibagikan dan siapa yang bisa menjadi pendukung yang baik. Namun, tetap fleksibel, karena bisa saja pertemuan harus dilakukan dengan keluarga yang hadir.
 - Jelaskan tujuan pertemuan.
 - Tinjau sesi sebelumnya.
 - Pertemuan secara pribadi dengan klien juga memungkinkan Anda untuk meninjau grafik aktivitas dan tugas rumah lainnya dari sesi sebelumnya (seringkali klien tidak menyelesaikan tugas pertama dan mungkin merasa malu jika ini dibahas di depan anggota keluarga).
 - Melihat aktivitas dalam grafik bisa membantu menilai seberapa penting agama bagi klien. Misalnya, jika mereka memulai hari dengan shalat subuh atau sering berwudhu, itu menunjukkan bahwa agama memiliki peran besar dalam hidup mereka.
 - Jika Buku Panduan Mandiri telah diberikan kepada klien, diskusikan reaksi mereka terhadap buku tersebut dan ajaran apa yang mereka rasa bermanfaat.
 - Sangat penting menekankan bahwa keterlibatan keluarga adalah pilihan klien. Tegaskan hal ini saat bertemu secara pribadi dan tanyakan kepada klien apakah ada area tertentu yang mereka tidak ingin melibatkan keluarga.
- **Jelaskan tujuan pertemuan ini.**
 - Bahas model depresi dengan keluarga. Fokus pada respon umum (lingkaran kedua) untuk memastikan keluarga memahami bahwa apa yang dirasakan klien dapat dimengerti.
 - Tegaskan bahwa kami tidak menganggap klien gila dan tekankan bahwa merasa tertekan setelah peristiwa kehidupan yang sulit adalah hal yang dapat dipahami.
 - Tekankan bahwa klien sudah berada di jalur yang benar dengan mengikuti terapi.
 - Beri tahu keluarga bahwa terapi butuh waktu dan dukungan mereka penting agar klien tetap mengikuti sesi dan pulih.

- **Gunakan pengetahuan keluarga tentang klien untuk membantu asesmen Anda.**
 - Tanyakan kepada keluarga seperti apa klien sebelumnya dan apa yang disukai klien sebelum merasa tertekan. Kemungkinan klien akan melewatkan area penting untuk aktivasi.
 - Tanyakan kepada keluarga dalam situasi apa klien tampak paling tertekan dan paling tidak tertekan.
- **Libatkan keluarga dalam intervensi.**
 - Berikan alasan kepada keluarga dan libatkan mereka dalam mendorong klien untuk aktif (meskipun dalam cara yang sangat kecil) meskipun merasa tertekan atau tidak memiliki energi.
 - Beri tahu keluarga bahwa respon yang penuh kasih tidak selalu menjadi respon yang akan membantu klien. Misalnya, mengambil alih semua pekerjaan rumah dari klien justru bisa membuat depresi semakin sulit hilang.
 - Gunakan informasi yang didapatkan dalam sesi ini dan Sesi 1 untuk menyarankan intervensi bagi anggota keluarga.
 - Melibatkan anggota keluarga yang mendukung dalam penyelesaian tugas rumah bisa sangat bermanfaat. Misalnya, Anda bisa meminta anggota keluarga untuk mendiskusikan tugas yang diberikan setiap minggu setelah sesi dan memberikan pengingat, dorongan, serta memfasilitasi (misalnya, transportasi).
 - Pastikan keluarga tidak mengganggu atau mengkritik klien. Dapatkan izin dari klien agar keluarga bisa menanyakan tentang penyelesaian tugas dan memberikan pengingat.
 - Jadwalkan waktu bagi anggota keluarga untuk menanyakan tentang tugas agar tidak mengganggu (misalnya, pada Rabu malam keluarga bisa mengecek klien).
- **Berikan tugas rumah:**
 - Pemantauan aktivitas.
 - Tugas aktivasi (libatkan keluarga jika sesuai). Seringkali berguna untuk memberikan kalender kecil atau agenda harian untuk memudahkan penjadwalan aktivitas bagi klien.
 - Teknik BA dapat membantu klien menerapkan ajaran dari Buku Panduan Mandiri dalam terapi depresi. Misalnya, klien bisa memilih 5–10 ajaran penting sebagai "tugas aktivasi," lalu terapis membantu mereka menjalankannya.
 - Aktivitas keagamaan sebagai sumber dukungan harus disesuaikan dengan tingkat religiusitas klien agar tidak menimbulkan rasa bersalah. Tidak adanya aktivitas ini bisa jadi akibat depresi, jadi jangan langsung menganggap klien tidak tertarik. Diskusikan nilai dan praktik keagamaan yang bisa

dijalankan. Panduan lebih lanjut ada di Bagian 6 “Membahas Agama”. Perasaan bersalah karena tidak menjalankan ibadah bisa dibahas dalam konteks perilaku yang membantu mengatasinya (Andreasen, 1972).

- Jika klien memiliki pandangan ambivalen atau bermusuhan terhadap Tuhan dan tidak merasa terbantu dengan *Buku Panduan Mandiri*, terapis bisa mencari sumber lain. Misalnya, bekerja sama dengan tokoh agama Muslim untuk menawarkan perspektif yang lebih membantu (lihat Lampiran 11).

- **Diskusikan hambatan untuk menyelesaikan tugas rumah:**

- Tanyakan kepada klien apakah mereka akan dapat menyelesaikan tugas rumah mereka? Apa yang mungkin menjadi hambatan?
- Cobalah untuk mencari solusi atas hal yang berpotensi menjadi hambatan. Jadilah kreatif.
- Diskusikan peran anggota keluarga dalam membantu menyelesaikan tugas.

- **Menuju sesi berikutnya:**

- Ingatkan klien dan anggota keluarga tentang pentingnya hadir dalam sesi.
- Apakah ada hal yang dapat menghalangi klien untuk hadir pada sesi berikutnya?
- Cari solusi untuk mengatasi hambatan dalam menghadiri sesi.
- Libatkan keluarga jika diperlukan.

- **Akhiri sesi secara pribadi dengan klien untuk meninjau sesi:**

- Pastikan Anda menyisihkan waktu untuk meninjau sesi.
- Anda memerlukan waktu untuk menangani dan mencari solusi atas reaksi negatif yang mungkin dialami klien, terutama reaksi terhadap keberadaan keluarga di ruangan.
- Tanyakan kepada klien umpan balik tentang sesi hari ini. Apa pendapat Anda tentang pendekatan kita? Apakah ada hal yang menurut Anda sangat membantu? Tidak membantu?
- Jika agama tampaknya penting atau bermanfaat bagi klien, tanyakan apakah ia tertarik untuk melanjutkan dengan *Buku Panduan Mandiri* dan mendiskusikannya dengan Anda pada sesi berikutnya.

Sesi 2 - jika keluarga tidak hadir

Sebelum sesi ini, tinjau bagian manual tentang Masalah Umum dalam Melakukan BA. Jika klien mencantumkan agama sebagai nilai, lihat bagian tentang “Buku Panduan Mandiri”.

- **Tujuan keseluruhan:**
 - Untuk menjelaskan lebih lanjut tentang model kepada klien
 - Untuk merancang dan memberikan tugas aktivasi fungsional.
- **Minta klien untuk mengisi PHQ9, GAD7, dan BADS-SF.**
- **Tinjau sesi sebelumnya**
 - Munculkan reaksi klien terhadap aspek-aspek spesifik dari sesi sebelumnya.
- **Tinjau model dan jelaskan bagaimana model ini akan diterapkan pada lembar aktivitas / tinjauan kejadian di luar sesi.**
- **Tinjau tugas rumah**
 - Tinjau lembar aktivitas klien. Sesuaikan dengan model dan perhatikan pola aktivasi serta penghindaran. Jika perlu, bahas suasana hati yang menyertai aktivitas atau perubahan suasana hati harian. Tunjukkan bahwa aktivasi bisa meningkatkan suasana hati dan menyelesaikan masalah, sementara penghindaran terasa nyaman sesaat tetapi bisa memperburuk masalah di masa depan.
 - Tinjau aktivitas di lembar untuk menilai pentingnya agama bagi klien. Jika mereka rutin sholat subuh atau berwudhu, itu menandakan agama punya peran besar dalam hidup mereka.
 - Aktivitas keagamaan sebagai cara mengatasi depresi harus disesuaikan dengan tingkat religiusitas klien untuk menghindari rasa bersalah. Tidak adanya aktivitas keagamaan bisa jadi akibat depresi, jadi jangan langsung berasumsi klien tidak tertarik. Bahas perasaan bersalah karena tidak beribadah dengan pendekatan yang membantu (Andreasen, 1972). Diskusikan sejauh mana klien ingin memasukkan aktivitas keagamaan dalam tugas mereka dan apa yang realistis untuk dilakukan.
 - Jika Buku Panduan Mandiri diberikan, tanyakan ajaran mana yang paling membantu. Terapis bisa mengintegrasikan ajaran ini dalam BA, misalnya menjadikannya “tugas aktivasi.”
 - Jika klien memiliki pandangan ambivalen atau bermusuhan terhadap Tuhan dan merasa buku tidak membantu, pertimbangkan sumber lain. Terapis bisa bekerja sama dengan pemuka agama Muslim untuk menawarkan perspektif yang lebih mendukung (lihat Lampiran 11).
 - Jika klien tidak menyelesaikan tugas rumah, cari tahu apa hambatannya, temukan solusi, dan tekankan pentingnya

menyelesaikan tugas ke depan. Rekonstruksi aktivitas harian dengan menyoroti contoh aktivasi dan penghindaran, lalu lanjutkan sesuai instruksi sebelumnya.

- **Jika memungkinkan, tinjau kemungkinan keterlibatan keluarga/teman di kemudian hari**
 - Keterlibatan keluarga tidak harus berupa kehadiran dalam sesi. Kreativitas sangat dianjurkan.
- **Lembar tugas aktivitas dan pemberian tugas aktivasi:**
 - Tambahkan penilaian suasana hati (0-10), rasa mampu, atau kepuasan selama aktivitas pada lembar aktivitas, tetapi hanya jika klien telah berhasil mengisinya sebelumnya. Jika belum, tunda untuk nanti (tugas BA harus selalu dievaluasi).
 - Rancang tugas aktivasi yang realistis tetapi tetap bermakna bagi klien. Misalnya, bagi klien A, tugasnya bisa berupa belanja dan lari 30 menit, sementara bagi klien B, cukup keluar rumah dan berjalan mengelilingi perumahan.
- **Diskusikan hambatan dalam menyelesaikan tugas:**
 - Tanyakan kepada klien apakah mereka dapat menyelesaikan *lembar* ini? Apa yang mungkin menghalangi? Cobalah mencari solusi untuk hal-hal yang berpotensi menjadi hambatan-hambatan. Jadilah kreatif.
 - Diskusikan di mana mereka akan menyimpan *lembar* tersebut (di meja samping tempat tidur, di kulkas, di dekat televisi, dll).
 - Diskusikan hambatan dalam menyelesaikan tugas aktivasi.
 - Untuk kedua tugas, tanyakan, “Apa yang bisa kita lakukan agar Anda lebih mungkin berhasil?” Kemudian lakukan.
 - Diskusikan kemungkinan memberitahu anggota keluarga lain tentang tugas tersebut.
 - Mungkin diskusikan memberi hadiah kepada diri sendiri setelah menyelesaikan tugas (misalnya, bisa mengerjakan *lembar* dan kemudian menonton TV, daripada menyalakan TV langsung tanpa mengerjakan tugas).
- **Tugas rumah:**
 - Pemantauan aktivitas.
 - Tugas aktivasi.
- **Tinjauan sesi:**
 - Pastikan Anda menyisihkan waktu untuk meninjau sesi.
 - Anda perlu waktu untuk menangani dan mencari solusi atas reaksi sulit yang mungkin dialami klien.
 - Tanyakan kepada klien umpan balik tentang sesi hari ini. Apa pendapat Anda tentang pendekatan kita? Apakah ada hal yang menurut Anda sangat membantu? Tidak membantu?

- Jika agama tampaknya penting atau bermanfaat bagi klien, tanyakan apakah ia tertarik melanjutkan dengan *Buku Panduan Mandiri* dan membahasnya dengan Anda pada sesi berikutnya.
- **Menuju sesi berikutnya** (lihat “Masalah Umum dalam Melakukan BA”):
 - Beritahu klien bahwa sangat penting untuk hadir dalam sesi.
 - Apakah ada hal yang dapat menghalangi klien untuk hadir pada sesi berikutnya?
 - Cari solusi untuk hambatan dalam menghadiri sesi.

Sesi 3-11

Sesi 3-11 harus mengikuti struktur dasar BA, yaitu:

1. Tinjau ukuran skrining.
2. Tentukan agenda.
3. Tinjau tugas rumah dan tingkat aktivitas sejak sesi akhir.
4. Kembangkan tugas aktivasi baru sebagai tugas rumah.
5. Topik agenda lainnya.
6. Umpan balik sesi, termasuk tinjauan klien dan pertanyaan.

Inti dari sesi adalah poin 3 dan 4. Inti sesi adalah meninjau dan memberikan tugas rumah. Tanpa ini, sesi bukanlah BA. Banyak klien kesulitan dengan tugas tertulis, jadi laporan verbal atau kesepakatan tugas praktis bisa lebih efektif. Klien sering lebih termotivasi menyelesaikan tugas karena dukungan terapis atau keluarga.

Terapis harus meninjau tugas rumah setiap minggu dan memberikan tugas baru sesuai tujuan klien. Aktivitas harus dirancang untuk mengurangi penghindaran, memecahkan masalah, dan meningkatkan kesenangan dalam hidup klien. Gunakan bagan aktivitas, kalender, Hierarki Aktivitas (Lampiran 4), dan Lembar Kerja Aktivitas (Lampiran 5) untuk membantu perencanaan.

Tugas awal harus cukup mudah agar klien merasakan keberhasilan. Terapis juga harus menyisihkan waktu di akhir sesi untuk meninjau dan meminta umpan balik. Jika klien belum melibatkan keluarga, diskusikan lagi di sesi selanjutnya, karena banyak yang lupa atau tidak menyadari bahwa ini bisa membantu.

Sesi Akhir

Sebelum sesi: Tinjau SEMUA catatan kemajuan klien.

