

BERDOA, IBADAT PENYEMBUHAN, KESEHATAN¹

Sebuah Tinjauan Psikologi

Nico Syukur Dister, OFM

24

Abstract: Psychologically studying the relationship between religious and mental health, the author of this article comes to the conclusion that it is an ambiguous one. Religious faith frees from existential anxiety. The faithful take less thoughts for their worldly goods and less believe in social conventions. But at the same time faith can also mean limitation and the social norms in a religious group can seize an individual believer to the throat. Faith offers sense and meaning, but it also happens that faith hinders reflection regarding ideas and values held by the believers. Religion can be to a person's advantage in all the domains of life, on the condition that room is made for personal needs and desires as well as for doubt. So the sense giving system that makes reality meaningful, is complete. One is able to put her or his own life into a more comprehensive whole. This kind of faith doesn't consider a certain part of one's personality as absolute, but takes into account the own identity, and grows according to the development of the whole person.

Keywords: doa • penyembuhan • kesehatan fisik dan mental • pengaruh agama • ambiguitas •

Bernard Spilka dan Kevin Ladd (2003: 4) melaporkan bahwa mesin pencarian Google pernah mencatat 226 juta entri atau lema yang terkait dengan kata “doa”. Dalam publikasi *General Social Survey* tahun 2008 di Amerika Serikat dapat dibaca bahwa antara 1972 dan 2006 tak kurang dari 97% penduduknya berdoa, dan dari antara mereka itu 57% sekurang-kurangnya sekali sehari. Dan menurut sebuah survey pada tahun 1991 dari Universitas Princeton, 74% dari kaum pria dan 86 dari kaum wanita percaya pada doa bila mereka sedang susah. Hasil penelitian ini memperlihatkan betapa pentinglah berdoa bagi banyak orang. Di bawah ini akan dibahas -dari segi psikologi- keempat pokok yang berikut: bentuk dan

¹ Artikel ini merupakan prapublikasi naskah buku *Psikologi Agama. Tentang Segi Insani dari Iman dan Agama*, yang sedang disiapkan pengarang untuk diterbitkan. Dalam rancangan buku tersebut, artikel ini direncanakan sebagai bab 2.

struktur doa, dampak dari berdoa, doa penyembuhan, dan akhirnya mekanisme mental menerangkan doa penyembuhan itu.

Bentuk-bentuk dan Struktur Doa

Berdoa adalah aktivitas di mana manusia menghubungi zat adikodrati atau dunia rohani. Orang berdoa dengan pelbagai cara dan maksud/tujuan, sehingga terdapat bermacam-macam jenis doa. Sejauh menyangkut hubungannya dengan tubuh, dapat dibedakan antara doa mulut atau verbal di satu pihak, yaitu bilamana si pendoa berbicara atau bernyanyi, dan doa non-verbal atau isyarat di lain pihak, bila ia -misalnya- membuat tanda salib, menepuk dada, berlutut, sujud menyembah, menumpangkan tangan, mengurapi atau menari. Berdasarkan maksud/tujuan doa, dibedakan antara doa puji syukur, doa permohonan dan doa persembahan. Dalam doa puji syukur, Nan Ilahi dipuji dan disyukuri karena kemuliaan-Nya yang besar, dan juga karena kehidupan sendiri serta apa saja yang dirasa sebagai rahmat dan anugerah-Nya. Doa permohonan dipanjatkan untuk meminta sesuatu bagi dirinya sendiri atau bagi orang lain (misalnya pekerjaan, penyembuhan atau penyelamatan dari bahaya). Dalam doa persembahan, orang mempersembahkan kepada Yang Ilahi hasil bumi atau malah dirinya sendiri. Doa ini dapat bertumpang tindih dengan bentuk doa yang lain, baik verbal (lagu persembahan) maupun isyarat (tarian persembahan).

Dipandang dari sudut persekutuan keagamaan (umat, jemaat), dapat dibedakan antara doa individual dan doa bersama, antara doa spontan (yang bersifat improvisasi) dan doa ritual (yang rumusnya bersifat baku). Ada juga doa berkaitan dengan meditasi dan kontemplasi, yaitu doa hening. Bila orang berdoa secara demikian, ia menempatkan diri di hadapan hadirat ilahi dan mengalami kehadiran Allah yang nyata. Lebih dari bentuk doa yang lain, doa hening bercorak mendengar(kan) sehingga sifatnya lebih dialog daripada monolog (Spilka & Ladd, 2003; van Saane, 2010; Vergote, 1984).

Pada akhir tahun 80-an psikolog agama Jacques Janssen mengadakan penelitian di antara para murid Sekolah Menengah di Negeri Belanda perihal berdoa (Janssen dkk., 1990; van Saane (2010) meringkaskan hasil penelitian Janssen *cum suis* dan menemukan bahwa pada umumnya berlaku struktur doa sebagai berikut: *Karena alasan tertentu kuarahkan diri kepada sesuatu atau seseorang, pada waktu dan tempat tertentu, juga dalam bentuk tertentu, demi mencapai sesuatu.*

Dengan kata lain, Janssen melihat tujuh unsur dalam struktur doa, yaitu kebutuhan, aktivitas atau perbuatan, arah, waktu, tempat, metode dan

efek atau hasil. Unsur-unsur ini diisi dengan berbagai-bagai cara oleh pendoa muda berusia Sekolah Menengah yang menjadi koresponden Janssen dkk. *Kebutuhan* atau motivasi untuk berdoa biasanya timbul dari persoalan pribadi seperti penyakit dan kematian. Tetapi kebahagiaan pun dapat menjadi alasan untuk berdoa. *Perbuatan* berdoa dapat berupa monolog tetapi dapat juga merupakan dialog yang dialami. Para responden menyebutkan juga hal mengucapkan keinginan, pun pula hal bermeditasi. *Arah* yang kepadanya doa itu tertuju mencerminkan kebinekaan gambar-gambar mengenai yang ilahi.. Biasanya doa diarahkan kepada Allah sebagai Tuhan atau sebagai pribadi; doa dapat terarah kepada roh, daya-kekuatan, seorang santo atau santa atau pun seseorang di antara mereka yang telah meninggal. Yang menarik ialah unsur *waktu*. Untuk sebagian besar, para peserta berdoa terutama pada malam hari. Segelintir berdoa di siang hari, sebelum/sesudah makan atau pada saat manapun juga. Waktunya doa sering menentukan juga *tempat*nya. Berdoa di tempat tidur terjadi paling banyak. Tapi para mudi-muda ini berdoa juga di tempat lain di rumah, di gereja dan di alam terbuka. *Cara* atau *metode* berdoa yang mereka pakai itu beraneka ragam. Kurang lebih separuh dari para responden berdoa seorang diri, tetapi yang juga disebutkan ialah berdoa secara “ritus” dalam arti: memakai rumus-rumus yang telah ditetapkan, berdoa dengan suara kecil, pun dengan suara nyaring. Untuk mayoritas kaum muda ini *hasil* doa ialah merasa ditolong atau dikuatkan, atau pun merasa diberi anugerah.

Dampak dari Berdoa

Bukan hanya dari penelitian Janssen, tetapi kiranya juga dari pengalaman pembaca yang sendiri merupakan orang beriman, nyatalah bahwa berdoa mempunyai dampak positif terhadap kesejahteraan. Empat buah yang pada umumnya dihasilkan oleh berdoa ialah kepuasan yang lebih besar dalam hidup orang yang bersangkutan, mutu kehidupan yang lebih tinggi, kesejahteraan yang lebih besar dan tujuan hidup yang lebih jelas.

