



INTERVENSI PENURUNAN TINGKAT DEPRESI MELALUI EMPATHIC LOVE THERAPY

INTERVENTION FOR DECREASE LEVEL OF DEPRESSION USING EMPATHIC LOVE THERAPY

¹Eka Widiarsari

¹Institut Agama Islam Negeri Purwokerto, Indonesia

*E-mail: ekawidiarsari@iainpurwokerto.ac.id

Received: 09 Maret 2020

Revised: 10 Juli 2020

Accepted: 10 Juli 2020

Abstract

Depression is the one global significant problem in the world. The prevalence of depression in Indonesia is higher than the prevalence in other countries. The risk of first developing depression increase in late adolescence and early adulthood, eventually peaking in the middle age range (age 45-55). Empathic love therapy emphasizes on how individuals accept and love all aspects of him/herself. This research aimed to test the effectivity of empathic love in decreasing depression. This therapy was applied to 3 clients, who pass the inclusive criteria for selected participant, in 8 sessions of individual setting therapy. Clients was selected using Beck Depression Inventory-II (BDI-II). BDI-II was given before and after therapy, and one in the follow up session after therapy. BDI-II showed significant decrease in 3 clients depression from mild to normal in the end of therapy. Narrative analysis of conversation transcript showed decreases level of depression. The conclusion is empathic love therapy can decrease level of depression. Further research is needed to be held to find out effective contribution of therapy techniques to its success and therapy's reliability. Empathic love therapy can also be developed and applied in Islamic counseling. Because empathy is one skill that must be possessed by a counselor.

Keywords: *Depression, Empathic Love Therapy, Counselor.*

Abstrak

Depresi berperan sangat signifikan dalam masalah global. Indonesia memiliki tingkat depresi yang paling tinggi dibandingkan negara lain. Peningkatan depresi dimulai pada usia remaja hingga dewasa awal dengan puncaknya pada usia 45-55 tahun. *Empathic love therapy* menekankan pada bagaimana individu dapat menerima dan mencintai semua aspek dirinya. Tujuan dari penelitian ini adalah



mengetahui apakah terapi *empathic love* dapat menurunkan depresi. Terapi diterapkan kepada 3 partisipan dalam 8 sesi terapi individual. Partisipan diseleksi dengan menggunakan BDI-II. BDI-II diberikan pada awal dan akhir terapi, dengan 1 kali tindak lanjut. Skor BDI-II menunjukkan penurunan tingkat depresi, yaitu dari level ringan ke level normal. Analisis naratif juga menunjukkan adanya perubahan kondisi partisipan kearah yang lebih baik. Dapat disimpulkan bahwa *empathic love therapy* dapat menurunkan depresi. Penelitian selanjutnya diperlukan untuk mengetahui sumbangan efektif teknik yang digunakan untuk keberhasilan terapi dan mengetahui reliabilitas terapi. *Empathic love therapy* juga dapat dikembangkan dan diterapkan dalam konseling Islam. Karena empati merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang konselor.

Kata Kunci: Depresi, Terapi Empathic Love, Konselor.

Pendahuluan

Manusia pasti pernah mengalami luka yang tidak terhindarkan dalam menjalani kehidupannya. Hal ini memosisikan mereka untuk bertahan melawan *primal wounding*, yaitu luka yang dirasakan hampir tidak didengar oleh orang lain. Luka terjadi karena adanya ketidaksesuaian harapan dengan realita hidup (Firman & Gilla, 2010). Luka yang dialami individu dapat menyebabkan depresi. Depresi berperan sangat signifikan dalam masalah global. Saat ini, 350 juta orang mengalami depresi. Survey yang dilakukan WHO di 17 negara, ditemukan 1 dari 20 orang mengalami depresi. Tingkat depresi di Indonesia pada individu yang tidak mengalami sakit fisik adalah 34% (Perempuan) dan 24% (laki-laki) (Liew, 2012). Indonesia memiliki tingkat depresi yang paling tinggi diantara negara lain (Hidaka, 2012). Luka yang dimaksud dalam penelitian ini adalah luka secara psikologis. Apabila seseorang yang merasa hatinya terluka tidak mampu mengatasi perasaannya, akan berujung pada rasa depresi.

Depresi merupakan segenap pikiran, keyakinan dan sikap negatif terhadap dirinya sendiri, lingkungannya dan masa depannya (Beck, 1985). Onset depresi dapat terjadi pada masa kanak-kanak, namun usia dibawah 14 tahun risikonya masih sangat kecil. Peningkatan depresi lebih banyak dimulai pada usia remaja hingga dewasa awal, sedangkan puncaknya pada usia 45-55 tahun (Rathus & Nevid, 1991). Depresi berlangsung lama akan mengganggu aktivitas sehari-hari dan dapat menyebabkan sakit secara fisik. Selama episode depresi adanya *disfungsional attitude* membuat individu

secara absolut mengalami keyakinan negative tentang dirinya, dunianya dan masa depannya (Beck, 2008). Jika tidak dilakukan terapi, depresi semakin lama akan semakin kronis dan kualitas hidup individu semakin memburuk. Hal yang paling buruk sebagai akibat dari depresi adalah akan membawa individu pada perilaku bunuh diri. (Hasley, Ghosh, Huggins, Bell, Adler, & Shroyer, 2008; Marcus, et al., 2012; Rathus & Nevid, 1991). Oleh karena itu, pemberian *treatment* yang berkualitas pada depresi sangat penting. *Treatment* yang diberikan kepada seseorang yang sedang mengalami depresi juga merupakan bagian dari proses konseling.