- **Tujuan keseluruhan:** Tinjau kemajuan dan lengkapi "Panduan Untuk Tetap Aktif."
- **Tinjau PHQ9, GAD7, dan BADS-SF:** Selain itu, membuat grafik skor klien selama terapi untuk menyoroti kemajuan yang telah dicapai dapat bermanfaat.
- **Tentukan Agenda**
- **Tinjau tugas rumah:** Seperti pada semua sesi, sesi ini harus dimulai dengan tinjauan terhadap tugas aktivasi minggu sebelumnya.
- **Tinjau kemajuan:**
 - Terapis dan klien perlu meninjau kemajuan secara rutin. Klien sering lupa seberapa banyak mereka telah berkembang. Terapis bisa meninjau catatan sebelum sesi untuk mengingatkan klien tentang perubahan positif, dengan fokus pada bagaimana tindakan yang dipelajari telah meningkatkan hidup mereka.
- **Lengkapi "Panduan Untuk Tetap Aktif ":**
 - Lengkapi lembar di Lampiran 6 secara kolaboratif dengan klien. Tanyakan kepada klien pertanyaan di lembar tersebut, bantu untuk memberi tanggapan agar sesuai dengan pertanyaannya.
 - Lembar ini untuk disimpan klien di tempat yang penting dan ditinjau setiap minggu.
 - Buat salinan lembar di akhir sesi. Ini akan berguna jika klien menelepon untuk meminta bantuan di masa depan, atau jika klien kehilangan lembar, klien bisa menelepon Anda untuk salinan lain.
 - Anda mungkin ingin menambahkan catatan pribadi di akhir lembar dengan nama dan nomor telepon Anda.
- **Terapi mandiri:**
 - Klien didorong untuk mengadakan sesi "terapi mandiri" setiap minggu. Mereka meninjau penghindaran, merencanakan aktivitas baru (termasuk keagamaan jika bermanfaat), dan mengevaluasi tugas sebelumnya. Sesi ini meniru terapi dengan terapis yang telah selesai.

5. Mendiskusikan Depresi

Klien Muslim memiliki pemahaman berbeda tentang depresi dan istilah psikiatris. Dalam BA-M, terapis tidak harus menggunakan istilah "depresi" atau mengedukasi klien tentang gejalanya. Sebaliknya, terapis harus memahami bahasa klien, menyesuaikan model BA, dan menghubungkan terapi dengan masalah mereka.

Banyak klien dari latar belakang non-Eropa mengekspresikan depresi secara fisik atau mengaitkannya dengan faktor lingkungan (Pfeiffer 1996; Valiante 2003). Nyeri tubuh

dan gejala fisik sering dikaitkan dengan depresi di berbagai populasi Muslim (Al-Krenawi et al. 1994; Azhar & Varma 2000; El-Islam 2000; Bilal & Ahmed 2001), dan klien mungkin menyangkal bahwa mereka depresi. Ini bukan masalah—terapis cukup menggunakan bahasa klien dan fokus pada aktivasi meskipun ada gejala fisik.

Istilah seperti “depresi” dan “stres” telah dikenal di komunitas Muslim akibat paparan model Barat (Greenwood et al. 2000; Halliburton 2000). Stigma juga bisa menjadi hambatan, karena depresi kadang dianggap sebagai kelemahan iman atau “kegilaan” (Fonte & Horton-Deutsch 2005). Namun, studi di Inggris menunjukkan bahwa stigma terhadap layanan kesehatan mental tidak selalu tinggi di kalangan Muslim (Greenwood et al. 2000).

Beberapa Muslim mengaitkan depresi dengan kekuatan supernatural, seperti sihir atau ‘mata jahat’ (Azhar & Varma 2000; Amer & Khan 2005). Pengaruh jin sebagai penyebab penyakit mental jarang diterima oleh ulama Muslim (Philips, 1995). Klien sering menghubungkan ini dengan pengalaman seperti menyakiti diri sendiri, mendengar suara, rasa sakit tak ter jelaskan, atau pikiran bunuh diri, terutama dalam konflik keluarga. Terapis dapat menanyakan apa yang klien yakini sebagai penyebab pengalaman mereka.

“... saya temui ini baik pada Muslim di Inggris maupun di Pakistan - penjelasan mereka bersifat biologis, psikologis, sosial, tetapi juga spiritual dan paranormal. Jadi saya pikir, selain model bio-psikososial ini, ada dua aspek lainnya: spiritual dan paranormal...”

Psikiater

Dalam masyarakat Muslim, kerasukan bisa dianggap sebagai ujian iman (mendapat dukungan) atau hukuman atas dosa (menimbulkan stigma) (Al-Baldawi 2005). Islam sendiri mendorong perlindungan melalui doa dan bacaan Al-Qur'an, serta pengusiran setan oleh orang berpengetahuan (Philips 1995).

Jika klien percaya depresi mereka terkait dengan kekuatan supernatural, jelaskan bahwa terapi tetap dapat membantu. Kolaborasi dengan pemimpin agama bisa menjadi pilihan (Shaikh & Hatcher 2005), dan klien mungkin sudah melakukannya (Dein, Alexander dkk. 2008).

Rasa malu dan stigma bisa membuat klien menghindari bantuan profesional, memilih strategi coping pribadi (Cinnirella & Loewenthal 1999). Hal ini terkait tabu budaya dalam membahas masalah pribadi dan dampak sosialnya, seperti prospek pernikahan (Youssef & Deane 2006). Namun, depresi yang terkait masalah kehidupan, seperti pernikahan, lebih dapat diterima dibanding yang dijelaskan secara biologis atau dianggap sebagai kelemahan individu (Coker 2005).

BA menekankan bahwa depresi adalah respons wajar terhadap situasi dan fokus pada tindakan, bukan patologi, yang lebih sesuai dengan nilai komunitas Muslim (Valiante 2003). Terapis harus menegaskan bahwa terapi bersifat rahasia dan bertujuan membantu klien mengatasi masalah, bukan mencari kesalahan dalam diri mereka.

Terapis bisa mengatakan: *"Saya ingin membantu Anda memecahkan masalah agar hidup terasa lebih baik. Saya mengerti perasaan Anda dan siap membantu."*

6. Menangani klien Muslim dengan depresi

Hubungan Terapeutik

Terapis BA harus menunjukkan kepedulian, memahami perasaan klien, dan selalu optimis terhadap perubahan. Terapis bekerja sama dengan klien sebagai tim, mendengarkan masukan klien, dan menyesuaikan intervensi dengan kebutuhan mereka.

Tugas aktivasi harus ditentukan bersama dan dianggap sebagai eksperimen, bukan janji keberhasilan. Beberapa studi menunjukkan bahwa klien Muslim Asia cenderung melihat terapis sebagai otoritas yang memberikan instruksi (Naeem, Gobbi dkk., 2009; Rathod dan Kingdon, 2009). Namun, penelitian lapangan kami di Inggris tidak menemukan hal ini sebagai masalah. Jika klien mengharapkan saran konkret, terapis dapat menggunakannya untuk meningkatkan kepatuhan terhadap tugas rumah, tetapi harus menghindari menciptakan ketergantungan yang berlebihan (Kanter, 2010).

Terapis mungkin merasa cemas menangani aspek agama dalam terapi, tetapi manual ini dirancang untuk mengatasi kesenjangan dalam pelatihan tersebut. Seperti BA saat pertama kali diuji, terapis awalnya ragu tetapi kemudian menemukan bahwa pendekatan ini efektif dalam praktik (Ekers dkk, 2008).

Terapis mungkin merasa kurang percaya diri dengan materi agama dalam manual ini karena bukan ahli Islam. Untuk mengatasi ini, terapis harus jujur tentang keahliannya dan bisa mengatakan,

"Saya telah mendapatkan pelatihan dalam terapi ini dan mempelajari beberapa ajaran Islam sebagai bagian dari pelatihan saya. Saya bukan Muslim atau ahli dalam Islam, tetapi terapi ini dikembangkan dengan bantuan para ahli untuk mendukung Anda. Fokusnya adalah pada Anda, keyakinan Anda, dan apa yang penting bagi Anda."

Diskusi terbuka tentang latar belakang agama terapis tanpa melebih-lebihkan atau mengabaikan perbedaan juga bisa membantu (Gorkin, 1986). Jika terapis merasa sangat tidak nyaman dengan pendekatan berbasis agama karena keyakinan pribadi atau pelatihan sebelumnya, mereka sebaiknya tidak memberikan intervensi ini, karena preferensi klien dalam memasukkan aspek agama dalam terapi adalah hal yang penting (Hook dkk., 2009; Worthington, 2001).

Membahas Agama

Pada Sensus 2001, Muslim mencakup hampir 3% populasi Inggris dan menjadi komunitas agama terbesar kedua (Statistik Nasional 2004). Bagi Muslim, identitas agama sering lebih utama daripada etnis dan bisa menjadi sumber dukungan saat menghadapi depresi atau penyakit kronis (Modood dkk. 1997; Cinnirella & Loewenthal, 1999; Mir & Sheikh, 2010).

Namun, banyak profesional kesehatan dan klien Muslim merasa kurang percaya diri membahas nilai dan praktik Islam dalam terapi (Mir & Sheikh, 2010). Studi kami menunjukkan bahwa kesempatan klien untuk mengidentifikasi nilai-nilai mereka sangat penting tetapi sering kurang dibahas dalam terapi (Meer dkk. 2012).

Terapis perlu percaya diri menanyakan peran iman bagi klien untuk memahami mereka lebih baik. Hambatan seperti pelatihan profesional dan batasan peran terapis dapat menghambat eksplorasi ini.

"... Maksud saya, saya harus mengatakan bahwa pelatihan psikoterapi yang saya dapat sama sekali tidak mempersiapkan saya untuk bertanya tentang agama dan spiritualitas..."
"... psikoterapi, maksud saya Anda harus ingat, secara politis (psikoterapi) adalah disiplin yang berusaha untuk menjaga jarak dari agama. karena banyak orang di profesi ini datang dari latar belakang yang lebih sekuler..."

Terapis Keluarga

Pelatihan yang meningkatkan kepercayaan diri terapis dalam membahas agama sangat bermanfaat. Studi awal kami menunjukkan bahwa pengalaman dan pemahaman Islam membantu terapis lebih percaya diri.

Banyak peserta penelitian menekankan bahwa terapi harus mencakup aspek agama jika penting bagi klien. Kesulitan menjalankan ibadah bisa sama beratnya dengan gejala fisik dan psikologis. Klien juga merasa lebih nyaman membahas aspek spiritual dengan terapis dibandingkan keluarga atau teman.

"...dari semua cara yang berbeda untuk membantu orang, terapi psikologis seharusnya bisa mencakup apa saja yang dibawa oleh seseorang... kita bisa beradaptasi, kamu tahu, konten (terapi) dibentuk sebanyak apa yang dibawa orang lain seperti apa yang kami bawa... yang harus kita lakukan adalah cukup terbuka untuk menerima itu apa adanya dan mengadakan diskusi terbuka tentang hal itu."

Manajer Perawatan Sekunder

Hubungan terapis dan klien sangat penting. Klien mengutamakan kerahasiaan (Youssef & Deane, 2006) dan penerimaan tanpa kritik terhadap keyakinan mereka (Koenig dkk., 2001; Paukert dkk., 2009) untuk membangun kepercayaan. Praktisi Muslim yang dikenal di komunitasnya perlu menyadari bahwa klien bisa menilai mereka di luar sesi terapi.

*"...kami berpikir bahwa kami yang menilai pasien - tetapi pasienlah yang menilai kami:
'Siapa orang di depan saya ini [...], seberapa banyak dia memahami saya?'"*

Psikolog Klinis

Sesi awal harus mencakup asesmen nilai dan tujuan, termasuk nilai-nilai agama (lihat Lampiran 2). Diskusi mengenai aktivitas pekerjaan rumah juga dapat digunakan untuk mengeksplorasi signifikansi agama bagi klien (lihat garis besar Sesi 2).

Agama tidak selalu menjadi aspek utama identitas setiap Muslim, tetapi seringkali berperan dalam membentuk cara mereka memahami diri sendiri (Mir & Sheikh, 2010). Islam dapat menjadi pegangan bagi sebagian klien, terutama saat menghadapi depresi. Misalnya, larangan bunuh diri dalam Islam bisa menjadi pencegah kuat bagi mereka yang merasa putus asa. Namun, klien yang biasanya mengandalkan agama secara positif juga bisa terjebak dalam perasaan negatif seperti dosa atau rasa bersalah, yang memperburuk depresi. Terapis harus menanyakan hal ini dan membantu klien menemukan ajaran agama yang lebih mendukung.

Setiap klien harus ditanya sejauh mana mereka ingin memasukkan keyakinan agama dalam terapi, tanpa asumsi bahwa mereka yang religius pasti ingin fokus pada agama atau sebaliknya. Jika ajaran Islam penting bagi klien, melibatkan seseorang dengan pemahaman agama yang mendalam bisa membantu, terutama bagi mereka yang ingin lebih mempraktikkan Islam tetapi merasa kesulitan. Terapis sebaiknya memiliki kontak profesional untuk memastikan nasihat yang diberikan berkualitas.

Manual ini mencakup buku panduan yang mengintegrasikan ajaran Islam untuk membantu klien menggunakan "coping agama positif" (Pargament 2001; Koenig dkk. 2001). Buku ini dikembangkan dari penelitian kesehatan mental komunitas Muslim (Maan 2010) dan masukan dari para ahli serta pengguna layanan.

Banyak klien menghargai keterkaitan terapi dengan ajaran Islam, meskipun ada yang merasa isinya sudah mereka ketahui. Terapis tidak wajib meyakini isi buku, tetapi perlu memahaminya sebagai sumber daya bagi klien yang ingin memanfaatkan iman mereka. Buku ini tidak harus diberikan di awal terapi, tetapi ditawarkan jika klien menunjukkan ketertarikan. Diskusi terbuka tentang ajaran Islam tetap dianjurkan.