Dengan demikian berdoa membantu orang secara efektif untuk menghadapi kekecewaan dengan lebih baik. Cara orang menangani dan mengatasi krisis dalam hidupnya itu oleh psikologi disebut dengan istilah *coping*.² Menariklah bagaimana Ralph W. Hood dkk. (2009) menjelaskan bahwa, dipandang dari sudut psikologi, berdoa merupakan strategi *coping* yang efektif. Dengan berdoa, orang merasa -dalam arti tertentu- bersatu

² Kata bahasa Inggris “*to cope with*” berarti “mampu menanggapi secara tepat”, atau “memenuhi tuntutan”, “bereaksi secara sesuai”, dan sebagainya.



dengan Allah. Berkat perasaan ini orang dapat menisbikan masalah mereka sendiri. Pembicaraan dengan Tuhan memaksa kita untuk mengungkapkan (dan dalam doa verbal bahkan merumuskan) pengalaman dan persoalan pribadi. Maka berdoa dapat membantu orang untuk menerima apa yang tak terelakkan itu, atau pun untuk menyiapkan diri atas apa yang menantikan kita di masa depan. Kerjanya berdoa menyerupai sebuah mekanisme kognitif untuk mengatur dan menafsirkan pengalaman-pengalaman kita sendiri. Jadi, apa yang secara psikologis menjamin keberhasilan doa ialah si pendoa sendiri, asalkan diyakininya bahwa Allah hadir dan mengabulkan doanya.

Doa Penyembuhan

Salah satu bentuk doa yang khas ialah doa penyembuhan. Doa ini termasuk dalam jenis doa permohonan. Dalam kategori ini, doa penyembuhan merupakan bentuk permohonan kepada Allah yang amat jelas dan konkrit, yakni agar seseorang disembuhkan-Nya dari suatu penyakit. Orang mencari kesembuhan dengan berdoa, entah doa verbal entah doa isyarat, khususnya pembuatan tanda salib, penumpangan tangan atau pengurapan dengan minyak suci. Doa penyembuhan dapat dilakukan pada skala kecil, secara berdua antara satu pemmpin agama dan satu atau segelintir orang sakit. Di samping itu terdapat juga pertemuan massal, di mana ratusan orang berkumpul di ruang ibadat atau di lapangan terbuka untuk mengadakan sembahyang penyembuhan. Pemimpinnya, entah laki-laki entah perempuan, umumnya oleh para hadirin diyakini telah dianugerahi karunia khusus untuk menyembuhkan. Pada tahun 2006 Joke van Saane bersama ahli sosiologi agama Hijme Stoffels mengadakan penelitian di antara 900 orang beragama Kristen-Protestan dengan latarbelakang *evangelical* tentang gejala penyembuhan-karena-doa (Van Saane, 2008). Hampir semua yakin akan kemungkinan penyembuhan yang demikian. Dua pertiga percaya bahwa Tuhan mengaruniai orang tertentu dengan kurnia untuk menyembuhkan. Makanya sebagian besar dari para responden mengenal orang-orang yang pernah disembuhkan karena doa. Separuhnya kadang-kadang menghadiri acara doa penyembuhan. Jelaslah dari penelitian ini bahwa buah hasil yang diharapkan dari acara itu seringkali tidak diperoleh. Dari jumlah orang yang mencari penyembuhan itu hanya sedikit saja yang menyatakan bahwa mereka sembuh. Kebanyakan mengisi bahwa mereka tidak sembuh, namun telah menerima kekuatan besar untuk jalan terus. Yang juga menarik perhatian dalam penelitian ini ialah jenis penyembuhan. Dengan beraneka ragam penyakit orang pergi menghadiri acara doa penyembuhan, tetapi penyembuhan yang sungguh-sungguh terjadi itu tanpa kecuali menyangkut



penyakit yang komponen psikisnya kuat sekali, misalnya rupa-rupa bentuk depresi, kelelahan, sakit punggung atau perut dan juga yang disebut “penyakit yang tak dimengerti” seperti letih-lesu yang berkepanjangan dan *fibromyalgia* (sindrom dengan rasa sakit yang kronis).

Mekanisme Psikologis Ibadat Penyembuhan

Untuk populernya gejala ibadat penyembuhan terdapat keterangan psikologis, baik berdasarkan perkembangan dalam masyarakat (ketidakpuasan akan ilmu medis, proses individualisasi yang berlangsung dengan semakin cepat) maupun berdasarkan sifat-sifat orang yang bersangkutan (kebutuhan akan perhatian, kesempatan menyalurkan emosi-emosi, kepekaan terhadap *placebo*) maupun juga berdasarkan bentuk iman yang infantil (Van Saane, 2010: 49-60).

Tidak Puas akan Ilmu Kedokteran

Kalau tidak puas akan ilmu medis yang normal, maka -selain menghubungi penyembuh paranormal- orang dapat juga turut serta dalam ibadat penyembuhan. Tenaga medis seringkali tidak memandang manusia seutuhnya melainkan memusatkan perhatiannya pada gejala penyakit saja. Kepribadian seseorang direduksi menjadi seorang pasien. Orang yang mempunyai keluhan majemuk tentang kesehatannya, merasa tidak diseriusi bila diagnosis hanya bersifat fisik semata-mata. Keseluruhan keluhan yang kompleks itu dijabarkan menjadi satu sebab saja? Rasanya terlalu simplistis. Bagi orang yang berpendapat bahwa ilmu kedokteran kurang mengindahkan manusia dalam keutuhannya, doa penyembuhan menjadi alternatif yang menarik.

Individualisasi

Di samping ketidakpuasan dengan ilmu medis yang reguler, ada juga masalah individualisasi masyarakat. Dalam masyarakat modern tekanan terletak pada individu, sedangkan kebersamaan semakin memudar. Dokter dikunjungi seorang diri, tetapi acara doa penyembuhan dihadiri bersama dengan sahabat dan famili. Tenaga medis memperlakukan pasien sebagai orang perseorangan. Sebaliknya, dalam ibadat penyembuhan orang beriman diperlakukan sebagai bagian dari konteks sosial. Konteks ini malah merupakan bagian dari proses penyembuhan. Keluhan, pengalaman dan juga penyembuhan dapat dibagikan dengan kelompok besar orang-orang



lain yang dihayati sebagai “kelompok kita sendiri”, “kami punya orang”, karena merupakan bagian dari bidang kehidupan yang amat penting, yaitu keyakinan iman personal yang meresapi seluruh kehidupan. Bersama-sama mengaku iman yang sama, meyakini bersama bahwa penyembuhan itu betul-betul mungkin dan bahwa berkat kekuatan doa itu penyembuhan terjadi, hal-hal ini menyebabkan orang merasakan kebersamaan yang erat. Bukan kebetulan bahwa para peserta dalam acara doa penyembuhan saling menyapa sebagai “saudara” dan “saudari”. Kontras dengan kalangan ilmu kedokteran dan dengan masyarakat yang telah diindividualisasi itu besar, sedangkan kontras dengan suasana privat, dengan apa yang terpercayai dan keluarga sendiri itu amat kecil.