Depresi merupakan kombinasi dari genetik, kimia, biologi, psikologi sosial dan faktor lingkungan (APA, 2010). Pada saat individu mengalami depresi banyak sekali bagian dari otak yang berkontribusi didalamnya. Hilangnya bagian dari diri individu akibat trauma dapat menyebabkan disosiasi *neural network*. Jika individu mengalami *overwhelmed* terhadap pengalaman traumatik, maka otak kehilangan kemampuan untuk memaintain *neural integration* dari berbagai macam jaringan yang terkait dengan perilaku, emosi, sensasi dan *conscious awareness*. Saat memori menyimpan informasi dalam sensori dan *emotional network* tersebut tidak dapat mendukung satu dengan yang lain, maka kognisi, *knowledge*, dan *perspective* akan menjadi rentan terhadap pengalaman masa lalu. Oleh karena itu, terpenuhinya kenyamanan terhadap diri sendiri dengan adanya kontak dengan *true self* secara alamiah akan memaintain *neural integration*. Hal ini akan tercapai dengan adanya keterbukaan dan dialog antara hati, pikiran dan tubuh (Cozolino, 2002).

Perubahan yang terjadi pada individu yang mengalami depresi adalah, 1) Perubahan emosi yaitu perasaan gundah terus menerus, merasa depresi dan sedih, 2) Perubahan motivasi yaitu kehilangan semangat, tidak memiliki motivasi, kesulitan untuk bangun dari tempat tidur setiap pagi, menurunnya aktivitas sosial, kehilangan minat terhadap aktivitas yang disukainya, berkurangnya hasrat seksual, 3) Perubahan fungsi dan perilaku yaitu bergerak lebih lambat dari biasanya, Perubahan pola tidur, bangun lebih awal dari biasanya, dan bermasalah ketika harus kembali tidur, perubahan pola makan (makan terlalu banyak atau makan terlalu sedikit), perubahan berat badan (terlalu kurus atau terlalu gemuk), tidak dapat mengikuti kegiatan

disekolah dengan baik seperti biasanya, 4) Perubahan kognitif yaitu sulit berkonsentrasi atau berfikir dengan jernih, berfikir negatif terhadap diri sendiri, masa depan dan lingkungannya, rendah diri, tidak percaya diri, berfikir akan kematian atau bunuh diri (Rathus & Nevid, 1991).

Transpersonal adalah pendekatan yang berfokus pada potensi tertinggi manusia, penghargaan, pemahaman, kesadaran intuitif, spiritual, dan melampaui kesadaran. Dimensi spiritual selalu berasosiasi dengan nilai rasa yang positif, termasuk cinta (Boorstein, 2000). Telah dipahami bahwa transpersonal memiliki makna ganda yaitu *vertical* dan *horizontal*, *ethical* dan *mystical*, *immanent* dan *transcendence*. Melalui hal ini manusia dapat memenangkan dan memeluk tiga dimensi yaitu personal, interpersonal, dan transpersonal: tubuh, jiwa dan spirit. Dapat kita fahami bahwa depresi membawa kita kedalam tiga dimensi tersebut dalam realitas hidup. Terapis menolong klien untuk menyembuhkan dan menguatkan personal self nya, untuk dapat membuat sebuah hubungan lebih dinamis dan penuh cinta, dan menerima dimensi keutuhan, membuka wilayah kesadaran dalam penyatuan yang menyeluruh, dengan manusia dan Tuhan, sehingga individu dapat memancarkan cinta (Palmas & Canaria, 2003).

Psikosintesis merupakan bagian dari transpersonal yang bertujuan untuk memberdayakan klien (Ruffler, 1995). Model psikosintesis dapat diaplikasikan kepada orang yang menderita masalah neurotik dan juga masalah psikologis lainnya. (Gerard & Robert, 1961; Firman & Gilla, 2002). Assagioli (1973) membagi ketidaksadaran pada jiwa manusia kedalam tiga area, yaitu 1) *higher unconsciousness*, karakternya adalah cinta, kegembiraan, keindahan, kesatuan. 2) *middle unconsciousness*, Ini merupakan dasar identitas kepribadian 3) *lower unconsciousness* diturunkan dari pengalaman luka. *Empathic love* terdapat dalam psikosintesis yang dikemukakan oleh Assagioli. Dalam *emphatic love*, proses disidentifikasi (mengobservasi diri sendiri) "I" menemukan pengalaman membahagiakan, menyedihkan, perasaan dan pikiran akan kejadian sekarang. Pengalaman-pengalaman tersebut sangat mungkin saling bertentangan. Oleh karena itu, dibutuhkan empati dan cinta untuk menyatukan aspek tersebut ke dalam kepribadian (Firman & Gilla, 2010). Adanya cinta membuat seseorang dapat

menerima dan mencintai semua aspek dirinya yang disebut *true self* (Firman & Gilla, 2002).

