

Cognitive behavior therapy (CBT) untuk mengurangi tingkat depresi pada individu dengan major depressive disorder

Nur Kholifah^{1*} dan Afif Kurniawan¹

Abstract

Major Depressive Disorder (MDD) is a severe depressive condition characterized by persistent feelings of deep sadness for more than two weeks. This condition significantly reduces the sufferer's quality of life because it affects thought patterns, moods, and behaviors. This study focuses on a 22-year-old woman with MDD. Comprehensive assessments were conducted through clinical interviews, observations, WAIS Test, projective tests (Draw a Person, BAUM, Human Tree Person), and Beck Depression Inventory II (BDI-II). Cognitive Behavior Therapy (CBT) was applied as an intervention with the primary goal of changing cognitions or perceptions of problems, as well as modifying maladaptive emotions and behaviors. In line with the hypothesis, CBT intervention can reduce the level of depression in individuals with major depressive disorder.

Keywords

Cognitive behavior therapy, level of depression, major depressive disorder

Pendahuluan

Depresi merupakan gangguan afektif yang paling umum dan paling sering dialami oleh individu. Depresi merupakan penyakit mental yang umum terjadi dan mempengaruhi jutaan orang di seluruh dunia, dengan perkiraan 3,8% dari populasi global, atau sekitar 280 juta orang, menderita kondisi ini ([World Health Organization, 2023](#)). Jumlah kasus depresi meningkat secara signifikan pada tahun 2020, dengan tambahan 53,2 juta kasus yang dilaporkan ([Santomauro et al., 2021](#)). Sebuah studi yang berfokus pada orang dewasa muda di Indonesia menemukan prevalensi depresi sebesar 27,86% ([Purborini et al., 2021](#)). Gangguan Depresi Mayor (MDD) adalah kondisi kejiwaan umum yang ditandai dengan suasana hati tertekan, minat yang berkurang, dan gangguan fungsi kognitif ([Otto et al., 2022](#)). MDD adalah kondisi kesehatan mental yang umum yang memengaruhi jutaan orang di seluruh dunia dan merupakan penyebab utama kecacatan ([Yan et al., 2024](#); [Zhang, 2024](#)). Ini secara signifikan memengaruhi morbiditas, mortalitas, dan kehidupan sehari-hari ([Zhang, 2024](#)). Berdasarkan data yang disajikan, terbukti bahwa depresi merupakan masalah kesehatan global yang signifikan, tidak hanya karena prevalensinya yang tinggi tetapi juga karena dampaknya yang mendalam pada fungsi sehari-hari individu dan kualitas hidup secara keseluruhan.

Etiologi MDD bersifat multifaktorial, melibatkan faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan ([England & Sim, 2009](#)). Gejalanya meliputi kesedihan yang terus-menerus, kehilangan minat, dan perubahan pola tidur dan nafsu makan ([Zhang, 2024](#)). Kriteria diagnostik untuk MDD meliputi adanya lima atau lebih gejala spesifik selama periode dua minggu, dengan setidaknya satu di antaranya adalah suasana hati yang tertekan atau kehilangan minat ([Leichsenring et al., 2023](#)). Diagnosis MDD telah berkembang seiring waktu, dengan DSM-5 memperkenalkan penentu baru seperti

“dengan gangguan cemas” dan “dengan ciri campuran” ([Fang & Wu, 2019](#)). MDD dicirikan oleh interaksi kompleks gejala yang memengaruhi suasana hati, kognisi, dan kesejahteraan fisik.

Orang dengan MDD mungkin merasa makanan terasa hambar atau kehilangan nafsu makan, atau nafsu makan meningkat ([Kring et al., 2014](#)). Beberapa orang mungkin merasa anggota tubuh mereka terasa berat. Pikiran dan gerakan beberapa orang mungkin melambat (retardasi psikomotor), sementara yang lain mungkin tidak dapat duduk diam, mondar-mandir, gelisah, dan meremas-remas tangan mereka (agitasi psikomotor). Di luar gejala kognitif dan fisik ini, inisiatif mungkin hilang. Penarikan diri dari kehidupan sosial adalah hal yang umum; banyak yang lebih suka duduk sendiri dan diam. Gejala fisik depresi juga umum, termasuk kelelahan dan energi rendah, serta nyeri dan rasa sakit fisik. Kelelahan dan suasana hati tertekan diidentifikasi sebagai gejala utama, dengan hubungan suasana hati-anhedonia yang sangat menonjol ([Margaroli et al., 2021](#)). Orang dengan MDD sering melaporkan gejala yang lebih luas dan gangguan fungsional yang lebih besar daripada yang disadari oleh penyedia layanan kesehatan, yang menyoroti perlunya komunikasi yang lebih baik ([Christensen et al., 2020](#)). Meskipun orang dengan depresi biasanya merasa lelah, mereka mungkin mengalami kesulitan tidur dan sering terbangun. Pada individu lain, hal ini dapat muncul dengan gejala tidur sepanjang hari ([Kring et al., 2014](#)). Menariknya, gejala kecemasan seperti gugup dan merasa takut juga

¹Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Indonesia.

*Correspondent Author:

Nur Kholifah, Universitas Airlangga, Jl. Airlangga, Gubeng, Kec. Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60286

Email: nur.kholifah-2022@psikologi.unair.ac.id

menjadi pusat jaringan MDD, dengan hubungan yang kuat antara mudah tersinggung dan gugup (Park & Kim, 2020).

Gejala fisik, emosional, dan kognitif yang kompleks ini berkontribusi pada dampak depresi yang lebih luas di seluruh domain pribadi, keluarga, sosial, dan fungsional. Pada tingkat individu, MDD mengurangi energi, konsentrasi, dan motivasi, mengganggu produktivitas harian, dan meningkatkan risiko ide bunuh diri (Benson et al., 2021). Pada tingkat keluarga, depresi dapat mengganggu hubungan, pengasuhan anak, dan koneksi emosional, yang sering kali menimbulkan tekanan psikologis pada anggota keluarga, terutama anak-anak (Buus, 2024). Depresi menyebabkan disfungsi sosial, termasuk gangguan kognisi sosial dan perilaku interpersonal, yang mengakibatkan isolasi dan penurunan kualitas hubungan (Kupferberg & Hasler, 2023)). Secara fungsional, depresi mengganggu pengambilan keputusan berbasis nilai, termasuk pembelajaran hukuman dan penghargaan, harapan masa depan yang pesimistis, dan berkurangnya kegigihan (Mukherjee et al., 2020). Efek yang saling berhubungan ini menyoroti sifat MDD yang meluas dan pentingnya identifikasi dini dan perawatan yang komprehensif.