Massal dan Emosional

Setiap manusia membutuhkan perhatian dan merindukan kesetiakawanan. Dalam sembahyang penyembuhan yang massal itu diluangkan banyak waktu dan tempat bagi pengalaman akan iman bersama melalui pewartaan yang luas, jumlah nyanyian yang besar, gerak-gerik dan isyarat bersama-sama dan penyapaan pengunjung perorangan sebagai bagian dari umat Allah. Merasa bagian dari keseluruhan yang lebih besar dan yang langsung terhubung dengan Allah dan kerajaan-Nya, setiap peserta terlibat di dalamnya secara aktif melalui bahasa yang konkrit dan mudah ditangkap: penyembuhan tersedia bagi setiap hadirin yang percaya. Tinggal turut serta saja. Hal lain yang juga merupakan ciri khas ibadah-ibadat ini ialah tekanan besar yang ditaruh pada emosi. Secara aktif emosi ditimbulkan dan diberi keleluasaan. Ini memang penting sekali. Menderita penyakit dan mencari kesembuhan selalu disertai emosi-emosi yang hebat. Dalam kerangka ibadah ini, emosi tersebut dialami secara intensif dan kemudian disalurkan, sehingga dalam hidup harian dengan lebih mudah dapat diatur. Berkat penghayatan mereka akan keseluruhan yang lebih besar dan akan emosi-emosi, kaum beriman dapat mengalami makna yang mendalam, keterkaitan-mengaitan dan kekuatan. Untuk orang-orang sakit berlaku bahwa, sekali dipanggil untuk maju ke panggung, mereka mengalami perhatian dan pengakuan dari segenap hadirin. Sebentar orang menjadi pusat perhatian semua hadirin, *nota bene* lantaran penyakit yang begitu mengganggu pergaulan sehari-hari. Ini dapat mengakibatkan bentuk-bentuk ekstase. Para peserta pertemuan memandang kesembuhan dan pengalaman ekstase orang lain sebagai penegasan iman mereka sendiri. Dengan demikian para hadirin pun mengambil bagian dalam pengalaman yang intensif ini.



Ibadat Penyembuhan sebagai Placebo

“*Placebo*” adalah tablet, kapsul, butiran yang disuruh diminum sebagai obat, walaupun tidak mengandung unsur-unsur yang menyembuhkan, dan ternyata orangnya sembuh juga. Aneh bin ajaib. Sejak tahun 1955, ketika ahli anestesi Henry Knowles Beecher memperkenalkan efek-*placebo*, banyak penelitian menunjukkan bahwa dalam keadaan tertentu *placebo* dapat menyembuhkan. Amat efektiflah bila orang merasa nyeri atau menderita depresi. Biasanya orang yang meminumnya tidak tahu bahwa yang ditelannya itu *placebo*. Ternyata ide “aku diberi obat” itu sudah cukup untuk memulai proses penyembuhan. Yang menentukan ialah harapan positif tentang pil yang bersangkutan. Kita mendapat kesan bahwa sang mantri memperhatikan dengan serius keluhan kita, dan memilih obat yang tepat. Sambil berharap akan lekas sembuh, kita meminumnya. Dewasa ini orang meminum juga pil yang *placebo* itu dengan tahu dan mau karena telah melihat bahwa orang lain sembuh setelah meminumnya. Karena pengharapan positif yang kuat, maka hasilnya langsung tercapai.³ *Placebo* itu berhasil, terutama karena merangsang daya penyembuh yang dimiliki oleh tubuh kita sendiri. Dalam ibadat penyembuhan terjadilah hal yang serupa. Sebab umat yang hadir mengharapkan penyembuhan oleh Allah sendiri melalui pemimpin ibadat. Jadi, sebelum awal sembahyang sudah ada banyak kepercayaan dan harapan, yaitu unsur-unsur yang memajukan penyembuhan dan memperlambat proses penyakit. Si pasien dipandang sebagai pribadi yang utuh, ia mendapatkan perhatian yang perlu dan pada waktu yang sama diucapkan rumus doa yang secara harfiah diharapkan mengerjakan mukjizat. Maka dari itu mukjizat memang akan terjadi sebagai *selffulfilling prophecy*. Efek ini diperkuat lagi oleh kebersamaan. Harapan yang sudah tinggi itu akan semakin teguh karena dalam sembahyang ini orang bersama-sama percaya akan penyembuhan. Akibatnya ialah sikap yang positif dan tenteram yang pada gilirannya memajukan penyembuhan. Kalau kemudian di hadapan umum kesembuhan terjadi, maka bertambah lagi harapan dan kepercayaan, bagi si sakit sendiri maupun bagi para hadirin yang belum sembuh. Dengan demikian terjadilah efek yang terus menerus meneguhkan dirinya sendiri.

³ Contoh terkenal tentang efek-*placebo* ialah menghilangnya rasa pusing lima menit sesudah minum parasetamol, padahal tubuh memerlukan sekurang-kurangnya duapuluh menit untuk meresapkan ke dalam darah unsur-unsurnya yang mujarab. Dalam kasus ini harapan akan sembuh itu sekurang-kurangnya sama mujarabnya dengan parasetamol itu sendiri.

Bentuk Iman yang Infantil

Secara psikologis penyembuhan-karena-doa dapat juga dimengerti berdasarkan penghayatan iman pada masa kanak-kanak. Menurut ahli psikoanalisis Melvyn D. Faber (2002), alam dunia seorang anak pada hakekatnya terdiri dari bertanya dan mengharapkan jawaban. Biasanya harapan itu genap. Umumnya bapak atau ibu menjawab. Dengan demikian yang dibutuhkan oleh anak itu diperoleh juga. Anak-anak yang sedang berkembang menuju kedewasaan, demi melestarikan sukses tadi, menginternalisasi proses tanya-jawab itu dan memperluasnya dari hubungan anak-ibu sampai mencakup seluruh hidup batin yang psikis. Kalau kita sebagai anak mengharapkan pemeliharaan oleh orangtua, sebagai orang dewasa pemeliharaan itu kita harapkan dari pengganti-pengganti orangtua kita yaitu pribadi-pribadi lain atau pun institusi. Agama dapat memainkan peranan penting dalam proses ini. Menurut Faber (2002: 4), secara tak sadar orang yang beragama kembali kepada relasi dengan orangtuanya. Relasi ini dikenalnya sejak masa muda dan di dalamnya ia merasa sejahtera. Relasi ini diperluasnya sesuai dengan gambar-gambar dan keyakinan-keyakinan yang disajikan kepadanya oleh kebudayaan. Bagi Faber (2002: 21), kelakuan religius menyediakan pengalaman-pengalaman yang mengaktifkan kembali perasaan yang dahulu pernah ada pada kita ketika relasi dengan orang tua bercorak seerat relasi simbiose. Allah Bapa, Putra, Bunda Maria, Malaikat Pelindung -kata Faber- merupakan ungkapan atau simbol dari figur-figur yang kita rindukan dari lubuk hati yang terdalam karena figur-figur itu kita asosiasikan dengan emosi-emosi yang berkaitan dengan perhatian yang telah dialami di masa paling muda kita. Bila sedang susah, seorang beriman berdoa kepada Allah sama seperti seorang anak dengan masalahnya menghubungi bapak atau ibunya. Dalam pandangan Faber, hal beriman dan berdoa merupakan bentuk-bentuk *wishful thinking* bahwa pemelihara yang tercinta dan penuh perhatian dari periode paling awal itu selalu hadir, walau tidak secara badani tetapi secara simbolis karena dilambangkan dalam pribadi ilahi. Ikut serta dalam ibadat penyembuhan adalah salah satu cara utama untuk kembali ke dalam keadaan tak berdaya di masa amat muda, dan untuk menimbulkan kembali kepercayaan kepada bapak atau ibu, tetapi sekarang dalam bentuk kepercayaan kepada Allah yang akan memecahkan masalahnya. Tidak mengherankan bahwa orang dalam keadaan yang demikian betul-betul mengalami kesembuhan. Sebab, kepuasan yang tempo hari dihasilkan oleh proses “tanya-jawab” dan “minta-dapat” itu mereka rasakan lagi sekarang ini. Dalam ibadat bersama seringkali diceritakan bagaimana orang-orang lain disembuhkan, dan ingatan kolektif ini memperkuat kepercayaan akan penyembuhan juga bagi diriku sendiri. Setiap kali berdoa, orang beriman mengalami terulangnya kondisi mental,

