

DIAGNOSIS DAN PROGNOSIS

Dalam Setting Asesmen Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus

2011



Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) merupakan satu proses sistematik dengan menggunakan instrumen yang relevan untuk mengetahui permasalahan dan perilaku belajar anak, bertujuan dalam penempatan dan pembelajaran. Segala informasi yang berkaitan dengan individu anak harus dikumpulkan; karena kegiatan diagnosis, prognosis, dan asesmen pendidikan ABK merupakan upaya interdisipliner bina wicara, psikolog, psikiater, dan profesi lain.

Dalam hal proses penanganan permasalahan ABK penting untuk diperjelas perbedaan diagnosis sebagai proses dan diagnosis sebagai produk atau hasil. Sebagai proses diagnosis adalah penyelidikan secara inidividual klien berdasarkan hasil prosedur asesmen yang mengukur fungsi fisik, perkembangan

k perkembangan intelektual dan tingkah laku.

Unuk mempenelas tindakan dalam kegiatan diadnosis perlu unuskan tujuan operasional, yaitu: (1) memperoleh masi sebanyak-banyaknya mengenai anak/klien baik pena penyebab perkembangan masalah baik mengenai masa panyabab perkembangan masalah baik mengenai Sen maupun keluarganya, (2) mengetahui kelemahan dan keunggulan anak, sehingga dapat memenuhi kebutuhannya yang sesual; (3) dari proses pengumpulan data yang rekomendasi kepada keluarganya; (4) Untuk kepentingan penempatan klien, sehingga sesuai dengan kekurangan dan kelebihannya; (5) untuk kepentingan bimbingan dan konseling, sehingga memudahkan pelaksanaan dan hasilnya dapat lebih program pendidikan yang sesuai dengan kepribadian, kemampuan dan ketidak mampuannya; (7) dapat dipakai dalam pengarahan anak/klien latihan-latihan apa yang diperlukan; (8) sebagai bahan untuk menentukan terapi yang

Ruang lingkup diagnosis yang akan dibicarakan adalah: (1) penyimpangan ringan seperti gangguan emosi, kecemasan, rata-rata atau yang disebut anak gifted dan telented; (3) selain penyimpangannya ialah kelainan fisik, mental, sosial dan



Dr. Haryanto, M.Pd. Tempat dan Tanggal Lahir: Sragen, 07 Nopember 1955; alamat tempat tinggal: Somodaran No.50 RT.02 RW.10, Banyuraden, Gamping, Sleman. Alumnus Jurusan Pendidikan Luar Biasa UNS Surakarta (1980), Selanjutnya mendapat gelar Magister Pendidikan di bidang Penelitian dan Evaluasi Pendidikan dari UNY (2007), Lulus S3 Program Studi Penelitian dan Evaluasi Pendidikan pada tahun 2010. Pekerjaan: Dosen Jurusan PLB (Pendidikan Luar Biasa), Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Yogyakarta. Karya Ilmiah yang pernah ditulis: (1) Kelompok Rentan Masalah Sosial dan Berkebutuhan Khusus; (2) Asesmen Anak Usia Dini dalam Pendekatan Pendidikan berkebutuhan Khusus; (3) Pendidikan Kewirausahaan bagi penyandang Cacat dalam Kontek Pendidikan Karakter Bangsa; (4) Model Pendidikan Keterampilan Kerja Berbasis Masyarakat bagi Penyandang Cacat Pasca Gempa di Wilayah Pedesaan.

Haryanto

DIAGNOSIS DAN PROGNOSIS

Dalam Setting Asesmen Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus

2011

DIAGNOSIS DAN PROGNOSIS

Dalam Setting Asesmen Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus

Penulis Haryanto

Penyunting Anwar, H.

Perancang Sampul Tim Desainer Tata Letak Tim Budensia Press Cetakan Pertama Maret 2011

ISBN: 978-976-15437-1-2

Penerbit **Budensia** Press Jl. Lapas No. 1 Gesikan Sumberadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta Pencetak CV. Banyu Golden Indonesia Yogyakarta

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini Tanpa Izin Tertulis dari Penerbit

KATA PENGANTAR

Sangat diperlukan buku yang dianggap sejalan dan dapat dipergunakan di masyarakat, khususnya di sekolah yang menangani anak berkebutuhan khusus. Kenyataannya sulit ditemukan bukubuku bacaan yang memadai bagi kalangan mahasiswa, guru, tenaga ahli dalam bidang diagnosis dan asesmen, maupun masyarakat yang mempelajari tentang teori dan teknik pelaksanaan diagnosis dan asesmen untuk penanganan anak berkebutuhan khusus.

Buku ini banyak membahas tentang diagnosis, prognosis, dan asesmen sebagai usaha penanganan, memelihara sikap mental, dan mampu mengisi waktu luang untuk anak berkebutuhan khusus. Buku ini disusun, bahwa asesmen dan diagnosis merupakan tindakan awal dalam menangani anak berkebutuhan khusus dengan menggunakan berbagai instrumen tes. Diagnosis dilakukan diluar kegiatan belajar, sehingga program pembelajaran tidak dapat menyatu dan tidak dapat meningkatkan kemampuan anak berkebutuhan khusus dalam kegiatan belajarnya.

Penulis berharap semoga buku ini dapat dimanfaatkan sebagai acuan dan usaha dalam pelayanan proses pembelajaran anak berkebutuhan khusus dan membantu guru dalam melaksanakan diagnosis, serta masyarakat umumnya dalam mendapatkan pengetahuan tentang diagnosis, prognosis, dan asesmen.

Penulis

DAFTAR ISI

KA	TA PENGATAR iii			
DA	FTAR ISIiv			
BA	BI			
PE	NDAHULUAN 1			
A.	Substansi Diagnosis dan Prognisis			
B.	Sejarah Psikiatris			
C.	Sejarah Pengobatan			
D.	Sejarah Sosial (Hubungan Keluarga, dan Persahabatan 1			
E.	Sejarah Hubungan Klien			
F.	Sejarah Klasifikasi			
G.	Pengalaman-pengalaman Traumatis			
H.	Menghadapi Klien			
I.	Resiliansi Kemampuan dan Pemenuhan-pemenuhan 17			
J.	Pengujian Status Mental			
BA	BII			
ESI	ENSI DIAGNOSIS DAN PROGNOSIS			
A.	Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental 32			
B.	Sistem Klasifikasi Jiwa Modern			
C.	Diagnostik dan Statistik Mental ()DSM-II)			
D.	DSM-IV dan DSM-IV-TR			
E.	Memandang ke Depan: DSM-V			
F.	Kelebihan dan Keterbatasan dari TR-DSM-IV			
G.	Sistem Komunikasi Atheoretical			
H.	Kriteria Diagnostik dan Keputusan Klinis			
I.	Klinis Keahlian Diagnosis			
J.	DSM-IV-TR Mendefinisikan Gangguan Mental			
K.	Diagnostik Kategori			
L.	Kriteria Diagnostik			
M.	Kriteria Pengecualian			
N.	Organisasi dari TR-DMS-IV			
Ρ.	Kekacauan Mental Kaitannya dengan Suatu GMC			
Q.	Hasil Diagnosis Multiaksis			
R.	Langkah-langkah Diagnosis 59			

BAB III DIAGNOSIS PENDIDIKAN BAGI ABK DALAM PENDEKATAN TIM 62 A. Pelayanan Anank Berkebutuhan Khusus 62 Karakteristik Tim 63 C. Interaksi Keluarga dengan Tim 64 D. Tim Ahli Dalam Pelaksanaan Diagnosis 68 E. Aktifitas Tim Dalam Praktik Diagnosis 75 F. Proses Dalam Diagnosis 79 87 G. Diagnosis Kasus H. Rekomendasi Hasil Diagnosis 89 I. Riwayat Kasus Khusus 100 BAB IV WAWANCARA SEBAGAI KEGIATAN DIAGNOSIS 107 A. Persiapan Untuk Wawancara Pertama 108 Hukum dan Isu-isu Etis dalam Wawancara 118 Pelaksanaan Mewawancara Klien 128 D. Refleksi dan Penafsiran Wawancara 134 Apa yang Harus Ditanyakan E. 140 F. Wawancara Terstruktur 148 G. Pemahaman Perawatan Anak dan Wawancara Awal 151 H. Bekerja dengan Informan 152 Mewawancarai Orangtua 155 I. Mewawancarai Orang yang Lebih Tua/Dewasa J. 167 BAB V KRISIS PERSOALAN 173 Pengobatan dan Terapi Persekolahan 173 В. Persoalan Bunuh Diri 175 C. Statistik dan Resiko Bunuh Diri 183 D. Mengevaluasi Tingkat Resiko dan Penyebab Kematian ... 186 E. Tanggung Jawab Dokter 190 Menilai dengan Faktor Resiko dan Penyebabnya F. 191

Sejarah Kekerasan

Hubungan Penyakit Mental dengan Kekerasan

Tanda Fisik Untuk Mendapatkan Pelayanan Medis Klien

192

195

196

G.

H.

ER	TIMBANGAN AWAL DALAM PERAWATAN
A.	Pertimbangan Awal Mengevaluasi Kebutuhan Perawatan
B.	Mengatasi Masalah Hidup
C.	Faktor dan Dampak Pengobatan
D.	Disposisi Keputusan
E.	Mengidentifikasi dan Memprioritaskan
F.	Memilih Strategi Intervensi Awal Pertimbangan
G.	Menilai Efektivitas dan Hasil Pengobatan
H.	Tantangan Untuk Pengobatan
I.	Akhir Pengobatan
J.	Tips dan Strategi Untuk Penguasaan

BAB I PENDAHULUAN

A. Substansi Diagnosis dan Prognosis

Kegiatan diagnosis, prognosis dan asesmen pendidikan bagi Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) merupakan satu proses sistematik dengan menggunakan instrumen yang relevan untuk mengetahui permasalahan dan perilaku belajar anak, bertujuan dalam penempatan dan pembelajaran (Wallace, S.T. & Mc Loughlin, 1979). Segala informasi yang berkaitan dengan individu anak harus dikumpulkan; karena kegiatan diagnosis, prognosis, dan asesmen pendidikan ABK merupakan upaya interdisipliner melibatkan berbagai profesi, seperti dokter, fisioterapis, ahli bina wicara, psikolog, psikiater, dan profesi lain.