Dari paparan di atas, maka disusun *emphatic love therapy* untuk mencapai keterbukaan dan dialog antara hati, pikiran dan tubuh agar individu sehat dan bertumbuh. Terapi ini menggunakan 7 konsep yang telah dikemukakan oleh Assagioli, yaitu: *Disidentification, The personal self, The will: good, strong, skilful, The ideal model, Synthesis, The superconcius, The transpersonal self*. Terapi ini juga dapat dikembangkan dalam keilmuan Bimbingan dan Konseling Islam. Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah *emphatic love therapy* dapat menurunkan depresi, yang menekankan pada bagaimana individu dapat menerima dan mencintai semua aspek dirinya melalui *seven concept* Assagioli dengan adanya dialog antara hati, tubuh, dan pikiran. Berdasarkan tujuan ini penulis mengajukan hipotesis bahwa terapi *emphatic love therapy* dapat menurunkan depresi.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan *Single-Case Design*. Jenis *Single-Case* yang digunakan adalah *narrative case study*. Prosedur ini mudah dan efisien (Rivzi & Nock, 2008), informasi yang sangat bernilai dapat terkumpul, menunjukkan detail perubahan yang terjadi terkait dengan proses terapi yang telah dilakukan (Kazdin, 2012) dan dapat digunakan untuk menemukan dan mengeksplorasi adanya penjelasan hubungan sebab akibat (Shadish, Cook, & Campbel, 2002).

Instrumen yang digunakan untuk pemilihan partisipan dan untuk mengukur tingkat depresi adalah *Beck Depression Inventory* (BDI-II), adaptasi Ginting (2013). Pengukuran dilakukan 2 minggu setelah intervensi pertama dan 2 minggu setelah intervensi terakhir. Reliabilitas BDI-II tersebut sebesar ($\alpha = .90$). Proses terapi akan dipandu oleh peneliti sebagai terapis. Intervensi yang diberikan adalah *Emphatic Love Therapy* (ELT). Berupa Modul ELT yang terdiri atas 8 sesi, dengan 7 kali pertemuan. Dilakukan *Role Play* terhadap modul tersebut oleh peneliti sendiri dengan jumlah 5 orang. Tujuan *role play* agar bahasa, waktu, intruksi, dan tahapan pada tiap sesi dapat disesuaikan, sehingga dapat memberikan evaluasi dalam modul yang dibuat.

Validasi modul dilakukan dengan metode rating pada panel ahli yang terdiri atas 3 orang sebagai *expert judgment*. Hasilnya dianalisis dengan Aiken's V guna menentukan validitas isi. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan sesi sesuai dengan konstruk teoritisnya. Adapun hasil Aiken's V sebagai berikut : sesi pengenalan diri : $V = 0,78$, eksplorasi diri : $V = 0,72$, mengenal luka : $V = 0,83$, integrasi para pemain dan *I love my self* : $V = 0,72$, Aspirasi dan rencana aksi : $V = 0,89$, cinta dan syukur : $V = 0,89$.

Hasil Aiken's V menunjukkan bahwa modul sudah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan bahasa dapat dipahami dengan baik. Tahap berikutnya dilakukan *Training of therapist* (TOT). TOT dilakukan dengan metode *role play* agar terapis memiliki pemahaman yang tepat terkait modul *empathic love therapy* dan memiliki pengalaman menjadi klien sehingga terapis benar-benar memahami dinamika proses terapi.