emosional dan psikis yang dahulu terjadi ketika orangtua pada saat krisis segera mendatangnya untuk menghibur. Kondisi itu begitu positif sehingga ia sekarang merasa diri sembuh. Sang Penyembuh itu hadir, permohonan dikabulkan, doa telah berhasil.

Mukjizat?

Apakah dalam ibadah penyembuhan terjadi mukjizat atau tidak? Kiranya pertanyaan ini tetap kontroversial. Jawabannya tergantung bukan hanya dari apa yang dimaksudkan dengan kata “mukjizat”, tapi juga dari beriman tidaknya orang yang menjawab. Orang beriman tentunya berkeyakinan bahwa Allah ada dan mendengarkan doa manusia. Orang tak beriman beranggapan bahwa -misalnya- teori Faber membenarkan pandangan mereka yaitu, beriman dan berdoa merupakan ilusi yang terarah kepada perasaan dan relasi infantil. Mengamati ibadah penyembuhan secara saksama, maka jelaslah bahwa masalah yang seratus persen fisik, misalnya masalah orang yang tangan atau kakinya diamputasi, tidak diatasi dengan mendapatkan kembali anggota tubuh. Tetapi penyembuhan penyakit yang bersifat psikosomatis betul-betul terjadi. Kerap kali penyembuhan semacam itu dengan panjang lebar dipaparkan dalam media. Hal ini memperkuat harapan dan kepercayaan kepada Allah, dan dengan demikian diperbesarlah kemungkinan akan penyembuhan. Bahwa orang menganggap pembuktian itu penting, berarti mereka ingin sekali bahwa Allah ada dan bahwa Ia boleh dipandang sebagai teman seperjalanan dan penyembuh. Penyembuhan ajaib menghilangkan keragu-raguan dan memunculkan pengharapan. Sebab, tiap-tiap orang dapat menjadi orang berikut yang disembuhkan.

Hubungan antara Agama dan Kesehatan

Adakah hubungan antara agama dan kesehatan? Di Barat telah diadakan berbagai penyelidikan untuk menunjukkan adanya hubungan, dan hampir selalu hasilnya dan/atau metode penelitiannya dipersoalkan. Kesehatan meliputi segi fisik maupun mental. Sisi jasmani dan rohani itu tidak terlepas satu sama lain tetapi pengaruh-mempengaruhi. Keseluruhan yang disebut “manusia” itu berdasarkan materi, yaitu badan atau tubuh. Aktivitas otak, peredaran darah dan organ-organ itu mutlak perlu untuk dapat berpikir, merasa dan menghendaki. Sebaliknya juga keadaan mental dan psikis berpengaruh terhadap tubuh. Depresi yang berat dapat melumpuhkan badan, dan *stress* bisa menyebabkan macam-macam penyakit, mulai dari eksim sampai dengan penyakit jantung dan pembuluh darah. Begitu pula agama dapat berdampak terhadap segi-segi fisik dan psikis dari kesehatan.

Di atas telah dibicarakan pengaruh agama terhadap menyembuhkan penyakit. Sekarang mau ditinjau dampak agama terhadap pencegahan penyakit.

Agama dan Kesehatan Jasmani

Berdasarkan hasil banyak penelitian memang tersimpulkan bahwa agama itu baik untuk kesehatan manusia. Tapi, seperti dijelaskan Joke van Saane (2010: 92-100) dalam memperdebatkan hasil ini, orang tidak hanya memperhatikan angka dan statistik. Kepentingan kelompok religius maupun instansi kesehatan merupakan kriteria lain yang juga penting untuk diperhitungkan dalam menilai hasil sebuah riset di bidang ini. Demi alasan yang berbeda-beda, bagi si A pentinglah untuk membuktikan bahwa agama menguntungkan kesehatan, sedangkan bagi si B untuk menunjukkan bahwa tiada hubungan antara agama dan kesehatan. Misalnya dalam *Religion and Health Movement*, di Amerika tergabung sejumlah peneliti, baik ahli medis maupun wakil pelbagai organisasi keagamaan. Mereka ingin menggaris-bawahi agama sebagai faktor positif bagi kesehatan. Dari studi berjudul *Realized Religion* (Chamberlain, 2000) yang diterbitkan *Templeton Foundation* yang Kristiani itu, para peneliti menarik kesimpulan bahwa sekarang dibuktikan secara ilmiah apa yang juga diyakini oleh agama Kristiani yang mereka anut yakni bahwa agama itu baik bagi kesehatan manusia dan menolong orang untuk menempuh hidupnya secara bermakna. Mereka menambahkan bahwa informasi yang disajikan oleh studi ini bersifat meyakinkan sendiri, dan bahwa prasangka agama yang mereka anut tidak secara berlebihan mempengaruhi hasil studi ini (Chamberlain, 2000: 23). Jadi, dengan terus terang mereka akui bahwa sebelumnya sudah meyakini adanya hubungan positif antara agama dan kesehatan, dan mereka percaya penuh bahwa hubungan ini dapat mereka buktikan. Dan seringkali orang memang berhasil membuktikannya. Ada cukup banyak studi dan angka yang menyokong klaim tentang efek positif dari agama atas kesehatan jasmani, misalnya atas berkurangnya kemungkinan mendapat penyakit kanker, mendapat masalah jantung dan bahkan atas mati pada umumnya (H.G. Koenig dkk., 2000). Di samping itu orang beragama ternyata kurang mempergunakan narkoba atau kecanduan alkohol. Di kalangan beragama berkuranglah pula kebiasaan merokok. Hal-hal ini tentunya menyumbang kepada kesehatan secara menyeluruh.

Di lain pihak, demikian catatan van Saane (2010: 95-100), ada juga yang menentang “gerakan untuk agama dan kesehatan” ini. Umumnya mereka tidak pertama-tama menyajikan angka-angka lain yang misalnya

menunjukkan hubungan negatif antara agama dan kesehatan jasmani, tetapi mereka mengecam cara studi-studi tersebut dilaksanakan. Yang dikritik ialah metodologi yang dipilih, definisi dan konsep yang dipakai dalam studi-studi itu, dan maksud religius pada peneliti itu sendiri.