Beberapa saran tentang cara berbicara dengan klien mengenai penggunaan agama dalam terapi diberikan di bawah ini:

Terapi ini tentang Anda dan apa yang penting bagi Anda. Anda telah menyebutkan bahwa spiritualitas adalah nilai yang penting bagi Anda. Bagaimana Anda ingin kami memperhatikan aktivitas spiritual selama terapi? Sejauh mana Anda ingin aktivitas spiritual ini menjadi fokus dalam terapi Anda? Saya bukan ahli dalam agama Islam, tetapi saya telah menerima pelatihan untuk mengembangkan pengetahuan saya tentang hubungan antara ajaran Islam dan terapi ini agar dapat membantu Anda sebaik mungkin. Bagaimana perasaan Anda tentang dukungan saya untuk menggunakan keyakinan agama Anda selama terapi?

Apakah Anda pernah merasa bersalah, berdosa, atau marah karena keyakinan agama Anda? Apakah Anda mengetahui ajaran Islam yang dapat membantu Anda memaknai pengalaman Anda dengan cara yang lebih bermanfaat bagi Anda? Bagaimana Anda bisa mencari tahu lebih banyak tentang ajaran Islam yang positif?

Apakah Anda pikir akan bermanfaat untuk melibatkan seseorang yang memiliki pengetahuan mendalam tentang ajaran Islam untuk memberi saran atau memotivasi untuk mencapai tujuan yang telah Anda identifikasi?

Buku Panduan Mandiri

Manual ini mencakup buku panduan yang mengintegrasikan ajaran Islam untuk membantu klien menggunakan "coping agama positif" (Pargament 2001; Koenig dkk. 2001). Buku ini dikembangkan dari penelitian kesehatan mental komunitas Muslim (Maan 2010) dan masukan dari para ahli serta pengguna layanan.

Banyak klien menghargai keterkaitan terapi dengan ajaran Islam, meskipun ada yang merasa isinya sudah mereka ketahui. Terapis tidak wajib meyakini isi buku, tetapi perlu memahaminya sebagai sumber daya bagi klien yang ingin memanfaatkan iman mereka. Buku ini tidak harus diberikan di awal terapi, tetapi ditawarkan jika klien menunjukkan ketertarikan. Diskusi terbuka tentang ajaran Islam tetap dianjurkan.

Berikut adalah beberapa saran untuk mendukung terapis dalam memperkenalkan dan mendiskusikan buku ini dengan klien yang secara jelas menunjukkan bahwa mereka ingin memanfaatkan keyakinan agama mereka selama terapi:

Orang-orang yang mengembangkan terapi ini telah menghasilkan sebuah Buku Panduan Mandiri untuk klien yang berisi ajaran Islam yang mungkin Anda anggap bermanfaat. Saya ingin tahu apakah Anda tertarik untuk melihatnya sebagai pekerjaan rumah Anda minggu ini?

Seberapa bermanfaat menurut Anda buku panduan mandiri tersebut? Apakah ada bagian dari buku tersebut yang menurut Anda dapat mendukung tujuan yang ingin Anda capai?

Bagaimana perasaan Anda jika saya mendukung Anda untuk mempelajari buku tersebut saat kita bertemu dan memikirkan bagaimana itu dapat membantu Anda menjadi lebih aktif?

Apakah akan bermanfaat jika melibatkan seseorang dengan pengetahuan agama yang mendalam untuk mendukung Anda dalam mempelajari buku tersebut?

Buku ini harus digunakan untuk menampilkan kesamaan antara terapi BA dan ajaran Islam, menempatkan terapi dalam kerangka yang dihargai dan mungkin sudah dipahami oleh klien. Dengan demikian, buku ini menguatkan pendekatan BA, bukan menggantikan pendekatan tersebut. Tabel 2 menunjukkan bagaimana ajaran agama yang dimasukkan dalam buku ini berkaitan dengan konsep dasar dari BA dan ide 'coping religius positif'.

Tabel 2. Kesamaan dengan BA

Bagian dari Buku Panduan Mandiri	Kesamaan dengan BA / Manfaat Psikologis
Menghadapi Kesulitan	Dalam BA dan Islam, kesedihan adalah respon normal terhadap kesulitan hidup. Terapis dapat membantu klien

	memahami bahwa perasaan mereka wajar dan stigma yang mereka hadapi tidak benar.
Tetap aktif: Kasih Sayang pada Diri Sendiri Harapan Keyakinan Dasar Langkah Praktis Menuju Kesejahteraan Ikat unta Anda	Bagian ini mendukung 'coping religius positif' dengan mendorong klien melihat diri mereka lebih positif dan tidak terlalu keras pada diri sendiri. Ajaran ini membantu mereka merasa lebih dekat dengan Tuhan, memberi harapan, dan mengurangi rasa kesepian. Bagian ini menunjukkan bahwa BA sejalan dengan Islam, yang menekankan pentingnya tetap aktif. Ibadah sehari-hari, seperti menjalankan lima rukun Islam, bisa menjadi cara sederhana untuk tetap terlibat. Bagi klien yang mengutamakan agama, tindakan kecil ini membantu menyelaraskan keyakinan dengan aktivitas harian. Ini juga mendorong mereka merawat diri sendiri, bukan hanya orang lain. Ajakan ini juga menyoroti kesamaan dengan BA, yang mendorong klien untuk mengambil tindakan sendiri dan tidak hanya mengandalkan Tuhan untuk memberikan solusi.
Selangkah demi selangkah: Mengingat Allah Terhubung dengan Al-Qur'an Memanggil Allah Nama-nama Allah	Ajakan ini menekankan bahwa Islam menganjurkan aktivitas, sejalan dengan terapi berbasis tindakan (Valiente 2003). Dari kedua sudut pandang, perubahan kecil tetapi berdampak besar, meskipun situasi terasa sulit. Hadis juga mengingatkan untuk menghindari ekstremisme, yang bisa membantu mengatasi perilaku obsesif. Bagian ini mendukung 'coping religius positif' dengan mendorong klien berpikir lebih baik tentang diri sendiri dan tidak terlalu keras pada diri mereka. Ajaran ini membantu mereka melihat hubungan dengan Tuhan secara lebih positif, memberi harapan, dan mengurangi rasa kesepian. Selain itu, ajaran ini dapat membantu klien menemukan makna hidup dan membangun ketahanan dalam menghadapi kesulitan. Ajaran ini membantu klien mengatasi ketidakberdayaan. Terapis bisa mengajak mereka melihat Tuhan sebagai Maha

	Penyayang, bukan menghukum, dan membahas ajaran Islam tentang menghadapi kesalahan. Jika klien merasa ragu atau melihat Tuhan dengan cara yang menambah keputusasaan, mereka bisa merenungkan Nama-Nama Allah dan pengalaman positif terkait-Nya. Dzikir Pagi dan Sore juga bisa membantu mereka yang merasa takut atau terancam, termasuk dari kekuatan supernatural.
Menghadapi pikiran yang mengganggu: Rahmat dan Pengampunan Allah Gigih dan Tidak Menyerah Mengembangkan Ihsan	Ajaran ini mendukung coping religius positif dan pendekatan aktif dengan memperkuat hubungan dengan Tuhan. Terapis dapat membantu klien memahami konsep Al-Qur'an, seperti penyakit sebagai ujian dan keyakinan bahwa kesulitan akan berlalu. Konsep Ihsan, yang menekankan fokus penuh pada Tuhan dalam ibadah, mirip dengan mindfulness. Bagi klien yang sering terjebak dalam pikiran negatif, latihan Ihsan saat salat atau ibadah lainnya dapat membantu mereka lebih fokus dan mengurangi perenungan berulang.
Menjadi bagian dari komunitas Anda	Ajaran ini mendukung pendekatan BA dengan mendorong interaksi sosial untuk mengurangi isolasi. Kegiatan seperti berkumpul dengan keluarga, teman, atau menghadiri acara keagamaan bisa menjadi bagian dari aktivasi. Aktivitas ini membantu klien merasa lebih terhubung, mengurangi kesepian, dan mendapatkan dukungan sosial yang penting untuk pemulihan.

Buku panduan ini memungkinkan klien menambahkan kutipan dan ajaran yang mereka anggap bermanfaat. Teknik BA dapat membantu mereka mengintegrasikan ajaran tersebut dalam perawatan depresi, misalnya dengan menjadikannya tugas aktivasi.

Terapis harus menyimpan buku ini dengan hormat. Beberapa klien merasa tersinggung jika melihat Al-Qur'an disimpan sembarangan, seperti di lemari pembersih. Sebaiknya letakkan di rak yang tinggi dan tidak tertutup materi lain.

Latar belakang agama terapis

Beberapa klien Muslim mungkin ingin terapis dengan keyakinan atau jenis kelamin yang sama, sementara yang lain lebih nyaman dengan terapis dari latar belakang berbeda. Terapis dengan latar belakang serupa bisa lebih memahami budaya dan agama klien, tetapi harus tetap profesional dan tidak memberikan saran di luar keahlian, seperti menikah sebagai solusi depresi.

Sebaliknya, ada klien yang lebih memilih terapis dari latar belakang berbeda karena alasan kerahasiaan, pengalaman buruk sebelumnya, atau perasaan malu terhadap kurangnya ketaatan agama.

Yang paling penting bagi klien adalah kepercayaan, empati, dan profesionalisme, bukan latar belakang agama terapis. Idealnya, klien diberi pilihan untuk memilih terapis Muslim atau non-Muslim, karena hubungan terapeutik yang baik bisa mengatasi perbedaan.

Dalam terapi, pemahaman bersama tentang keyakinan bisa memengaruhi hubungan klien dengan Tuhan (Peteet, 2009). Dalam terapi lintas budaya, membangun kepercayaan lebih menantang. Prasangka bisa membuat terapis menganggap pasien Muslim kurang berpikiran psikologis atau memiliki budaya yang inferior (Gorkin, 1986).

Sebaliknya, jika terapis terlalu fokus mempelajari budaya klien daripada kebutuhan mereka, atau membahas perbedaan terlalu dini, ini bisa menghambat hubungan terapeutik.

Terapis perlu memahami agama dan budaya klien, termasuk stereotip, pengaruh agama, dan metafora budaya. Terapis non-Muslim harus menunjukkan keterbukaan untuk membahas isu-isu ini.

"Saya pikir akan membantu jika mereka tahu sedikit tentang agama tersebut atau setidaknya memiliki rasa ingin tahu tentang agama itu, dan pada akhirnya ini semacam masalah sikap. Dan ketika saya bekerja dengan siapa pun dari budaya apa pun, saya percaya bahwa pada akhirnya dalam sistem budaya mereka sendiri akan ada cara untuk menghadapi kesulitan-kesulitan tersebut."

Terapis Keluarga

Terapis yang memahami Islam dapat lebih peka terhadap kebutuhan klien, seperti jadwal salat Jumat atau aturan gender dalam pertemuan. Menunjukkan minat, misalnya dengan merujuk Al-Qur'an, bisa memberi kesan penerimaan (Nielsen, 2004). Beberapa terapis menggunakan ayat dan Hadis untuk membangun harapan atau menghubungkan emosi dengan perilaku.

Klien tidak keberatan jika terapis, Muslim atau non-Muslim, menyarankan aktivitas keagamaan selama itu benar-benar bermanfaat. Namun, dorongan harus seimbang agar tidak membuat klien merasa bersalah.

Pelatihan Islam bagi terapis penting, tetapi mereka harus menyadari keberagaman Muslim dan tidak menggeneralisasi. Refleksi diri tentang budaya, keyakinan, dan bias membantu terapis lebih percaya diri dan peka terhadap kebutuhan klien.

“...Mereka perlu mengeksplorasi hubungan mereka sendiri dengan iman karena jika tidak, mereka tidak bisa membantu orang lain melakukannya.”

Terapis keluarga

Pemahaman spiritual tentang depresi dalam Islam/komunitas Muslim

Penelitian lapangan kami dan Kelompok Penasehat Pengguna Layanan mengonfirmasi bukti dari studi yang ada bahwa sebagian besar Muslim dengan depresi mengaitkan "cara hidup Islami" dengan kesehatan yang baik dan percaya bahwa mengikuti ajaran Islam mendukung proses penyembuhan (Ahmed, Choudhry, dkk. 2007; Coker 2005; Shoeb, Weinstein, dkk. 2007; Tehran, Heidari, dkk. 2009). Informan kunci kami menyoroti bahwa tidak bertindak sesuai keyakinan seseorang dapat berkontribusi pada depresi melalui rasa bersalah dan kritik diri. Mendukung perkembangan kesesuaian antara keyakinan dan tindakan dipromosikan oleh praktisi BA (Kanter dkk. 2010, Veale 2008), dan oleh ayat-ayat Al-Qur'an (misalnya, QS 2:177; 3:114).

“Awalnya saya berpikir, ‘Bagaimana saya bisa menyebut diri saya seorang Muslim jika saya tidak shalat?’ karena jelas... perbedaan antara seorang Muslim dan non-Muslim adalah shalat. Namun, yang saya rasakan setelah saya shalat adalah perasaan baik yang membuat saya ingin melakukannya lagi. ... Itu adalah hilangnya kecemasan, dan saya berpikir, ‘Yah, saya senang dengan ini,’ dan saya rasa itulah yang menjadi dorongan bagi saya untuk ingin melakukannya lagi dan terus melanjutkannya.”

Ajaran Islam tentang stres menekankan ketergantungan pada rahmat dan dukungan Allah serta ibadah sebagai pemenuhan kebutuhan spiritual (Esfahani 1995). Keyakinan dan praktik agama dianggap membantu kesehatan, dan banyak ajaran bisa digunakan dalam terapi jika bermanfaat bagi klien.

Misalnya, Islam mengajarkan bahwa penyakit dan kehilangan adalah ujian, kesabaran diberi pahala, dan Allah dapat memberi kelegaan serta penyembuhan (Mubasshar 2000). Kisah para nabi dalam Al-Qur'an juga dapat menumbuhkan harapan karena menunjukkan ketekunan dalam menghadapi kesulitan.

Informan kunci menekankan bahwa membaca Al-Qur'an dan berdoa memberi ketenangan, harapan, dan ketahanan. Fokus pada hubungan dengan Allah membantu klien memahami pengalaman mereka dan menghindari perenungan berlebihan tentang tindakan orang lain.

Sifat-sifat Allah², seperti Maha Pengampun dan Maha Penyayang, dapat membantu klien mengatasi rendahnya harga diri, keputusan, dan rasa bersalah yang memperburuk depresi (Mubasshar 2000).