Penelitian terkini menyoroti peran proses kognitif yang terdistorsi dalam depresi berat. Perspektif pemrosesan prediktif pada depresi menunjukkan bahwa individu cenderung mengharapkan kejadian negatif dan mengabaikan informasi positif yang bertentangan dengan ekspektasi ini, sehingga menciptakan lingkaran umpan balik negatif yang saling memperkuat (Kube et al., 2020). Kesalahan berpikir ini membentuk cara orang menafsirkan situasi sehari-hari, sering kali memperkuat keyakinan negatif tentang diri mereka sendiri, orang lain, dan masa depan (Beck, 2021). Kondisi ini memperparah dan mempertahankan gejala depresi dengan meningkatkan perasaan putus asa, bersalah, rendah diri, dan cemas (Harrison et al., 2022). Seiring berjalannya waktu, individu mungkin mulai menghindari interaksi sosial, menarik diri dari peluang, dan menafsirkan situasi netral atau positif secara negatif, sehingga memperkuat siklus depresi. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa individu yang depresi lebih sensitif terhadap kejadian yang membuat stres dan memiliki korelasi yang signifikan antara ekspektasi dan depresi (Kupferberg & Hasler, 2023).

Beberapa intervensi psikologis telah menunjukkan efektivitas dalam mengobati MDD. Interpersonal Psychotherapy efektif dalam mengurangi gejala depresi dan mencegah kekambuhan (Varadharasu, 2024). *Behavior Activation* (BA) merupakan psikoterapi yang efektif untuk depresi, yang mendorong keterlibatan dalam aktivitas yang bermanfaat untuk meningkatkan interaksi lingkungan yang positif (Cuijpers et al., 2023; Wang & Feng, 2022)). *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) telah menunjukkan pengurangan yang signifikan dalam gejala depresi dan pemeliharaan hasil jangka panjang (Zhao et al., 2023). Demikian pula, *Mindfulness Behavior Cognitive Therapy* (MBCT) merupakan intervensi psikologis yang efektif untuk mengurangi gejala depresi dan kecemasan serta mencegah kekambuhan depresi (Pandey, 2023; Williams et al., 2022). Selain itu, psikoterapi psikodinamika jangka pendek lebih efektif untuk depresi dengan durasi episode yang lebih lama (Wienicke et al., 2023).

Meskipun alternatif-alternatif ini efektif, CBT tetap menjadi salah satu intervensi yang paling berbasis bukti dan paling banyak digunakan untuk MDD. CBT telah

menunjukkan kemanjuran yang kuat dalam menangani depresi dengan menargetkan distorsi kognitif dan pola pikir negatif (Moorey & Hollon, 2021). Dengan ukuran efek sedang hingga besar dan keuntungan jangka panjang, CBT merupakan intervensi yang berhasil untuk gangguan depresi mayor (Hofmann, 2012). CBT berorientasi pada keterampilan, membekali individu dengan alat-alat praktis untuk restrukturisasi kognitif, pemecahan masalah, dan aktivasi perilaku, yang mengarah pada manajemen gejala jangka panjang (Serafini et al., 2023). Hal ini juga didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa CBT dan modifikasinya merupakan intervensi yang dapat diandalkan untuk mencegah kekambuhan pada individu dengan depresi (Chen et al., 2022). CBT adalah intervensi yang efektif untuk depresi yang dapat mencegah timbulnya, mengobati gejala, dan mencegah kekambuhan dengan menargetkan faktor risiko mekanistik seperti insomnia dan perenungan (Otto et al., 2022). Selain itu, kombinasi antara CBT dengan farmakoterapi untuk individu yang resistan terhadap perawatan menunjukkan penurunan gejala depresi. CBT dapat menjadi jenis terapi yang efektif untuk orang dewasa dan remaja dengan depresi yang resistan terhadap perawatan (Zakhour et al., 2020). Mengingat dasar empiris dan kemampuan adaptasinya yang kuat, CBT terus direkomendasikan sebagai intervensi lini pertama dalam pedoman praktik klinis untuk depresi.

Oleh karena itu, tujuan dari studi ini adalah untuk melihat efektivitas CBT dalam mengubah distorsi kognitif yang dialami oleh individu dan untuk mengevaluasi efek CBT pada gejala MDD. Evaluasi efeknya adalah untuk menguji apakah CBT memiliki dampak positif pada penurunan gejala MDD secara umum.

Metode

Asesmen

Metode asesmen yang digunakan meliputi (1) Wawancara klinis, yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi terkait riwayat keluhan dan anamnesis yang akan mendukung diagnosis masalah; (2) Observasi dilakukan melalui pengamatan langsung, yaitu bahasa tubuh dan ekspresi subjek selama proses wawancara serta aktivitas subjek di bangsal; (3) Tes *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) diberikan untuk melihat sejauh mana kemampuan intelektual dan bagaimana subjek dapat menerima informasi dan memproses instruksi yang diberikan; (4) Tes proyektif, yaitu *Draw a Person* (DAP), *BAUM* dan *Human Tree Person* (HTP), bertujuan untuk mengeksplorasi struktur kepribadian dari fungsi-fungsi penting seperti emosi, fungsi kontrol dan realitas; (5) *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) untuk mengukur tingkat depresi.

Presentasi Kasus

Klien merupakan seorang perempuan berusia 22 tahun yang saat ini tinggal di Surabaya. Ia merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Klien juga mengalami berbagai bentuk kekerasan emosional dan fisik sejak masa kanak-kanak. Ia sering menerima ucapan kasar dari ibunya, seperti pernyataan bahwa ia tidak seharusnya dilahirkan atau dianggap menyusahkan. Adapun kekerasan fisik yang ia alami berupa pukulan dan

cubitan yang menyebabkan memar dan bengkak di tubuhnya. Hal ini terjadi tanpa sepengetahuan ayah klien, yang bekerja di luar kota. Ia juga sering menyaksikan kedua orang tuanya bertengkar satu sama lain.

Saat berumur 12 tahun, klien mengetahui bahwa ibunya menjalin hubungan dengan pria lain, yang beberapa kali dibawa ke rumah dan diperkenalkan secara langsung kepada klien. Ia diminta untuk merahasiakan hal tersebut dari ayahnya, yang menimbulkan tekanan psikologis bagi klien. Setelah hubungan tersebut berakhir, ibu klien menjadi lebih diam dan menjaga jarak secara emosional.

Pada masa SMP, klien juga mengalami perundungan sosial dan verbal selama satu tahun karena ia cenderung sulit melibatkan diri dengan teman-teman di sekolahnya. Hal ini menyebabkan ayah klien memindahkannya ke sekolah lain. Ketika berusia 15 tahun, ia mengalami tumor pada pipi kanan dan menjalani operasi. Selama masa pemulihan, klien menghindari cermin maupun kamera karena merasa dirinya tampak buruk.

Saat memasuki perkuliahan, klien pada awalnya mengalami kesulitan beradaptasi. Ia merasa tidak mampu menyelesaikan tugas-tugas akademik dengan baik, merasa inferior dibandingkan teman sekelasnya, dan merasa tidak mampu menjalin pertemanan. Kesadaran akan perlunya perubahan mendorong klien untuk mencoba beradaptasi melalui aktivitas organisasi.

Namun, pada semester tiga, klien mengalami konflik yang cukup signifikan, ketika ia dituduh menggoda pasangan orang lain, padahal tidak ada interaksi langsung yang terjadi. Tuduhan ini membuat klien merasa sangat tertekan dan sempat absen kuliah selama lima hari. Kemudian pada semester enam, ia mengalami pelecehan verbal dari seorang senior di organisasi. Meskipun pelaku diberi sanksi, kejadian tersebut berdampak negatif pada kondisi emosional klien dan membuatnya menarik diri dari organisasi.