Metode yang biasanya dipakai ialah survey yang tertulis dan skala besar, di mana para responden dapat mengisi kuesioner, terdiri dari puluhan pertanyaan pilihan ganda. Dengan demikian dalam waktu dekat dapat diperoleh banyak data statistik. Menurut para kritisi, jenis penelitian ini kurang cocok untuk hal-hal religius. Menurut mereka itu agama merupakan fenomena yang dihayati secara sangat individual dan untuk sebagian besar luput dari refleksi. Pada hemat mereka, agama sama sekali tidak dapat diselidiki dengan menganalisis jawaban atas pertanyaan yang tertulis dan bersifat *multiple choice*, sehingga si responden dipaksa untuk masuk ke dalam rumus sang peneliti sendiri.

Selain metodologi, juga dikritik *definisi-definisi* yang oleh para peneliti dipilih untuk menyelidiki hubungan antara agama dan kesehatan jasmani. Apakah mereka maksudkan bila memakai kata “agama”? Demi memperoleh data-data berupa angka, mereka memilih definisi agama yang dapat diubah menjadi skor, seperti frekuensi keikutsertaan dalam upacara keagamaan, atau pun banyaknya waktu atau uang yang dipakai untuk agama. Ada kritisi yang berpendapat bahwa definisi semacam itu meleset dari intisari agama, misalnya pengalaman religius.

Peneliti membela diri dengan mengatakan bahwa metode penelitian menuntut bahwa yang diselidiki itu harus dapat diukur. Salah satu ukuran ialah *church attendance*, frekuensi kehadiran dalam ibadah kegerejaan. Memakai ukuran ini berarti penyempitan gejala agama atau religiositas menjadi partisipasi dalam sembahyang di gereja atau mesjid, padahal agama juga berkaitan dengan keyakinan iman dan dengan perasaan atau pengalaman beragama. Ukuran lain untuk religiositas ialah setuju tidaknya dengan pandangan religius tertentu. Tetapi ukuran ini pun dianggap para kritisi sebagai penyempitan. Pada hemat mereka kedua ukuran ini terutama memperlihatkan kaitan antara kesehatan di satu pihak dengan perilaku yang berpegang pada peraturan dan gaya hidup yang berlaku dalam kelompok religius (misalnya tentang pemakaian minuman keras dan narkotika) di lain pihak, tanpa ada kaitan antara kesehatan jasmani dengan iman kepercayaan yang kurang lebih tulen dan dengan agama sebagai keyakinan dan orientasi kehidupan.

Seringkali hubungan antara agama dan kesehatan dapat diterangkan berdasarkan apa yang disebut “variabel yang ketiga”. Misalnya berdasarkan



social support yang menjadi bagian dari agama. Orang beragama itu termasuk dalam kelompok sosial, dan merasa didukung olehnya. Kesadaran bahwa kita termasuk kelompok orang yang secita-cita, seperjuangan sepenanggungan dan yang melindungi kita di waktu ketidakpastian dan kesusahan, kesadaran ini meningkatkan rasa percaya diri dan mempertebal pengharapan, dua faktor positif untuk kesehatan badan. Dengan demikian adanya hubungan langsung antara agama dan kesehatan belum juga terbukti. Korelasi agama-kesehatan yang telah ditunjukkan itu sebenarnya korelasi antara dukungan sosial di satu pihak dan kesehatan jasmani di lain pihak. Kritik terakhir terhadap penelitian oleh *Religion and Health Movement* itu menyangkut *maksud religius* serta keyakinan beragama dari *para peneliti sendiri* yang telah disinggung di atas. Di Amerika, banyak ahli medis curiga dan kuatir kalau-kalau peneliti Kristiani mempunyai dua agenda, sementara peneliti Kristiani menyangka bahwa para dokter merasa iri terhadap para petugas keagamaan yang sukses dalam mencegah manusia jatuh sakit.

Agama dan Kesehatan Mental

Kapan seseorang dikatakan sehat mental, sehat (jasmani dan) “rohani”, dan bilamanakah ia harus disebut sakit mental, kurang waras? Jawaban atas pertanyaan ini tergantung sekurang-kurangnya dari zaman dan kebudayaan yang dimaksudkan oleh si penanya. Ahli psikologi agama Han Fortmann telah menekankan hal ini dalam bukunya *Als Ziende de Onzienlijke* (1974), di mana ia misalnya berkata:

“Ketakutan pasien penyakit saraf untuk menyentuh benda-benda tertentu itu merupakan hal lain daripada ‘*defense de toucher*’ (dilarang menjamah; nsd) yang mencegah orang Polinesia menyentuh kepala suku mereka. Yang disebut pertama adalah neurosis, yang kedua merupakan kebiasaan kebudayaan. Halusinasi dan visiun yang oleh kaum Indian di Kalifornia ditimbulkan pada diri mereka melalui obat psikedelik dan puasa itu berbeda dengan visiun para pasien psikotis karena mempunyai fungsi yang berbeda-beda dalam orang yang bersangkutan. Oleh karena itu tidaklah benar bila dikatakan (...) tentang kaum mistik Budha yang selama berjam-jam bersila tanpa bergerak, bahwa mereka menderita skizofrenia artifisial yang bercorak katatonia. Tentunya tidak mustahil bahwa di antara mereka itu atau pun di antara para pemuja Shiva-Hindu yang duduk di tepi sungai Ganges dalam terik matahari, terdapat orang-orang yang pikirannya terganggu secara serius. Tetapi hal ini tidak boleh disimpulkan dari kelakuan lahiriah. Paling-paling dapat disimpulkan



bahwa seorang skizofren dapat bertahan lebih lama dalam masyarakat Timur ketimbang dalam masyarakat Barat karena keaktifan dihargai di Timur tidak sama tingginya dengan di Barat. Penelitian Dhunjibhoy (...) menimbulkan dugaan bahwa di India jumlah orang skizofren itu kurang, justru karena mistiknya memberi kepuasan yang subur kepada kebutuhan untuk menarik diri dari dunia” (II, 306).

Sejauh menyangkut isi dan strukturnya, gejala halusinasi dan visiun kaum Indian Kalifornia itu mirip dengan yang terdapat pada pasien psikotis, akan tetapi fungsinya untuk orang Indian yang bersangkutan dan untuk masyarakatnya berbeda sekali dengan fungsinya bagi si pasien itu di mana kedua gejala tadi dengan cepat akan dicap sebagai “tak sehat secara psikis”.

Sambil mengingat perlunya penisbian tersebut, van Saame mencoba melukiskan kesehatan psikis dengan menyebutkan ketiga sudut pandang yang oleh Jos Pieper (1990: 87) dianggap cocok untuk mendefinisikan apa yang disebutnya “kesehatan psikososial” yaitu segi ciri-ciri kepribadian, segi kelakuan sosial dan segi kelakuan patologis. Bila di antara ciri-ciri pribadi seseorang terdapat dogmatisme, sugestibilitas dan otoriterisme, maka ada indikasi bahwa pribadi ini secara psikis tidaklah sehat. Kelakuan sosial menyangkut relasi dengan orang lain. Bila seseorang sehat secara psikis, ia mampu menjalin beberapa relasi yang mesra, ia sanggup memelihara persahabatan dan tahu bertahan dalam pergaulan sosial. Di lain pihak, bila ada kelakuan sosial yang menyimpang, misalnya alkoholisme, pemakaian narkoba atau kriminalitas, maka hal-hal ini menjadi petunjuk bahwa orangnya secara psikis tidak sehat. Akhirnya kelakuan yang patologis itu menyangkut kesehatan psikis atau mental dalam arti yang lebih ketat, yaitu ada tidaknya penyakit psikis seperti misalnya neurosis atau psikosis. Secara medis, orang harus dikatakan tidak sehat secara psikis kalau memenuhi ciri-ciri sebuah gangguan yang disebutkan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, sebuah buku pegangan yang disusun di Amerika dan yang dipakai oleh para psikiater dan lembaga perawatan kesehatan jiwa di santero dunia untuk menetapkan gangguan psikis.⁴ Definisi yang lebih ketat ini tentang kesehatan psikis atau mental paling sejajar dengan definisi tentang kesehatan jasmani. Orang dikatakan sehat badannya bila tidak

⁴ DSM-4 (=edisi ke empat dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) yang telah dipakai selama 20 tahun, hanya menderetkan dan menyebutkan gangguan-gangguan mental, tetapi sekarang ini sedang diusahakan edisi baru, yakni DSM-5, untuk juga membedakan empat derajat keseriusan, mulai dari *mild* sampai dengan *extrem* (Edwin Kreulen, 2).

memerlukan dokter atau pengobatan. Ia sehat jiwanya bila tidak memerlukan psikiater, ahli psikoterapi atau psikofarmaka.

Tesis Pieper yaitu ketiga sudut pandang tersebut, yaitu ciri-ciri kepribadian, kelakuan sosial dan kelakuan patologis itu bersama-sama menentukan apakah seseorang dapat dikatakan sehat secara psikososial. Van Saame menegaskan bahwa jika terutama ciri-ciri kepribadian dan kelakuan sosial yang diperhatikan, maka agama merupakan faktor positif bagi kesehatan mental. Sebabnya ialah agama berperan sebagai sistem pemberian arti.

Agama sebagai Sistem Pemberi Makna

Kenyataan hidup manusia amat kompleks. Supaya dapat berfungsi di dalamnya dengan tepat, perlulah kemampuan berorientasi. Tanpa orientasi, kenyataan menjadi kacau, mengasingkan dan malah mengancam. Oleh karena itu di tengah sekian banyak pengamatan yang bermacam-macam itu kita bertanya-tanya: Manakah yang penting, mana tidak penting? Apakah yang harus kuperhatikan dan apakah yang merupakan hal sampingan? Mungkinkah bahwa aku sendiri menyetir dan mengendalikan ataukah aku terdorong maju oleh hal-hal yang hanya kebetulan saja? Pendek kata: bagaimanakah semua pengalaman yang pribadi dan berlain-lainan itu dapat ditempatkan sebagai sebuah keseluruhan yang bermakna? Berkat jawaban atas pertanyaan ini kita dibantu untuk mengadakan struktur dalam hidup kita, mengaturnya dan menaruh prioritas. Tetapi secara praktis tidak mungkin untuk, pada setiap pengamatan baru dan pengalaman baru, mereka-reka jawabannya dengan mulai dari nol. Oleh karena itu manusia mempergunakan pelbagai mekanisme kognitif-sosial untuk menangani soal ini dengan lebih praktis. Salah satu mekanisme ialah menempatkan pengamatan kita dalam sebuah kerangka makna yang untuk sebagian bersifat individual dan untuk sebagian kolektif. Bagian individual diisi oleh riwayat hidup dan kepentingan pribadi. Bagian kolektif dapat diisi oleh pelbagai sistem pemberi arti atau makna. Misalnya sebuah ideologi (humanisme, komunisme), seni atau pun agama. Sistem-sistem pemberi makna ini mengartikan kenyataan dengan melukiskan cita-cita dan dengan menaruh nilai-nilai kurang lebih absolut, yang dapat kita kejar.

Agama berperan baik sekali sebagai sistem pemberi makna. Dilihat dari sudut psikologi ada empat alasan yang menerangkan mengapa demikian halnya. Pertama, agama becorak *naratif*: buku-buku suci dari agama-agama itu memuat kisah tentang Allah dan manusia. Dalam kisah itu diceritakan bagaimana cara hidup orang di zaman dahulu dan pilihan manakah yang

mereka buat. Kisah itu menjadi contoh dan figur-figur dalam cerita itu menjadi tokoh identifikasi. Orang beriman ingin menyerupai mereka atau menyesuaikan hidupnya sendiri dengan hidup mereka itu. Kenyataan yang membingungkan dapat diatur bila kita menghubungkan diri dengan sesuatu yang lain (Nauta, 1995). Kisah-kisah agama menghubungkan kita dengan sebuah *tradisi* yang lengkap, dan inilah alasan kedua mengapa agama merupakan sistem pemberi makna yang ulung. Berkat cerita-cerita keagamaan itu kita dikaitkan dengan sebuah sejarah, dan secara begitu kita pun diberi suatu perspektif yang mengatasi hal-hal yang harian dan insani, lalu diarahkan kepada masa depan yang sempurna. Hal menyediakan *perspektif yang lubur* itu merupakan sebab ketiga yang menjadikan agama cocok untuk memberi arti kepada kehidupan. Manusia diangkat mengatasi dirinya sendiri serta keterbatasannya, sehingga dapat bercermin pada yang tak terbatas. Dilihat begitu, religi menjadi faktor positif dalam berfungsinya manusia di bidang psikis. Bila dalam hidup sehari-hari isolasi dan kebingungan dapat menjadi dominan, agama menyediakan struktur, makna, kebersamaan dan perspektif. Akhirnya –alasan keempat– fungsi positif agama masih diperkuat oleh *jalinan sosial* yang hampir selalu menjadi konteks keberlangsungan agama. Orang berkumpul untuk berkomunikasi tentang perspektif bersama, untuk membicarakan keragu-raguan dan untuk mencari dukungan satu sama lain. Dengan menjadi anggota suatu kelompok yang sependapat mengenai nilai-nilai penting, orang mendapat pegangan. Pegangan ini memberi harapan dan kepastian, sehingga orang dapat berfungsi dengan lebih baik. Mekanisme ini terpantul dalam hasil penelitian terus menerus di mana keber-agama-an dan khususnya hal pergi-ke-gereja mencapai skor tinggi di skala kebahagiaan. Dari studi Ronald Inglehart (1990) misalnya mengenai 160.000 orang Eropa terlihat bahwa dari antara mereka yang setiap minggu ke gereja, 85% berkata bahwa amat puas akan hidupnya, sedangkan dari yang tidak ke gereja itu hanya 77%. Apa yang juga memainkan peranan, selain dukungan sosial, yaitu derajat keyakinan religius. Orang merasa lebih aman dan lebih bahagia kalau tahu ke mana arah hidup mereka dan apa yang sungguh-sungguh penting. Yang juga menyumbang kepada rasa bahagia ialah pengalaman religius pribadi di mana orang merasa bersatu dengan Allah atau dengan yang transenden.

Secara Psikologis, Dampak Agama Ambivalen

Akan tetapi dampak agama terhadap kesehatan mental tidak selalu sepositif yang tadi digambarkan. Dapat juga terjadi bahwa yang ditimbulkan agama

dalam hati manusia justru kebingungan dan isolasi, sebagaimana tampak dalam karya sastra sejumlah pengarang novel dan roman.⁵ Para pengarang itu menunjukkan bahwa dalam konteks agama, orang tertentu terus menerus meragukan diri sendiri, dihantui rasa takut dan bersalah, atau pun terisolasi secara total dari orang lain dalam masyarakat. Kalau demikian orang tidak berfungsi lebih baik berkat agama tapi sebaliknya lebih buruk karena agama. Jadi, sejauh menyangkut kesehatan psikis, agama bercorak ambivalen. Mengandung segala unsur untuk menjadi faktor positif, tetapi keempat unsur tersebut di atas keempat-empatnya bisa juga berdampak negatif. Dapat terjadi orang tidak mengenali diri dalam kisah-kisahannya, tidak menemukan figur identifikasi, mengalami tradisi sebagai kering dan dogmatis, hubungan sosial merosot menjadi kontrol sosial dan perspektif tinggi luhur kurang meyakinkan. Penyebab ambivalensi agama ini terletak dalam kaitan unik antara pribadi manusia dengan religi. Secara psikologis bukan setiap pribadi dibahagiakan oleh agama, dan bukan setiap agama membahagiakan semua penganutnya. Faktor manakah menentukan apakah agama berdampak positif atau justru negatif? Menurut Rein Nauta, guru besar Universitas Katolik Tilburg, supaya agama itu valid sebagai produk dan produksi,

“harus ada kesempatan bagi manusia untuk mengenali dirinya sendiri dalam agama dan untuk membuat identifikasi. Ciri khas religi bukan hanya penghayatan dan pengalaman. Seperti halnya semua jenis kesenian, agama pun ditandai oleh aksi dan partisipasi, oleh berbuat dan turut berbuat. Peranan kaum beriman dalam drama religi itu aktif dan pasif. Mereka itu pengamat, pendengar, tetapi juga pemain, pencipta (...). Dalam membagi peranan, terlaksana dan diteruskanlah agama. Sambil bermain dengan cerita-cerita dan ritus-ritus, orang mulai mengerti apa yang penting dalam drama kehidupan yang sedang dipentaskan. Seraya mencipta, orang belajar percaya akan hakikat kenyataan. Cerita-cerita itu mengena. Hati kita tidak tinggal tak tersentuh. Kisahnya menyediakan kesempatan tak terbilang jumlahnya untuk mengadakan identifikasi. Akan tetapi supaya bisa menarik, maka cerita dan kisah harus diinterpretasi. Nah, ada tidaknya daya tarik itu tergantung dari ada tidaknya hubungan antara -di satu pihak- pengalaman, keinginan dan motivasi orang perorangan yang konkret, dengan -di lain pihak- isi

⁵ Di Belanda terkenal -antara lain- karya Maarten 't Hart, Jan Cremer dan Jan Siebelink.

ritus dan kisah tertentu yang diteruskan dalam tradisi religius” (Nauta, 1995: 8).

Dengan kata lain, harus ada peluang bagi orang beriman individual yang mempunyai macam-macam pertanyaan dan keinginan, dan yang mengalami kebimbangan. Sekaligus peluang itu janganlah tak terbatas, sebab fungsi psikologis baru ada pada agama kalau nilai-nilai religius, keseluruhan yang lebih besar dan perspektif yang luhur itu tinggal tegak. Pendeknya, agama janganlah terlalu objektif, dan jangan pula terlalu subjektif.

Jozef Corveleyn (2003) berpendapat bahwa iman yang sehat itu untuk sebagian bersifat kolektif dan sekaligus dinamis dan berubah-ubah. Sebaliknya iman yang tidak sehat itu sifatnya pribadi, lain daripada yang lain, defensif dan tak tergoyahkan. Kriterium yang dalam hal ini mudah dipakai ialah kelonggaran untuk bimbang dan ragu-ragu. Makin sebuah agama menghukum keraguan, makin teganglah hubungan agama ini dengan akal sehat. Jika sampai terjadi kontradiksi antara hidup harian dengan hidup beragama, maka agama menjadi tidak sehat bagi manusia.

Agama dan Psikopatologi

Dari ketiga komponen yang bersama-sama mendefinisikan kesehatan psikososial, dua komponen telah dibicarakan di atas yakni ciri-ciri kepribadian dan kelakuan sosial. Tinggal komponen ketiga yaitu kelakuan patologis. Banyak penelitian telah diadakan mengenai relasi antara agama dan gejala psikopatologi. Juga van Saame (2010: 107) mencatat betapa ambigulah hasil yang diperoleh itu. Adakalanya hasil penelitian menunjukkan bahwa agama mengurangi depresi dan gangguan mental yang diakibatkan ketakutan yang tak beralasan, tetapi menurut hasil penelitian lain, siswa seminari menderita neurosis di atas rata-rata. Dari sejumlah studi nyatalah bahwa pengalaman religius menghasilkan lebih banyak pengalaman kebahagiaan, tapi dari penelitian lain nampak bahwa pengalaman mistik juga mengurangi kebahagiaan karena orang merasa dilepaskan dari orang lain. Pun hubungan sebab akibat tidak selalu begitu jelas. Orang yang lebih bahagia dan lebih sehat rupanya menimba lebih banyak sukacita dari upacara keagamaan ketimbang orang yang kurang bahagia dan kurang sehat; maka kausalitas di sini justru terbalik.

Mengenai hubungan antara religi dan penyakit psikopatologis, Spilka dkk. (2003: 509) membedakan lima kemungkinan. Kelima kemungkinan yang diringkaskan van Saame (2010: 107-110) dan yang memperlihatkan dengan jitu ambiguitas tersebut, adalah sebagai berikut. Pertama, bagi orang



yang terganggu pikirannya, agama dapat menjadi kesempatan untuk mengungkapkan diri. Kesempatan itu disediakan agama melalui keyakinan, pengalaman atau kelakuan religius. Ada banyak contoh. Seseorang dapat menderita halusinasi dan mengira bahwa mereka orang pilihan Allah. Ada orang lain yang juga berpikiran yang tidak-tidak: ia beranggapan, misalnya, bahwa dia itu seorang malaikat atau Tuhan Allah atau pun Tuhan Yesus. Gangguan neurotis seperti histeria, hipokondria dan bentuk-bentuk ketakutan bisa disalurkan melalui bahasa lidah. Contoh lain lagi ialah pengalaman mistik, yaitu pengalaman religius di mana orang merasa seluruhnya melebur dengan yang ilahi atau dengan kosmos. Ada orang mistik tersohor yang menderita gangguan kepribadian cukup serius seperti psikosis, skizofreni atau suisidalitas. Dalam semua kasus ini segi-segi agama tadi (keyakinan, pengalaman atau perilaku religius) merupakan konteks yang -bagi orang yang bersangkutan- bermakna dalam menyalurkan gangguan mental.

Kedua, agama dapat juga berperan sebagai kekuatan yang menyosialisasi dan menekan gangguan psikis, sehingga berkat agama orang dapat menguasai gejala gangguan tadi dan menangani *stress*. Dalam mengejar kohesi sosial, orang condong memandang problem psikis sebagai problem moral. Berdasarkan peraturan sosial dan religius ala Dasa Firman alkitabiah, perilaku dilicinkan dan ditransformasi. Relasi antara agama dan kesehatan mental ini terlihat khususnya dalam penelitian yang mendefinisikan dan mengukur agama sebagai *church attendance*, lagi pula kalau tradisi keagamaan menyediakan peranan-peranan religius yang dapat menjadi panutan bagi kelakuan para pemeluk agama itu sendiri. Orang yang dengan teratur ke gereja lebih berhasil dalam menekan gejala depresi dan dalam mengontrol kelakuan kompulsif. Tapi relasi ini menyangkut bentuk psikopatologi yang lunak. Orang yang gangguan mentalnya lebih serius, umumnya tidak merasa betah dalam agama yang telah melembaga. Makanya dalam kasus mereka itu dampak dari faktor sosial agama memang kurang juga.

Ketiga, agama dapat menjadi bagi manusia pelabuhan yang aman yg melindungi dari tekanan dan kesulitan hidup harian. Ada kelompok religius tertentu di mana perintah keagamaan begitu kuat sehingga tiada syak lagi tentang bagaimana harus berkelakuan, dan absensi kebimbangan ini memberi ketenangan. Mungkin juga bahwa penerimaan ke dalam kelompok religius mencegah isolasi sosial atau pengucilan, sebagaimana halnya orang yang berada di pinggir masyarakat, lalu bergabung dengan kelompok keagamaan dan belajar di sana bagaimana menjalin persahabatan atau membatasi kecondongan kecanduan. Ataupun, orang bisnis yang *burn-out* menarik diri beberapa minggu lamanya di sebuah biara, lalu kembali



bagaikan orang yang telah lahir kembali. Namun demikian selalu ada risiko bahwa pelabuhan yang aman itu berubah sama sekali. Kelompok religius yang menjadi sekte itu masih tetap menyediakan keamanan dan peraturan yang jelas, tetapi kebebasan memilih itu dibatasi sedemikian rupa sehingga masalah psikis tidak lagi dikontrol melainkan ditimbulkan.

Keempat, religiositas dapat bekerja secara terapi, sehingga orang disembuhkan dari permasalahannya yang mental. Telah kita bahas di atas bahwa partisipasi dalam ibadah penyembuhan dapat membebaskan orang dari keluhan depresi. Daya penyembuh yang ada pada agama itu berlaku terutama bagi gejala psikopatologis yang penyebabnya kurang bersifat biologis. Ada bentuk-bentuk depresi yang tersembuhkan, tetapi gangguan seperti skizofrenia dan psikosis kurang terpengaruhi.

Kelima, agama dapat juga menjadi sumber *stress* dan *problem*. Walaupun kebanyakan orang beriman menimba kegembiraan dan kebahagiaan dari keyakinan beragama yang mereka pegang, namun bukan demikian bagi tiap-tiap orang. Penelitian Aleid Schilder (1987) dan Rein Nauta (1995) menunjukkannya. Kalau disalahgunakan atau kalau ditaruh tekanan yang keliru, maka setiap keyakinan religius dapat menjadi sumber keluhan psikopatologis. Kadang-kadang sebabnya ialah hal-hal yang menyangkut isi keyakinan religius itu sendiri, tapi bisa juga disebabkan oleh orang lain yang menyalahgunakan kuasa. Kaku dan kurang fleksibel dapat menjadi tanda dari sisi gelap agama. Bila di satu pihak diwartakan bahwa manusia itu pilihan Allah, tapi di lain pihak ditekankan bahwa tuntutan Allah harus dipenuhi sebagai syarat agar mendapat bagian dalam kasih karunia-Nya, maka akibatnya bisa saja bahwa orang mengalami depresi. Kasih yang bersyarat, entah di dalam entah di luar konteks agama, merupakan bahaya bagi kesehatan mental. Bukankah manusia lebih berkembang dalam suasana kasih yang tak bersyarat?

Kesimpulan

Harus disimpulkan bahwa relasi antara agama dan kesehatan mental ditandai ambivalensi. Beriman membebaskan dari kekuatiran eksistensial, seperti ketakutan akan kematian atau pun akan kehidupan. Kaum beriman kurang kuatir akan harta duniawi mereka dan kurang terikat akan konvensi sosial. Tetapi sekaligus iman itu juga dapat membatasi. Norma sosial di dalam kelompok religius dapat mencekik orang beriman perseorangan. Iman menyediakan arti dan makna, tetapi dapat juga menghalangi refleksi atas ide dan nilai yang dipegang sendiri. Agama dapat menguntungkan kesehatan di segala bidang, asal ada juga peluang untuk mempunyai

kebutuhan dan keinginan pribadi dan untuk keragu-raguan. Dengan demikian lengkaplah sistem pemberi makna yang memberi arti kepada kenyataan. Ada kesempatan untuk menempatkan riwayat orang yang bersangkutan sendiri ke dalam keseluruhan yang lebih besar. Iman semacam itu tidak memutlakkan sebagian dari kepribadian, tetapi memperhitungkan identitas sendiri, dan ikut berkembang dalam dinamika perkembangan pribadi.



Daftar Rujukan

- Chamberlain, Theodore J. & Christopher A. Hall. 2000. *Realized Religion. Research on the Relation between Religion and Health*. Philadelphia/London: Templeton Foundation Press.
- Corveleyn, J. 2003. *De Psycholoog Kijkt niet in de Ziel Thema's uit de Klinische Godsdienstepsihologie*. Tilburg: KSGV (Kenniscentrum voor Levensbeschouwing en Geestelijke Volksgezondheid).
- Faber, M.D. 2002. *The Magic of Prayer. An Introduction to the Psychology of Faith*. Praeger/Greenwood: Westport.
- Fortmann, H.M.M. 1974. *Als Ziende de Onzienlijke. Een Cultuurpsychologische Studie over de Religieuze waarneming en de Zogenaamde Religieuze Projectie*. Jilid I dan II. Hilversum: Gooi en Sticht.
- Hood, R.W. Jr., Peter C. Hill & B. Spilka. 2009. *The Psychology of Religion – An Empirical Approach*, Edisi Keempat, New York: The Guilford Press
- Inglehart, R. 1990. *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton: University Press.
- Janssen J., J. de Hart & C. den Draak. 1990. "A Content Analysis of the Praying Practises of Dutch Youth," dalam *Journal for the Scientific Study of Religion*, halaman 29, 99-107.
- Koenig, Harold G., McCullough, Michael E., Larson, David B. 2001. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Nauta, R. 1995. *Ik Geloof Het Wel. Godsdienstepsihologische Studies over Mens en Religie*. Assen: van Gorcum.

- Pieper, J.Z.T. 1990. *Godsdienst en Sociale Wetenschappen I, Godsdienstpsychologie*. Module Open Theologisch Onderwijs, Kampen: Kok.
- Saane, J. van. 2008. *Gebedsgenezing. Boerenbedrog of serieuze alternatief?* Kampen: Ten Have.
- . 2010. *Religie is Zo Gek Nog Niet – een Introductie in de Godsdienstpsychologie*, Kampen: Ten Have.
- Schilder, A. 1987. *Hulpeloos maar Schuldig. Het Verband Tussen een Gereformeerde Paradox en Depressie*. Kampen: Kok.
- Spilka, B., R.W. Hood Jr., B.Hunsberger & R. Gorsuch. 2003. *The Psychology of Religion. An Empirical Approach*. New York/London: The Guilford Press.
- Vergote, A. 1967. *Godsdienstpsychologie*. Tiel/Den Haag: Lannoo.
- . 1984. *Religie, Geloof en Ongeloof. Psychologische Studie*. Antwerpen/Amsterdam: De Nederlandse Boekhandel.