Sebaliknya, 'coping religious negatif' muncul ketika penyakit dianggap sebagai hukuman dari Allah. Dalam kasus ini, terapis dapat membantu klien membingkai ulang pandangan mereka berdasarkan ajaran Islam yang lebih positif.

Keyakinan dan praktik agama dapat memengaruhi gangguan obsesif-kompulsif (OCD) dan perenungan negatif (El-Islam 2000; Azhar & Varma 2000). Terapis dapat menggunakan ajaran Islam untuk membantu klien memutus siklus ini.

Misalnya, seorang terapis dapat menjelaskan bahwa memiliki pikiran bersifat seksual tidak otomatis berdosa. Doa perlindungan bisa membantu individu menghadapi situasi yang mereka anggap berisiko, tetapi ketergantungan berlebihan dapat memicu 'safety behaviours.' Seorang klien mungkin awalnya menggunakan doa ini untuk berbelanja, tetapi perlu terapi lebih lanjut agar bisa masuk supermarket tanpa harus membacanya.

Sholat juga dapat menjadi bentuk penghindaran. Kanter (2010) menyarankan klien untuk tetap beribadah sambil mengaktivasi kegiatan lain. Hadis seperti "*Ikatlah untamu terlebih dahulu, lalu bertawakal kepada Allah*" bisa digunakan untuk menyeimbangkan usaha dan doa.

Terapis harus memahami peran budaya dan agama dalam kesehatan mental Muslim. Ini mencakup aspek seperti dominasi anggota keluarga tertentu, yang dibahas lebih lanjut dalam bagian Keterlibatan Keluarga dan Komunitas.

Intervensi yang sesuai budaya meningkatkan keterlibatan klien (Cardemil, Kim dkk., 2005). Penilaian dan terapi harus mempertimbangkan faktor budaya, agama, dan sosial (Valiente, 2003).

Penelitian kami menyoroti perlunya membedakan pengaruh agama dari budaya. Ajaran Islam dapat mendukung kesehatan mental sekaligus menantang praktik budaya yang menghambat penyembuhan.

Misalnya, dalam hubungan penuh kekerasan, beberapa klien merasa terjebak karena tekanan tanggung jawab tanpa memahami hak-hak mereka dalam Islam. Terapis dapat membantu klien menafsirkan ajaran agama secara lebih seimbang.

Menjadwalkan Tugas Aktivasi

BA berfokus pada menetapkan, meninjau, dan menyesuaikan aktivitas setiap sesi. Beberapa klien lebih suka mendapat saran aktivitas yang sesuai dengan nilai mereka, sementara yang lain ingin mengeksplorasi prioritas sendiri.

² Nama-nama ini umumnya dikenal sebagai 'Asmaul Husna' atau 'Nama-Nama Allah' dan disertakan dalam Buku Panduan Mandiri.

Terapis dan klien menentukan detail aktivitas—apa, kapan, dimana, dengan siapa—serta mengidentifikasi hambatan. Klien dapat diminta membayangkan atau mempraktikkan aktivitas tersebut. Terapis juga memastikan aktivitas tidak berbenturan dengan jadwal terapi.

Klien dengan tingkat motivasi yang sangat rendah

Beberapa klien kesulitan memotivasi diri untuk aktif, bahkan merasa tak mampu bangun dari tempat tidur. Terapis dapat menggunakan metafora baterai mobil yang butuh dorongan awal. Langkah pertama memang sulit, tetapi begitu bergerak, momentum akan lebih mudah dijaga.

Terapis menekankan bahwa mereka memiliki strategi untuk membantu klien memulai dengan langkah kecil yang sesuai kenyamanan mereka. Misalnya, meminta klien menetapkan tantangan kecil untuk minggu itu.

Jika klien lebih memilih tetap di tempat tidur, strategi sederhana seperti menggulingkan diri ke lantai bisa membuat posisi tersebut kurang nyaman, mendorong mereka untuk bangun. Persiapan seperti menata pakaian atau menyiapkan sarapan menarik juga dapat memberi insentif.

Fokus utama BA adalah aktivitas konkret. Terapis yang terbiasa dengan CBT dapat menyesuaikan pendekatan dengan memahami bagaimana BA bekerja dalam model kognitif.

Menghadapi Pikiran dalam BA

Dalam BA, pikiran negatif dianggap wajar saat depresi. Pendekatan ini fokus mengaktifkan perilaku tanpa perlu mengubah pikiran terlebih dahulu. Terapis membantu klien memahami bahwa pikiran negatif memperkuat depresi, tanpa menentangnya langsung. Terapis sebaiknya:

- Dalam BA, pikiran negatif diperlakukan seperti perilaku lain—fokusnya pada dampak, bukan kebenarannya. Perenungan dianggap sebagai perilaku yang memperkuat depresi. Terapis tidak mendorong klien menekan atau mengubah pikiran, tetapi meningkatkan kesadaran akan pola ini dan mengajak mereka beralih ke aktivitas yang lebih bermanfaat.

"Saya depresi sepanjang hari kemarin karena saya berpikir tentang bagaimana saudara perempuan saya benar-benar tidak mencintai saya."

Kapan Anda mulai berpikir seperti itu? Apa yang sedang terjadi saat itu? Berapa lama pemikiran itu berlangsung?

Apa yang Anda lakukan saat Anda berpikir seperti itu?

Apakah ada hal lain yang bisa Anda lakukan (daripada merenung) selama waktu itu?

Apa yang sedang terjadi dalam hidup Anda yang tidak Anda nikmati/ikuti/atau yang terlewatkan karena Anda berpikir seperti ini?

Lembar Catatan Pikiran disediakan di Lampiran 7.

- Ketika klien merasa harus membaik dulu sebelum mengubah perilaku, terapis dapat menjelaskan bahwa tindakan tidak selalu bergantung pada perasaan. Misalnya, seseorang bisa menahan diri untuk tidak makan makanan yang bukan miliknya meskipun lapar atau tidak berteriak saat marah. Ini menunjukkan bahwa perilaku bisa diarahkan terlepas dari perasaan internal.

BA sering dianggap bagian dari CBT, tetapi dengan fokus utama pada perubahan perilaku. Meskipun beberapa bentuk CBT lebih menekankan pikiran, BA menunjukkan bahwa mengubah perilaku dapat secara efektif mengubah pikiran negatif. Penelitian (Jacobson dkk., 1996) mendukung bahwa BA sama efektifnya dengan terapi kognitif dalam mengatasi pikiran negatif, sehingga BA tetap sejalan dengan prinsip CBT.³

Penjadwalan Aktivitas Keagamaan

BA bertujuan memberdayakan klien dalam mengatasi depresi melalui tindakan. Dalam konteks klien Muslim, nilai-nilai agama dan budaya perlu dipertimbangkan dalam menetapkan aktivitas. Perilaku beragama dapat diaktifkan seperti perilaku lain dalam BA, dengan fokus pada pembentukan, penjadwalan, dan pengaturannya.

Contoh penggunaan agama sebagai sumber daya baik di dalam maupun di luar sesi terapi yang diambil dari penelitian lapangan kami, Kelompok Penasehat Pengguna Layanan, dan studi yang ada, tercantum di bawah ini.

- **Praktik keagamaan** seperti shalat, membaca Al-Qur'an, dan dzikir efektif dalam mengatasi depresi, mengisi waktu, dan mengurangi kesepian (Cinnirella & Loewenthal, 1999). Berbicara kepada Allah atau menulis buku harian untuk-Nya dapat membantu klien merasa lebih berdaya.
- **Buku Panduan Mandiri** membantu klien memahami konsep dalam Al-Qur'an yang mendukung coping agama positif (Pargament, 2001; Koenig dkk., 2001). Depresi dapat dilihat sebagai ujian sementara (Youssef & Deane, 2006). Klien dapat mencatat dan memilih ajaran yang bermanfaat.
- **Kisah para nabi dan Sunnah Nabi Muhammad dapat membangun ketahanan dan membantu menyelesaikan masalah hidup melalui banyak Hadis yang relevan.**

"..... jika Anda melihat contoh dari Nabi itu sendiri, orang-orang belajar banyak sekali dari beliau, dari cara beliau menjalani hidup, karena beliau sangat seimbang. Jadi..... Anda tahu, seperti jika saya seseorang yang sangat takut pada hubungan dan saya melihat seseorang yang sangat pandai dalam hubungan, saya bisa belajar banyak hanya dengan berada di dekat mereka."

Terapis Keluarga

³ Komunikasi pribadi dengan Jonathon Kanter, Universitas Wisconsin-Milwaukee

- **Pemahaman agama yang keliru** dapat dikoreksi dalam BA jika terapis memiliki otoritas agama. Jika tidak, klien bisa didorong mencari interpretasi dari sumber terpercaya (Peteet, 2009).
- **Penyebab supernatural** bisa menjadi kekhawatiran klien. Terapis harus bersikap simpatik dan mendiskusikan respon Islam yang sesuai, serta berkolaborasi dengan pihak lain jika diperlukan.
- **Penilaian awal** harus mencakup eksplorasi nilai spiritual klien. Jika ada ketidaksesuaian antara aktivitas harian dan keyakinan agama, langkah kecil untuk meningkatkan kesesuaian lebih dianjurkan daripada perubahan besar sekaligus.
- **Hambatan seperti literasi dan tanggung jawab pengasuhan** perlu ditinjau secara individual (lihat bagian “Masalah Umum dalam Melakukan BA”).
- **Tugas aktivasi** dapat menargetkan kemiskinan, pengangguran, diskriminasi, atau kesehatan buruk, dengan BA sebagai alat pemberdayaan. Dukungan terapis, termasuk membantu menghubungi institusi terkait, bisa mengurangi tekanan klien.
- **Strategi menghadapi kesulitan** sosial dapat mencakup perilaku yang dianjurkan dalam Islam. Namun, terapis harus memahami keterbatasan klien dalam mengubah kondisi sosial mereka.

“.... salah satu keterampilan dari seorang terapis BA adalah sebenarnya melatih perubahan, karena agen utama perubahan adalah penjadwalan aktivitas jadi Dalam hal stigma, sekali lagi saya pikir itu kembali ke analisis fungsional dengan ... individu tentang bagaimana mereka mungkin mendekati dan menangani hal-hal tersebut Apa yang tidak bisa kita lakukan adalah menghilangkan stigma semacam itu dalam komunitas mana pun karena itu ada. Ini adalah tentang memikirkan dampak yang ditimbulkan oleh stigma nyata atau ketakutan terhadap stigma yang memengaruhi keterlibatan orang tersebut dalam dunia mereka dan kemudian mendiskusikan itu dengan mereka.”

Praktisi BA

- **Representasi grafis** dapat membantu klien yang kesulitan mengekspresikan emosi secara verbal (Alyamy, 1995). Keputusan mengenai batasan agama terkait gambar manusia ada di tangan klien (Gesundheit, 2008).

Keterlibatan Keluarga dan Komunitas

Melibatkan anggota keluarga

Penelitian (Al-Issa, 2000) dan temuan lapangan kami menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan sosial sejak awal terapi penting bagi beberapa klien Muslim. Berikut beberapa faktor keluarga yang bisa mempengaruhi depresi dan terapi:

- Klien mungkin takut stigma keluarga sehingga enggan mengungkapkan depresi atau menjalani terapi (pasung yang dilakukan pada orang dengan gangguan jiwa)
- Klien bisa kesulitan menentang keluarga karena batas agama. Terapis dapat membantu dengan meningkatkan asertivitas yang tetap menghormati ajaran agama (Naeem, 2010).

".....yang saya sebut sebagai 'teknik permintaan maaf', jadi orang sebelum mereka tidak setuju, mereka mengatakan 'Saya benar-benar minta maaf, saya minta maaf tetapi saya memiliki sudut pandang yang sedikit berbeda dari Anda ... tetapi saya tetap menghormati ...'"

Farooq Naeem, Psikiater

- Keterlibatan keluarga sering diabaikan, padahal bisa membantu klien, terutama perempuan yang bergantung pada keluarga untuk akses perawatan (Al-Krenawi dkk, 1994).
- Terapis dapat membantu klien membahas isu sensitif dalam keluarga. Jika anggota keluarga menolak hadir, terapis bisa meningkatkan kesadaran mereka tentang manfaatnya.
- Harapan keluarga bisa mendorong aktivitas meski klien tidak ingin, seperti tetap menghadiri sholat Jumat meski sudah berhenti sholat sendiri.
- Ketidakseimbangan hak dalam keluarga dapat menekan klien. Menggunakan ajaran Islam tentang hak dan tanggung jawab bisa membantu memperbaiki hubungan (Valiante, 2003).

".....Kita sering mendengar di masjid tentang hak-hak orang tua terhadap anak-anak, tapi jarang mendengar tentang hak-hak anak-anak. Saya mengerti bahwa ada hak, tetapi ini adalah proses yang saling terkait."

Pengguna layanan

- Klien sering kesulitan memprioritaskan diri sendiri. Terapis bisa melibatkan keluarga sebagai 'ko-terapis' agar klien mendapat dukungan.
- Keluarga bisa menyebabkan isolasi dan membatasi akses kerja atau pendidikan, memperburuk depresi (Amowitz dkk., 2003). Anggota keluarga yang netral bisa menjadi mediator.
- Jika ada kekerasan atau penyalahgunaan, terapis harus mengikuti prosedur yang berlaku.

Dalam BA yang disesuaikan dengan budaya, disarankan untuk membahas keterlibatan keluarga sejak sesi pertama. Beberapa terapis bahkan menyarankan

melakukannya sebelum terapi dimulai agar keluarga lebih memahami manfaat terapi. Namun, keputusan tetap ada pada klien, dan diskusi ini sebaiknya dilakukan tanpa kehadiran keluarga. Terapis perlu mengingatkan kembali opsi ini karena banyak klien yang tidak menyadari atau lupa bahwa keterlibatan keluarga bisa membantu. Model BA dari Kanter (2010) juga merekomendasikan pendekatan ini, yang terbukti bermanfaat bagi klien Muslim:

“Pertama, terapis harus memberitahu klien bahwa seberapa besar keterlibatan keluarga tergantung pada keinginan klien. Meski demikian, terapis ingin keluarga terlibat untuk membantu klien mencapai tujuan utama terapi—yaitu melakukan tindakan. Anggota keluarga dapat membantu mengingatkan klien tentang tugas aktivasi dan mendorong penyelesaian tugas tersebut. Oleh karena itu, idealnya anggota keluarga diberi informasi utuh tentang rencana terapi dan konseptualisasi fungsional depresi sebagaimana yang disajikan dalam BA. Anggota keluarga seringkali akan merasa perlu bertemu dengan terapis untuk mempelajari tentang diagnosis depresi, apa artinya, dan rencana terapi.