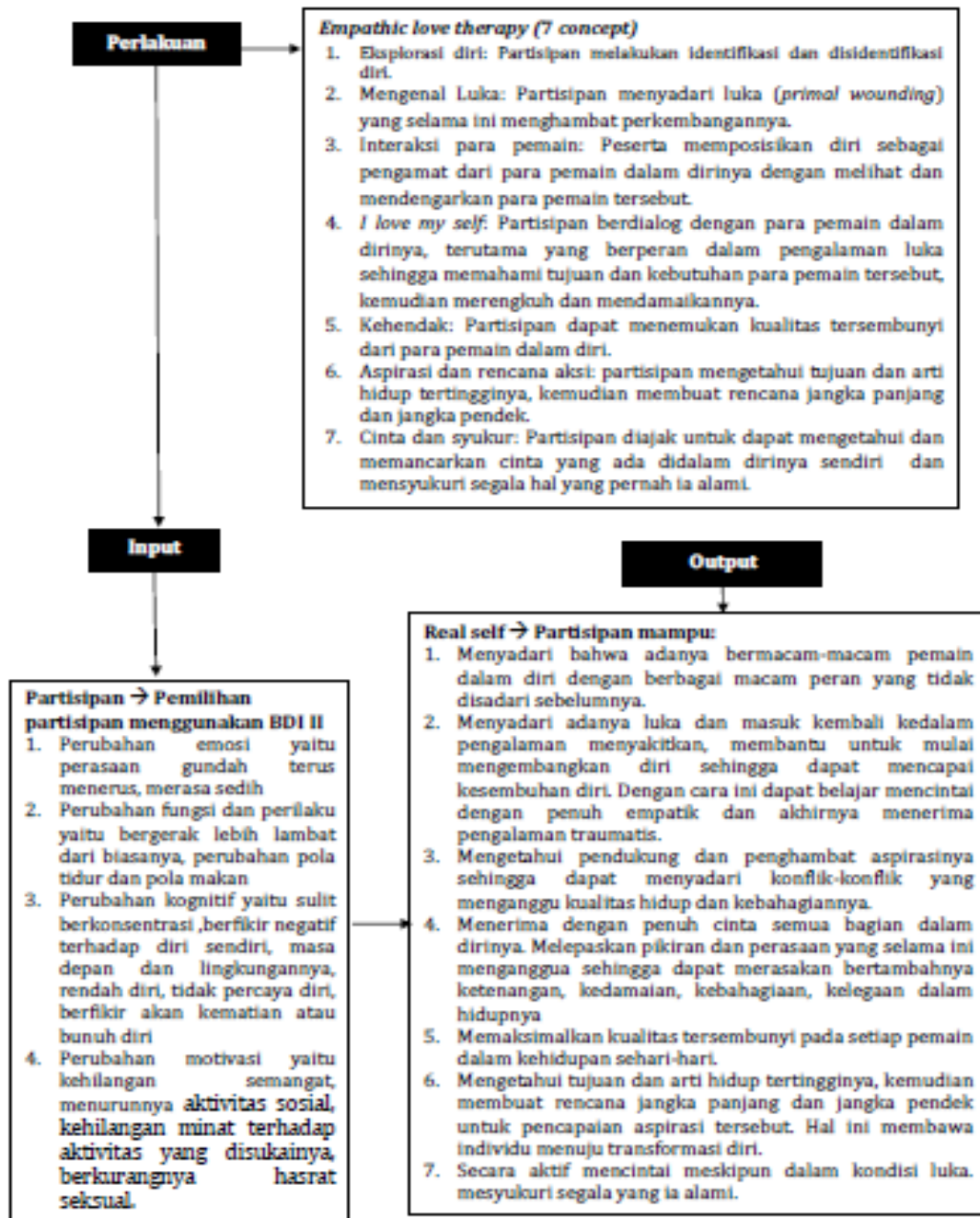
Partisipan diseleksi menggunakan skala (BDI-II) yang disebarakan kepada mahasiswa dan karyawan disalah satu universitas swasta di Jogjakarta. Dari 227 responden, terdapat 118 responden memiliki skor BDI-II dengan kategori normal, 62 dengan kategori ringan, 33 dengan kategori sedang dan 14 dengan kategori berat. 10 responden dinyatakan gugur karena tidak lengkap dalam mengisi angket BDI-II. Kriteria inklusi partisipan adalah responden yang memiliki skor BDI-II dengan kategori rendah, rentang usia 14 – 55 tahun, bersedia berpartisipasi aktif dalam penelitian, dan tidak sedang menjalani terapi lain untuk mengatasi depresi nya. Partisipan diberikan *Inform consent* sebelum terapi dilaksanakan. Terdapat tiga responden yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

Tabel 1. Data Demografi Partisipan

No.	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir
1	NB	19 tahun	Perempuan	SMA
2	MAS	30 tahun	Perempuan	S1
3	FK	20 tahun	Laki-laki	SMA

Data yang diperoleh dari BDI-II dan laporan diri dianalisis secara kuantitatif dengan memperbandingkan skor total pada setiap pemberian BDI II. Data yang

diperoleh dari transkrip verbatim akan dianalisis secara kualitatif menggunakan analisis naratif untuk menemukan makna dan dinamika dalam proses intervensi (Wahlstrom, 2006). Menurut Swasti (2010), adapun kerangka alur penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 1. Kerangka Alur Penelitian

Hasil dan Pembahasan

Pada NB terdapat penurunan skor BDI-II yang semula 14 (rendah) pada *pre test* menjadi 0 (normal) pada *post test* dan pada *follow-up* memperoleh skor 0. Pada MAS terdapat penurunan skor BDI-II yang semula 18 (rendah) pada *pre test* menjadi 5 (normal) pada *post test*, dan *follow-up* menurun dengan skor 2 (normal). Pada FK terdapat penurunan skor BDI-II yang semula 18 (rendah) pada *pre test* menjadi 2 (normal) pada *post test* dan *follow-up* stabil dengan skor 2 (normal), artinya tetap dalam kondisi normal. Disimpulkan bahwa *empathic love therapy* yang diberikan pada ketiga partisipan dapat menurunkan tingkat depresi yang dialaminya.