Klien mulai tidak mengikuti perkuliahan. Ia selalu izin dengan alasan sakit. Klien menolak ketika teman-teman sekelasnya ingin menjenguk. Klien merasa cemas terhadap kemungkinan reaksi orang tuanya apabila mengetahui bahwa ia tidak lagi menjalani perkuliahan. Ia tidak mampu menyampaikan kesulitan yang dialaminya, termasuk peristiwa pelecehan yang ia alami.

Sebagai respons terhadap tekanan emosional yang dialami, klien menunjukkan perilaku menyakiti diri (*self-harm*) berupa *cutting* dan konsumsi obat sakit kepala dalam dosis berlebih. Selain itu, klien mengalami kehilangan minat dan semangat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai. Ia mengalami kesulitan konsentrasi, kelelahan, perubahan berat badan, pola tidur yang tidak teratur. Klien juga mengalami perasaan tidak berharga dan tidak berguna bagi orang-orang di sekitarnya.

Hasil tes psikologi juga menunjukkan klien cenderung sensitif serta berorientasi pada masa lalu yang membuat klien kerap kali merespons situasi yang dihadapinya sebagai ancaman dan merasa kesulitan mengontrol emosinya. Selain itu, pengalaman masa lalu juga mendistorsi pikiran klien, bahwa ia selalu menjadi masalah dan beban keluarganya. Hal ini membuat klien merasa tidak berharga dan gagal. Hal ini juga membuatnya merasa sedih berkepanjangan dan putus asa. Kondisi ini muncul karena proses berpikir klien, ia cepat menarik kesimpulan dan menggeneralisasi dengan pengalaman negatif di masa lalunya. Akhirnya membuat penilaian klien terdistorsi dengan langsung menilai

dirinya secara negatif. Klien segera merespons secara emosional peristiwa tersebut dan memunculkan reaksi fisik serta kemudian menarik diri sebagai bentuk pertahanan diri klien. Padahal berdasarkan hasil tes WAIS, klien memiliki kemampuan kognitif yang mumpuni dan memiliki kemampuan berpikir serta *problem solving* yang baik, akan tetapi karena kesalahan berpikir membuat klien saat ini kesulitan untuk merespons situasi dengan tepat.

Keluhan klien mengarah pada gangguan depresi mayor, ditandai oleh perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat, rasa putus asa, dan menarik diri dari aktivitas sosial maupun akademik. Klien juga mengalami distorsi berpikir, rasa bersalah berlebihan, kesulitan konsentrasi, serta menunjukkan perilaku *self-harm*. Gejala fisik seperti kelelahan, gangguan tidur, dan sakit kepala turut memperkuat indikasi depresi yang dialami.

Diagnosis dan Prognosis

Diagnosis Berdasarkan deskripsi kasus dan hasil asesmen, diagnosis ditegakkan pada klien berdasarkan DSM-V TR dengan kriteria diagnostik F32.1 Gangguan Depresi Mayor dengan episode tunggal (sedang) ([American Psychiatric Association, 2022](#)). Klien menunjukkan gejala-gejala yang ditandai dengan (A) mengalami delapan gejala spesifik selama periode dua minggu yang sama, yang menunjukkan perubahan fungsi yang nyata, gejala-gejala yang diamati pada klien meliputi (1) suasana hati tertekan hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subjektif (misalnya, merasa sedih, hampa, putus asa) atau pengamatan yang dilakukan oleh orang lain (misalnya tampak menangis), (2) minat atau kesenangan yang sangat berkurang dalam semua, atau hampir semua, aktivitas hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, (3) penambahan berat badan yang signifikan (klien mengalami penambahan berat badan yang drastis, dari awalnya 38 kilogram menjadi 45 kilogram, kemudian menjadi 53 kilogram), (4) insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari, (5) kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari (merasa mudah lelah meskipun klien tidak melakukan aktivitas berat), (6) perasaan tidak berharga atau berlebihan atau tidak pantas (klien merasa tidak berharga dan tidak berguna bagi orang-orang di sekitarnya), (7) klien mengalami kesulitan berkonsentrasi dan sering ragu-ragu untuk membuat keputusan, (8) pikiran tentang kematian yang berulang (bukan hanya takut mati), ide bunuh diri berulang tanpa rencana khusus, atau percobaan bunuh diri atau rencana khusus untuk bunuh diri (klien melukai diri sendiri dengan memotong dan berulang kali mengonsumsi obat sakit kepala dalam dosis berlebihan); (B) Gejala-gejala tersebut menyebabkan tekanan atau gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan, atau bidang penting lainnya. Penentuan tingkat keparahan kondisi klien diklasifikasikan sebagai sedang, yang menunjukkan bahwa berbagai gejala, intensitasnya, dan/atau gangguan fungsional berada di antara klasifikasi “ringan” dan “berat.” Klasifikasi episode yang dialami klien diidentifikasi sebagai episode tunggal, mengingat tidak ada durasi minimal 2 bulan di mana kriteria untuk episode depresi mayor tidak terpenuhi, dan kondisi ini telah dialami setiap hari selama setahun terakhir.

Prognosis Berdasarkan penilaian, prognosis klien dapat dianggap positif, didukung oleh kombinasi faktor perlindungan internal dan eksternal. Secara internal, klien menunjukkan kapasitas intelektual yang memadai yang memungkinkannya memahami masukan terapeutik, bersama dengan tingkat kesadaran diri yang kuat dan kemauan untuk berubah. Komitmen dan kerja samanya yang konsisten selama proses terapi, keterbukaan terhadap penilaian psikologis, dan potensi untuk berfungsi secara mandiri semakin memperkuat sumber daya internal yang diperlukan untuk pemulihan. Secara eksternal, klien mendapat manfaat karena saat ini tidak tinggal dengan sumber stres utamanya (yaitu, orang tua yang dominan dan mudah marah), yang mengurangi intensitas pemicu lingkungan. Namun, beberapa faktor risiko eksternal—seperti riwayat pengasuhan yang otoriter, dukungan keluarga yang buruk, dan koneksi sosial yang terbatas—menimbulkan tantangan yang berkelanjutan. Secara internal, klien juga berjuang dengan pola kognitif maladaptif dan harga diri yang rendah, yang terkait dengan gejala depresifnya. Meskipun demikian, adanya kapasitas internal yang stabil dan adaptif, terutama motivasinya untuk perbaikan diri dan keterlibatan terapeutik, lebih besar daripada risiko saat ini. Kekuatan internal ini, bila didukung oleh intervensi terstruktur seperti CBT, menawarkan landasan yang kokoh bagi perbaikan psikologis jangka panjang.

Intervensi

Hasil asesmen menunjukkan gangguan depresi mayor akibat masalah dalam keluarga dan interaksi sosial yang menyebabkan skema negatif terhadap diri sendiri dan lingkungan. Intervensi dirancang untuk meningkatkan kapasitas klien dalam menilai dan mengubah pikiran otomatis disfungsional dan strategi penanganan dengan menggabungkan aktivitas positif yang menghasilkan respons yang lebih adaptif. Sasaran perilaku adalah pengelolaan aktivitas harian klien dalam bentuk perilaku sehat (misalnya pola makan) aktivitas mandiri (misalnya merapikan tempat tidur dan mencuci piring/pakaian sebagai aktivitas yang bertanggung jawab), dan aktivitas favorit (misalnya membaca buku). Intervensi yang diusulkan akan menggunakan kerangka kerja perilaku kognitif, khususnya menggunakan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) memiliki basis bukti terkuat dari semua perawatan psikologis untuk depresi (Moorey & Hollon, 2021).