Keluarga sering tanpa sadar memperkuat perilaku depresi dengan mengambil alih tanggung jawab klien atau memberikan simpati berlebihan. BA tidak menyarankan sikap dingin, tetapi keluarga sebaiknya memberi dorongan dengan kasih sayang, seperti mendorong klien untuk tetap menjalankan tanggung jawabnya. Terapis harus menanyakan apakah klien ingin melibatkan keluarga dalam terapi. Jika keluarga terbukti mendukung, sebaiknya mereka segera diundang, idealnya pada sesi kedua. Jika suami diundang, terapis harus menghubungkannya langsung dengan pendekatan persuasif.

Jika hubungan keluarga lebih rumit, terapis perlu berdiskusi lebih lanjut dengan klien sebelum memutuskan keterlibatan keluarga. Jika pasangan tidak mendukung atau sibuk, terapis bisa membantu klien menemukan solusi, seperti menjadwalkan sesi di malam hari atau akhir pekan agar pasangan dapat hadir (Kanter, 2010).

Sumber daya komunitas

Penelitian menunjukkan bahwa bekerja sama dengan organisasi agama dan komunitas dapat meningkatkan sensitivitas budaya dalam intervensi kesehatan (Bopp, Wilcox dkk., 2009). Terapis yang terhubung dengan komunitas Muslim bisa memanfaatkan sumber daya ini untuk membantu klien dan meningkatkan kesadaran kesehatan mental. Sumber daya khusus yang disebutkan oleh praktisi dan pengguna layanan dijelaskan di bawah ini:

- **Imam (pemimpin masjid), syekh (ahli dalam ajaran Islam), dan individu lain yang memiliki pengetahuan agama** (baik pria maupun wanita). Klien atau terapis dapat berkonsultasi dengan pemuka agama untuk mendapat nasihat atau belajar ilmu agama. Terapis bisa merujuk klien ke mereka jika depresi berkaitan dengan keyakinan. Beberapa terapis bekerja sama dengan ulama untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental dan mengubah

praktik komunitas yang kurang mendukung pemulihan, misalnya melalui khutbah atau pengajian dengan bahasa yang mudah dipahami.

Kolaborasi dengan pemuka agama dapat membantu jika keyakinan klien berkontribusi pada depresinya. Menjelaskan tafsir Islam yang lebih mendukung pemulihan bisa bermanfaat tanpa merendahkan keyakinan klien. Beberapa praktik dalam komunitas Muslim mungkin tidak sejalan dengan ajaran Al-Qur'an dan Hadis, tetapi klien bisa merasa terikat untuk mengikutinya. Klien harus terlibat dalam menentukan bentuk kolaborasi ini, dengan menjaga kerahasiaan. Imam yang bekerja di bidang profesional sering memahami kesehatan mental, tetapi waktu mereka terbatas. Penelitian mendukung perlunya lebih banyak pelatihan dan sistem rujukan yang efektif (Shaikh & Hatcher 2005).

- Klien Muslim sering mengandalkan penyembuh spiritual, ahli herbal, dan homeopati karena keterbatasan tenaga kesehatan mental di beberapa negara (Sembhi & Dein 1998; Shaikh & Hatcher 2005). Pendekatan tradisional ini lebih umum, terutama di kalangan orang tua, dan sering dianggap lebih memuaskan dibandingkan layanan medis (Shibre, Spangeus dkk. 2008).

"...Kedua hal ini sering kali berjalan bersama, yaitu orang-orang pergi ke dokter, tetapi secara bersamaan juga akan menemui seorang penyembuh dan Imam, dan terkadang beberapa penyembuh sekaligus..."

Terapis

Masyarakat Muslim sering memilih pengobatan alternatif karena keyakinan agama, aksesibilitas, dan stigma terhadap pengobatan medis (Sembhi & Dein, 1998). Meski tidak dianjurkan dalam Islam, praktik seperti jimat dan ziarah makam tetap dipercaya, didukung oleh tekanan keluarga dan komunitas (Shaikh & Hatcher, 2005).

Studi di Inggris dan negara lain menunjukkan kekhawatiran Muslim tentang komunikasi, perhatian terhadap kebutuhan agama, serta kurangnya kepercayaan pada layanan kesehatan mental (Bowl, 2007; Youssef & Deane, 2006), sejalan dengan temuan kami.

"...kekhawatiran mereka terkait dengan terapis, terkait dengan kerahasiaan...Mereka mungkin memberitahu orang tua saya. Mereka mungkin memberitahu suami saya, hal-hal seperti itu...istri saya..."

Manajer Layanan Kesehatan Mental

Pendekatan berbasis komunitas dan layanan yang terintegrasi secara budaya dapat membantu perawatan kesehatan mental (Shaikh & Hatcher, 2005; Mubbashar, 2000). Namun, ada risiko eksploitasi, termasuk biaya tinggi untuk pengobatan alternatif (Dein, 2008). Informan kunci menilai praktisi yang tidak memungut biaya cenderung lebih kredibel dan berpihak pada kepentingan klien.

- **Kegiatan kelompok.** Kegiatan kelompok dapat membantu klien Muslim mengurangi isolasi dan memahami situasi mereka. Diskusi kelompok dengan

dukungan tokoh agama bisa memperkuat pesan terapi dan meluruskan pemahaman Islam yang keliru. Misalnya, ulama dalam kelompok manajemen agresi memberi perspektif Islam tentang kemarahan. Mengadakan pertemuan di tempat komunitas, seperti masjid, bisa mengurangi stigma dan meningkatkan akses. Kelompok sosial, kelas agama, dan pendidikan juga bermanfaat. Seorang informan merasa kelas Bahasa Inggris membantunya merasa 'normal' karena tidak langsung berfokus pada kesehatan mental.

7. Masalah Umum dalam Melakukan BA

Deskripsi berikut menyangkut strategi untuk mengatasi kesulitan selama terapi yang diambil dari manual yang dikembangkan oleh Kanter (2010), sebagai dasar adaptasi ini:

Apa yang harus dilakukan ketika terapi bukan prioritas utama?

Banyak klien tidak menjadikan terapi sebagai prioritas, baik karena merasa belum membutuhkannya atau menghentikannya saat mulai merasa lebih baik. Hal ini menyebabkan mereka datang dalam kondisi krisis atau berhenti sebelum memperoleh manfaat penuh. Untuk mencegah ini, sejak Sesi 1, terapis harus menekankan pentingnya menyelesaikan terapi agar klien mempelajari keterampilan baru menghadapi kesulitan. Dalam penelitian kami, terapi dirancang untuk 12 sesi, dengan harapan klien berkomitmen setidaknya 6 sesi.

Kembali ke Sesi 2 harus dianggap sebagai bagian dari tugas terapi. Terapis dan klien perlu membahas hambatan yang mungkin muncul dan strategi untuk mengatasinya, seperti memberi tahu orang lain tentang jadwal terapi atau membuat pengingat. Jika kondisi klien membaik, sesi bisa dikurangi menjadi dua minggu sekali, lalu dua bulan sekali sebelum terapi dihentikan. Hal ini memungkinkan terapis memantau apakah klien tetap menerapkan keterampilan yang dipelajari.

Ketika klien berhenti karena obat-obatan

Seperti dalam kasus ketika terapi bukan prioritas, klien yang mengonsumsi obat sering menghentikan terapi saat gejala membaik. Oleh karena itu, sejak awal terapi, terapis harus menjelaskan bahwa kombinasi obat dan psikoterapi lebih efektif dibandingkan obat saja. Tanpa psikoterapi, risiko kekambuhan meningkat setelah penghentian obat.

Ketika klien tidak konsisten hadir

Klien sering melewatkan sesi karena hambatan eksternal seperti transportasi, tanggung jawab keluarga, dan pekerjaan. Klien juga mungkin merasa progresnya kurang cepat. Oleh karena itu, menghadiri sesi harus menjadi target terapi dalam model BA. Terapis perlu mengantisipasi hambatan dan merencanakan solusinya bersama klien. Melewatkan sesi harus diperlakukan sebagai bentuk penghindaran dan dibahas secara terbuka. Terapis dapat mengingatkan janji temu, membuat kontrak kehadiran, atau menghubungi klien setelah beberapa ketidakhadiran berturut-turut. (lihat Lampiran 8).

Melakukan BA secara spontan

Selama pengembangan terapi, berbagai situasi dapat menyebabkan terapis melakukan "BA secara spontan". Sesi ini biasanya dilakukan melalui telepon. Pada setiap situasi yang dijelaskan berikut, terapis mencoba untuk membuat panggilan telepon sesuai dengan model BA dan merujuk pada masalah yang telah dibahas dalam terapi.

Klien membatalkan janji temu karena merasa tidak dalam kondisi baik. Jika klien membatalkan janji dengan alasan merasa terpuruk dan ingin tetap di tempat tidur, ini adalah kesempatan untuk menerapkan teknik BA. Terapis dapat menjelaskan bahwa ini adalah pola penghindaran, yang mungkin terasa nyaman sesaat tetapi berdampak negatif dalam jangka panjang. Terapis bisa menyoroti konsekuensi seperti melewatkan terapi dan tidak menyelesaikan masalah, lalu mendorong klien untuk tetap datang sebagai langkah aktif menuju pemulihan.

Klien mendiskusikan penghentian terapi melalui telepon. Jika klien ingin menghentikan terapi, terapis harus membedakan antara kesiapan nyata untuk berhenti dan penghindaran. Dalam kedua kasus, sebaiknya diadakan sesi tambahan. Jika klien siap berhenti, sesi dapat digunakan untuk meninjau materi penghentian. Namun, jika keputusan ini adalah bentuk penghindaran, terapis harus menjelaskan pola ini sesuai dengan model BA.

Klien menelepon tentang krisis. Jika klien menelepon dalam keadaan krisis tetapi tidak dalam bahaya bunuh diri, ini adalah kesempatan untuk menerapkan BA secara langsung. Terapis harus memahami situasi dengan cepat, membantu klien mengenali pola penghindaran, dan mengarahkan mereka pada langkah-langkah konkret untuk mengatasi masalah. Jika krisis ditangani lewat telepon, penting untuk membahasnya kembali di sesi berikutnya.

7. Lampiran

Lampiran 1: Ukuran Hasil

PHQ-9 Depresi

KUESIONER KESEHATAN PASIEN-9 (PHQ-9)

Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? (Gunakan "✓" untuk menandai jawaban Anda)	Tidak pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu yang dimaksud	Hampir setiap hari
1. Kurang tertarik atau bergairah dalam melakukan apapun	0	1	2	3
2. Merasa murung, muram, atau putus asa	0	1	2	3
3. Sulit tidur atau mudah terbangun, atau terlalu banyak tidur	0	1	2	3
4. Merasa lelah atau kurang bertenaga	0	1	2	3
5. Kurang nafsu makan atau terlalu banyak makan	0	1	2	3
6. Kurang percaya diri — atau merasa bahwa Anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga	0	1	2	3
7. Sulit berkonsentrasi pada sesuatu, misalnya membaca koran atau menonton televisi	0	1	2	3
8. Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikannya. Atau sebaliknya — merasa resah atau gelisah sehingga Anda lebih sering bergerak dari biasanya.	0	1	2	3
9. Merasa lebih baik mati atau ingin melukai diri sendiri dengan cara apapun.	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Jika Anda mencentang salah satu masalah, seberapa besar kesulitan yang ditimbulkan karenanya dalam melakukan pekerjaan, mengurus pekerjaan rumah tangga, atau bergaul dengan orang lain?

Sangat tidak sulit ☐	Sedikit sulit ☐	Sangat sulit ☐	Luar biasa sulit ☐
--	---	--	--

Dikembangkan oleh Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, dan rekan, dengan penghargaan di bidang pendidikan dari Pfizer Inc. Anda bebas memperbanyak, menerjemahkan, menampilkan, atau menyebarkan lembar ini.

Skala Depresi Aktivasi Perilaku – Formulir Singkat (BADs-SF)⁴

Silakan baca setiap pernyataan dengan teliti, lalu beri tanda centang (V) pada angka yang paling BENAR menggambarkan kondisi Anda SELAMA SEMINGGU TERAKHIR, TERMASUK HARI INI.

	0 = Tidak sama sekali 1 2 = Sedikit benar 3 4 = Banyak benar 5 6 = Sepenuhnya benar	0	1	2	3	4	5	6	AC	AV	T
1	Ada hal-hal tertentu yang harus saya lakukan tetapi tidak saya lakukan.										
2	Saya puas dengan jumlah dan jenis aktivitas yang saya lakukan.										
3	Saya melakukan berbagai macam aktivitas.										
4	Saya membuat keputusan yang baik tentang jenis aktivitas dan/atau situasi yang saya masuki.										
5	Saya adalah orang yang aktif dan mencapai tujuan yang saya tetapkan.										
6	Sebagian besar yang saya lakukan adalah untuk melarikan diri dari atau menghindari sesuatu yang tidak menyenangkan.										
7	Saya menghabiskan banyak waktu memikirkan masalah saya berulang-ulang.										
8	Saya terlibat dalam aktivitas yang membuat saya teralihkan dari perasaan buruk.										
9	Saya melakukan hal-hal yang menyenangkan.										

⁴ Rentang skor adalah 0 hingga 54, dengan skor tinggi menunjukkan tingkat aktivasi yang lebih besar. Aktivasi = AC; Penghindaran/Ruminasi = AV. Untuk skor total (T), ikuti penandaan pada kolom paling kanan. Skor tinggi pada skala total menunjukkan tingkat aktivasi yang lebih tinggi. Item dengan tanda "R" pada template penilaian harus diberi skor terbalik hanya untuk skor total, bukan saat menghitung skor subskala Penghindaran/Ruminasi. Untuk detail lebih lanjut, lihat: Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). *The Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form: Development and validation. Behavior Therapy, 42*, 726–739.