Individu yang mengalami depresi di dominasi oleh *lower unconscious* yaitu adanya kebencian atau menyalahkan dirinya sendiri. Individu tersebut memposisikan dirinya sebagai orang yang menderita atau sebagai korban sehingga kualitas dari *higher unconciouness* tidak dapat terekspresikan. (Firman dan Gilla, 2002). Partisipan di dominasi oleh *lower unconciouness* nya, yaitu sering merasa sedih, meragukan masa depannya, merasa gagal, kurang bersemangat, merasa bersalah, merasa dihukum, mengkritik diri sendiri, selalu ingin menangis, merasa lebih mudah gelisah dan tertekan, sulit mengambil keputusan, mudah lelah, kurang berminat pada aktivitas seksual dan kehilangan kepercayaan diri dan kurang berminat untuk berelasi dengan orang lain.

Lower unconciouness dalam diri individu diturunkan dari pengalaman luka. Awal terbentuknya luka dari keluarga (Miller, 1981). Partisipan sejak kecil mengalami pengabaian. Ibu NB tidak pernah mau mengurus kebutuhannya, Orang tua MAS mengabaikan dirinya, terutama ibu yang tidak bisa memberikan kehangatan, FK mengalami pengabaian dari ayahnya, apapun yang dilakukannya selalu dianggap salah oleh ayahnya. Pengalaman tersebut membuat partisipan rentan terhadap peristiwa yang menekan sehingga mengalami depresi. Individu yang memiliki kerentanan terhadap depresi sangat mudah terstimulasi peristiwa yang menekan hingga mengalami depresi. (Firman & Gilla, 2010; Wenicke, R.A., Pearlman, M.Y., Thorndike, F.P; & Haage, D.A.F, 2006).

Sesi eksplorasi diri NB mengenali dua pemain dalam dirinya yaitu si bandel yang tidak mau mendengarkan dan si lugu yang lebih banyak diam. MAS menyadari dirinya memiliki pemain dalam diri yaitu si mudah menyerah, si nerimo yang cuek, sitegar dan sikuat. FK menyadari dirinya memiliki si lemah yang selalu bersedih dan berkonflik dan si kanak-kanak yang bebas. Hal ini merupakan suatu proses untuk menjadi sadar, suatu proses penerimaan dan transformasi berbagai bagian dari kepribadian individu (Ruffler, 1995). Disampaikan pula bahwa pemahaman diri berkorelasi positif dengan penerimaan diri (Fung, 2011), dan penerimaan diri berkorelasi positif dengan depresi (Scott, 2007).

Setelah menyadari dan menerima adanya pemain dalam dirinya, maka pada titik inilah kepribadian berkembang. Individu kemudian dapat melihat masalah-masalah yang dihadapi sebagai kesempatan untuk tumbuh. (Ruffler, 1995). Hal tersebut dapat terlaksana dengan mengalami pengalaman luka (Firman & Gilla, 2010). Pada sesi mengenal luka, partisipan NB mengalami kembali situasi pada saat ayahnya meninggal, ia merasa sedih, diabaikan dan tidak adil. Dalam peristiwa itu ia kembali menemukan dua sub kepribadian yaitu si pendiam yang tidak mau bicara dan si ceria yang selalu ingin tertawa. MAS merasakan kembali situasi saat ayahnya mengatakan ingin berpisah dengan sang ibu, hal ini membuatnya sedih dan takut. Hingga saat ini ia takut bersikap seperti sang ibu terhadap anak-anaknya. Ia menyadari ada si rapuh dengan sifatnya merasa kosong, sedih, dan sendu, si kuat yang keras kepala, si tegar yang sesak dan selalu ingin menangis dan si periang yang ceria dan lucu dalam dirinya.

FK mengalami lagi lukanya saat ia dimarahi oleh orang tuanya, yang menurutnya sangat keterlaluan. Ia melihat ada si pemalas yang ingin bertindak semaunya sendiri, si kreatif yang kuat, si cemburu yang keras kepala, si pemberani yang selalu ingin tahu dan si prihatin yang kecewa dan optimis, dan dengan sifatnya-sifat lainnya dalam peristiwa tersebut. Ketika masing-masing partisipan merasakan luka nya kembali, justru ia menemukan pemain yang mendukung aspirasinya sehingga ia dapat mengambil poin positif dari penderitaan yang dialaminya, yaitu menyadari adanya pemain sebagai pendukung aspirasi dan memahami apa yang harus dilakukannya untuk menghadapi konflik dalam dirinya.

Dalam sesi interaksi para pemain partisipan berkenalan dengan titik pusat dirinya sendiri. Interaksi sub kepribadian seringkali menyebabkan konflik dan depresi. Si pengamat membantu hubungan-hubungan yang lebih baik antara berbagai bagian tersebut (Ruffler, 1995). NB dikelilingi oleh si pendiam, si ceria, si lugu, si bandel dan si tegar yang sedang bercakap-cakap satu sama lain. Si pendiam sangat mendominasi, sehingga si ceria selalu kalah, antar keduanya sering terjadi konflik. Si lugu bersikap pasif, sedangkan si bandel dan si tegar terlihat bingung. MAS melihat para pemainnya saling cek-cok satu satu sama lain, namun ia tidak dapat mengidentifikasi nama masing-masing sub kepribadian tersebut. FK melihat si pemalas sangat mendominasi dan bertentangan dengan si kreatif. Pada sesi ini seluruh partisipan berkomunikasi dan mendamaikan para pemain dalam dirinya sehingga dapat bekerjasama dengan baik. Dari sesi ini peserta memahami apa yang harus dilakukannya agar para pemain dapat bekerjasama dan mampu menempatkan diri sesuai dengan situasi dan kondisi sehingga apa yang telah direncanakan dapat berjalan dengan baik.

Dalam sesi *I love my self*, NB menyadari bahwa si pendiam muncul agar ia dapat merasakan apa yang orang lain rasakan dan si ceria muncul agar ia dapat bangkit dari kesedihan. MAS menyadari bahwa si periang muncul agar ia tidak lagi bersedih, dan si rapuh muncul agar ia nyaman, dapat menumpahkan semua beban dihatinya. FK juga menyadari tujuan munculnya si pemalas agar ia dapat beristirahat agar tetap berdaya, si kreatif muncul untuk memberikan dirinya semangat dan si pemberani muncul agar ia selalu ingin tahu dan ingin mencoba. Dari sesi ini partisipan memahami bahwa semua sub kepribadianya muncul untuk melindungi dirinya. Partisipan merasa bahagia, lega dan bersyukur atas kehadiran sub kepribadian tersebut.

Pertemuan dengan sang bijak memberikan arahan dan kebajikan dalam diri yang selalu hadir dan siap (Ruffler, 1995). NB dengan membawa pemain dalam dirinya bertemu dengan sang bijak, maka sang bijak akan memberikan arahan kepada para pemain untuk dapat bekerjasama. MAS merasa gembira karena dengan bertemu sang bijak, para pemain dalam dirinya menjadi terang. FK merasakan merengkuh dan mensyukuri para pemain dalam dirinya.

Saat melepaskan beban-beban yang dialami, NB merasa lebih nyaman dan mampu mengontrol dirinya. Bagi MAS ini adalah pengalaman yang luar biasa yang sebelumnya belum pernah ia rasakan. Pikirannya jadi terbuka, ia yang biasanya menutup diri rapat-rapat, berlahan-lahan ia mau berbagi, sehingga terasa ringan dan indah. Ia menyatakan telah siap untuk berbagi. FK merasakan kehidupannya lebih indah, mampu bergerak dan berekspresi. Sebelum ia memahami potensi - potensinya dunia ia rasakan sempit, namun saat ini ia memiliki rasa percaya diri, hal yang sulit merupakan tantangan baginya dan ia akan mengerahkan kemampuannya.

Tahap kehendak adalah untuk memperdalam penerimaan tersebut dan memperbolehkan kualitas-kualitas tersembunyi untuk bekerja lebih aktif dalam kesadarannya, sehingga dapat aktif mendukung individu dalam kehidupan sehari-hari (Ruffler, 1995). NB memahami bahwa si bandel membuat dirinya berani mengeksplorasi hal-hal baru dan si lugu membuatnya lebih berhati-hati dalam berperilaku. Keseluruhan pemain pada MAS ingin membuatnya merasa nyaman. Sedangkan pada partisipan FK si cemburu hadir dengan kualitasnya mempertahankan diri agar tidak disakiti, dan si pemarah memiliki kualitas agar dapat menyembuhkan rasa sakit hatinya. Dengan mengetahui kualitas tersembunyi dari para pemain dalam dirinya, partisipan lebih dapat menerima pemain dalam dirinya dan lebih fokus terhadap rencana-rencananya.

Masing-masing partisipan merasa kesulitan menjawab saat ditanya mengenai tujuan hidupnya, bahkan NB merasa bahwa ia sudah tidak memiliki tujuan hidup. Setelah visualisasi aspirasi partisipan mengetahui tujuan hidup yang ingin dicapainya, NB ingin bermanfaat bagi orang lain, MAS tujuan hidup tertingginya adalah kehidupan keluarga yang harmonis dan FK tujuan hidupnya adalah menolong dan keliling dunia. Saat menemukan aspirasinya partisipan merasa bahagia, lega, memiliki gejolak semangat dan optimisme yang besar untuk meraihnya dengan membuat dan menaati rencana aksi yang telah dibuat.

Cinta merupakan hal yang asing bagi partisipan, namun setelah partisipan mampu memahami bahwa cinta ada di dalam dirinya sendiri, maka cinta merupakan sesuatu yang membahagiakan, penuh dengan perhatian, membuat hidup lebih

berwarna dan bertambah yakin bahwa partisipan mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi. Partisipan juga mau dan mampu mesyukuri segala hal yang ia alami selama hidup, baik suka maupun luka. Adanya rasa syukur membuat hidup lebih nyaman, indah, membahagiakan, penuh keharuan dan menjadi pribadi yang terus bertumbuh dan semakin kokoh.

Keseluruhan sesi membuat NB merasakan bertambahnya rasa nyaman dan kebahagiaan karena ia dapat mengenal dirinya, mendamaikan para pemain yang berkonflik dan dapat mengontrol perilakunya. MAS merasakan hubungan dengan sang suami semakin membaik, lebih terbuka, ceria dan banyak bersyukur. FK menjadi sosok yang sangat kuat, berwarna, dapat mengekspresikan diri lebih bebas, dan ia yakin mampu melakukan rencana yang telah ia tuliskan. Orang tuanya pun kini menyambut baik dirinya. Pada kasus MAS dan FK diketahui bahwa perubahan pada dirinya juga diikuti oleh perubahan pada orang disekitarnya. Dikemukakan bahwa pemahaman diri berkorelasi positif dengan penerimaan diri dan hubungan interpersonal (Fung, 2011). Jika seseorang tidak menerima dirinya, maka ia akan menolak orang lain, dan berfikir orang lain juga menolaknya (Matthews, 1993).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat perubahan warna pada visualisasi dan gambar visualisasi. MAS melihat para pemainnya adalah bayangan hitam ditempat yang tanpa batas. Setelah para pemain bertemu dengan sang bijak, pemain tersebut tampak putih bersinar, begitupun pada FK, gambar visualisasi dari sesi eksplorasi diri hingga kehendak di dominasi warna hitam. Pada sesi cinta didominasi warna merah dan ia merasakan hidupnya penuh warna. Disebutkan bahwa warna merupakan bentuk dari ekspresi emosi. Warna hitam menunjukkan kesedihan, warna putih kedamaian dan kelapangan dan warna merah adalah energi, semangat dan gejolak (Anonymous, 2011).

Pada refleksi peneliti dikemukakan bahwa sikap tubuh dan raut wajah partisipan sangat berbeda ketika pada awal terapi dan akhir terapi. NB terlihat lelah dan hanya sedikit tersenyum. Pada terapi keempat dan selanjutnya ia selalu tersenyum dan tertawa. Partisipan MAS pada sesi 1 dan sesi 2 terlihat malas-malasan, menjawab sekedarnya saja, tidak mau kontak mata dengan terapis, dan tubuh selalu disandarkan

pada kursi. Setelah sesi 3, ia mulai mau menatap partisipan, banyak bercerita, dan duduk mulai tegak. FK pada sesi awal wajahnya masih berkerut-kerut, sesi selanjutnya lebih banyak tersenyum, meskipun pada sesi 2 dan 3, masih ada kesedihan meliputi dirinya. Selain itu, pada sesi 2 dan 3 partisipan sering merasa pusing, sesak nafas, dan bagian tubuhnya merasa tidak nyaman seperti pungung, tekuk, belikat, tangan dan lain sebagainya. Begitupun yang dirasakan oleh terapis, terapis juga mengalami keadaan tidak nyaman di bagian tubuhnya. Perubahan ini menunjukkan bahwa proses terapi yang dilakukan oleh partisipan cukup membantu mengatasi konflik yang dihadapinya. Selain itu rasa tidak nyaman pada terapis harus segera disadari dan kemudian mengambil jarak untuk berada dalam kondisi stabil kembali.

Proses terapi dalam penelitian ini tidak sepenuhnya mengikuti prosedur pedoman terapi yang telah disusun, sebab pada prakteknya proses terapi lebih disesuaikan dengan kondisi klien. Terdapat penambahan proses relaksasi pada sesi tertentu, namun hal ini bukan permasalahan mendasar, karena komponen utama *empathic love therapy* tetap diberikan. Hal tersebut merupakan kelemahan karena validitas terapi sulit untuk diselidiki. *Empathic love therapy* pada dasarnya dapat diterapkan dalam proses konseling. Sehingga tidak hanya konselor saja yang menerapkan keterampilan empati tapi memberikan terapi kepada klien agar mampu empati terhadap dirinya sendiri. Pada hakekatnya, *Empathic love therapy* berkaitan dengan nilai-nilai Islam sehingga mendukung keilmuan Bimbingan dan Konseling Islam.

Penutup

Dapat dijelaskan bahwa saat partisipan dapat menerima luka yang dimilikinya melalui terapi *emphatic love*, maka otak kembali mampu memaintain *neural integration* dari berbagai macam jaringan yang terkait dengan perilaku, emosi, sensasi dan *concious awareness* sehingga depresi dapat menurun. Penjelasan tersebut juga didukung oleh adanya perubahan skor BDI-II dari tingkat rendah ke normal. Dengan demikian, *emphatic love therapy* dapat menurunkan depresi. Pada proses terapi ini, penting untuk menyadari keadaan diri terapis pada saat proses terapi, sebab dengan

kesadaran tersebut terapis dapat mendekteksi dengan baik, apa yang dialami oleh partisipan terutama sensasi tubuhnya sehingga proses terapi dapat berjalan dengan lancar. *Emphatic love therapy* juga dapat dikembangkan dan diterapkan dalam konseling Islam.

Pengakuan

Penelitian ini berasal dari tesis penulis pada tahun 2015 di Universitas Gadjah Mada di bawah bimbingan Prof. Kwartarini Wahyu Yuniarti, M.Med.Sc., Ph.D.

Daftar Pustaka

- Assagioli, R. (1973). *The act of will*. United States Of America: Psychosynthesis Institute.
- Beck, A.T. (1985). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bondy, B & Zill, P. (2009). Neurobiology of suicide. *Molecular biology of neuropsychiatric disorder*. Springer –Verlag. Berlin Heidelberg.
- Boorstein, S. (2000). Reflection transpersonal psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*; Summer 2000; 54, 3: Proquest Research Libarary, pg.408.
- Brown, G. K. (2005). *A Review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Pennsylvania.
- Cozolino, L. J. (2002). *The neurocscience of psychotherapy*. New York. W.W. Norton
- Cuijpers, P., Straaten, A.V., & Warmerdam. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Elsevier*, 318-326. *Department of Clinical Psychology*. Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001.
- Firman, J., & Gilla, A. (2002). *A psychology of the spirit*. Albany - New York: State University of New York Press.
- Firman, J., & Gila, A. (2007). *Assagioli's seven core concepts for psychosynthesis training*. California: Psychosynthesis Palo Alto
- Firman, J., & Gilla, A. (2010). *Psychotherapy of love*. Albany - New York: State University of New York Press.

- Fontecilla, B. H., Martinez, de L.V., Gomea D.D., Giner; Lucas; Guillaume; Sebastian; Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behaviour: an Exploratory Review. *Suicidology Online*. 4:21-32.
- Fung, C. (2011). *Exploring individual self-awareness as it relates to self-acceptance and the quality of interpersonal relationship*. Dissertation Publishing. USA. Pro Quest
- Gerard, R. (1961). *Psychosintesis: A psychotherapy for the whole man. First Session*. Los Angeles California.
- Ginting, H., Naring, G., Veld, W.M.D.V., Srisayekti, W., Becker, E.S. (2013). Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 13, 253-246. Elsevier Doyma.
- Hasley, J.P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M.R., Adler, L.E., Shroyer, A.L.W. (2008). A review of "Suicidal Intent" within the existing suicide literature. *Suicide & Life – Threatening Behavior*. *The American Association of Suicidology*. 38;5; ProQuest.
- Hidaka, B.H. (2012). Depression as a disease of moderenity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorder*, 140, 205-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.036>.
- Hooper, L. M., Epstein, S. A., Weinfurt, K. P., DeCoster, J., Qu, L., & Hannah, N. J., (2012). Predictors of primary-care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39, 103-115.
- Johansson, R. Orklund, M.B., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Otsson, B.J., Rousseu, A., Frederick, R.J & Andersson, G.(2013), *Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial*. *PeerJ*, 1e(102); doi 10.7717/peerj.102
- Kazdin, A. (2012). *Research design in clinical psychology (ed.ke-4)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Liew, H.P (2012). Depression and chronic illness: A test of competing hypotheses. *Journal of Health Psychology*, 17, 100-109. Doi : 10.1177.1359105311409788.
- Matthews, W..(1993). Acceptance of self and others. *Human Development Specialist*. North Carolina Cooperative Extension Service
- Medical Letter on the CDC & FDA. (2007). *Psychotherapy; Suicide attempts decline after depression treatment*. Atlanta – US: Public Health and Safety, Medical Sciences.
- Miller, A (1981). *The drama of the gifted child*. New York.

- Palmas, L & Canaria, G. (t.t). Clinical depression: A transpersonal point of view. *The Interpersonal Journal of Transpersonal Studies*, 22.
- Prabowo, H. (2008). *Modul seri latihan kesadaran 1*. Jakarta.
- Rathus, S.A & Nevid, J.S. (1991). *Abnormal psychology*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Rivzi, S.L. & Nock, M.K. (2008). Single-Case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior. The American Assosiation of Suciodology, volume 38 (5) October 2008*.
- Scott, J. (2007). The effect of perfectionism and unconditional self-acceptance on depression. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*. Vol.25, No.. Springer Science Business Media. Inc. Doi: 10.1007/s10942-006-0032-3
- Rufler. (1995). *Para pemain di dalam diri kita (Terjemahan)*. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Surabaya.
- Shadish, W.K., Cook, T.D., & Campbel, D.T. (2002). *Experimental and quasi – experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin Company. Boston, New York.
- Schaller, E.& Wolfersdorf, M. (2010). *Suicidal behaviour; Assessment of people at risk*. New Delhi: *Sage Publication*.India.
- Swasti, I.K. (2010). *Terapi naratif untuk menurunkan kecemasan sosial*. Tesis. Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Wahlstrom, J (2006). Narrative information and externalizing talk in a reflecting team consultation. *Qualitative Social Work*. Sage Journals. DOI: 10.1177/1473325006067359
- Wasserman D, Geijer T, Sokolowski M, Rozanov V, Wasserman J (2007). Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. *Physiology & Behavior*.Vol. 92: 245–249.DOI: 10.1016/j.physbeh.2007.05.061
- Wenicke, R.A., Pearlman, M.Y., Thorndike, F.P; Haage, D.A.F. (2006). Depression proneness and reactions to a depressive stimulus. *The Journal of Psychology*. Heldref. Publications. Pro Quest
- Yaseen, S.Z., Karin, F., Morales, E., Galynker, I.I. (2012). Love and suicide: The structure of the affective intensity rating scale (AIRS) and Its relation to suicidal behavior. *Plos One 7 (8)*. New York – USA: Department of Psychiatry and Behavior Sciences.