Paradigma lebih jelas, ada beberapa istilah lain yang berkaitan dengan asesmen, yaitu pengujian atau testing, prognosis, dan diagnosis. Ketiga istilah ini memang berhubungan erat dengan istilah asesmen, tetapi bukan sinomin. Pengujian atau testing adalah pemberian seperangkat pertanyaan kepada peserta dalam kondisi sangat terstruktur. Respon yang diperoleh dari testing sedapat mungkin berupa data kuantitatif, mungkin berupa angka, daftar keterampilan yang telah dikuasai, dan sebagainya. Testing hanya merupakan salah satu strategi dalam asesmen pendidikan untuk mengumpulkan informasi tentang ABK.

Barlow, D.H. (1991) berpendapat, diagnosis adalah suatu proses penentuan penyebab penyakit atau kelainan dan mendiskripsikan penyembuhan yang cocok. Jenis penyakit atau kelainan dinyatakan dalam satu label, misalnya *schizoid*, dan label tersebut sudah menunjukkan implikasi penyembuhan.

Pada sisi lain, semua kegiatan diagnosis dan asesmen siswa mengandung prognosis (prediksi penampilan di masa datang) yang eksplisit atau implisit. Prognosis diberikan kepada siswa pada keadaan hidupnya dan lingkungan sekarang ini dan dapat pula pada masa terapinya dan memberikan lingkungan yang remedial. Misalnya, jika Rachel dibiarkan tetap pada penempatan pendidikan

sekarang ini, maka ia akan makin mundur atau mengalami keterbelakangan, dan tingkah lakunya akan terganggu. Bila Rachel ditempatkan di lingkungan di mana ia menerima perhatian khusus, maka ia akan memperoleh kemajuan secara akademik maupun sosial. Prognosis seperti itu harus dimungkinkan dan tidak berdasarkan spekulasi.

Pendapat Beach, S.R. et al. (2006) pendekatan yang memulai asesmen dengan mendiagnosis para pelajar seringkali mendapat kritikan. Beberapa asumsi-asumsi yang melandasi pendekatan ini tidak berhasil. Pendekatan secara teknis tidak memadai. Pendekatan ini jarang menuju ke pengajaran yang efektif.

Dana, R. (1993) mengeluarkan rekomendasi bahwa asesmen dimulai dengan mendiagnosis pengajarannya. Maksudnya adalah "menentukan aspek-aspek pengajaran yang tidak memadai dan mencari mengapa tidak memadai serta mencari cara memperbaikinya". Seberapa jauh ketika pengajaran yang salah mempengaruhi masalah-masalah siswa. Diagnosis instruksional (pengajaran) terdiri dari analisis dari pengajaran tersebut dan kecocokan pengajaran bagi siswa. Termasuk didalamnya asesmen berdasarkan kurikulum, observasi lingkungan belajar, evaluasi produk pengajaran, dan pengajaran sebagai diagnosa.

Algozzine, B. & Ysseldyke J. (1982) menjabarkan sebuah pende-katan terhadap asesmen dengan cara mempertanyakan: "Seberapa jauh memang terjadi proses mengajar ?" dan "Seberapa jauh siswa secara aktif terlibat dalam proses pengajaran ?". Algozine dan Ysseldyke merekomendasikan supaya mengadakan asesmen seberapa jauh keterlibatan siswa secara aktif dalam proses mengajar dalam waktu yang cukup lama, hingga dapat diambil kesimpulan bahwa siswa belajar apa yang telah diajarkan. Algozine dan Ysseldyke berargumentasi bahwa cara mengajar baru diakses bila memang ada proses mengajar. Asesmen terhadap yang belajar atau siswa baru diadakan jika ternyata siswa memang secara aktif terlibat dalam proses pengajaran, yaitu menanggapi dan dapat menyerap isi dari yang diajarkan setelah waktu tertentu dan pengajaran memang cukup baik untuk pengembangan siswa.

Pada sisi lain diagnosis berarti kefasihan dalam membedakan penyakit yang satu dengan yang lain atau penentuan penyakit

dengan menggunakan ilmu. Misalnya seorang dokter menentukan penyakit dalam mendiagnosis seseorang untuk menentukan diagnosis medis. Algozzine, B. & Ysseldyke J. (1982) dalam praktik klinik atau penelitian medis, untuk menentukan penyakit pada permulaannya dipertimbangkan: (1) gejala-gejala (symptom-symptom) karakteristik khusus suatu penyakit, (2) sebab-sebab asal mula penyakit (etiologi), (3) peristiwa penyakit, (4) perkembangan penyakit.

Model diagnosis medis ini berpengaruh terhadap perkembangan profesi non medis termasuk psikologi klinis, pendidikan khusus atau luar biasa, perbaikan bicara (speech therapy, occupational dan physical therapy (Barlow, D.H., (1991). Semua profesi ini melalui proses diagnosis demikian pula penanganannya, secara logis memang sama dengan diagnosis dan treatment (penanganan) penyakit.

Banyak hal proses diagnosis secara medis diperlukan untuk menangani masalah anak yang mengalami penyimpangan seperti misalnya dalam mengenal penyimpangan dapat dengan mengamati sejumlah gejala, memberi nama suatu penyakit atau penyimpangan dan kemudian meng- klasifikasikannya.

Walaupun demikian dalam banyak masalah anak yang mengalami penyimpangan secara keseluruhan dan konseptual tidak sama keseluru-hannya. Ada kalanya dalam menangani penyakit, jika penyakit sudah disembuhkan persoalan sudah selesai, kecuali penyakit kronis atau penyakit dalam stadium tertentu atau penyakit operasi yang harus mengalami tindak lanjut. Dalam menangani anak yang menyimpang, apalagi dengan gangguan perkembangan, penanganannya akan berbeda.

Dalam hal proses penanganan permasalahan ABK penting untuk diperjelas perbedaan diagnosis sebagai proses dan diagnosis sebagai produk atau hasil. Sebagai proses diagnosis adalah penyelidikan secara inidividual klien berdasarkan hasil prosedur asesmen yang mengukur fungsi fisik, perkembangan fisik, perkembangan intelektual dan tingkah laku.

Penyelidikan fungsi anak secara keseluruhan meliputi kaitan dengan keluarga, sekolah, tetangganya dan akhirnya mendapatkan hasil berupa "label diagnostik" dan klasifikasi, yang mendasarkan

ilmu mengenai klien dan masalah perkembangan selanjutnya. Proses diagnostik dan klasifikasi berdasarkan diagnostik akan membantu kita dalam memahami masalah klien termasuk masalah khusus yang berkaitan dengannya, sehingga kita dapat menangani dengan tepat.

Oleh karena itu untuk memperjelas tindakan dalam kegiatan diagnosis, sebagaimana dikemukakan Acierno, R. et al. (1998) perlu dirumuskan tujuan operasional, yaitu: (1) memperoleh informasi sebanyak-banyaknya mengenai anak/ klien baik mengenai penyebab, perkembangan masalah baik mengenai segi fisik, psikis maupun sosialnya, sehingga dapat memahami klien maupun keluarganya, (2) mengetahui kelemahan dan keunggulan anak, sehingga dapat memenuhi kebutuhannya yang sesuai; (3) dari proses pengumpulan data yang melibatkan keluarga klien, dapat dipakai untuk mendalami keadaan klien yang akan dapat dipakai untuk memberi rekomendasi kepada keluarganya; (4) Untuk kepentingan penempatan klien, sehingga sesuai dengan kekurangan dan kelebihannya; (5) untuk kepentingan bimbingan dan konseling, sehingga memudahkan pelaksanaan dan hasilnya dapat lebih memuaskan; (6) untuk kepentingan membuat rencana dan program pendidikan yang sesuai dengan kepribadian, kemampuan dan ketidak mampuannya; (7) dapat dipakai dalam pengarahan anak/klien latihan-latihan apa yang diperlukan; (8) sebagai bahan untuk menentukan terapi yang sangat tepat yang dibutuhkan klien.

Sebagaimana dikemukakan Beach, S.R. et al. (2006), hal yang tidak kalah penting perlu diperhatikan adalah macam-macam diagnosis yang perlu dipertimbangkan yaitu: (1) diagnosis klinis atau penentuan penyakit/penyimpangan yang didasarkan pada gejala-gejala pada waktu individu, terlepas dari pengaruh-pengaruh yang menyebabkan perubahan-perubahan yang menandai gambaran penyakit atau penyimpangan; (2) diagnosis deferensial atau penentuan penyakit/penyimpangan dari sudut persamaan dan perbedaan gejala. Misalnya banyak penyakit dengan gejala-gejala demam, pusing disebabkan influinza, malaria, tipus, dan sebagainya. Tapi secara psikologis pusing dapat disebabkan karena tekanan ekonomi, banyak masalah keluarga. Demikian pula penyimpangan klien yang tunalaras atau ketunaan lain secara

psikologis gejalanya dilihat secara spintas sama; (3) diagnosis langsung atau direct vaitu penentuan penyakit/ kelainan secara langsung, karena gejalanya cukup menyolok atau khas. Misalnya jika seorang yang tidak mempunyai kaki, kita dapat langsung melihat dan menetapkan bahwa dia termasuk cacat tubuh; (4) diagnosis fisis atau penentuan penyakit/penyimpangan dengan menggunakn cara-cara pemeriksaan (mendengarkan) dengan stetoscope. Penyimpanga atau cacat tubuh yang lumpuh dapat diraba apakah layuh atau kaku, sehingga dapat diperkirakan apakah dia menyandang polio atau cerebral palsy, selain dimantapkan dengan data dari ahli lain; (5) diagnosis laboratorium atau penentuan penyakit/penyimpangan dengan pemeriksaan laboratorium, misalnya air seni, darah, atau cairan-cairan tubuh lain. Demikian pula klien yang nilainya buruk, kita belum dapat menentukan apakah dia tergolong slowlearner kalau belum dites kecerdasannya di laboratirium psikologi.