The Brief RCOPE: Item-Item Subskala Coping Positif dan Negatif

Pikirkan tentang bagaimana Anda mencoba memahami dan menghadapi masalah besar dalam hidup Anda. Seberapa sering Anda menggunakan masing-masing hal berikut untuk mengatasinya? Beri tanda centang pada kotak yang sesuai dengan setiap pernyataan di bawah ini.

		Tidak sama sekali 0	Agak sering 1	Cukup sering 2	Sangat sering 3
1	Mencari hubungan yang lebih kuat dengan Allah (misalnya, melalui tindakan keagamaan).				
2	Meminta cinta dan perhatian Allah				
3	Meminta bantuan Allah untuk melepaskan kemarahan saya				
4	Berusaha menjalankan rencana saya dengan bantuan Allah				
5	Mencoba melihat bagaimana Allah mungkin sedang menguatkan saya dalam situasi ini				
6	Meminta ampun atas dosa-dosa saya				
7	Fokus pada agama untuk berhenti khawatir tentang masalah saya				
8	Bertanya-tanya apakah Allah telah meninggalkan saya				
9	Merasa dihukum oleh Allah karena kurangnya pengabdian saya				
10	Bertanya-tanya apa yang saya lakukan sehingga Allah menghukum saya				
11	Mempertanyakan cinta Allah kepada saya				
12	Bertanya-tanya apakah komunitas agama saya telah meninggalkan saya				
13	Memutuskan bahwa setan membuat hal ini terjadi				
14	Mempertanyakan kekuasaan Allah				

PCOPE = NCOPE =

Pargament, K.; Feuille, M.; Burdzy, D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions* 2011, 2, 51-76.
<https://doi.org/10.3390/rel2010051>

Ziasma Haneef Khan & P. J. Watson (2006) RESEARCH: "Construction of the Pakistani Religious Coping Practices Scale: Correlations With Religious Coping, Religious Orientation, and Reactions to Stress Among Muslim University Students", *The International Journal for the Psychology of Religion*, 16:2, 101-112, DOI: 10.1207/s15327582ijpr1602_2

Lampiran 2: Menjelaskan Nilai-Nilai



Lembar yang akan Anda isi digunakan untuk membantu menjelaskan nilai-nilai pribadi dalam hidup Anda.

Lembar tersebut mencantumkan berbagai bidang kehidupan yang dihargai oleh kebanyakan orang. Mungkin Anda memiliki nilai-nilai di setiap bidang ini, atau Anda mungkin merasa bahwa beberapa lebih relevan untuk Anda daripada yang lain. Fokuslah pada bidang apa pun yang penting bagi Anda. Ini bukan tes untuk melihat apakah Anda memiliki nilai-nilai yang "benar," tetapi ini adalah area kehidupan yang dirancang untuk membantu Anda mengetahui apa nilai-nilai pribadi Anda. Anda akan mendeskripsikan kualitas-kualitas yang ingin ada dalam hidup Anda di setiap bidang tersebut. Deskripsikan bagaimana Anda ingin memperlakukan orang lain, termasuk diri Anda sendiri, jika Anda memiliki situasi yang ideal. Tidak ada cara yang 'benar' atau 'salah' untuk melakukan ini, hanya 'cara Anda' sehingga Anda bisa menggunakan lembar tambahan jika diperlukan.

Lembar Ringkasan Nilai-Nilai⁵

Apa yang menjadi fokus perhatian Anda, apa yang ingin Anda capai, dalam situasi terbaik?

1. Nilai Pernikahan/Hubungan Intim:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

2. Nilai Pengasuhan:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

3. Nilai Hubungan Keluarga Lainnya:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

⁵ Diadaptasi dari Walser R. D. & Westrup D. (2007) *Acceptance & Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder & Trauma-Related Problems* New Harbinger Publications

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

4. Nilai Persahabatan/Hubungan Sosial:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

5. Nilai Pekerjaan atau Karir:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

6. Nilai Pembelajaran:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

7. Nilai Rekreasi & Mengisi waktu luang:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

8. Nilai Spiritualitas/keagamaan:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

9. Nilai Kewarganegaraan:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

10. Nilai Kesehatan & Kesejahteraan:

Pentingnya:

Tujuan/Tindakan:

Pikiran dan perasaan yang dapat menghalangi Anda untuk hidup sesuai dengan nilai Anda:

Tulis paragraf singkat tentang apa artinya bagi Anda untuk menjalani nilai ini dan apa artinya jika Anda tidak melakukannya:

Terima kasih telah menyelesaikan lembar ringkasan nilai-nilai. Saya harap kita sekarang dapat menggunakan ini sebagai panduan untuk kerja terapeutik kita bersama. Silakan gunakan informasi yang telah Anda kumpulkan dalam Lembar Ringkasan Nilai-Nilai ini untuk mengisi Peta Tindakan Nilai-Nilai.

Peta Tindakan Nilai-Nilai

Nilai:			
Tujuan	Tindakan	Hambatan	Strategi

Lembar ini dapat digunakan untuk membuat jalur yang akan membantu Anda mencapai salah satu nilai Anda. Pilih nilai yang ingin Anda kerjakan, dan tetapkan beberapa tujuan yang terkait dengan nilai tersebut yang terasa dapat dilakukan. Mungkin ada tujuan jangka pendek dan jangka panjang untuk setiap nilai. Untuk setiap tujuan jangka pendek, tuliskan tindakan spesifik, yang mungkin melibatkan beberapa langkah kecil lebih lanjut. Kemudian pertimbangkan hambatan apa yang mungkin muncul terkait dengan pengalaman atau pemikiran yang tidak diinginkan. Untuk setiap hambatan yang Anda tulis, pertimbangkan strategi apa yang dapat membantu Anda mengatasi hambatan tersebut.

Lampiran 3: Lembar Pemantauan Aktivitas

Jam	Ahad	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jum'at	Sabtu
6 – 7							
7 – 8							
8 – 9							
9 – 10							
10 – 11							
11 – 12							
12 – 13							
13 – 14							
14 – 15							
15 – 16							
16 – 17							
17 – 18							
18 – 19							
19 – 20							
20 – 21							
21 – 22							
22 – 23							

[illegible]

Lampiran 5: Lembar Tugas Aktivitas BA

Aktivitas	Apa/kapan/ dimana/dengan siapa	Hambatan	Solusi untuk hambatan	Hasil

Lampiran 6: PANDUAN UNTUK TETAP AKTIF

Hal-hal yang perlu diingat: Apa yang membantu dalam terapi? Apa yang membuat saya merasa lebih baik? Apa yang penting untuk diingat?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bagaimana saya akan menyadari jika saya mulai depresi lagi? Apa hal-hal spesifik yang saya lakukan yang menunjukkan saya mungkin sedang depresi?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Aktivitas penting yang harus terus dilakukan (baik aktivitas yang saya nikmati DAN aktivitas yang penting untuk dilakukan meskipun saya lebih memilih menghindarinya):

1. _____

Hambatan untuk melakukannya: _____

Rencana untuk mengatasi hambatan: _____

2. _____

Hambatan untuk melakukannya: _____

Rencana untuk mengatasi hambatan: _____

3. _____

Hambatan untuk melakukannya: _____

Rencana untuk mengatasi hambatan: _____

4. _____

Hambatan untuk melakukannya: _____

Rencana untuk mengatasi hambatan: _____

5. _____

Hambatan untuk melakukannya: _____

Rencana untuk mengatasi hambatan: _____

Pikirkan tentang tahun depan dalam hidup Anda. Peristiwa apa – liburan, ulang tahun, pergantian musim, hal-hal spesifik yang pasangan Anda lakukan atau tidak lakukan – yang akan sulit bagi Anda untuk hadapi?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Bagaimana saya akan mengatasi peristiwa dan situasi ini? Tindakan spesifik apa yang akan saya ambil? Daftar ini bisa mencakup berbicara dengan keluarga dan teman, serta menghubungi terapis Anda untuk bantuan jika diperlukan.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Lampiran 7. Lembar Catatan Pikiran⁶

Situasi	Pikiran / Gambar yang Tidak Mengganggu	Sensasi Perasaan/Tubuh (nilai 0 - 100%)	Respons Alternatif / Apa yang bisa saya lakukan atau pikirkan sebagai gantinya?	Rencana Tindakan / Teknik Defusi. Apa yang harus dilakukan?	Nilai ulang emosi (nilai 0 - 100%)
Apa yang terjadi? Di mana? Kapan? (Hari & waktu) Dengan siapa?	Apa yang terlintas dalam pikiran saya? Apa yang mengganggu saya? Apa arti pemikiran/gambar/kenangan tersebut bagi saya, atau apa yang itu katakan tentang saya atau situasinya? Apa yang saya tanggapi? Apa 'tombol' yang ditekan oleh ini bagi saya? Apa hal terburuk yang bisa terjadi atau yang bisa terjadi?	Emosi apa yang saya rasakan saat itu? Apa lagi? Seberapa intens rasanya? Apa yang saya rasakan di tubuh saya?	Apakah pemikiran ini menghentikan saya untuk melakukan sesuatu yang lebih bermanfaat yang lebih sesuai dengan nilai dan tujuan saya? Apa yang tidak saya lakukan karena pemikiran/gambar ini? Apa bukti untuk dan melawan pemikiran ini?	Apa yang bisa saya lakukan berbeda? Apa yang lebih efektif? Lakukan sesuatu! Apa yang akan paling membantu saya atau situasi ini? Apa konsekuensinya jika saya melakukannya atau tidak melakukannya...?	Apa yang saya rasakan sekarang? Seberapa intens rasanya sekarang?

⁶ Diadaptasi dari: www.getselfhelp.co.uk

Lampiran 8: Surat Tindak Lanjut setelah Beberapa Ketidakhadiran

[kop surat]

Tanggal

Yth.

Sesi terapi Anda pada [tanggal]

Saya menyesal bahwa Anda tidak dapat menghadiri sesi yang telah kita jadwalkan pada tanggal di atas. Saya mengerti bahwa terkadang sulit untuk datang ke pertemuan yang kita sepakati, tetapi saya menulis surat ini untuk mendorong Anda agar tetap melanjutkan terapi meskipun mungkin terasa sulit saat ini. Saya yakin bahwa jika kita bekerjasama untuk mengatasi masalah yang Anda alami, akan lebih bermanfaat dalam jangka panjang daripada menghindari terapi.

Saya harap Anda setuju untuk bertemu dengan saya pada **[tanggal dan waktu]**, meskipun Anda mungkin tidak ingin melanjutkan, agar kita dapat membahas ini secara langsung. Menghadiri sesi ini akan menjadi langkah aktif dalam mencoba mengatasi masalah yang telah Anda ceritakan. Jika tanggal atau waktu tersebut tidak cocok, harap hubungi saya di nomor telepon di bawah untuk merubahnya. Saya berharap dapat bertemu dengan Anda.

Salam hangat.

[nama terapis dan kontak]

Lampiran 9. Daftar Refleksi/Pertanyaan Umum untuk Supervisi

Sesi #: _____

Tanggal: _____

Klien: _____

Terapis: _____

Dalam sesi ini, apakah Anda:		Ya/Tidak	Apa yang berjalan dengan baik? Bagaimana Anda akan meningkatkan? Refleksi Diri
1	Membahas masalah klien dengan cara yang konsisten dengan model BA?	Ya/Tidak	
2	Mempertahankan fokus aktivasi sepanjang sesi?	Ya/Tidak	
3	Membahas keluarga klien atau melibatkan keluarga dalam terapi?	Ya/Tidak	
4	Memperhatikan nilai-nilai klien, termasuk nilai agama/budaya, sesuai dengan sejauh mana klien ingin mengintegrasikan ini dalam terapi?	Ya/Tidak	
5	Membahas dan mengatasi hambatan untuk penghentian dini terapi?	Ya/Tidak	
6	Membahas perilaku penghindaran klien atau potensi untuk menghindari sesi?	Ya/Tidak	
7	Mengidentifikasi aktivitas spesifik untuk klien lakukan... HIRARKI AKTIVITAS?	Ya/Tidak	
8	...melalui pertanyaan umum?	Ya/Tidak	
9	...melalui penggunaan pemantauan aktivitas? BAGAN AKTIVITAS?	Ya/Tidak	
10	...melalui penggunaan penilaian nilai? PENILAIAN NILAI?	Ya/Tidak	
11	Membahas atau menetapkan beberapa aktivitas yang terkait dengan penguasaan DAN kesenangan?	Ya/Tidak	
12	Menetapkan aktivitas spesifik untuk klien lakukan... LEMBAR PEKERJAAN?	Ya/Tidak	
13	...dan membuat tugas menjadi konkret dan spesifik?	Ya/Tidak	

14	...dan membagi tugas yang kompleks menjadi komponen atau mengurutkan langkah-langkahnya?	Ya/Tidak	
	...dan memaksimalkan kemungkinan klien menyelesaikan aktivitas dengan...	Ya/Tidak	
15	...membahas hambatan dan solusi untuk hambatan tersebut?	Ya/Tidak	
16	...berlatih secara mental untuk menyelesaikan aktivitas?	Ya/Tidak	
17	...meminta klien memberi tahu orang lain tentang aktivitas tersebut?	Ya/Tidak	
18	...menggunakan pengingat seperti <i>sticky notes</i> , pesan telepon, dll?	Ya/Tidak	
19	...membahas dengan klien penggunaan penghargaan diri untuk menyelesaikan aktivitas?	Ya/Tidak	
20	Meninjau aktivitas yang ditugaskan minggu sebelumnya?	Ya/Tidak	
21	Membahas pentingnya mengintegrasikan aktivitas ke dalam rutinitas?	Ya/Tidak	
22	Membahas dan merencanakan pencegahan kekambuhan PANDUAN UNTUK TETAP AKTIF	Ya/Tidak	

Selesaikan sesi ini:		Selesaikan pada sesi berikutnya:		
	Tugas spesifik	Apakah Anda telah meninjau?	Perkiraan persentase penyelesaian (0 – 100)	Catatan tentang tugas ini
1		Ya/Tidak		
2		Ya/Tidak		
3		Ya/Tidak		
4		Ya/Tidak		
5		Ya/Tidak		

Pengingat lainnya:

Sesi Pertama	Mempertahankan Fokus Aktivasi	Pertanyaan Umum untuk Mengidentifikasi Aktivitas	Masalah Aktivitas Spesifik
- Dengarkan cerita klien dan hubungkan dengan model 2 lingkaran: - Memunculkan kejadian hidup negatif - Memunculkan respon umum - Demonstrasikan siklus - Diskusikan pemutusan siklus dengan aktivasi - Ringkas pendekatan aktivasi - Minta umpan balik - Diskusikan sesi kedua Opsional: - Tugas aktivasi awal - Pemantauan aktivitas - Penilaian nilai - Diskusikan keterlibatan keluarga	"Tindakan adalah kunci untuk merasa lebih baik, dan kita tidak bisa menunggu Anda merasa lebih baik, kita harus bertindak dulu" Mengaktivasi itu seperti mendorong mobil... Bekerja dari "luar ke dalam" "Apa yang bisa kita lakukan untuk membantu Anda melakukan ini meskipun Anda tidak merasa seperti itu... tidak merasa termotivasi?"	- Apa yang telah Anda berhenti lakukan? - Apa yang Anda lakukan secara tidak efektif? - Apa yang Anda hindari? - Masalah apa yang perlu Anda selesaikan? - Apa yang memberi Anda rasa kesenangan? - Apa yang memberi Anda rasa pencapaian?	Tidur: - Lembar kebersihan tidur - Relaksasi Kesulitan akulturasi dan diskriminasi (misalnya, literasi): - Validasi - Definisikan masalah - Pecah menjadi langkah-langkah - Tetapkan ekspektasi yang wajar Masalah medis: - Fokus pada kepatuhan - Buat janji selama sesi - Tentukan hambatan untuk perawatan yang baik - Libatkan keluarga yang mendukung
Penghentian Dini: - Diskusikan perkiraan jalannya perawatan di Sesi 1 - Beritahu klien untuk tidak berhenti jika merasa lebih baik - Tujuan adalah mengajarkan klien keterampilan baru - Komitmen untuk setidaknya 6 sesi - Tekankan kembali sesi berikutnya di akhir setiap sesi - Selesaikan hambatan untuk hadir di sesi - Ceritakan kepada orang lain tentang janji temu - Pasang pengingat			

Pertanyaan Tipikal untuk Supervisi

1. Berapa skor depresi klien? Apakah klien mengalami perbaikan, tetap sama, atau semakin buruk?
2. Bagaimana hubungan Anda dengan klien? Apakah Anda merasa klien memiliki hubungan yang baik, bekerja, dan saling mempercayai dengan Anda? Apakah Anda merasa empati yang kuat terhadap klien dan merasa hubungan yang kuat dengan klien? Apakah Anda merasa frustrasi atau memiliki perasaan negatif lainnya tentang klien yang perlu kita bahas?
3. Sejauh mana Anda merasa yakin dalam menangani nilai-nilai klien dalam terapi? Sejauh mana Anda telah mampu melakukannya sejauh ini?
4. Apakah klien menyatakan persetujuan dengan model BA? Apakah klien memahami hubungan antara peningkatan aktivitas dan perbaikan suasana hati? Apakah klien memahami fokus dalam BA pada tugas rumah konkret untuk membuat klien lebih terlibat dalam kehidupan?
5. Apakah klien semakin aktif? Apakah klien menyelesaikan tugas rumah?
 - a. Apakah Anda memberikan antara 3 hingga 5 tugas per sesi?
 - b. Apakah tugas-tugas ini se-spesifik dan sekonkret mungkin?
 - c. Apakah Anda meninjau potensi hambatan untuk penyelesaian tugas dengan klien?
6. Apa yang menghalangi klien dalam menyelesaikan tugas? Dapatkah tim supervisi memberikan solusi tambahan?
7. Apa masalah inti klien, dan bagaimana kita menangani masalah inti ini dengan tugas aktivasi? Dapatkah tim supervisi memberikan ide tambahan untuk mengaktifkan klien terkait dengan masalah inti?
8. Apa konseptualisasi kasus?
 - a. Apakah Anda merasa bahwa jika klien berhasil diaktifkan dalam semua cara yang dijelaskan dalam konseptualisasi kasus, klien tidak akan lagi depresi?
 - b. Apakah ada hal tentang klien ini yang Anda rasa secara klinis tidak kita tangani dengan model BA? Kita tidak ingin model ini hanya aktivasi yang dangkal; kita ingin itu menangani masalah inti klien sebagaimana Anda melihatnya.

Lampiran 10: Glosarium

Ahadis: bentuk jamak dari Hadis (lihat di bawah)

Allah: nama dalam bahasa Arab untuk Tuhan. Muslim percaya bahwa Tuhan tidak memiliki pasangan, tidak berjenis kelamin dan tidak memiliki awal atau akhir.

Alhamdulillah: 'segala puji bagi Allah'. Ini adalah ungkapan yang digunakan umat Muslim untuk menyatakan rasa syukur kepada Tuhan atau memuji-Nya.

Sifat-sifat Tuhan (Nama-nama Allah): kualitas-kualitas yang Tuhan sebutkan tentang diri-Nya dalam Al-Qur'an, seperti Sang Penyedia dan Yang Maha Penyayang (lihat Buku Panduan Klien untuk 99 Nama Allah).

Bismillah: 'dengan nama Allah'. Ajaran Islam menganjurkan memulai setiap perbuatan baik dengan kata-kata ini.

Dzikir: kata dalam bahasa Arab yang berarti ingatan terhadap Allah. Ini bisa berupa doa pendek yang bisa dibaca kapan saja untuk meningkatkan ibadah dan sebagai perlindungan dari bahaya, seperti dari mata jahat atau jin.

'Ain: bahaya yang dapat ditimbulkan pada seseorang akibat kekaguman atau pandangan orang lain. Ajaran Islam menganjurkan untuk mendoakan keberkahan bagi seseorang jika melihat sesuatu yang disukai dengan mengatakan 'Masha'Allah'.

Lima Rukun Islam: lima pokok ajaran dalam agama Islam yang harus dipenuhi oleh umat Muslim (lihat Buku Panduan Klien). Lima rukun tersebut adalah: pernyataan iman terhadap Tuhan Yang Maha Esa (syahadah); lima waktu salat harian pada waktu yang telah ditentukan (salah); memberikan zakat sebagai pajak atas kekayaan untuk mendukung orang yang membutuhkan (zakah); berpuasa pada bulan Ramadhan ; dan pergi haji ke Mekah (hajj).

Sholat Jum'at: pria Muslim diwajibkan untuk menghadiri shalat berjamaah setiap Jumat di masjid. Salat ini diawali dengan khutbah. Banyak wanita juga memilih untuk hadir ke masjid untuk salat Jumat.

Hadis: sebuah perkataan atau tindakan yang dilaporkan dari Nabi Muhammad. Islam mempromosikan contoh pribadi Nabi dan umat Muslim berusaha meniru cara hidup beliau (lihat sunnah di bawah). Bersama dengan Al-Qur'an, Hadits bisa menjadi salah satu sumber ajaran Islam yang digunakan oleh umat Muslim untuk petunjuk tentang apa yang dibolehkan atau dianjurkan dalam Islam.

Hakim: ahli pengobatan tradisional atau herbal.

Halal: mengacu pada apa yang diizinkan dan dibolehkan dalam Islam. Ini berlaku tidak hanya untuk makanan dan minuman tetapi juga untuk banyak area lainnya seperti pakaian, ucapan, dan perilaku secara umum. Para ulama

Muslim umumnya mengikuti prinsip bahwa jika sesuatu tidak secara eksplisit dilarang (lihat haram di bawah) maka itu halal.

Haram: segala sesuatu yang dilarang oleh ajaran Islam. Seperti halnya halaal (lihat di atas), ini tidak hanya berlaku untuk makanan dan minuman. Melakukan sesuatu yang haram dianggap sebagai dosa.

Imam: orang yang memimpin shalat di masjid.

Insha Allah: 'Jika Allah menghendaki'. Ini sering diucapkan oleh umat Muslim ketika merujuk pada tindakan masa depan sebagai pengakuan bahwa hanya Allah yang dapat memastikan masa depan.

Jin: makhluk gaib yang digambarkan dalam Al-Qur'an sebagai bagian dari ciptaan Allah. Seperti halnya manusia, jin bisa menjadi Muslim atau tidak dan juga bisa baik atau jahat. Jin dalam beberapa keadaan dapat memasuki tubuh seseorang dan umat Muslim diajarkan untuk melindungi diri dengan membaca ayat-ayat tertentu dari Al-Qur'an, dhikr (lihat di atas), dan jika perlu, mencari pengusiran oleh orang yang berpengetahuan.

Masya Allah: ini berarti 'seperti yang dikehendaki oleh Allah' dan sering diucapkan ketika mengagumi atau memuji sesuatu/seseorang sebagai cara untuk menghindari mata jahat.

Masjid: bangunan tempat umat Muslim melaksanakan salat berjamaah.

Muhammad: Nabi yang digambarkan dalam Al-Qur'an sebagai yang terakhir dalam rangkaian nabi yang diutus oleh Allah untuk umat manusia. Umat Muslim diperintahkan untuk mengucapkan 'shalawat' (damai sejahtera atas-Nya) setelah menyebutkan nama Nabi Muhammad. Ini dapat disingkat dalam teks menjadi PBUH atau SAW.

Sholat: sholat ritual yang diwajibkan umat Muslim untuk dilakukan lima kali sehari pada waktu-waktu tertentu. Salat ini dikenal dengan nama Fajr (sebelum fajar), Dhuhr (tengah hari), 'Asr (sore), Maghrib (setelah matahari terbenam), dan Isha (malam). Sholat tambahan yang bersifat sunnah juga dapat dilakukan kapan saja kecuali ketika matahari terbit atau terbenam. Sholat Tahajud di sepertiga malam terakhir sangat dianjurkan tetapi tidak wajib.

Qur'an: wahyu firman Allah melalui Malaikat Jibril kepada Nabi Muhammad. Bersama dengan Sunnah (lihat di bawah), Al-Qur'an adalah sumber ajaran agama Islam.

Ulama: seseorang yang memiliki pengetahuan Islam dan pemahaman tentang hukum Islam.

Subhanallah: 'Maha Suci Allah'. Istilah ini digunakan untuk memuji Allah.

Sunah: tradisi Nabi, yaitu cara Nabi Muhammad menjalani hidupnya. Ajaran Islam menganjurkan umat Muslim untuk mengikuti cara hidup Nabi Muhammad sebagai contoh terbaik untuk hidup sesuai dengan ajaran Al-Qur'an.

Wudhu: penyucian diri yang dilakukan umat Muslim sebelum melaksanakan sholat. Ini biasanya dilakukan dengan memulai dengan nama Allah dan mencuci tangan, mulut, hidung, wajah, lengan bawah, kepala, dan kaki.

Lampiran 11: Referensi

- Ahmed, W., A. M. Choudhry, dkk. (2007). "Muslim patients' perceptions of faith-based healing and religious inclination of treating physicians." *Pakistan Heart Journal*, 40(4): 61-64.
- Al-Baldawi, B. (2005). *The popular conception of madness, Jinon, in the context of socio-economic and historical development in Islamic societies*. XIII World Congress of Psychiatry. Egypt.
- Al-Issa, I. (2000). "Does the Muslim religion make a difference in psychopathology?" In *Mental illness in the Islamic world*. Al-Junun. Madison, CT: International Universities Press, Inc., pp. 315-353. xv, 382.
- Al-Krenawi, A., B. Maoz, dkk. (1994). "Familial and cultural issues in the brief strategic treatment of Israeli Bedouins." *Family Systems Medicine*, 12(4): 415-425.
- Amer, M. M., and K. Khan (2005). *Mental health problems and coping among South Asians and Middle Easterners in the U.S*. XIII World Congress of Psychiatry. Egypt.
- Amowitz, L. L., M. Heisler, dkk. (2003). "A population-based assessment of women's mental health and attitudes toward women's human rights in Afghanistan." *Journal of Women's Health*, 12(6): 577-587.
- Andreasen, N. (1972). "The role of religion in depression." *Journal of Religion & Health*, 11(2): 153-166.
- Askari, G. (2003). *A cultural relativistic approach toward Iranian immigrants in therapy*. San Diego, CA, USA: Alliant International University. PhD.
- Awas, M., D. Kebede, dkk. (1999). "Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement, 397: 56-64.
- Azhar, M. Z., and S. L. Varma (1995). "Religious psychotherapy as management of bereavement." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4): 233-235.
- Azhar, M. Z., and S. L. Varma (2000). *Mental illness and its treatment in Malaysia*. In *Mental illness in the Islamic world*. Al-Junun. Madison, CT: International Universities Press, Inc., pp. 163-186. xv, 382.
- Aziz, N. (1999). *Cultural sensitization and clinical guidelines for mental health professionals working with Afghan immigrant/refugee women in the United States*. Nairobi, Kenya: United States International University. PhD.
- Barron, L. W. (2008). *Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression*. Northcentral University.
- Bilal, A. M., and M. E. Ahmed (2001). "Symptomatology and quality of life status in a group of non-western dyspeptic patients: Pain as a possible common denominator." *Gastroenterology International*, 14(1-2): 20-25.