Pendekatan terapeutik ini menggunakan model kognitif dan perilaku, yang menyatakan bahwa tantangan psikologis yang dihadapi klien muncul dari proses berpikir yang salah, kesimpulan yang salah berdasarkan informasi yang tidak memadai, dan dipengaruhi oleh pembelajaran lingkungan dan pengalaman pribadi (Beck, 2021). CBT mengintegrasikan metodologi terapeutik yang memberdayakan individu untuk mengubah tidak hanya perilaku terbuka tetapi juga pikiran, keyakinan, dan sikap yang mendasari yang mendorong perilaku ini. Premis CBT adalah bahwa pola dan keyakinan kognitif berdampak signifikan pada perilaku, dan modifikasi dalam proses kognitif ini dapat mengarah pada perbaikan dalam respons perilaku dan emosional. Kesulitan yang dihadapi klien bermanifestasi sebagai distorsi kognitif, membuat mereka tidak fokus dan tidak efektif dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Kehadiran pikiran maladaptif memicu respons emosional dan perilaku yang

kurang optimal dalam menangani berbagai situasi. CBT secara khusus bertujuan untuk mengubah pikiran dan perilaku yang berkontribusi pada hasil yang merugikan yang memengaruhi individu (Hadwin & Richards, 2016). Dalam kerangka CBT, individu didorong untuk mengevaluasi kembali pikiran-pikiran yang tidak adaptif, mengubahnya menjadi perspektif yang lebih adaptif. Proses terapinya adalah sebagai berikut:

Sesi I: Pra-Intervensi. Pada sesi ini, klien diberikan rancangan intervensi dan menyetujui rancangan intervensi, dengan demikian menyatakan komitmen untuk terlibat dalam seluruh proses intervensi. Klien mampu mengidentifikasi permasalahan dalam aspek sosial, pendidikan dan psikologis secara garis besar. Akan tetapi, ia belum mengenali perasaan sedih berkepanjangan dan tertekan yang ia alami. Terapis mendapatkan hasil aktivitas klien berupa hubungan sosial (menghindari interaksi dengan orang lain), pola makan tidak sehat, pola tidur yang tidak teratur (cenderung insomnia), perilaku kemandirian (misal: merapikan kamar dan membersihkan diri) tidak teratur serta kehilangan kesenangan untuk melakukan hobinya.

Sesi II: Psikoedukasi. Pada sesi ini, terapis menyampaikan informasi terkait masalah psikologis yang ia alami; dampak dari masalah psikologis tersebut terhadap keberfungsian klien dan strategi pengelolaan diri, terutama berkaitan kehidupan sosialnya. Hasil dari kegiatan pada sesi ini yaitu klien memiliki pengetahuan mengenai kondisi depresi yang ia alami dengan gejala-gejala yang muncul. Adanya pemahaman bahwa ia memiliki stigma atas diri dan kondisinya (misal: hidup yang selalu menjadi beban orang tua) yang menimbulkan perasaan negatif dan memicu permasalahan psikologis yang dihadapi saat ini. Klien juga dikenalkan terkait reaksi terhadap pengalaman traumatis, dan penanganan/intervensi kognitif-perilaku yang dapat dilakukan. Hal ini diharapkan dapat mengurangi kesalahpahaman mengenai dirinya, meningkatkan penerimaan klien terhadap kondisinya saat ini, serta meningkatkan partisipasi klien dalam terapi sehingga dapat membawa klien pada perkembangan diri yang lebih positif.

Sesi III: Redstrukturisasi Kognitif. Klien dan terapis terlibat dalam diskusi tentang model kognitif. Klien belajar mengidentifikasi pikiran disfungsional, yang terwujud sebagai keyakinan inti yang tidak berharga dan tidak berdaya serta perilaku maladaptif, seperti mengisolasi diri dan menyakiti diri sendiri. Klien dibuat sadar akan pola pikir disfungsional mereka dan didorong untuk mengembangkan pola pikir alternatif. Lebih jauh, klien diharapkan untuk mengembangkan mekanisme koping untuk mengelola emosi negatif secara efektif. Setelah dilakukan sesi, diketahui bahwa klien mengenali pemikiran maladaptif, berupa *worthless core belief* dan *helpless core belief*. Klien menyadari bahwa pikiran disfungsionalnya berdampak negatif seperti menyebabkan ia sering mengalami emosi sedih, kecewa terhadap diri sendiri dan *self-harm*. Klien juga mengembangkan strategi koping berupa *positive self-talk* dan *deep breathing* untuk mengelola emosi negatif.

Sesi IV: Scheduling (Behavior Activation). Pada sesi ini, klien dan terapis mencapai kesepakatan bersama mengenai program kegiatan terstruktur, yang menggambarkan kerangka waktu tertentu untuk mencapai tujuan tertentu. Klien

mengidentifikasi tiga kegiatan yang menurutnya bermanfaat secara pribadi dan tiga tanggung jawab yang dianggapnya penting. Adapun yang diidentifikasi yaitu (1) membaca novel, (2) berjalan kaki di pagi hari, (3) menonton film sebagai kegiatan yang disukai dan; (1) membersihkan kamar, (2) cuci piring/baju, (3) merapikan tempat tidur sebagai kegiatan yang bertanggung jawab.

Sesi V: Pemantauan. Pada sesi ini, suatu kegiatan dilakukan untuk mengevaluasi kemajuan yang telah dicapai oleh klien selama dua minggu. Adapun hasil kegiatannya yaitu terdapat pengelolaan aktivitas klien sesuai dengan kegiatan-kegiatan yang sudah direncanakan (tiga kegiatan yang disenangi dan 3 kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya). Diketahui juga rutinitas makan yang tidak sehat masih beberapa kali klien lakukan, pola tidur klien membaik dengan lima hari kualitas tidur optimal. Perilaku kemandirian klien yaitu merapikan tempat tidur dan mencuci piring/baju sebagai aktivitas tanggung jawab yang dilakukan dominan selama dua belas hari. Aktivitas kegemaran klien juga mulai kembali dilakukan seperti membaca buku selama seminggu terakhir.

Sesi VI: Evaluasi. Selama sesi, kegiatan dilakukan untuk mengidentifikasi tantangan atau hambatan yang telah dipastikan dan untuk penyesuaian target dan jadwal sehingga kegiatan dapat dilakukan oleh klien. Tujuan utamanya adalah untuk menyesuaikan target dan jadwal agar aktivitas dapat dilakukan secara lebih konsisten dan efektif oleh klien. Hambatan yang dialami klien yaitu inkonsisten dalam menerapkan pola makan yang sehat. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan tersebut, terapis dan klien menyepakati pencatatan makanan (*food journaling*) dan identifikasi pemicu pola makan tidak sehat. Dengan penyesuaian ini, diharapkan klien dapat mengatasi tantangan yang ada, meningkatkan konsistensi pola makan yang sehat.

Sesi VII: Tindak Lanjut dan Penghentian. Tujuan dari sesi ini adalah untuk memastikan kapasitas klien untuk keterampilan manajemen diri yang dapat memfasilitasi kegiatannya. Diamati bahwa klien menunjukkan kemajuan dalam kemampuan mereka untuk melakukan kegiatan sehari-hari, yang disebabkan oleh penggabungan perilaku rutin yang positif. Perilaku positif ini muncul setelah tiga minggu sesi pemantauan dan evaluasi. Selain itu, proses intervensi memunculkan respons dari terapis. Dengan demikian, sesi intervensi dihentikan.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

Intervensi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) telah menunjukkan dampak positif pada kondisi psikologis dan perilaku manajemen diri klien. Perubahan mendasar dapat dilihat pada pola pikir dan perilaku klien sepanjang sesi terapi, yang kemudian didukung oleh penilaian kuantitatif.

Pada pra-intervensi, klien secara jelas menunjukkan keyakinan inti yang disfungsi berupa perasaan tidak berharga (*worthless core belief*) dan tidak berdaya (*helpless core belief*). Keyakinan ini termanifestasi dalam berbagai distorsi kognitif, seperti personalisasi (misalnya, klien percaya dialah penyebab pertengkaran orang tuanya), asumsi negatif tentang penerimaan sosial (misalnya, orang lain tidak

akan menyukainya setelah mengetahui jati dirinya), dan perasaan tidak kompeten dalam ranah akademis (misalnya, menganggap diri tidak kompeten karena terlalu bergantung pada bantuan orang lain).

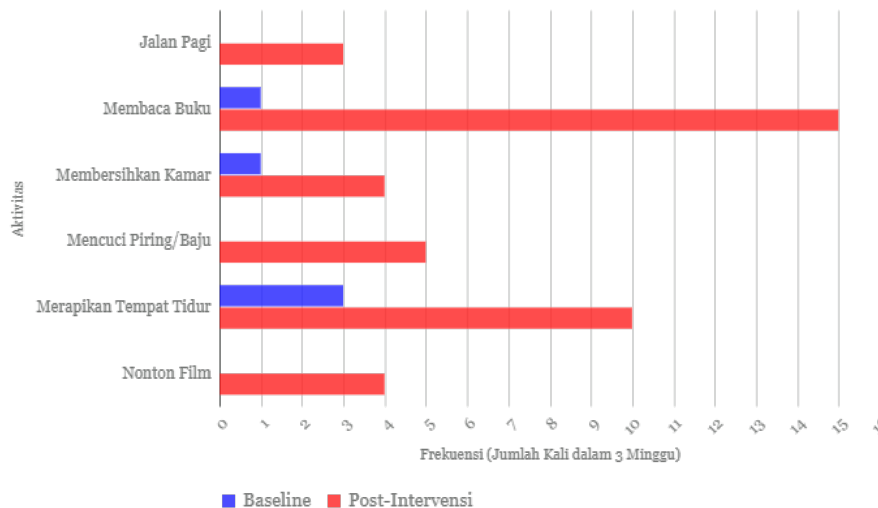
Pikiran-pikiran disfungsi ini memicu perasaan sedih yang berkepanjangan, kekecewaan terhadap diri sendiri, dan perilaku maladaptif seperti *self-harm* serta mengisolasi diri. Klien juga menunjukkan peningkatan kesadaran akan stigmatisasi diri, seperti pikiran bahwa dirinya terus-menerus menjadi beban bagi orang tuanya dan perasaan tidak kompeten, yang diidentifikasi sebagai pemicu potensial tekanan psikologis yang dialami saat ini. Melalui proses restrukturisasi kognitif, klien secara aktif belajar mengidentifikasi, menantang, dan merevisi keyakinan serta distorsi kognitif ini. Sebagai hasilnya, klien mampu mengartikulasikan perspektif yang lebih adaptif, seperti "*Saya bukan penyebab semua masalah*", "*Terlepas dari keadaan saya saat ini atau di masa mendatang, saya tetap menjadi diri saya sendiri. Pendapat orang lain tidak menentukan harga diri saya*", dan "*Saya cukup kompeten dan kuat karena saya menyadari kondisi saya*" serta "*Meminta bantuan orang lain tidak berarti tidak kompeten atau gagal.*" Pergeseran ini menunjukkan penurunan dominasi pola pikir disfungsi dan peningkatan penggunaan strategi koping kognitif seperti *positive self-talk*.

Seiring dengan perubahan kognitif, terjadi pula perubahan signifikan dalam perilaku dan manajemen diri klien. Sebelum intervensi, klien cenderung pasif, dengan pola makan tidak sehat, pola tidur tidak teratur (cenderung insomnia), perilaku kemandirian tidak teratur, serta kehilangan kesenangan pada hobinya. Melalui teknik aktivasi perilaku, klien didorong untuk terlibat dalam aktivitas konstruktif. Klien mengidentifikasi tiga aktivitas yang disukai (membaca novel, berjalan kaki di pagi hari, menonton film) dan tiga tanggung jawab (membersihkan kamar, mencuci piring/pakaian, merapikan tempat tidur). Perilaku klien menunjukkan perubahan nyata dalam rutinitasnya.

Grafik perbandingan frekuensi kegiatan klien antara periode baseline dan pasca-intervensi (Gambar 1) menunjukkan peningkatan yang signifikan pada semua aktivitas yang diamati, baik pada kegiatan yang disenangi maupun tanggung jawab. Sebagai contoh, frekuensi membaca buku meningkat tajam dari 1 kali pada baseline menjadi 15 kali setelah intervensi, sedangkan nonton film dan jalan pagi yang tidak dilakukan sama sekali pada baseline masing-masing meningkat menjadi 4 dan 3 kali. Demikian pula, pada kategori tanggung jawab, frekuensi merapikan tempat tidur meningkat dari 3 kali menjadi 10 kali, mencuci piring/baju dari 0 kali menjadi 5 kali, dan membersihkan kamar dari 1 kali menjadi 4 kali. Peningkatan konsisten ini mencerminkan keberhasilan intervensi perilaku kognitif dalam mendorong klien untuk terlibat lebih aktif dalam rutinitas positif dan menunjukkan perbaikan nyata dalam manajemen diri.

Klien menunjukkan komitmen dalam melaksanakan aktivitas yang diidentifikasi, dengan tanggung jawab seperti merapikan tempat tidur dan mencuci piring/pakaian dilakukan lebih teratur. Aktivitas kegemaran seperti membaca buku mulai kembali dilakukan, dan meskipun pola tidur masih bervariasi, durasi tidur klien menunjukkan peningkatan. Pada sesi tindak lanjut dan terminasi, klien telah mengembangkan kapasitas manajemen diri, termasuk pola tidur teratur,

Perbandingan Frekuensi Kegiatan Klien: Baseline vs. Post-Intervensi (3 Minggu)



Picture 1. Grafik ini menunjukkan peningkatan jumlah aktivitas harian yang dilakukan klien setelah mengikuti intervensi selama tiga minggu. Terlihat bahwa frekuensi kegiatan seperti membaca buku, membersihkan kamar, dan merapikan tempat tidur meningkat secara signifikan pada periode pasca-intervensi, yang mengindikasikan perbaikan dalam keterlibatan aktivitas positif sehari-hari

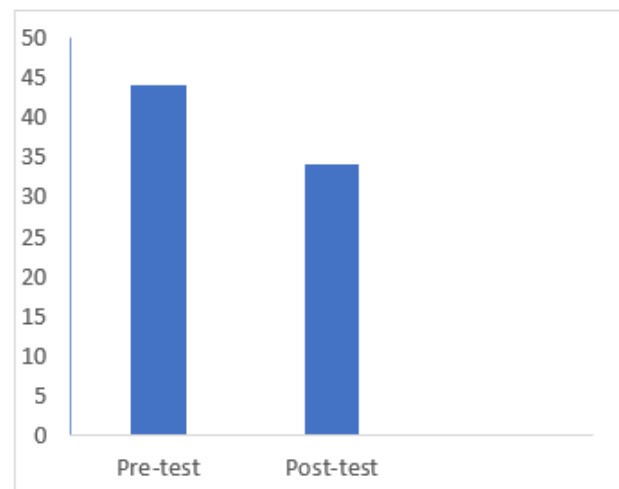
pencatatan kebiasaan tidur, penggunaan alarm, upaya menjaga pola makan sehat, dan penggabungan rutinitas positif seperti aktivitas akhir pekan di luar rumah. Perubahan ini menunjukkan kemampuan klien untuk mengimplementasikan strategi perilaku baru untuk mengelola emosi negatif secara efektif, seperti *deep breathing*.

Perubahan kognitif dan perilaku yang signifikan ini didukung oleh hasil *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). BDI-II berfungsi sebagai instrumen kuantitatif untuk mengevaluasi tingkat keparahan gejala depresi pada individu. Sistem klasifikasi BDI-II menggambarkan kategori mulai dari tidak adanya depresi atau depresi minimal (skor dari 0 hingga 13), depresi ringan (skor dari 14 hingga 19), depresi sedang (skor dari 20 hingga 28), dan depresi berat (skor dari 29 hingga 63) (Beck et al., 1996). Penilaian awal (*pre-test*) menunjukkan skor BDI-II klien sebesar 44, mengategorikannya dalam depresi berat. Setelah intervensi (*post-test*), skor menurun menjadi 34 (Gambar 2). Meskipun kedua skor masih dalam kategori depresi berat, penurunan 10 poin atau sebesar 22,73% dari skor awal ini menandakan perubahan positif dan penurunan gejala depresi. Penurunan skor BDI-II berfungsi sebagai bukti kuantitatif yang mendukung observasi perubahan kualitatif pada pikiran dan perilaku klien sepanjang proses intervensi.

Secara keseluruhan, intervensi CBT telah berhasil membekali klien dengan keterampilan manajemen diri, memungkinkan klien untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara lebih positif dan adaptif. Klien menyatakan kepuasan dengan intervensi, dan sesi dihentikan setelah klien menunjukkan kemampuan mempertahankan perilaku positif dan mengelola pikirannya secara konstruktif.

Pembahasan

Gangguan depresi mayor (MDD) adalah kondisi kesehatan mental yang kompleks yang ditandai dengan kesedihan yang



Picture 2. Grafik ini menunjukkan penurunan skor depresi setelah intervensi, sebagaimana diukur dengan *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). Skor post-test lebih rendah dibandingkan pre-test, yang mengindikasikan adanya perbaikan kondisi psikologis pada klien setelah intervensi dilakukan.

terus-menerus, anhedonia, dan berbagai gejala fisik (Karroui et al., 2021). Intervensi yang secara empiris terbukti efektif untuk klien yang didiagnosis dengan MDD adalah CBT.

CBT telah terbukti menjadi intervensi yang efektif untuk MDD, terutama dalam kasus ringan hingga sedang (Gautam et al., 2020). Sebagai psikoterapi terstruktur dan terarah pada tujuan, CBT membantu klien dalam mengelola pikiran negatif dan menumbuhkan perhatian yang berfokus pada diri sendiri (Zhou et al., 2021). Tujuan mendasar CBT adalah untuk menggantikan kognisi yang kaku dan negatif dengan yang lebih fleksibel dan adaptif, dicapai melalui teknik-teknik seperti restrukturisasi kognitif, pemecahan masalah, retribusi, dan regulasi afek (Serafini et al., 2023). Lebih jauh lagi,

CBT telah menunjukkan kemanjuran dalam meningkatkan fungsionalitas dan kualitas hidup individu yang didiagnosis dengan MDD (Alavi et al., 2023), bahkan mengurangi risiko kekambuhan dengan efek positif yang dapat bertahan hingga enam tahun bagi klien MDD yang sedang dalam remisi (Zhang, 2024).

Pikiran disfungsional klien dalam bentuk keyakinan inti tentang ketidakberhargaan dan ketidakberdayaan berdampak signifikan pada respons klien yang menunjukkan emosi dan perilaku negatif, yang berkontribusi pada manifestasi gejala depresi. Ini termasuk kesedihan yang berkepanjangan, isolasi diri, kehilangan motivasi, dan perasaan tidak mampu.

Presentasi klinis ini menyoroti perlunya restrukturisasi kognitif; di mana keyakinan inti yang maladaptif dan pikiran otomatis ditantang dan dimodifikasi menjadi alternatif yang lebih fungsional dan adaptif. Restrukturisasi kognitif, sebagai komponen inti dari terapi perilaku kognitif, telah menunjukkan kemanjuran dalam mengurangi gejala depresi dan mengubah pola pikir negatif. Studi mendukung pendekatan ini, yang menunjukkan bahwa teknik restrukturisasi kognitif dapat secara efektif mengurangi afek negatif dan meningkatkan afek positif pada individu dengan depresi (Santos et al., 2024). Restrukturisasi kognitif bertujuan untuk menantang dan memodifikasi distorsi kognitif, yang menghasilkan pikiran dan perilaku yang lebih adaptif (Santos et al., 2024).

Proses terapi ini terbukti dalam kasus saat ini, di mana klien, melalui sesi CBT terstruktur, mulai mengadopsi pemikiran alternatif yang lebih adaptif. Misalnya, ia beralih dari keyakinan bahwa ia adalah penyebab konflik orang tuanya ke pandangan yang lebih realistis bahwa "*Saya bukanlah penyebab semua masalah*". Dalam situasi sosial, di mana ia pernah takut ditolak karena menunjukkan jati dirinya, ia membingkai ulang hal ini dengan pemikiran seperti "*Saya tetap autentik terhadap diri saya sendiri. Saya tidak bertanggung jawab atas apa yang orang lain pikirkan tentang saya.*" Demikian pula, dalam konteks akademis, ia beralih dari pemikiran "*Saya tidak kompeten karena saya butuh bantuan*" menjadi "*Saya kuat karena saya menyadari kondisi saya, dan meminta bantuan bukanlah kegagalan.*" Perubahan ini menggambarkan pergeseran dalam pemrosesan kognitif, yang menunjukkan bahwa restrukturisasi kognitif tidak hanya mengurangi intensitas gejala depresinya—yang diukur dengan penurunan skor BDI-II—tetapi juga mengubah keyakinan inti dan pikiran otomatisnya. Mekanisme perubahan ini terletak pada kemampuan klien untuk secara aktif mengidentifikasi pikiran otomatis negatifnya, mengevaluasi bukti yang mendukung dan menentang pikiran tersebut, serta mengembangkan interpretasi alternatif yang lebih realistis dan adaptif. Proses ini secara bertahap melemahkan koneksi antara kognisi disfungsional dan respons emosional negatif, serta memperkuat jalur neural untuk pemikiran yang lebih sehat. Hasil ini konsisten dengan temuan sebelumnya bahwa pembingkai ulang kognitif dapat efektif bahkan pada individu dengan beban atau keterbatasan psikologis tambahan (Refanthira, 2021).

Selain restrukturisasi kognitif, teknik lain yang sering digunakan dalam intervensi CBT adalah aktivasi perilaku. Terapis menerapkan aktivasi perilaku dengan tujuan melibatkan klien dalam aktivitas positif untuk meningkatkan

suasana hati dan mekanisme koping klien agar lebih adaptif. *Behavior Activation* (BA) adalah psikoterapi berbasis bukti untuk depresi yang bertujuan untuk meningkatkan penguatan positif melalui aktivitas terjadwal yang selaras dengan nilai-nilai klien (Stein et al., 2021). Pendekatan ini menggunakan analisis fungsional dan strategi yang bergantung pada konteks untuk meningkatkan penguatan lingkungan yang positif untuk perilaku adaptif sambil mengurangi penghindaran (Farchione et al., 2017). Hal ini sangat krusial dalam kasus klien yang sebelumnya menunjukkan kecenderungan pasif dan penghindaran, seperti tetap berada di kamar, pola makan tidak sehat, pola tidur tidak teratur, serta kehilangan kesenangan hobinya.

Perubahan ke pola pikir yang lebih adaptif dan aktivasi perilaku positif mengurangi gejala depresi yang dialami sebelumnya. Hal ini telah ditunjukkan dalam penelitian terkini, di mana perilaku adaptif, termasuk pola pikir yang sehat dan aktivitas yang bermakna, telah terbukti meningkat selama terapi yang mengarah pada berkurangnya gejala depresi dan kecemasan (Bisby et al., 2022). Penelitian juga menunjukkan bahwa perubahan aktivasi sering kali mendahului atau terjadi bersamaan dengan perbaikan gejala depresi selama penerapan BA (Santos et al., 2021). Pada kasus klien, aktivasi perilaku berfungsi sebagai intervensi langsung untuk memutus siklus inaktivitas dan mood rendah. Dengan secara sistematis menjadwalkan dan melaksanakan aktivitas yang disukai (membaca novel, menonton film, jalan pagi) dan tanggung jawab (membersihkan kamar, mencuci piring/pakaian, merapikan tempat tidur), klien secara bertahap mengalami penguatan positif dari lingkungannya, yang secara langsung berkontribusi pada peningkatan *mood* dan energi. Peningkatan durasi tidur klien, meskipun dengan variabilitas yang berkelanjutan, serta kemampuan mengelola pola makan dan mengadopsi rutinitas positif lainnya seperti aktivitas akhir pekan, adalah bukti konkret dari mekanisme BA yang efektif dalam mengurangi perilaku penghindaran dan meningkatkan fungsi harian.

Secara keseluruhan, sinergi antara restrukturisasi kognitif dan aktivasi perilaku dalam intervensi CBT sangat penting dalam menghasilkan perubahan pada klien (Moorey & Hollon, 2021). Restrukturisasi kognitif membantu klien mengubah kerangka berpikir disfungsional yang memicu depresi, sementara aktivasi perilaku memberikan sarana praktis bagi klien untuk bertindak berdasarkan pemikiran yang lebih adaptif, sehingga menghasilkan pengalaman positif dan memutus siklus depresi. Kombinasi ini efektif dalam mengurangi gejala depresi yang dialami, sejalan dengan temuan bahwa intervensi yang menargetkan pola pikir adaptif, emosi positif, dan adaptasi sosial bermanfaat dalam mencegah dan mengobati depresi (Franco-O'Byrne et al., 2023).

Simpulan

Terapi perilaku kognitif (CBT) telah terbukti menjadi intervensi yang efektif bagi individu yang didiagnosis dengan Gangguan Depresi Berat (MDD), karena terbukti dapat mengurangi distorsi kognitif. Hasil intervensi dapat mendorong pengembangan keterampilan berpikir adaptif dan penerapan perilaku positif pada klien. Intervensi dimulai dengan restrukturisasi kognitif, yang bertujuan untuk menanamkan pandangan positif terhadap situasi dan

kondisi yang berpotensi memengaruhi suasana hati secara negatif. Intervensi berlanjut dengan penerapan teknik terapi perilaku yang dirancang untuk mengaktifkan keterlibatan dalam aktivitas positif. Aktivitas positif ini dimaksudkan untuk meningkatkan suasana hati klien dan menumbuhkan mekanisme penanganan yang lebih adaptif.

Acknowledgement

Ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penulisan dan penelitian ini. Ucapan terima kasih kepada Program Studi Magister Psikologi Profesi Universitas Airlangga yang telah memberikan fasilitas dan dukungan selama proses penulisan dan penelitian. Ucapan terima kasih juga kepada klien/subjek penelitian atas kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Author Contribution

AK memberikan supervisi dalam proses penulisan dan pengumpulan data.

Conflict of Interest

Tidak ada konflik kepentingan apa pun selama penulisan artikel ini.

Funding

Pendanaan untuk penulisan ini sepenuhnya ditanggung oleh penulis.

Article history

Submissions: 2025-01-14

Review Process: 2025-05-08

Revised: 2025-06-01

Accepted: 2025-06-19

Published: 2025-06-30

Reference

- Alavi, N., Moghimi, E., Stephenson, C., Gutierrez, G., Jagayat, J., Kumar, A., Shao, Y., Miller, S., Yee, C. S., Stefatos, A., Gholamzadehmir, M., Abbaspour, Z., Shirazi, A., Gizzarelli, T., Khan, F., Patel, C., Patel, A., Yang, M., & Omrani, M. (2023). Comparison of online and in-person cognitive behavioral therapy in individuals diagnosed with major depressive disorder: A non-randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1113956. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1113956>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory: BDI-II* (2. ed). Pearson.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (Third edition). The Guilford Press.
- Benson, C., Singer, D., Carpinella, C. M., Shawi, M., & Alphas, L. (2021). The health-related quality of life, work productivity, healthcare resource utilization, and economic burden associated with levels of suicidal ideation among patients self-reporting moderately severe or severe major depressive disorder in a national survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 111–123. <https://doi.org/10.2147/NDT.S229530>
- Bisby, M. A., Titov, N., Dear, B. F., Karin, E., Wilhelms, A., Nugent, M., & Hadjistavropoulos, H. D. (2022). Examining change in the frequency of adaptive actions as a mediator of treatment outcomes in internet-delivered therapy for depression and anxiety. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6001. <https://doi.org/10.3390/jcm11206001>
- Buus, N., Petersen, A., McPherson, S., Meadows, G., Brand, G., & Ong, B. (2024). The relatives of people with depression: A systematic review and methodological critique of qualitative studies. *Family Process*, 63(3), 1469–1483. <https://doi.org/10.1111/famp.12927>
- Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., & Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 319, 469–481. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027>
- Christensen, M. C., Wong, C. M. J., & Baune, B. T. (2020). Symptoms of major depressive disorder and their impact on psychosocial functioning in the different phases of the disease: do the perspectives of patients and healthcare providers differ?. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 280. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00280>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Harrer, M., & Stikkelbroek, Y. (2023). Individual behavioral activation in the treatment of depression: A meta analysis. *Psychotherapy Research*, 33(7), 886–897. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2197630>
- England, M. J., & Sim, L. J. (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention* (hlm. 12565). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12565>
- Fang, Y., & Wu, Z. (2019). Advance in diagnosis of depressive disorder. Dalam Y. Fang (Ed.), *Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management* (Vol. 1180, hlm. 179–191). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9271-0_9
- Farchione, T. J., Boswell, J. F., & Wilner, J. G. (2017). Behavioral activation strategies for major depression in transdiagnostic cognitive-behavioral therapy: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 54(3), 225–230. <https://doi.org/10.1037/pst0000121>
- Franco-O'Byrne, D., Gonzalez-Gomez, R., Morales Sepúlveda, J. P., Vergara, M., Ibañez, A., & Huepe, D. (2023). The impact of loneliness and social adaptation on depressive symptoms: Behavioral and brain measures evidence from a brain health perspective. *Frontiers in Psychology*, 14, 1096178. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1096178>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(8), 223. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
- Hadwin, J. A., & Richards, H. J. (2016). Working memory training and cbt reduces anxiety symptoms and attentional biases to threat: a preliminary study. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00047>
- Harrison, P., Lawrence, A. J., Wang, S., Liu, S., Xie, G., Yang, X., & Zahn, R. (2022). The psychopathology of worthlessness in depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 818542. <https://doi.org/>

- 10.3389/fpsy.2022.818542
- Karrouri, R., Hammani, Z., Benjelloun, R., & Otheman, Y. (2021). Major depressive disorder: Validated treatments and future challenges. *World Journal of Clinical Cases*, 9(31), 9350–9367. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i31.9350>
- Kring, A. M., Sheri, L. J., Davison, G., & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology* (12th ed.). John Wiley & Sons.
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2020). Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry*, 87(5), 388–398. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
- Kupferberg, A., & Hasler, G. (2023). The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100631>
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S., & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
- Malgaroli, M., Calderon, A., & Bonanno, G. A. (2021). Networks of major depressive disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 85, 102000. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102000>
- Moorey, S., & Hollon, S. D. (2021). Cognitive behavioral therapy for depression. Dalam S. Moorey & S. D. Hollon, Oxford Research Encyclopedia of Psychology. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.837>
- Mukherjee, D., Lee, S., Kazinka, R., D. Satterthwaite, T., & Kable, J. W. (2020). Multiple facets of value-based decision making in major depressive disorder. *Scientific Reports*, 10(1), 3415. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60230-z>
- Otto, M. W., Birk, J. L., Fitzgerald, H. E., Chauvin, G. V., Gold, A. K., & Carl, J. R. (2022). Stage models for major depression: Cognitive behavior therapy, mechanistic treatment targets, and the prevention of stage transition. *Clinical Psychology Review*, 95, 102172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102172>
- Pandey, Dr. S. (2023). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) in preventing depression symptoms. *Indian Journal of Health Studies*, 05(02), 89–110. <https://doi.org/10.56490/IJHS.2023.5205>
- Park, S.-C., & Kim, D. (2020). The centrality of depression and anxiety symptoms in major depressive disorder determined using a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 271, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.078>
- Purborini, N., Lee, M.-B., Devi, H. M., & Chang, H.-J. (2021). Associated factors of depression among young adults in Indonesia: A population-based longitudinal study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(7), 1434–1443. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.01.016>
- Refanthira, N. (2021). Teknik reframing untuk mengurangi pemikiran negatif pada wanita depresi dengan gejala psikotik. *Procedia: Studi Kasus dan Intervensi Psikologi*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.22219/procedia.v9i1.16022>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Santos, B., Pinho, L., Nogueira, M. J., Pires, R., Sequeira, C., & Montesó-Curto, P. (2024). Cognitive restructuring during depressive symptoms: A scoping review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(13), 1292. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131292>
- Santos, M. M., Puspitasari, A. J., Nagy, G. A., & Kanter, J. W. (2021). Behavioral activation. Dalam A. Wenzel (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches, 1, 235–273. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-009>
- Serafini, G., Costanza, A., Aguglia, A., Amerio, A., Placenti, V., Magnani, L., Escelsior, A., Sher, L., & Amore, M. (2023). Overall goal of cognitive-behavioral therapy in major psychiatric disorders and suicidality. *Medical Clinics of North America*, 107(1), 143–167. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.05.006>
- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. J. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491–1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Varadharasu, S. (2024). A randomized control trial study to assess the effectiveness of interpersonal psychotherapy on symptom reduction and relapse prevention for depression among the depression patients. *Indian Journal of Public Health*, 68(1), 38–43. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_26_22
- Wang, X., & Feng, Z. (2022). A narrative review of empirical literature of behavioral activation treatment for depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 845138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.845138>
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., Constantinou, M., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Cooper, P. J., De Pascalis, L., Johansson, R., Andersson, G., Lemma, A., Town, J. M., Abbass, A. A., Ajilchi, B., Connolly Gibbons, M. B., ... Driessen, E. (2023). Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Psychology Review*, 101, 102269. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102269>
- Williams, K., Hartley, S., Langer, S., Manandhar-Richardson, M., Sinha, M., & Taylor, P. (2022). A systematic review and meta-ethnographic synthesis of Mindfulness-based Cognitive Therapy for people with major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1494–1514. <https://doi.org/10.1002/cpp.2773>
- World Health Organization. (2023). *Depression*. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Yan, G., Zhang, Y., Wang, S., Yan, Y., Liu, M., Tian, M., & Tian, W. (2024). Global, regional, and national temporal trend in burden of major depressive disorder from 1990 to 2019: An analysis of the global burden of disease study. *Psychiatry Research*, 337, 115958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115958>
- Zakhour, S., Nardi, A. E., Levitan, M., & Appolinario, J. C. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: A systematic review. *Trends in*

- Psychiatry and Psychotherapy*, 42(1), 92–101. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>
- Zhang, J. (2024). The analysis of major depressive disorder. *Theoretical and Natural Science*, 63(1), 133–137. <https://doi.org/10.54254/2753-8818/2024.17937>
- Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., Cheng, X., & Hou, R. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>
- Zhou, X., Rau, P.-L. P., Yang, C.-L., & Zhou, X. (2021). Cognitive behavioral therapy-based short-term abstinence intervention for problematic social media use: improved well-being and underlying mechanisms. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 761–779. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09852-0>