Mencermati uraian di muka, ruang lingkup diagnosis yang akan dibicarakkan adalah: (1) anak normal yang mungkin menyandang penyimpangan ringan seperti gangguan emosi, kecemasan, frustrasi, stres, dan sebagainya; (2) penyimpangan anak di atas rata-rata atau yang disebut anak gifted dan telented; (3) selain yang tersebut di atas meliputi anak yang beragam penyimpangannya ialah kelainan fisik, mental, sosial dan psikis.

B. Sejarah Psikiatris

Permasalahan dan gejala-gejala seorang klien pada awal penyajian bisa secara langsung berhubungan dengan hasil diagnosanya yang terakhir, ini kasus yang tidak terelakkan. Suatu kesalahan umum yang dibuat oleh pewawancara baru untuk terlalu sering mempercayai atau eksklusif pada informasi yang diperkenalkan di dalam wawancara awal untuk membentuk pendapat-pendapat diagnostik (pengaruh keunggulan).

Ketika suatu kesan yang diagnostik dibentuk sangat awal di dalam wawancara, pertanyaan-pertanyaan berikut bisa dicocokkan terutama terhadap penetapan kesan ini selagi melalaikan untuk bertanya bahwa pertanyaan-pertanyaan tidak bisa dikonfirmasikan (penyimpangan konfirmasi; Groth-Marnat, 2003). Suatu pengujian

studi persetujuan antara informasi yang disediakan oleh klien-klien pada 5 menit pertama dari suatu wawancara psikiatris dan diagnosa-diagnosa mereka secara klinis berakhir menemukan surat menyurat di dalam hanya 58% dari kasus (Hersen, M. & Tenner, S.M., 2003). Hal ini menyoroti pentingnya persembahan waktu dan pertanyaan-pertanyaan yang cukup untuk mengerti cakupan dari gejala-gejala psikiatris, klien sudah berpengalaman, kedua-duanya sekarang ini dan di masa lalu.

Groth-Marnat, (2003), gagasan yang baik untuk menyaring pertanyaan tentang masing-masing dari beberapa bidang utama dari simtomatologi psikiatris adalah sebagai berikut: (a) gejala-gejala suasana hati (termasuk tekanan dan kecanduan); (b) gejala-gejala ketertarikan (termasuk kekhawatiran yang berlebihan, phobia dan ketakutan-ketakutan, kesurupan/pemikiran terasuki dan perilaku memaksa, serangan panik); (c) gejala-gejala dan dissociative mengalami yang dihubungkan dengan Post Traumatic Stress Disorder (PTSD); (d) mengalami kegilaan (halusinasi, khayalankhayalan); (e) penggunaan unsur pokok; (f) permasalahan makan; (g) dorongan mengendalikan permasalahan (termasuk perilaku yang membaha-yakan diri sendiri/kejam atau bunuh diri dan lainnya, masalah pengawasan kemarahan atau berperan agresif, dan perilaku-perilaku yang menuruti kata hati seperti periudian yang berlebihan atau pemborosan); (h) permasalahan pengetahuan/teori (misalnya; permasalahan memori, berbagai kesulitan pelajaran); (i) berbagai kesulitan atau konflik-konflik seksual; dan (j) gangguangangguan tidur. Pertanyaan-pertanyaan tindak lanjut terperinci mengenai kekacauan-kekacauan yang spesifik kemudian bisa ditanyai jika klien menguasai setiap gejala-gejala di dalam menyaring pertanyaan-pertanyaan.

Klien-klien harus ditanya bila ada gejala-gejala masalah yang mereka kuasai sekarang ini, bagaimana gejala-gejala ini sudah berfungsi menghalangi (di masa lalu atau sekarang ini), dan perawatan apa, yang bila ada, sudah dicari untuk mengurangi gejala-gejala ini (termasuk pengobatan). Akhirnya, adalah penting untuk menemukan sejarah sekitar opname-opname kejiwaan/psikiatris, termasuk mendekati waktu dan lamanya tinggal, keadaan

yang mendorong ke arah opname, menerima perawatan-perawatan di rumah sakit, dan apakah opname itu sukarela.

Jangan lupa bertanya tentang sejarah keluarga dari permasalahan yang bersifat kejiwaan. Banyak kekacauan psikiatris yang mempunyai komponen secara turun temurun yang kuat, dan suatu sejarah keluarga jenis tertentu yang terkemuka dari kekacauan bisa merupakan suatu potongan informasi yang penting ketika membuat keputusan-keputusan diagnostik.

Suatu pertanyaan yang umum, seperti "Siapa saja di dalam keluarga anda yang selalu mempunyai permasalahan, atau permasalahan secara emosional dengan narkoba atau alkohol, bahwa untuk merekalah mencari perawatan, atau bahwa anda atau orang lain bisa memikirkan mereka, atau sudah perlukah mencari perawatan untuknya?" dapat seringkali mengungkapkan sejarah berhubungan dengan keluarga dari *psychopathology*. Pengumpulan informasi tentang diagnosa-diagnosa dan/atau gejala-gejala, setiap perawatan yang diterima, dan tingkat perusakan/pelemahan anggota keluarga (misalnya; diopname karena kumat, tidak mampu untuk bekerja, lemahnya hubungan-hubungan).

C. Sejarah Pengobatan Informasi tentang kesehatan klien

Mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien secara aktif (termasuk mendekati tanggal dan hasil-hasil dari ujian terakhir secara fisik, kondisi-kondisi kronis, perawatan medis yang ada, termasuk pengobatan), macam-macam penyakit penting yang telah lalu, kecelakaan, luka-luka, dan opname, dan sejarah pengobatan keluarga adalah penting untuk sejumlah pertimbangan. Pengetahuan tentang suatu status kesehatan klien secara aktif menyediakan informasi tentang alat penekan potensial, yang sedang ia menghadapi. Sebagai tambahan, beberapa kondisi medis dapat menyebabkan gejala-gejala bahwa kondisi-kondisi meriru secara kejiwaan (misalnya; hypothyroidism dapat mirip gejala-gejala depresi/ tekanan, termasuk anhedonia, ketidak-ingatan, konsentrasi yang menurun, energi rendah, dan gangguan tidur).

Jika seorang klien diuraikan dengan gejala-gejala tingkah laku atau secara emosional maka bisa dihubungkan dengan suatu kondisi secara medis, klinisian itu perlu menunjuk klien untuk

mengevaluasi secara medis jika tidak mendadak terjadinya. Juga, sindrom-sindrom psikologis tertentu (bentuk kekacauan-kekacauan) dihubungkan dengan gejala-gejala secara fisik yang dengan tujuan untuk tidak memiliki dasar organik. Kekacauan-kekacauan seperti itu akan menjadi berbagai kemungkinan diagnostik jika seorang klien menguraikan sejarahnya tentang perhatian pencarian medis untuk gejala-gejala secara fisik (misalnya; nyeri) bahwa berulang-kali ditemukan tidak diketahui penyebabnya secara medis.

Tentu saja, gejala-gejala psikologis dapat berkembang kearah sekunder kepada suatu kondisi medis dan komplikasi didalamnya, seperti pada kasus dari seorang klien yang mengikuti hasil diagnosa perkembangan depresi/tekanan dari kencing manis Type II dan menjadi tanpa motivasi untuk memonitor gula darahnya sehari-hari dan membuat aturan yang berkenaan dengan perubahan pola makan.

Informasi tentang kesehatan pasti berhubungan dengan permasalahan yang dapat menjurus kepada pertanyaan-pertanyaan tentang bagaimana hal ini mempengaruhi klien secara emosional, secara fisik, dan pembangunan sosial. Suatu pertanyaan seperti "Bagaimana kondisi pertumbuhan kesehatanmu secara fisik?" atau "Anda mempunyai permasalahan kesehatan ketika masih bayi, anak-anak, atau remaja?" akankah biasanya mencukupi untuk mengumpulkan informasi ini.

Ketika menanyakan pertanyaan-pertanyaan ini, itu disesuaikan juga dengan menanyakan sekitar sejarah kelahiran klien tersebut. Banyak klien orang dewasa tidak akan memerinci informasi tentang sejarah perkembangan mereka sendiri tetapi akan secara umum ia mampu melaporkan apakah ibu mereka mempunyai permasalahan penting selama kehamilan, jika ada kesulitan-kesulitan dengan tenaga kerja dan/atau menyerah, dan jika ada setiap permasalahan yang terkemuka selama periode kelahiran/neonatal.

Klien-klien tidak akan mampu mengingat berbagai zaman yang tepat di mana berbagai tonggak perkembangan dicapai, dan derajat tingkat yang detil untuk klien orang dewasa pada umumnya tidak diperlukan; sebagai gantinya, klien-klien lebih mungkin untuk mengingat komentar-komentar berkenaan dengan orangtua seperti "Dia berjalan awal" atau "Dia berbicara akhir," dan derajat tingkat

secara detil biasanya cukup untuk memperoleh suatu pengertian umum dari sejarah perkembangan klien. Dengan cara yang sama, klien-klien nampaknya akan mampu melaporkan tentang apa yang orang tua mereka atau para pemerhati menyebutkan tentang perangai dan kepribadian mereka yang tumbuh dewasa. Suatu sejarah perkembangan lebih terperinci biasanya diinginkan ketika mewawancarai seorang anak, dan informasi di topik ini diperkenalkan kemudian dalam bab ini.

Sejarah pengobatan keluarga dapat mengungkapkan keadaan tekanan/stres (pada masa lampau atau kini) yang mungkin dapat mempengaruhi gelombang perkembangan klien atau fungsinya masa kini (misalnya; klien tumbuh dengan seorang ibu yang memiliki sakit secara kronis?. (Hersen, M. & Tenner, S.M., (2003), keluarga adalah tanggung jawab utama bagi ayahnya yang mempunyai penyakit Alzheimer ?). Sebagai tambahan, sejarah pengobatan keluarga bisa mengungkapkan kondisi-kondisi klien tentang resiko dan kecemasannya (misalnya; wanita usia 50 tahun yang merupakan seorang ibu, saudara, dan nenek semua dapat beresiko mengidap kanker payudara pada usia pertengahan). Akhirnya, pemeriksaan-pemeriksaan tentang kondisi-kondisi medis dan perawatan mereka bisa mengungkapkan sikap-sikap umum tentang penyedia-penyedia perawatan, kesetiaan perawatan, dan seterusnya. Meski tidak ada keharusan suatu surat menyurat secara satu persatu antara sikap-sikap klien terhadap dokter-dokter atau pemenuhan dengan perawatan medis dan isu-isu dapat disamakan di dalam psikoterapi, mengerti suatu pengalaman-pengalaman klien, pemikiran, dan perasaan tentang isu-isu ini dapat menolong klinisian memahami betapa hubungan-hubungan positif atau negatif klien terkait dengan perawatan masa lalu yang telah dilaluinya.

Jika klienmu sekarang ini memperkirakan pengobatan untuk kondisi kesehatannya, catat nama pengobatan, jumlah, lama waktu yang diambil, dan beberapa efek samping yang telah dialaminya. Konsultasikan dengan suatu teks seperti daftar referensi kejiwaan (Hersen, M. & Tenner, S.M., 2003), dengan mengikuti sesi tersebut dapat membantu anda di dalam belajar lebih banyak tentang tujuantujuan, efek samping yang mungkin terjadi.

D. Sejarah Sosial (Hubungan Keluarga dan Persahabatan)

Seperti yang telah diterangkan sebelumnya, jumlah dan kualitas dari pencarian informasi mengenai sejarah sosial klien bisa bertukar-tukar tergantung pada orientasi teoritis klinisian tersebut. Namun, apapun juga suatu kerangka teoritis klinisian, adalah sangat menolong untuk mengumpulkan sedikitnya beberapa informasi dasar pada hubungan sosial dan pengalaman-pengalaman klien yang penting, termasuk fakta-fakta dasar sekitar komposisi keluarga klien (misalnya; cukup bagi seluruh keluarga, status perkawinan dari orang tua, apakah para anggota keluarga yang penting ditinggal), di mana klien itu dilahirkan dan diangkat, dan tingkatan-tingkatan dan posisi-posisi bidang pendidikan berkenaan dengan orangtua.

Ketika mengumpulkan informasi tentang sejarah pribadi klien, sebuah cara berpendirian pada awalnya tidak direktif harus diadopsi ketika ini membiarkan seorang untuk belajar tentang hubunganhubungan dan merasakan klien terlihat sebagai yang paling penting dan menyolok mata (Sommers-Flanagan, R. & Sommers-Flanagan, J. 1999). Pada akhirnya, pertanyaan-pertanyaan lebih direktif dapat diminta untuk informasi alamat yang tidak disebutkan oleh klien. Siassi, I. (1984) merekomendasikan perolehan informasi objektif tentang individu yang penting di dalam hidup klien tersebut, seperti juga kesan subjektif klien yang ada. Mengenai yang terakhir, suatu pertanyaan yang sederhana seperti "Ceritakan tiga kata sifat yang sangat baik sebagai gambaran tentang ibumu" dapat digunakan untuk dengan cepat mengumpulkan informasi pendahuluan tentang suatu pandangan klien dari figur-figur yang penting di dalam hidupnya.

Dengan cara yang sama, Maxmen, J.S. & Ward, N.G. (1995) menya-rankan meminta kliennya untuk menyebut tiga sampai empat titik balik paling penting di dalam hidup mereka dan menguraikan peristiwa yang paling mengesankan atau penting selama masing-masing periode pengembangan utama (misalnya; masa kanak-kanak, masa remaja, awal kedewasaan, kedewasaan pertengahan) sebagai suatu cara waktu efisien untuk mengumpulkan informasi terkait tentang sejarah sosial klien. Idealnya, pemeriksaan-pemeriksaan harus dibuat sekitar kualitas hubungan-hubungan dengan orang tua dan para pemerhati, saudara kandung,

para anggota keluarga besar yang dianggap penting, dan siapapun, selain itu yang memainkan suatu peranan penting di dalam mengasuh klien tersebut, termasuk bagaimana memiliki hubunganhubungan yang beralih/bertukar waktu. Jika waktu mengizinkan, tanyakan beberapa pertanyaan mengenai nilai-nilai yang menekan di dalam keluarga, bagaimana para anggota keluarga menghabiskan waktu bersama-sama, tradisi-tradisi penting keluarga, persamaan dan perbedaan-perbedaan antar para anggota keluarga, dan apa peran masing-masing anggota di dalam keluarga tersebut dirasa menjadi sangat menolong di dalam memoles gambar sebagi alat pengisi penuh dari lingkungan di mana klien tumbuh dewasa. Konstruksi dari suatu genogram (yaitu, suatu penyajian grafik hubungan-hubungan keluarga yang menyerupai suatu lambang asalusul dan penggunaan-penggunaan seperti lingkaran-lingkaran, penyiku? lapangan, dan gaya-gaya garis yang berbeda) dapat membantu klinisian itu dalam rangka memelihara jejak/jalur dari hubungan-hubungan keluarga yang kompleks dan bisa membongkar pola-pola berulang, kejadian, dan tema-tema di dalam hubunganhubungan keluarga.

Pertanyaan-pertanyaan juga perlu diarahkan terhadap informasi pertemuan persahabatan-persahabatan klien tersebut, pada kedua masa lampau dan kini. Karena klien-klien bisa segan atau dipermalukan untuk sedikit mengakuinya; beberapa atau tanpa para teman, suatu cara sebagai penutup malu untuk menimbulkan informasi seperti itu dengan cara membuat pertanyaan-pertanyaan netral yang terstruktur sehingga bagaimanapun akhir dari spektrum hubungan yang muncul bisa diterima (misalnya; "Sebagian orang sepertinya mempunyai banyak teman dan berada disekitarnya, dan sebagian orang mungkin juga mempunyai lebih sedikit teman atau lebih yakin pada diri sendiri. Bagaimana, apakah itu karena anda tumbuh dewasa?"). Adalah penting untuk ikut menuju tanggapan yang menunjukkan bahwa seorang klien mempunyai sedikit/ beberapa atau tanpa teman dengan suatu pertanyaan sepertinya adalah pilihan klien tersebut atau jika ia menginginkan berbagai hal yang tadinya berbeda; pembedaan ini dapat mempunyai keterlibatan diagnostik penting (misalnya; mengusulkan menderita shizofrenia atau karakteristik avoidant).

E. Sejarah Hubungan Klien

Pertanyaan mengenai penanggalan dan sejarah hubungan klien perlu menunjukkan lamanya dan tingkat kepuasan tentang segala hubungan romantis, seperti juga sejarah dari hubungan-hubungan masa lalu yang penting. Ingat bahwa beberapa klien mengalami kesusahan hubungan bisa berfokus terutama di aspek yang negatif dari hubungan aktif mereka atas biaya pelaporan setiap hal positif yang ada, dengan demikian hal tersebut mungkin perlu untuk memeriksa untuk informasi ini. Sebaliknya, keluhan individu yang utama siapa yang tidak melibatkan hubungan mengeluarkan bisa dilaporkan permasalahan di dalam bidang ini yang muncul lebih secara sosial diinginkan atau untuk menjaga nama baik. Korbankorban dari kekerasan?kekejaman yang domestik mungkin tidak secara spontan penganiayaan sebutan untuk sejumlah pertimbangan, termasuk takut akan konsekuensi tentang penyingkapan pelecehan dan berkurangnya kesadaran bahwa perilaku seperti itu meragukan. Pertanyakan sekitar kekuatan hubungan seperti juga bidang-bidang yang sedang kekurangan dari perbaikan dapat membantu ke arah menyediakan suatu pandangan yang seimbang. Pertanyaanpertanyaan penyaringan umum tentang bagaimana konflik-konflik dipecahkan dan apakah anggota pasangan mempunyai keagresifan secara lisan atau secara phisik dengan yang lainnya bisa membantu ke arah pembongkaran setiap perilaku yang berpotensi mengandung kutukan bahwa hal tersebut harus diikuti.

Ketika meminta keterangan hubungan-hubungan, jangan melalaikan pertanyaan-pertanyaan tentang fungsi seksualnya. Ini dapat termasuk pertanyaan-pertanyaan tentang frekuensi dari aktivitas seksual, tingkat kepuasan dengan aktivitas seksual, apakah klien dan mitra bermufakat frekuensi dan sifat dari kontak mereka secara seksual, perubahan-perubahan di dalam perilaku seksual, dan sejarah tentang segala gejala-gejala seksual (misalnya; ejakulasi dini, ketiadaan birahi).

Informasi tambahan tentang pertanyaan-pertanyaan bersangkutan untuk membongkar berbagai kesulitan atau kekacauankekacauan seksual, "Makan, tidur, seksual, dan perbedaan jenis kelamin/gender identity disorders." Adalah penting untuk menjadi kenyamanan, bertanyalah terhadap klien-klien tentang seks pada kehidupan mereka tanpa mempermalukannya atau bersifat menghakimi. Kenali bahwa oleh karena kepekaan dari topik ini, pertanyaan-pertanyaan tentang seks yang terbaik disimpan; diamankan sampai kemudian dalam wawancara, ketika anda mempunyai pengetahuan lebih baik tentang klien dan klien sudah mengembangkan suatu derajat tingkat dari kenyamanan dengan anda (Morrison, J. 1995).

Satu perkecualian pada aturan umum ini adalah jika suatu masalah memperkenalkan klien berhubungan dengan isu-isu seksual. Akhirnya, pasti bukan untuk mengasumsikan suatu orientasi seksual terhadap klien. Sebagai contoh, bahkan suatu pertanyaan kelihatannya langsung tentang seperti semacam pembatasan kelahiran seorang klien wanita secara seksual aktif menggunakan atas analisa yang semakin dekat mengung-kapkan suatu anggapan klien yang mempunyai seks dengan seorang mitra prianya (Kaplan, H.I. & Saddock, B.I. 1996).

Ketika asumsi-asumsi tentang heteroseks dibuat, homoseks atau klien-klien biseksual bisa dapat dimengerti merasakan bahwa klinisian gelisah dengan orientasi-orientasi yang lain dan bisa menghindari diskusi dari aspek yang penting ini tentang hidup mereka. Jika seorang klien adalah homoseks atau banci, itu sangat menolong untuk memahami derajat tingkat itu kepada klien yang merasakan kenyamanan dengan orientasi seksualnya dan apakah klien sudah muncul ke yang lain dan, jika demikian, derajat tingkat dari penerimaan dan mendukung klien sudah menerima di dalam tanggapan. Ini bisa juga memimpin ke dalam suatu diskusi betapa sikap-sikap masyarakat terhadap homoseksualitas mungkin telah mempengaruhi klien manapun selagi tumbuh dewasa atau sekarang.

F. Sejarah Klasifikasi

Klasifikasi dapat didefinisikan sebagai metode untuk membangun kategori atau kelompok dan sebagai orang baik-penandatanganan atau gangguan untuk kategori ini berdasarkan atribut bersama, dengan set kategori nonarbitrary dihasilkan membentuk suatu sistem klasifikasi (Millon, 1991). Ia menyediakan suatu konteks untuk tanda-tanda yang unik individu dan gejala dan memungkinkan dokter dan peneliti untuk berkomunikasi dengan

tatanama umum (Langbucher, J.W. & Nathan, P.E., 2006). Sistem klasifikasi awal dari gangguan orang sering dikaitkan dengan teori etiologi yang mencerminkan iklim dan nilai-nilai dari waktu mereka. Teori-teori termasuk keyakinan bahwa penyakit mental dapat disebabkan oleh kerasukan roh jahat, mengembara rahim, dan tanda-tanda zodiak antara orang Yunani, adalah yang pertama untuk tujuan itu penyakit mental adalah penyakit otak. Dia hipotesis bahwa ketidakseimbangan dari empat cairan tubuh yang penting menyebabkan gangguan atau penyakit, seperti mania, melankoli, depresi, dan paranoia (Zuckerman, M., 1999). Walaupun teori-teori yang spesifik tentang peran pengaruh biologis terhadap perilaku manusia.

Kelahiran klasifikasi psikiatri adalah disebabkan gangguan mental berakar pada otak; ia menyarankan pendekatan fundamental perilaku dan deskriptif berdasarkan pengamatan sistematis dan dokumentasi. (Blashfield, R.K. & Livesley, W.J. 1999). Konsep tentang entitas penyakit diskrit, ia statis mencatat tanda-tanda, program dan hasil dari sindrom klinis. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi kesamaan dalam onset dan presentasi yang disarankan etiologi umum dan prognosis (Zuckerman, M.,1999). Upaya awalnya klasifikasi difokuskan pada sejumlah kecil pasien rawat inap psikiatri dengan psikopatologi yang parah dan bergantung pada teori posthoc untuk menjelaskan variasi dalam presentasi klinis (Millon, T., 1991).

Temuan Kraepelin yang dilaporkan dalam buku teks psikiatri dalam bab klinis yang mempelopori prinsip Nosologi psikiatri sampai sekarang masih berlaku (Kraepelin, E., 1993). Dia menekankan pentingnya memper-oleh informasi melalui sejarah masalah medis dan psikiatris. Termasuk pemeriksaan status mental, observasi tanda dan gejala untuk membentuk diagnosis, dan tentu saja *aconsideration longitudinal* serta observasi *cross-sectional* (Langenbucher, J.W. & Nathan, P.F., 2006) melanjutkan karyanya, berfokus pada identifikasi dari pusat, mendefinisikan, atau fitur karakteristik dari konstelasi gejala untuk berbagai gangguan mental (Frances, & Pincus, 2004). Yaitu meletakkan dasar untuk perkembangan selanjutnya dari penelitian dan kriteria diagnostik untuk gangguan kejiwaan tertentu.

Pada awal abad 20, rumah sakit dan klinik yang menggunakan kategori diagnostik istimewa berdasarkan pasien terlihat dan model pelatihan teori rumah sakit. Dalam upaya untuk mendorong penggunaan istilah diagnostik standardized, New York Academy of Medicine mensponsori Konferensi Nasional Nomenklatur pada Selanjutnya pada tahun 1932, Standar Baris tahun 1928. Nomenklatur Penyakit diterbitkan; yaitu difokuskan mendiagnosis pasien dengan gangguan jiwa berat di rumah sakint jiwa umum (American Psychiatric Association, 2000). Pada tahun 1948, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerbitkan Internasional Classification Disseases, sixt edition (ICD-6), dengan tentang gangguan mental (American Association, 2000b; Pertama, Frances, A., First, M.B., & Pincus, H.A., 2002). Teks ini berisi daftar lengkap dari kondisi yang merupakan penyebab kematian dan kecacatan yang signifikan. Beberapa gangguan mental, termasuk gangguan psikotik (misalnya, skizofrenia, manic depressive reaksi), "reaksi penderita sakit iiwa" misalnya, reaksi obsesif kompulsif, depresi neurotik-reaksi), dan "gangguan karakter, perilaku, dan kecerdasan" (misalnya, kepribadian antisosial, ketergantungan pasif, batas intelijen, khusus penyandang cacat.

G. Pengalaman-pengalaman Traumatis

Satu bidang pemeriksaan yang sering kali dilalaikan pada klinisian pemula adalah sejarah klien dari pengalaman-pengalaman traumatis. Yang dimasukkan di sini adalah suatu sejarah secara fisik, secara emosional, atau pelecehan seksual pada masa kanakkanak, masa remaja, atau dewasa dan menunjukkan kepada perbuatan ancaman hidup manusia atau alam yang dialami secara wajar (misalnya; gempabumi, kecelakaan mobil, merampok).

Ingatan yang terlalu pada perorangan tidaklah harus menjadi korban langsung atau oleh suatu pengalaman ancaman untuk traumatis (yaitu; wanita yang melihat adik laki-lakinya biasa dipukul oleh ayahnya dan juru tulis gudang/toko yang menyaksikan suatu pelanggan menembak dalam suatu perampokan gudang/toko bisa sangat traumatis oleh kejadian ini. Juga, jangan semata-mata berpikir tentang istilah "trauma" sebagaimana digambarkan pada

kriteria diagnostik untuk PTSD di dalam DSM-IV (Association Psychiatric Amerika, 2000b), yakni, satu peristiwa yang disertai ancaman kematian atau kenyataan atau luka serius atau suatu ancaman kepada integritas diri sendiri atau yang lainnya. Pengalaman di luar batasan-batasan dari definisi ini bisa juga dirasakan sangat traumatis atau kehidupan yang dapat mengubah klien. Sebenarnya, beberapa riset menunjukkan bahwa kejadian hidup yang penuh dengan stress/stressful (misalnya; perceraian, pengangguran) dapat dihubungkan dengan banyak sedikitnya, dan lebih dari beberapa hal gejala-gejala posttraumatic dibanding kejadian yang traumatis seperti dirumuskan dalam DSM-IV (Mol. S.S.L. et al. 2005).

Kepedulian yang pantas dipertimbangkan yang harus diambil di dalam bagaimana topik-topik yang sensitip pertanyaan tentang hal ini dimulai pembicaraannya. Kecuali jika perorangan secara rinci menyajikan keluhan yang berasal dari suatu pengalaman traumatis, pertanyaan-pertanyaan tentang kejadian traumatis harus disimpan; diamankan sampai hubungan yang cukup sudah dibentuk mapan. Jadi; Dengan demikian, pertanyaan-pertanyaan seperti itu mungkin perlu untuk menunggu sesi-sesi perawatan berikutnya. Suatu sejarah dari pengalaman yang traumatis menjamin pertanyaan-pertanyaan tindak lanjut mengenai bagaimana pengalaman ini sudah mempengaruhi klien, termasuk PTSD simtomatologi.

H. Menghadapi Klien

Itu adalah sangat bermanfaat sebagai perencanaan perawatan untuk menemukan tentang bagaimana seorang klien mengatasi tekanan, dan informasi tentang menghadapi strategi yang bisa diperoleh dari berbagai poin selama wawancara. Seperti sebelumnya disebutkan, klien-klien harus ditanyai bagaimana mereka mengutip cara mengatasi permasalahan sebagai alasan untuk mencari-cari perawatan. Pertanyaan yang serupa dapat ditanyakan sekitar hal yang penuh dengan stress/stressful atau arus pengalaman atau masa lampau yang meragukan seorang klien yang disebutkan selama wawancara (kerugian pekerjaan, perceraian).

Pertanyaan-pertanyaan dapat juga diarahkan ke arah bagaimana mengenali seorang klien berhubungan dengan tingkat yang lebih rendah, tekanan sehari-hari ("Anda akan melakukan apa untuk bersantai atau melepas lelah pada akhir dari suatu hari yang sibuk?"). Ada banyak cara untuk menghadapi secara konseptual. Sebagai contoh, mencoba memfo-kuskan pada masalah yang dihadapi individu/perorangan dengan memecahkan masalah yang dirasa menjadi sumber tekanan, sedangkan di dalam menghadapi emosi difokuskan pada usaha-usaha yang berhubungan dengan konsekuensi-konsekuensi negatif secara emosional yang menghasilkan suatu alat penekan Moos, R.H. & Billings, A.G. 1982). Individu bisa mencoba kembali kerangka situasi-situasi sulit secara teori sehingga stress mereka menjadi lebih sedikit (kadang-kadang memfokuskan penggolongan di dalam menghadapi penilaian rubrik; Moos, R.H. & Billings, A.G. 1982).

Dalam menghadapi dapat juga berbalik melibatkan dukungan-dukungan sosial (seperti; keluarga, para teman, dukungan masyarakat) atau kerohanian atau agama (doa). Seseorang dapat juga berhubungan dengan tekanan melalui (alat; makna) yang berpotensi berbahaya seperti perenungan, kebingungan, atau mulai perilaku-perilaku kerja yang penuh resiko (penggunaan obat/racun atau alkohol: Nolen Hoeksema, S. 1987). Jika seorang klien mempercayakan di jalan utama dengan cara maladaptif yang berhadapan dengan tekanan, dapat menjadi bidang fokus perawatan.

I. Resiliansi Kemampuan dan Pemenuhan-pemenuhan

Seperti para profesional kesehatan jiwa, kita dilatih untuk berfokus kepada permasalahan sehingga kita dapat memahami lingkup mereka, penyebab-penyebab yang memungkinkan, dan konsekuensi-konsekuensi yang pada akhirnya mencoba untuk membantu memutuskannya. Fokus ini bagaimanapun dapat membutakan kita dari informasi pencarian tentang kekuatan-kekuatan klien. Sebenarnya, ahli terapi/mengobati bisa memiliki kerumitan untuk mendorong klien-klien terutama untuk mendiskusikan secara lisan perilaku negative klien dengan menyediakan perhatian yang lebih besar kepada statemen-statemen pribadi/self-statements yang negatif dibanding kepada statemen-statemen/self-statements yang positif (Beach, D. A. 1989).

Oleh karena itu, adalah penting untuk tidak hanya memperhatikan perilaku-perilaku dan atribut-atribut positif yang diungkapkan selama keadaan wawancara, tetapi kepada pertanyaan langsung secara rinci untuk menimbulkan informasi ini, jika itu tidak secara spontan disebutkan oleh klien. Pengumpulan informasi ini untuk melayani dua tujuan. Pertama, klinisian menginformasikan tentang kekuatan-kekuatan klien yang dapat disusun pada perawatan. Sebagai contoh, klien yang menampilkan selera hunor yang baik selama wawancara bisa mampu menggunakan lelucon itu secara teori untuk membingkai kembali situasi-situasi sulit sebagai cara untuk membuat mereka lebih mudah ditangani. Kedua, informasi pertemuan tentang kekuatan dan kemampuan mengingatkan klien-klien bahwa mereka tidak digambarkan semata-mata oleh permasalahan mereka dan bisa membantu di dalam pengenalan suatu pandangan lebih seimbang dari diri sendiri. Pertanyaan-pertanyaan yang berkenaan dengan prestasi-prestasi atau pemenuhan-pemenuhan penting dan apa yang klien perbandingkan untuk melakukan iseng atau relaksasi bisa untuk mengungkapkan kemampuan-kemampuan klien.

Kualitas positive yang dicari pada wawancara awal

- 1. Kecerdasan
- 2. Menampilkan selera humor
- 3. Pengertian yang mendalam
- 4. Pertanggungjawaban
- 5. Keoptimisan
- 6. Kegigihan
- 7. Empatik
- 8. Kebersihan
- 9. Mampu secara spontan
- 10. Dapat membentuk hubungan erat dengan yang lain (misalnya; para teman, kekasih/mitra romantis)
- 11. Ramah
- 12. Bekerja keras
- 13. Tegas
- 14. Penuh Pengertian
- 15. Yakin

- 16. Kreatif
- 17. Fleksibel
- 18. Menampilkan pengendalian diri
- 19. Banyak akal

J. Pengujian Status Mental

Sampai point ini, kita sudah memfokuskan terutama pada pengumpulan informasi dari klien-klien tentang berbagai aspek pada saat ini dan fungsinya di masa lampau. Informasi seperti itu merupakan bagian wawancara subjektif karena kita harus bersandar pada klien yang memegang buku tentang pengalaman-pengalaman mereka tanpa secara langsung mengamati kejadian dan situasi-situasi yang mereka uraikan (Levenson, A. J. 1981).

Bagaimanapun, sebuah wawancara awal yang menyeluruh juga berisi satu bagian yang objektif yang terdiri atas pengamatan perilaku klien terhadap klinisian, penampilan, dan cara tentang berhubungan selama wawancara. Ketika pengamatan seperti itu digolongkan dengan tujuan mengidentifikasi kesatuan-kesatuan dan diagnosa-diagnosa klinis yang terbaik untuk menguraikan klien, suatu pengujian status mental (MSE) yang sedang diselenggarakan (Schwartz, E. 1989). MSE itu berakar pada psikiatri, yang merupakan satu bagian penting prosedur-prosedur klinis dari armamentarium dokter jiwa.

Sekarang ini, MSE bersifat rutinitas yang diselenggarakan oleh para profesional kesehatan jiwa yang juga bisa dilakukan pada berbagai poin selama perawatan, tidak hanya di wawancara awal. Ujian-ujian status mental menyediakan tembakan-tembakan yang mengena dari presentasi klien tersebut pada momennya (waktunya tertentu secara tepat; ketika serial MSE tersedia, mereka dapat membantu klinisian melihat bagaimana perilaku klien mempunyai peralihan waktu (Lukas, S., 1993). Informasi yang paling utama diperoleh selama sebuah MSE dapat menolong untuk menentukan kebenaran informasi yang dilaporkan oleh klien di dalam wawancara.

Sebagai contoh, jika seorang klien dicatat di sebuah MSE/Bursa Saham Midwest ketika dikacaukan proses pemikirannya, sangat dijaga, atau memperlihatkan kelabilan ekstrim secara emosional, informasi tambahan dari sumber sejalan harus dikumpulkan karena kualitas informasi historis yang disediakan oleh klien itu bisa dikompromikan. Jika di mana seorang klien dikacaukan atau sangat enggan membantu, MSE bisa melembagakan evaluasi awal secara total (Siassi, I., 1984).

Bidang-bidang yang tercakup dalam sebuah MSE dapat perkiraan secara kasar dibagi menjadi kognitif dan nonkognitif. Tabel 1 meringkas bidang-bidang yang bukan teori pada umumnya pada kontrak kemajuan dalam sebuah MSE yang diselenggarakan oleh seorang profesional kesehatan jiwa dan menyediakan informasi tentang unsur-unsur yang spesifik untuk menilainya. Tabel 2 bidang tinjauan ulang dari teori yang berfungsi bahwa bisa dievaluasi sebagai bagian dari satu MSE jika seorang klien dicurigai melemahkan teori (misalnya; muncul kesalahan orientasi atau yang dikacaukan atau menampilkan memori lemah).

Tabel 1. Bidang Non Kognitif Pada Umumnya dari Kontrak Forward di suatu Pengujian Status Mental

Bidang/Area	Apa Yang Harus Dievaluasi
	Etnisitas/kesukuan
Penampilan secara	Kekurusan
fisik	Tingginya dan berat
	Status kesehatan
	Notabel karakteristik-karakteristik fisik
	• Usia
	Pakaian
	Hasutan
Perilaku	Keterlambatan
Psikomotorik	Gaya berjalan
	Perawakan
	Gerakan atau kelakuan yang tidak biasa
Status Emosional	Suasana hati
	Pengaruh
	Tingkatan
Pembicaraan	Volume

	Ilmu persajakan Kelancaran
	Hambatan cara bicara atau parafrase
	Regional atau Faktor-faktor budaya
Pemikiran	• Proses
	• Isi
Gangguan-	Halusinasi-halusinasi
gangguan Sensorik	Ilusi-ilusi
	Kontak mata
Cara	Kerjasama
berhubungan	Keterbukaan
dengan klinisian	Marah atau permusuhan
	Kepasifan
	Batas isu-isu
	Kemampuan untuk menyatakan
	kehangatan/keramahan
	Menanggapi dengan Empaty

Tabel 2. Bidang Kognitif Kontrak Kemajuan Pada Umumnya di dalam Pengujian Status Mental

Fungsi Kognitif	Definisi	Contoh Bagaimana Cara Mengevaluasi
	Menilai secara	Kesiapan secara penuh : mampu
Kesadaran	kontinyu	menanggapi dengan cepat terhadap
	kesiapan dan	lingkungan; sadar akan lingkungan
	ketidaksiapan	Mengantuk: serjaga tetapi kurang
	yang disebabkan	kesiapan secara penuh
	mengantuk.	Stuporous: sebagian terbangun;
		bangkit; mungkin memerlukan
		rangsangan tenaga secara fisik
		untuk menanggapi.
		Pingsan :Tidak mampu untuk
		dibangunkan; dibangkitkan oleh
		setiap rangsangan (nyeri, bau).
	Orientasi	Pribadi: Apakah klien mengetahui
Orientasi	Kesadaran dari	namanya?
	dirinya dalam	Waktu: Apakah klien mengetahui
	hubungan dengan	tanggal/date (bulan, hari, tahun,

		minggu ke berapa, jam; pukul
	tempat	berapa)?
	(diorientasikan 3	Tempat: Apakah klien mengetahui
	(x)	lokasi wawancara?
		Situasi: Apakah klien mengetahui
		apa tujuan dari wawancara tersebut?
	Kemampuan	Serial hitungan ke 7: Meminta
Perhatian	untuk berfokus	klien untuk menghitung mundur
dan	kepada topik	dengan suara keras padayang
Kosentrasi	yang ada dan	dimulai dari hitungan ke 7 dari
	mendukung fokus	angka 100.
	dari waktu ke	Pengulangan Angka/Digit: Meminta
	waktu	klien untuk mengulangi dengan suara
		keras dari angka-angka secara
		berjenjang/ bertingkat (5-8, 3-9-12,).
		Pendaftaran: Meminta klien untuk
		mengulangi daftar tiga objek umum.
Bahasa	Kemampuan	Komprehensi/Pengertian
	untuk	(Penerimaan bahasa):
	menggunakan	Apakah klien memahami
	dan memahami	pertanyaan-pertanyaan, perintah-
	bahasa lisan dan	perintah sederhana?
	tulis	Ungkapan: Apakah suara/cara
		bicara klien mengalir dengan
		mudah tanpa bukti dari pemakaian
		kata yang tidak biasa, sela-sela atau
		tanggapan panjang (lama latensi,
		kemiskinan dari isi, dll.)? Dapat
		menguji dengan meminta klien
		untuk menyebut berbagai objek.
		Pengulangan: Dapatkah Klien
		mengulangi kata-kata tunggal,
		ungkapan-ungkapan sederhana,
		kalimat majemuk yang dinyatakan
	Vamamaran	oleh penguji?
Incoton	Kemampuan	Memori segera: Kemampuan untuk
Ingatan	untuk mengingat	mengingat berbagai hal
	informasi	diperkenalkan di dalam sedikit
	diperkenalkan	masa lampau/beberapa detik. Dapat
	selama ujian,	diuji melalui pengulangan angka

	yang terbaru, di	atau kemampuan untuk mengingat
	dalam masa	satu rangkaian tiga hal yang umum.
	lampau,atau dulu	Memori terbaru: Kemampuan untuk
	kala	mengingat informasi setelah
	Kaia	beberapa menit, jam, atau hari-hari.
		Dapat diuji melalui kemampuan
		untuk mengingat satu rangkaian tiga
		objek yang umum setelah beberapa
		menit, bertanya pertanyaan-
		pertanyaan tentang makanan atau
		aktivitas yang terbaru (harus
		mampu memverifikasi tanggapan-
		tanggapan).
		Remote Memori/ penyetelan ulang:
		Kemampuan untuk mengingat
		informasi atau kejadian yang terjadi
		pada tahun-tahun sebelumnya.
		Dapat diuji melalui pertanyaan-
		pertanyaan tentang fakta-fakta
		pribadi yang penting (tanggal
		pernikahan, wisuda/pembagian
		tingkatan sekolah menengah atau
		kejadian sejarah (nama-nama
		presiden-presiden yang lampau).
Kemam	Kemampuan	Kemampuan untuk menyalin
puan	untuk	bentuk-bentuk sederhana seperti
Mengkon-	menggambarkan	bentuk-bentuk berlian (prisma),
struksi	atau membangun	dimensil vertikal atau dua dimensi
	2 atau 3 dimensi	2-D (salib) atau
	bentuk atau	tiga dimensi 3-D (dadu/kubus),
	gambar	muka jam, atau memotong
		segilima-segilima.
Kecerda	Penilaian kasar	Bisa diperoleh dari:
san	terhadap	Kosa kata klien: Kompleksitas dan
	kemampuan-	cakupan.
	kemampuan	Prestasi bersifat jabatan dan bidang
	kecerdasan klien	pendidikan:
	secara menyeluruh	Penalaran secara abstrak/ ringkasan:
	(misalnya; di atas	Interpretasikan nasehat-
	rata-rata, rata-rata,	nasehat/pepatah-pepatah;
		The true paparate paparate,

	di bawah rata-rata)	identifikasi objek penghubung
		konsep umum
		(misalnya; "Bagaimana kemiripan
		antara mobil dan pesawat udara ?").
		Sumbangan umum dari
		pengetahuan: Sebagai contoh,
		"Sebut empat presiden karena
		1940"; "Apa ibukota Spanyol?";
		"Siapa yang menulis Macbeth?
Kemam-	Kemampuan	Menyimpulkan/menduga dari
puan	untuk membuat	sejarah klien: Adakah bukti yang
Menilai	bunyi, keputusan-	lemah dari penilaian (kurang
	keputusan yang	pengulangan (misalnya; mabuk dan
	layak yang	mengemudi, meninggalkan
	bersifat adaptip	hubungan-hubungan permasalahan,
		bidikan untuk prestasi kerja yang
		lemah (kurang)?
		Pertanyaan-pertanyaan Bersifat
		hipotetis: "Apa yang akan anda
		lakukan jika anda melihat asap dan
		api di sebuah gedung bioskop?"
	Kesadaran dan	Apakah klien mempunyai suatu
Penger-	pemahaman klien	pendirian yang layak dijadikan
tian yang	terhadap	sebagai penyebab dari
menda	permasalahannya	permasalahannya? Apakah klien
lam		merasa memerlukan perawatan?
		Apakah klien mempunyai harapan-
		harapan yang realistis mengenai
		perawatan?

Catatan bahwa statemen-statemen MSE termasuk sekitar berbagai aspek dari presentasi klien secara fisik, seperti uraian-uraian umum status kesehatan (misalnya; sempurna, kurus kering, kulit pucat pasi), usia (termasuk apakah klien kelihatan banyak lebih muda atau lebih tua dari usianya yang dinyatakan), tingginya, beratnya, kekurusannya (misalnya; kepantasan dan kebersihan dari pakaian, bau badan), dan karakteristik-karakteristik secara fisik yang menonjol atau tidak biasa (misalnya; tato-tato, penembusan tubuh). Sebuah statemen yang biasanya tercakup di MSE menunjuk

pada aspek perilaku psikomotorik dari klien tersebut. Sebagai contoh, ada klien menghasut (misalnya; kegelisahan) atau bergerak dan berbicara sangat pelan (yaitu, keterlambatan psikomotorik)? Adakah kelainan pada gaya berjalan klien tersebut, perawakannya, atau kebiasaan-kebiasaannya?

Suatu statemen sekitar presentasi klien yang secara emosional itu adalah selalu tercakup di sebuah MSE dan mengidentifikasi suasana hati klien tersebut (yakni, melaporkan status diri sendiri secara emosional) seperti juga mempengaruhi (yakni, nada secara emosional yang diamati oleh pewawancara dan perwujudan pada perilaku-perilaku seperti guratan ekspresi, nada suara, isyaratisyarat, dan perawakan; Zimmerman, M. 1994). Aspek dari suara/cara bicara yang pada umumnya dievaluasi dalam sebuah MSE termasuk tingkat dan kecepatan, kejelasan (misalnya, Adalah adanya halangan cara bicara), volume (sangat lembut atau nyaring), kelancaran (jumlah dari bicara dan menyela pembicaraan), dan ilmu persajakan. Ilmu persajakan mengacu pada naik turun atau musicalas yang tidak bisa dipisahkan di dalam cara bicara yang normal. Individu yang berbicara dengan nada datar atau suara kaku/seperti robot atau bukti keanehan-keanehan yang lain di dalam irama dari suara/cara bicara mereka (bukanlah karena faktor-faktor budaya seperti suatu aksen bahasa asing) bisa dengan luas digambarkan sebagai yang dysprosodic. Uraian-uraian cara bicara klien bisa juga dicatatkan faktor-faktor budaya atau daerah/regional seperti suara/cara bicara dan penggunaan penekanan dari ungkapan sehari-hari. Di dalam mengevaluasi suatu suara/cara bicara klien. klinisian perlu juga mencatat pemakaian setiap kata-kata yang tidak biasa (parafrase).

Pemikiran klien itu dinilai MSE dengan mencatat dua aspek: proses dan isi. Berkomentar tentang proses berpikir menunjukkan kemampuan klien untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dan menghubungkan informasi yang relatif langsung dan cara yang diorganisir (kadang-kadang dikenal sebagai "linier dan mengarahkan tujuan"), sebagai lawan proses pemikiran ditandai oleh seringnya penyimpangan manapun pada akhirnya kembali ke titik yang asli (yaitu, circum stantialas) atau tidak tangentialas. Uraian-uraian tambahan klien memikirkan proses-proses termasuk

ide yang menyimpang (berkelanjutan, cara bicara yang berlebihan mencer-minkan gagasan-gagasan yang terbagi-bagi), lepasnya asosiasi-asosiasi (kurangnya hubungan logis antara pemikiran), asosiasi-asosiasi (mengkombinasikan kata-kata yang tidak bertalian oleh karena bunyi-bunyi yang serupa atau bersajak), dan mutism (melengkapi ungkapan tidak lisan (Sommers-Flanagan, R 1999). Statemen tentang isi pemikiran berhubungan dengan tema-tema utama yang terjadi selama wawancara. Biasanya hal ini termasuk notasi proses-proses pemikiran pada semua orang gila (misalnya, khayalan), ungkapan-ungkapan ketakutan atau phobia, dengan menekan perasaan pemikiran, obsesi-obsesi, dan pemikiran yang berhubungan dengan pembunuhan atau bunuh diri. Itu sangat mendesak untuk selalu ditanyakan tentang pemikiran yang berhubungan dengan pembunuhan dan bunuh diri pada masukan setiap wawancara dan untuk secara hati-hati mendokumentasikan tanggapan klien pada catatan kasus dan laporan masukan.

Jika klien menunjukkan hadirnya pemikiran yang berhubungan dengan pembunuhan atau bunuh diri, klinisian itu harus dengan segera menggeser persneling dan berfokus kepada menentukan apakah klien itu berada dalam bahaya terhadap diri sendiri atau merugikan orang lain. Bab sebelumnya ("Mengeluarkan Krisis") menunjukkan bagaimana caranya menangani klien-klien dalam situasi-situasi krisis yang sedemikian rupa. MSE bisa juga termasuk suatu statemen mengenai apakah klien memperlihatkan setiap bukti dari gangguan-gangguan perceptual/ pandangan seperti halusinasi (yaitu, pengalaman-pengalaman perceptual yang terjadi pada ketidakhadiran dari rangsangan yang berhubungan dengan perasaan, seperti tatap muka atau melihat berbagai hal yang tidak benar-benar ada) atau ilusi-ilusi (yaitu, rangsangan salah persepsi yang berhubungan dengan perasaan nyata, seperti mistaking/membayangkan rotan seperti ular).

MSE perlu mendokumentasikan hal yang berkenaan dengan cara pemeriksaan terhadap klien tersebut, dapat meliputi tingkat kerjasama, keterbukaan di dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan, batasan-batasan rasa hormat, kemampuan untuk bereaksi terhadap pengenalan jiwa orang lain, dan kemampuan untuk menyampaikan keramahan. Seperti Sommers-Flanagan R.dan Sommers-Flanagan

(1999) mencatat, adalah penting untuk tidak siap berasumsi bahwa perilaku-perilaku klien terhadap klinisian itu mencerminkan polapola umum menanggapi yang lain atau ciri kepribadian, kecuali jika ada bukti cukup dari sejarah untuk melakukannya. Bagaimana seorang klinisian merasa seorang klien adalah juga dipengaruhi oleh kepribadian, latar belakang, motivasi-motivasi, dan isu-isu yang dimiliki klinisian. Jadi; Dengan demikian, seorang klinisian yang bersuara lembut, bernada rendah bisa lebih tangguh menghadapi klien yang cerewet, sangat suka berteman;suka bersahabat dibandingkan dengan kepribadian kinisian yang serupa dan gaya hubungan antar pribadi.

Cakupan mendetil dalam MSE dapat bertukar-tukar dengan sangat tergantung pada pengaturan pekerjaan-pekerjaan klinisian dan tipe-tipe klien yang dilihat pada umumnya. Satu aspek dari MSE adalah evaluasi perhatian-perhatian yang benar terutama sekali pada kemampuan-kemampuan teori klien tersebut. Sebuah MSE yang formal memasukkan statemen-statemen sekitar perhatian dan konsentrasi klien, memori (segera, terbaru, pengulangan), kecerdasan/inteligen yang diperkirakan, pengertian yang mendalam, dan penilaian. Fungsi mental ini biasanya akan dievaluasi oleh satu rangkaian tugas-tugas yang singkat, seperti yang telah diuraikan. Beberapa MSE vang tersusun terutama menilai aspek teori ini. Instrumen-instrumen ini berisi arah pertanyaan-pertanyaan dan membuat angka spesifik untuk ditanggapi klien. Suatu contoh yang populer dari MSE seperti dikemukakan Folstein, M. F., et al., (1975) yang dengan singkat dan nyata mengevaluasi orientasi. Perhatian dan konsentrasi, memori, bahasa ekspresif dan mau menerima, dan ketrampilan melalui pemakaian materi dengan meminta orang yang sedang diwawancarai itu untuk mengidentifikasi tanggal dan lokasi wawancara, objek nama umum, pengulangan dan mengingat nama-nama dari tiga objek, mengikuti suatu perintah yang tertulis, menyalin suatu gambar atau memotong segilima-segilima, dan sebagainya. Teori MSE pada umumnya tersusun dengan menggunakan potongan cetakan prestasi yang diharapkan untuk mendeteksi individu yang mungkin untuk memiliki satu kekacauan otak secara organik (misalnya; kegilaan)

sehingga klinisian dapat menunjuk orang-orang seperti itu untuk evaluasi lebih lanjut secara mendalam.

Belajar pada kekayaan yang psychometric dari teori yang tersusun MSE sudah secara umum ditemukan bahwa mereka menguasai keandalan tinggi (misalnya; menghasilkan hasil-hasil yang konsisten yang terlintas dalam pengulangam ujian (test - retest keandalan) dan raters yang berbeda yang terlintas (interrater keandalan) dan sifatnya bermanfaat karena dokumen teori berubah pada individu yang gila sungguhan.

Bagaimanapun, kemampuan potongan cetakan prestasi secara teliti mengidentifikasi orang gila mempunyai lebih banyak variabel, dengan beberapa instrumen yang menghasilkan ketinggian persentase dari kasus-kasus negatif yang palsu (yaitu., individu mengenali sebagai yang tidak lemah yang mempunyai perusakan kebenaran teori (Rogers, R. 2001). Dengan demikian, suatu temuan hal negatif di suatu teori MSE tidak selalu mengesampingkan kebutuhan akan evaluasi teori lebih lanjut, terutama sekali jika ada indikator lain dari perusakan/ pelemahan teori dari wawancara atau sejarah manapun. Pada umumnya, adalah penting untuk diingat bahwa ketika tugas formal, seperti yang ditemukan di teori yang tersusun dalam MSE, fungsinya digunakan untuk menilai klien.

Hasil-hasil itu hanvalah mendapat keuntungan perkiraanperkiraan kotor dari kemampuan di dalam bidang-bidang yang diuji. Lebih lanjut, beberapa tugas digunakan untuk mengevaluasi fungsi teori di MSE dapat betul-betul dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya dan bidang pendidikan. Sebagai contoh, jika memilih untuk menaksir kecerdasannya (inteligen umum dengan meminta klien satu rangkaian sumbangan umum dari pertanyaan-pertanyaan pengetahuan (misalnya; "Sebutkan nama empat presiden dari Amerika Serikat sejak tahun 1940"), adalah penting untuk memastikan bahwa klien pasti mempunyai suatu peluang yang layak untuk belajar informasi ini (yaitu, kecerdasan/inteligen harus diperkirakan sehubungan dengan pengalaman-pengalaman hidup premorbid milik perorangan (Schwartz, E.1989). Dengan demikian, bertanya pertanyaan tentang seperti itu terhadap imigran yang baru dari Honduras dengan empat tahun pada pendidikan formal tidak mungkin akan sesuai.

Apakah anda melakukan MSE secara penuh, secara formal sebuah teori evaluasi terhadap klien berfungsi pada sebagian besar yang akan bergantung pada pengaturan di mana anda bekerja dan jenis-jenis yang dilihat dari klien-klien. Sebagai contoh, di dalam pengaturan-pengaturan pasien rawat jalan paling umum, klinisian bersifat lebih sedikit mungkin untuk mengevaluasi aspek yang berfungsi dari teori klien itu melalui administrasi tugas-tugas formal, dan setiap statemen-statemen yang tertulis sekitar perhatian klien tersebut, kemampuan lisan, dicurigai berfungsinya tingkat cendekiawan, dan seterusnya.

Nampaknya akan didasarkan pada bagaimana ia menjawab pertanyaan-pertanyaan di dalam wawancara (misalnya; Lakukan mengulangi pertanyaan tentang kebutuhan klien? tanggapan-tanggapannya bersih dan terorganisir dengan baik?). Morrison (1995a) mengidentifikasi beberapa situasi di mana semua bagian dalam ujian status mental yang formal harus diatur: suatu ketika yang digunakan sebagai: (a) suatu ujian hukum lain atau yang secara forensik (misalnya; evaluasi-evaluasi kemampuan, komitmen dalam bekerja), (b) garis bawah fungsi dari klien diperlukan untuk mengevaluasi hasil perawatannya, (c) ketika klien akan bunuh diri atau sudah mengancam dengan kekerasan/ kekeiaman, (d) untuk evaluasi-evaluasi orang yang dirawat di rumahsakit, (e) ketika mendiagnose awal harus diselidiki, dan (f) ketika dicurigai luka otaknya. Sebaliknya, individu melihat untuk psikoterapi pasien rawat jalan umum yang tidak dicurigai mempunyai suasana hati terutama, perceptual/pandangan, pikiran, atau gangguan teori tidak mungkin untuk memerlukan administrasi MSE secara formal.

Pengamatan terakhir ini menaikkan titik semakin umum bahwa meski pengumpulan informasi dari MSE dapat membantu dalam membuat hasil diagnosa, seharusnya itu tidak pernah ada sebagai satu-satunya informasi yang menggunakan untuk tujuan ini. Sebagai contoh, pakaian hebat yang diwarnai bisa menyarankan kecanduan/kegemaran, dan pakaian yang tidak sesuai bisa mencerminkan penyakit kejiwaan (Morrison, 1995b), tetapi ini bukanlah tanda-tanda pathognomonic.

Seperti catatan Lukas, S., (1993), seorang klien yang datang pada sebuah janji untuk bertemu di musim panas dengan berpakaian mantel musim dingin yang berat tidak akan memperlihatkan tingkah laku yang mencerminkan penyakit kejiwaan, tetapi sebagai gantinya bisa melemahkan/kurang dan hanya memiliki mantel saja atau bisa sebagai korban dari percobaan pelecehan termasuk memar.