- Bopp, M., S. Wilcox, dkk. (2009). "8 Steps to Fitness: a faith-based, behavior change physical activity intervention for African Americans." *Journal of Physical Activity & Health*, 6(5): 568-577.
- Brockman, H. (2006). *Dynamic energetic healing: Integrating core shamanic practices with energy psychology applications and process work principles*. Blackrock, Co Dublin, Ireland: Columba Press.
- Cardemil, E. V., S. Kim, dkk. (2005). "Developing a culturally appropriate depression prevention program: The family coping skills program." *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 11(2): 99-112.
- Chandrashekar, C. R. (2007). "Community interventions against depression." *Journal of the Indian Medical Association*, 105(11): 638-639.
- Chew-Graham, C., C. Bashir, dkk. (2002). "South Asian women, psychological distress and self-harm: lessons for primary care trusts." *Health & Social Care in the Community*, 10(5): 339-347.
- Cinnirella, M., and K. M. Loewenthal (1999). "Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study." *British Journal of Medical Psychology*, 72(Pt 4): 505-524.
- Coker, E. M. (2005). "Religion, morality and psychiatric stigma in Egypt." *WIAMH Newsletter No 8*, 2(20th Issue): 16-19.
- Cole, B. S. (2000). *The integration of spirituality and psychotherapy for people confronting cancer: An outcome study*.
- Cuijpers, P., B. Steunenbergh, dkk. (2007). "Actions taken to cope with depressed mood: The role of personality traits." *Aging and Mental Health*, 11(4): 457-463.
- Dein, S., M. Alexander, dkk. (2008). "Jinn, psychiatry and contested notions of misfortune among East London Bangladeshis." *Transcultural Psychiatry*, 45(1): 31-55.
- Department of Health (1999). *National service framework for mental health*. London: Stationery Office.
- Department of Health (2005). *Delivering race equality in mental health care*. The Stationery Office, London.
- Department of Health (2008). *Mortality Target Monitoring (Infant Mortality, inequalities)*.
- Dew, R. E., S. S. Daniel, dkk. (2008). "Religion, spirituality, and depression in adolescent psychiatric outpatients." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3): 247-251.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., dkk. (2006). "Randomized trial of behavioral activation, cognitive

- therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 658–670.
- Ebrahimian, A. (2006). *A cross-cultural comparison study of the effects of immigration on the mental health of Iranian immigrants*. Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering.
- Ekers, D., D. Richards, dkk. (2008). "A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression." *Psychological Medicine*, 38(05): 611-623.
- Ekers, D., D. Richards, dkk. (2011). "Behavioural activation delivered by the non-specialist: Phase II randomized controlled trial." *The British Journal of Psychiatry*, 198(1): 66.
- El-Islam, M. F. (2000). "Mental illness in Kuwait and Qatar." In *Mental illness in the Islamic world*. Al-Junun. Madison, CT: International Universities Press, Inc., pp. 121-137.
- Esfahani, M. M. (1995). "Implication of Islamic guidelines in prevention of and coping with stress." *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 1(4).
- Fazil, Q., and R. Cochrane (2003). "Social and cultural origins of depression in Pakistani women living in England." *Pakistan Journal of Women's Studies: Alam-e-Niswan*, 10(2): 175-189
- Fonte, J. and S. Horton-Deutsch (2005). "Treating Postpartum Depression in Immigrant Muslim Women." *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(1): 39-44.
- Gerwood, J. (2005). "A Case of Overcoming Substance Abuse by Finding Meaning Anchored In A Religious Experience." *International Forum for Logotherapy*, 28(1): 38-42.
- Gesundheit, B., R. Or, dkk. (2008). "Treatment of depression by Maimonides (1138-1204): Rabbi, physician, and philosopher." *The American Journal of Psychiatry*, 165(4): 425-428.
- Glueckauf, R. L., W. S. Davis, dkk. (2009). "Integrative cognitive-behavioral and spiritual counseling for rural dementia caregivers with depression." *Rehabilitation Psychology*, 54(4): 449-461.
- Gorkin, M. (1986). "Countertransference in cross-cultural psychotherapy: the example of Jewish therapist and Arab patient." *Psychiatry*, 49(1): 69-79.
- Greenwood, N., F. Hussain, dkk. (2000). "Asian in-patient and carer views of mental health care. Asian views of mental health care." *Journal of Mental Health*, 9(4): 397-408.

- Halliburton, M. J. (2000). *Possession, purgatives or Prozac? The experience of illness and the process of healing in Kerala, South India*. United States -- New York, City University of New York: 319.
- Hawkins, R. S., S.-Y. Tan, dkk. (1999). "Secular versus Christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being." *Journal of Psychology & Theology*, 27(4): 309-318.
- Hayes, S. C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship." In *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York, NY: Guilford Press: 1-29.
- Hook, J. N., E. L. Worthington Jr, dkk. (2010). "Empirically supported religious and spiritual therapies." *Journal of Clinical Psychology*, 66(1): 46-72.
- Jacobson, Neil S., Dobson, Keith S., Truax, Paula A., Addis, Michael E., Koerner, Kelly, Gollan, Jackie K., Gortner, Eric, Prince, Stacey E. (1996). "A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Kanter, J. W. (2010). *BA-Latino Treatment Manual*. University of Wisconsin.
- Kanter, J. W., A. L. Santiago-Rivera, dkk. (2010). "Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic." *Behavior Modification*, 34(2): 120-144.
- Kanter, J. W., R. C. Manos, dkk. (2010). "What is behavioral activation? A review of the empirical literature." *Clinical Psychology Review*, 30(6): 608-620.
- Kelly, T. A. (2007). "The role of religion, spirituality, and faith-based community in coping with acts of terrorism." In *Psychology of Terrorism*. New York, NY, Oxford University Press: 137-152.
- Klainin, P. and D. G. Arthur (2009). "Postpartum depression in Asian cultures: A literature review." *International Journal of Nursing Studies*, 46(10): 1355-1373.
- Koenig, H. G., M. E. McCullough, dkk. (2001). *Handbook of religion and health*. New York, NY, Oxford University Press.
- Kumar, S. (2006). *Toward an Integration of Buddhism and Psychology*.
- Leaman, S. C. (2009). "Risk factors for psychological distress and uses of religious coping among African torture survivors." *The George Washington University*.
- Lee, C. C., S. J. Czaja, dkk. (2010). "The moderating influence of demographic characteristics, social support, and religious coping on the effectiveness of a multicomponent psychosocial caregiver intervention in three racial ethnic groups." *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 65B(2): 185-194.

- Lejuez, C. W., D. R. Hopko, dkk. (2001). "A brief behavioral activation treatment for depression." *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2): 164-175.
- Lipsker, L. E. and R. M. Oordt (1990). "Treatment of depression in adolescents: A Christian cognitive-behavior therapy approach." *Journal of Psychology and Christianity*, 9(4): 25-33.
- Loewenthal, K. M., M. Cinnirella, dkk. (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(Pt 3): 293-303.
- Maan (2010). *A Guide to Your Wellbeing for the Somali Community*. Sheffield: Maan Somali Mental Health.
- Martell, C. R., Addis, M., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: Norton and Co.
- Mazzucchelli, T., R. Kane, dkk. (2009). "Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4): 383-411.
- Mir, G., and Sheikh, A. (2010). "'Fasting and prayer don't concern the doctors...they don't even know what it is': Pakistani Muslim patients with long-term illnesses." *Ethnicity and Health*, 15(4): 327-342.
- Modood, T., Berthoud, R., Lakey, J., Nazroo, J., Smith, P., Virdee, S., and Beishon, S. (1997). *Ethnic Minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*. Policy Studies Institute, London.
- Mubbashar, M. H. (2000). "Mental illness in Pakistan." In *Mental Illness in the Islamic World. Al-Junun*. Madison, CT: International Universities Press, Inc: 187-203.
- Naeem, F., M. Gobbi, dkk. (2009). "University students' views about compatibility of cognitive behaviour therapy (CBT) with their personal, social, and religious values (a study from Pakistan)." *Mental Health, Religion & Culture*, 12(8): 847-855.
- Neeleman, J. and M. B. King (1993). "Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6): 420-424.
- NICE (2009). *Guideline 90: The Treatment and Management of Depression in Adults*.
- Nielsen, S. L. (2004). "A Mormon rational emotive behavior therapist attempts Qur'anic rational emotive behavior therapy." In *Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association: 213-230.

- O. Harrison, M. Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., Pargament, K. I. (2001). "The epidemiology of religious coping: A review of recent literature." *International Review of Psychiatry*, 13(2): 86-93.
- Office for National Statistics (2004). *Focus on Religion*. Retrieved from http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/for2004/FocusonReligion.pdf.
- Pargament, K. I., N. Tarakeshwar, dkk. (2001). "Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members." *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3): 497-513.
- Paukert, A. L., L. Phillips, dkk. (2009). "Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression." *Journal of Psychiatric Practice*, 15(2): 103-112.
- Peteet, J. R. (2009). "Struggles with god: Transference and religious countertransference in the treatment of a trauma survivor." *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(1): 165-174.
- Pfeiffer, W. M. (1996). "The Picture of Depression in Cultural Comparison." *Curare*, 19(2): 193-199.
- Philips, A. A. B. (1995). *Ibn Taymeeyah's Essay on the Jinn (demons)*. International Islamic Publishing House.
- Platt, L. & Joseph Rowntree Foundation. (2005). *Migration and Social Mobility: The Life Chances of Britain's Minority Ethnic Communities*. Policy Press.
- Platt, L. (2007). *Poverty and Ethnicity in the UK*. Policy Press.
- Pote, H., P. Stratton, dkk. (2003). "Systemic family therapy can be manualized: research process and findings." *Journal of Family Therapy*, 25(3): 236-262.
- Propst, L. R., R. Ostrom, dkk. (1992). "Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals." *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(1): 94-103.
- Randall, F. (2004). *Differences between Christian Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral Therapy as Measured by Depression and Resiliency*. Southwestern Baptist Theological Seminary. PhD.
- Rathod, S. and D. Kingdon (2009). "Cognitive behaviour therapy across cultures." *Psychiatry*, 8(9): 370-371.
- Reyes, V. T. (2003). *A Study to Determine Whether the Addition of Pastoral Counseling to Psychological Counseling Produces Better Results in Reducing the Depression*

- Experienced by Religious, Terminally Ill Patients than Psychological Counseling Alone.* United States -- Ohio, Union Institute and University: 151.
- Richardson, R. and R. Stone (2004). *Islamophobia-issues, challenges and action: A report by the Commission on British Muslims and Islamophobia.* Trentham Books.
- Sattar, S. P., M. S. Ahmed, dkk. (2004). "Inert Medication Ingredients Causing Nonadherence Due to Religious Beliefs." *Annals of Pharmacotherapy*, 38(4): 621-624.
- Satterfield, J. M. (2002). *Culturally Sensitive Cognitive-Behavioral Therapy for Depression with Low-Income and Minority Clients.* In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-Behavioral Approaches*, Hoboken, NJ, John Wiley & Sons Inc., 2: 519-545.
- Scott, S. Y. (2003). *Faith Supportive Group Therapy and Symptom Reduction in Christian Breast Cancer Patients.* United States -- Virginia, Regent University: 132.
- Shaikh, B. T. and J. Hatcher (2005). "Complementary and alternative medicine in Pakistan: Prospects and limitations." *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2(2): 139-142.
- Shibre, T., A. Spangeus, dkk. (2008). "Traditional treatment of mental disorders in rural Ethiopia." *Ethiopian Medical Journal*, 46(1): 87-91.
- Shoeb, M., H. M. Weinstein, H. M., dkk. (2007). "Living in religious time and space: Iraqi refugees in Dearborn, Michigan." *Journal of Refugee Studies*, 20(3): 441-460.
- Small, R., J. Lumley, dkk. (2003). "Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia." *Ethnicity & Health*, 8(3): 189-206.
- Sonuga-Barke, E. J. and M. Mistry (2000). "The effect of extended family living on the mental health of three generations within two Asian communities." *British Journal of Clinical Psychology*, 39(Pt 2): 129-141.
- Speck, P., Higginson, I., Addington-Hall, J. (2004). "Spiritual needs in health care." *BMJ*, 329(7458): 123-124.
- Spronston, K. and Nazroo, J. (2002). *Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community (EMPIRIC) Quantitative Report.* London: Stationery Office.
- Tehran, H. A., A. Heidari, dkk. (2009). "The relationship between depression and religious attitudes in students of Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran." *Qom University of Medical Sciences Journal*, 3(3): e51-Pe55.
- Townsend, M., V. Kladder, dkk. (2002). "Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health." *Southern Medical Journal*, 95(12): 1429-1434.

- Uchendu, C. O. (2006). *The role of religious coping, superego anxiety, social cognition and object relations on recovery from substance abuse and depression*. Adelphi University, PhD: 104.
- Valiante, W. C. (2003). "Family Therapy And Muslim Families: A Solution Focused Approach." *WIAMH Newsletter*, Vol. II, No. IV(Sixteenth Issue).
- Varma, S. (2008). "Clozaril and Allah - A patient's journey into wellness: A case report and cultural formulation." *Journal of Muslim Mental Health*, 3(1): 89-97.
- Veale, D. (2008). "Behavioural Activation for Depression." *Advances in Psychiatric Treatment*, 14: 29-36.
- Whitaker, B. (2002). "Islam and the British press." *Muslim Council of Britain, The Quest for Sanity*: 53-57.
- Worthington Jr, E. L. and S. J. Sandage (2001). "Religion and spirituality." *Psychotherapy*, 38(4): 473-478.
- Wright, J. H. and M. R. Basco (2001). *Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery from Depression*. New York, NY: Free Press.
- Youssef, J. and F. P. Deane (2006). "Factors influencing mental-health help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia." *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1): 43-66.

Lampiran 12: Sumber Daya Berguna

Buatlah daftar organisasi lokal yang dapat Anda rujuk untuk klien jika diperlukan.

Lampiran 13: Anggota Tim Proyek Penelitian dan Kelompok Penasihat

Tim Proyek Penelitian:

Shaista Meer, David Cottrell, Allan House, Judy Wright, Universitas Leeds
Dean McMillan, Universitas York
Mohammad Shabbir, Fozia Sarwar, Sharing Voices, Bradford
Paul Carder, Simon Gelsthorpe, Linda Haynes, Yasmin Hussain, Ghazala Kazmi,
Angela Ross, Ann Simon, Bradford District Care Trust
Ali Jan Haider, Mick James, Lynne Carter, Bradford Primary Care Trust

Kelompok Penasihat Pengguna Layanan:

Pengguna layanan dari Sharing Voices, Bradford

Kelompok Penasihat/Pakar Proyek:

David Ekers, Universitas Durham
Wali Wardak, Rasjid, Skinner, Chris Trepka
Rukhsana Arshad, Khalida Sheikh, Bradford District Care Trust
Suman Fernando, Universitas Metropolitan London
Robbie Foy, Barbara Potrata, Universitas Leeds
Nusrat Husain, Universitas Manchester
Philip Thomas, Mohammed Rashed, Universitas Central Lancashire
Simon Dein, Universitas Central London
Mohammad Ayub, NHS Newcastle
Adeel Iqbal, NHS Bradford
Saeed Maan, Maan Somali Mental Health
Farooq Naeem, Universitas Queens, Kanada

Kelompok Adaptasi Indonesia:

Lusi Nuryanti, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia
Bayu Suseno, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia
Husain Ali A, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia

