

WAWANCARA DAN DIAGNOSTIK KELUARGA

OLEH: Dra. Hj. EHAN, M.Pd.

BAB I

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan, karena ketika memulai membentuk keluarga sudah ada perjanjian baik secara tertulis maupun tidak bahwa akan terbentuk suatu bahtera yang satu kendali, karena jika tidak akan terjadi karam di tengah perjalananan. Dalam satu keluarga itu tentunya terdiri dari individu yang berbeda dalam karakter dan kepribadiannya, oleh karena itu dalam suatu keluarga sudah tidak aneh lagi bila dijumpai berbagai masalah mulai dari tingkat yang paling ringan sampai yang berat. Permasalahan dalam keluarga ada yang bisa diatasi oleh keluarga itu sendiri, namun ada juga yang memerlukan bantuan pihak lain dalam menyelesaikan masalahnya misalnya perlu bantuan seorang konselor keluarga.

Konseling keluarga secara khusus memfokuskan pada masalah-masalah yang berhubungan dengan situasi keluarga dan penyelenggaraannya melibatkan seluruh anggota keluarga. Konseling keluarga memandang keluarga secara keseluruhan artinya bahwa anggota keluarga adalah bagian yang tidak mungkin dipisahkan dari anak dan anggota keluarga lainnya baik dalam melihat permasalahan maupun penyelesaiannya. Sebagai suatu sistem, permasalahan yang dialami oleh seorang keluarga akan dirasakan juga oleh anggota lain, dalam penyelesaiannya akan lebih efektif jika melibatkan seluruh anggota keluarga.

Dalam proses konseling tentunya akan terjadi dialog diantara seluruh anggota keluarga untuk mengungkap masalah-masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga dan bagaimana solusi untuk mengatasinya. Dalam makalah ini akan dibahas bagaimana cara mengadakan dialog yang baik ketika sedang berlangsung sesi konseling.

BAB II

WAWANCARA AWAL DAN DIAGNOSTIK KELUARGA

G.Pirooz Sholevar, M.D.

1. Pengantar

Wawancara diagnostik keluarga merupakan sebuah alat yang berharga untuk membantu psikiatris dalam pengembangan tujuan diagnostik dan terapeutik. Tujuan yang banyak dari wawancara keluarga dapat bervariasi tergantung pada orientasi teoretik klinis atau hakekat dari permasalahan dan dapat membentuk struktur, bentuk, dan isi/muatan sesi. Wawancara diagnostik dapat dilakukan sebagai hubungan awal dengan keluarga, terlepas dari hakikat/sifat dasar *permasalahan yang dihadapi*, wawancara ini dapat menjadi bagian dari penilaian komprehensif terhadap seorang anak atau orang dewasa; atau wawancara tersebut dapat muncul ketika upaya-upaya terapeutik dari tipe apa saja secara parsial atau total tidak efektif. Wawancara diagnostik dapat muncul dalam sebuah unit pasien rawat jalan atau unit pasien rawat inap.

Penilaian (*assessment*) terhadap keseluruhan keluarga itu penting karena seseorang merupakan bagian dari keluarga sebagai sebuah unit emosional bukannya sebuah entitas psikologis yang otonomis. Dalam memperlakukan/memberi *treatment* kepada pasien, seorang psikiatris dapat saja gagal mengetahui bagaimana hubungan problematis antara anak dan orang tua, atau antara orang tua dan kakek-nenek yang berkontribusi pada gangguannya dan karena itu menentukan sebuah arah terapi individual atau keikutsertaan keluarga yang lama dan relatif tidak efektif.

Wawancara diagnostik keluarga diarahkan oleh orientasi teoretik klinisi. Seorang terapis keluarga psikodinamika akan memberikan perhatian khusus pada peristiwa-peristiwa traumatis, kegagalan perkembangan, dan reaksi transfer intra keluarga yang dapat membentuk interaksi saat itu dan identitas dari anggota keluarga dalam sebuah cara yang tegas. Terapis keluarga behavioral memfokuskan pada hal-hal yang mendahului (*antecedents*) dan konsekuensi dari perilaku problematik dan mengumpulkan data yang ekstensif dalam wilayah ini.

Seorang terapis yang berorientasi komunikasi berminat pada mekanisme homeostatis dan aturan-aturan yang memelihara transaksi keluarga. Seorang terapis keluarga multigenerasional akan sangat tertarik dengan tingkatan diferensiasi/perbedaan dan loyalitas patologis dan “utang budi” antara orang tua dan asal keluarga mereka.

Tujuan-tujuan para klinisi itu bervariasi dan dapat mencakup: 1) pengidentifikasian variabel keluarga dan variabel individual yang dapat memainkan peran yang tegas dalam membentuk seorang anggota keluarga; 2) menilai kecukupan fungsi, struktur, dan perkembangan keluarga menurut siklus kehidupan keluarga; dan 3) melaksanakan sebuah sesi *treatment* keluarga awal, ketika kebutuhan akan sebuah *treatment* diketahui oleh keluarga atau sumber yang merujuk.

2. Tahapan Wawancara Awal Keluarga

Wawancara keluarga diagnostik itu umumnya dibagi ke dalam tiga segmen *tahapan sosial*, *inkuiri multidimensional* ke dalam permasalahan yang ada, dan *eksplorasi dari struktur dan fase perkembangan* keluarga.

Tahapan Sosial

Di dalam tahapan sosial dari wawancara, para klinisi bertindak sebagai tuan ruma keluarga itu menurut adat kebiasaan yang berlaku. Keluarga dibuat nyaman dengan melakukan perkenalan masing-masing, menanyakan keluarga itu untuk memperkenalkan sendiri dengan nama, mencocokkan nama dengan anggota keluarga, dan mengundang mereka untuk membuat diri mereka enak/nyaman di kantornya. Keluarga harus diberi tempat duduk yang memadai, sebaiknya dalam sebuah susunan ruangan ngobrol-ngobrol keluarga, dan dengan bahan bermain, meja, dan kursi untuk anak-anak.

Inkuiri Multidimensional

Di dalam tahapan inkuiri multidimensional ini, klinisi meminta pada keluarga untuk menggambarkan permasalahan yang mendorong hubungan klinis.

Inkuiri awal dapat diarahkan pada ayah sebagai orang yang paling tahu mengenai kehidupan dan permasalahan keluarga. Setelah mendengarkan pandangan satu orang tua, klinisi harus meminta orang tua lainnya untuk mengungkapkan suatu pertimbangan tentang permasalahan itu. Terapis kemudian meneliti pandangan-pandangan dari para anggota keluarga yang berbeda berkenaan dengan bidang-bidang problematik di dalam keluarga itu.

Klinisi harus siap untuk menghadapi resistensi dari anggota keluarga untuk memperluas fokus eksplorasi dan membentuk sebuah parsialitas multi arah yang sejati. Sikap keluarga menegosiasikan batasan-batasan dengan klinisi sebagai seorang anggota dunia luar dapat menunjukkan sebuah kesiapan untuk memasukkan terapis dengan segera ke dalam konflik, proyeksi, dan tindak menyalahkan. Kemunculan sebuah *transference* 'pemindahan' negatif lagi kuat pada terapis dapat mengangkat perasaan-perasaan *countertransferential* 'lawan pemindahan', yang seharusnya digunakan sebagai sebuah tanda pada tingkatan kesehatan dan patologi keluarga.

Sambil menyimak presentasi keluarga terhadap permasalahannya, terapis hendaknya mengamati dengan cermat perilaku nonverbal yang relatif tidak terbatas dari keluarga.

Pada akhir tahapan kedua, masing-masing anggota keluarga hendaklah sudah mengalami suatu perasaan partisipasi di dalam wawancara dan kesempatan untuk memperoleh input dalam evaluasi.

Eksplorasi Struktur dan Perkembangan

Eksplorasi terhadap struktur keluarga melalui observasi interaksi keluarga memberi klinisi tanda-tanda yang berharga, termasuk tingkatan differensiasi, pembentukan batasan, dan fleksibilitas batasan dari sub sistem keluarga dan anggota keluarga. Klinisi pada dasarnya tertarik pada kecukupan/kememadaian fungsional dari sub sistem-sub sistem keluarga yang berbeda. Sub sistem keluarga yang lazim mencakup 1) marital – parental, 2) orang tua – anak, dan 3) sub sistem saudara kandung. Pelibatan kakek-nenek dapat memberikan subsistem tambahan dari kakek-nenek - orang tua dan kakek-nenek – cucu.

3. Penilaian dan Diagnosis

Pada fase lanjutan dari wawancara keluarga, klinisi merencanakan intervensi atau interpretasi aktif untuk menguji fleksibilitas dan kecukupan/adekuasi dari subsistem-subsistem keluarga berbeda, seperti subsistem pernikahan/marital atau parental. Beberapa terapis mungkin meminta beberapa anggota keluarga untuk berdiskusi dalam sesi itu tentang sebuah subyek pembicaraan yang berpotensi konflik, yang akan menyingkap ketidaksepakatan tersembunyi mereka, dan juga fleksibilitas dalam negosiasi keluarga dan pembentukan kompromi.

Pertimbangan Prosedural Spesifik

Keuntungan dari wawancara diagnostik keluarga mencakup dikenalnya patologi parental yang halus, aspek-aspek berbeda dari individu dan disfungsi keluarga, dan yang paling penting kehadiran/adanya hubungan dan loyalitas disfungsional saling terkunci yang kuat. Hubungan-hubungan disfungsional semacam itu dapat memainkan sebuah peran yang tegas dalam kemampuan keluarga untuk beradaptasi dan juga dapat menghasilkan gejala-gejala pada salah satu atau banyak anggota keluarga.

Untuk sesi awal keluarga, semua anggota rumah tangga tersebut dan orang lain yang signifikan diundang; ini mencakup anak kecil, anak yang baru belajar berjalan, dan bayi, yang merupakan sebuah sumber data diagnostik penting mengenai keluarga. Undangan harus disampaikan secara terbuka, menekankan pentingnya semua pandangan anggota keluarga untuk sebuah pemahaman penuh permasalahan itu. Kesuksesan undangan tersebut tergantung pada pengaruh klinisi mengenai pentingnya data interaksional keluarga.

Penilaian keluarga dapat muncul selama satu atau banyak sesi keluarga. Wawancara diagnostik hendaklah dijadwalkan selama 90 menit untuk memungkinkan sebuah evaluasi sistematis dari keluarga dalam cara yang tidak terburu-buru.

Penilaian struktur keluarga hendaklah mencakup penentuan konstelasi karakteristik dari konflik keluarga, pola kontrol, kejelasan otoritas orang tua dan

batasan generasional, ekspresi perasaan, dan kekakuan keluarga, termasuk kerapuhan pertahanan keluarga. Fleksibilitas struktural dari keluarga mencakup aksesibilitas pola aksi alternatif.

Wawancara diagnostik keluarga dapat dilakukan melalui wawancara dengan subkelompok-subkelompok keluarga, seperti orang tua atau anak, atau dengan seorang anak untuk eksplorasi informasi penting lainnya yang tidak dibagi dalam sebuah sesi bersama/gabungan.

Pada tahapan lanjutan dari wawancara awal, pengaruh klinisi pada keluarga mungkin dapat bergerak di luar sebuah posisi yang kaku atau terkunci dalam sebuah mode karakteristik fungsi keluarga yang lebih fleksibel dari tahapan-tahapan kehidupan keluarga sebelumnya.

Garis-garis besar tambahan

Garis-garis besar tambahan untuk penilaian keluarga mencakup hal-hal berikut ini:

- Membentuk struktur dalam wawancara untuk melawan kecenderungan umum keluarga disfungsi mengarah pada kekacauan, tingkatan tindak menyalahkan yang tinggi, dan diamnya anggota-anggota mereka. *Reframing* – pernyataan/pengungkapan ulang sebuah permasalahan dalam suatu cara yang positif – dan *diffusion of attacks* dengan memperlihatkan sebuah pandangan dua atau tiga arah dari permasalahan merupakan teknik-teknik efektif untuk membentuk sebuah atmosfer yang empatik.
- Memelihara objektivitas, menghindari pemihakan atau penutupan topik yang prematur, dan memperoleh pandangan-pandangan semua anggota keluarga.
- Menunjukkan pola-pola transaksional yang jelas-jelas membebani banyak anggota keluarga dan karena itu lebih disetujui untuk diubah.
- Memahami peran dari anggota keluarga berbeda dalam unit keluarga. Peran-peran *kambing hitam*, *tiran*, *martir/yang mengorbankan diri*, dan *bayi* itu lazim dalam keluarga-keluarga yang memiliki anak dan remaja simptomatis.
- Membuka/menyingskap aturan-aturan eksplisit dan implisit yang menentukan interaksi keluarga.

- Menentukan perilaku pemecahan masalah keluarga.
- Memahami hakikat formasi batasan, perpecahan, aliansi, dan koalisi di dalam keluarga tersebut.
- Menilai tingkatan kesesuaian antara tahapan perkembangan dan kronologis keluarga.
- Menilai kesesuaian antara sistem nilai keluarga dan masyarakat yang mengelilinginya.
- Membantu keluarga melalui permasalahan-permasalahan yang repetitif, segera, dan sepele, dan mengakui pola pokok dan isu-isu utama.

Tujuan Wawancara diagnostik

Tujuan penting dari wawancara diagnostik keluarga adalah membantu keluarga itu mengenali dan mengakui kekuatan-kekuatannya sebagai sebuah keluarga dan aset-aset anggota keluarga, khususnya *index patient*

Peran Penutupan

Penutupan wawancara keluarga diagnostik adalah sebuah unsur penting dari penilaian. Ketika wawancara diagnostik keluarga merupakan bagian dari sebuah evaluasi komprehensif keseluruhan, adalah paling baik menunda rekomendasi terapeutik sampai konferensi penutupan. Di dalam kondisi-kondisi lain, wawancara diagnostik keluarga harus ditutup dengan menggarisbawahi poin-poin konvergensi di antara permasalahan-permasalahan indeks pasien, informasi yang dikumpulkan dari anggota keluarga yang berbeda, pola-pola transaksional di sistem keluarga, dan informasi rujukan. Klinisi itu harus berusaha memadukan dan merangkum data sambil menandai aset, atribut positif, dan perasaan haru keluarga pada satu sama lain, yang akan meningkatkan optimisme dan kepercayaan mereka menjalani sebuah upaya terapeutik.

4. Sejarah Keluarga dan Perannya dalam Proses Diagnosis

Pengalaman-pengalaman signifikan di masa lalu dapat mempengaruhi orientasi dan mitologi keluarga dan secara langsung atau pun tidak langsung berhubungan dengan permasalahan keluarga. Informasi semacam itu mencakup awal kematian atau bunuh diri nenek/kakek ketika orang tua masih kecil, kehilangan uang yang besar, atau peristiwa lain yang traumatis untuk keluarga tersebut.

Penyinkapan sedikit demi sedikit informasi historis di dalam sesi-sesi keluarga itu merupakan sebuah aspek penting dari wawancara keluarga dan umumnya memperlihatkan pengalaman-pengalaman masa lalu yang terliputi secara afektif dan secara dinamis signifikan.

Kebanyakan terapis keluarga mengumpulkan bahan historis ketika hal itu muncul dalam wawancara keluarga dan terkadang menggali isu-isu spesifik di masa lalu yang tampak berkaitan dengan permasalahan-permasalahan saat ini. Informasi dapat dikumpulkan seiring dengan garis kronologis atau analogis. Terapis keluarga multigenerasional mengumpulkan informasi semacam itu dalam sebuah konteks multigenerasional.

5. Siklus Kehidupan Keluarga/Isu Perkembangan di dalam Keluarga

Mengumpulkan informasi diagnostik mengenai gangguan masa kanak-kanak yang kacau dalam sebuah kerangka kerja perkembangan itu penting untuk psikiatris anak. Dalam kasus-kasus gangguan penyimpangan oposisional dan gangguan perilaku, sejarah kriminalitas atau sakit mental dalam keluarga, merokok dan penyalahgunaan obat *prenatal maternal* 'sebelum melahirkan dan menjadi ibu', Dalam kasus *attention-deficit/hyperactivity disorder* (ADHD), tingkatan perhatian (*attentiveness*) positif orang tua, peningkatan perhatian dan fokus kapasitas pada anak, penguatan perilaku prososial dan adaptif, dan proteksi harga diri anak adalah beberapa bidang penting untuk evaluasi.

Konsep siklus kehidupan keluarga menyatakan bahwa isu-isu keluarga itu berbeda pada beragam tahapan dalam sebuah cara yang analogis bagi siklus kehidupan individu. Model ini menggambarkan serangkaian tahapan dan tugas-tugas keluarga yang sesuai. Model yang paling lazim diterima yang

dikembangkan oleh Carter dan McGoldbrick (1980a) dan Zilbach (1989) menggambarkan tahapan-tahapan *coupling* (pasangan), menjadi tiga dengan kehadiran anak pertama, dan kemudian sebuah keluarga dengan anak kecil. Tahapan-tahapan ini diikuti dengan sebuah pemisahan yang parsial atau lebih lengkap dari anggota keluarga remaja dari keluarga tersebut, berganti dengan kematian salah satu pasangan atau *partner*, dan berakhir dengan kematian *partner* lain.

6. Pembentukan sebuah Sistem Terapeutik dan Penggabungan Operasi

Minuchin (1974a) telah mengemukakan metode-metode terapis menciptakan sebuah sistem terapeutik dan memposisikan dirinya sendiri sebagai pimpinannya manakala menggabungkan/mengikatkan beberapa operasi. Manuver penggabungan itu merupakan sebuah prasyarat untuk perubahan keluarga selanjutnya dan itu diperlukan karena klinisnya menghadapi sebuah sistem keluarga yang terorganisir. Manuver-manuver semacam itu mencakup pembuatan hubungan dengan tiap-tiap anggota keluarga dalam suatu cara sehingga masing-masing merasa didengar, dipahami, dan dihormati. Perhatian pada kebutuhan anggota keluarga yang lebih muda, yang kurang pandai berbicara, atau terganggu merupakan sebuah aspek penting pengikatan. Akomodasi/penghimpunan yang dilakukan oleh terapis pada sistem keluarga itu perlu untuk *mengikatkan* mereka. *Mimesis* adalah akomodasi terapis pada gaya, rentang afektif, dan tempo komunikasi keluarga. Terapis itu hendaklah menerima organisasi keluarga dan mengalami kekuatan pola transaksionalnya, rasa sakit dan senang dari para anggota berbeda, dan resistensi keluarga pada intervensi.

Definisi

Definisi-definisi berikut ini lazim digunakan oleh para klinisi:

Joining 'pengikatan' adalah lebih berkaitan dengan fase awal dari *treatment* dan pembentukan sebuah diagnosis keluarga yang berbeda dengan restrukturisasi metode-metode milik fase terapeutik yang benar.

Maintenance 'pemeliharaan' sebuah operasi mengikat yang merujuk pada teknik-teknik akomodasi yang memberikan dukungan terencana pada struktur keluarga tersebut. Misalnya, terapis dapat memperlihatkan rasa hormat untuk sebuah hubungan kuat antara seorang ibu dan anak-anaknya dengan membuat hubungannya dengan anak-anak melalui ibu itu, atau dengan memuji komplementaritas/ tindak saling mengisi antara suami dan istri ketika suaminya itu tunduk pada kepemimpinan istri. Operasi pemeliharaan dapat melibatkan konfirmasi aktif dan dukungan terhadap subsistem-subsistem, seperti posisi parental eksekutif.

Tracking 'penelusuran jejak' adalah sebuah teknik akomodasi yang dengannya terapis mengikuti muatan/isi komunikasi keluarga dan mendorong para anggota keluarga untuk terus dengan ekspresi mereka, meminta klarifikasi pertanyaan, membuat komentar-komentar setuju, dan meminta penguatan poin-poin tertentu. *Tracking* dapat diterapkan pada tindakan atau komunikasi verbal perwujudan kehidupan keluarga yang tidak sadar. Sistem ketidaksadaran ini dianggap tempat penyimpanan hubungan-hubungan obyek yang tertekan yang dip keluarga.

Data Keluarga Psikodinamika

Selain perhatian pada komunikasi yang teramati dan sadar, terapis keluarga yang berorientasi psikodinamik itu sama-sama memberikan perhatian terhadap perwujudankehidupan keluarga yang tidak sadar. Sistem ketidaksadaran ini dianggap tempat penyimpanan hubungan-hubungan obyek yang tertekan yang diperoleh dari pengalaman keluarga masa lalu dan masa kini dan berakar pada kebutuhan dasar akan kedekatan/kasih sayang pada yang lain. Terapis keluarga psikodinamik memainkan perhatian khusus pada penciptaan sebuah *lingkungan yang polos* dalam *treatment* tersebut – sebuah mode fungsi yang berisi kekhawatiran keluarga yang muncul, karenanya meminimalisir kebutuhan akan proyeksi dan penekanan. Dua aspek penting lain dari terapi keluarga psikodinamika adalah perhatian pada fenomena *transference* 'pemindahan' di antara anggota keluarga dan perasaan *countertransference* 'lawan pemindahan'

klinisi itu sendiri. Kemunculan sebuah reaksi *transference* yang kuat pada terapis dalam sesi-sesi diagnostik merupakan petunjuk psikopatologi yang lebih parah dan kemungkinan mensyaratkan interpretasi *transference* dini.

Diagnosis Interaksional Keluarga

Diagnosis keluarga adalah sebuah hipotesis kerja yang merangkum observasi-observasi klinisi dari interaksi, struktur dan permasalahan keluarga yang dihadirkan. Disfungsi-disfungsi di bidang-bidang di atas dapat berkorelasi dengan gangguan yang dapat didiagnosis pada seorang anak atau *gangguan hubungan primer* di dalam keluarga tersebut, dengan tidak ada *symptomatology* pada masing-masing anggota keluarga.

Assessment

Minuchin (1974a) menekankan enam bidang utama berikut ini dalam penilaian keluarga:

1. Struktur keluarga, pola transaksional yang dipilih, dan alternatif yang tersedia.
2. Peran gejala-gejala dalam pemeliharaan pola transaksional yang dipilih keluarga.
3. Fleksibilitas dan kapasitas sistem keluarga untuk restrukturisasi/penyehatan otonomis dengan mengganti aliansi dan koalisi sistem untuk menangani stress.
4. Resonansi dan kepekaan sistem keluarga pada tindakan dan perasaan masing-masing anggota dan ambang pintu mereka untuk pengaktifan kebijakan yang korektif atau represif.
5. Konteks kehidupan keluarga, yang mencakup sumber-sumber dukungan dan stress dalam jaringan kerja keluarga.
6. Tahapan perkembangan keluarga dan kesesuaiannya dengan tahapan kronologis anggota keluarga.

Diagnosis interaksional dicapai dengan proses pengumpulan kelas-kelas berbeda dari informasi verbal dan non-verbal. Diagnosis harus dibuat setelah

terapis telah memasuki dan bergabung dengan keluarga itu karena diagnosis tidak dapat dibuat dari luar.

Kontrak Terapeutik

Fase pembuatan kontrak adalah sebuah langkah penting untuk memulai terapi keluarga formal. Fase ini merujuk pada isu-isu dan tujuan-tujuan untuk *treatment* yang disepakati antara terapis dan keluarga tersebut. Selain menerima keinginan keluarga untuk memperoleh bantuan berkenaan dengan permasalahan yang dihadapi mereka, terapis merekomendasikan tujuan perubahan yang lebih luas dalam interaksi keluarga permasalahan pokok tersebut.

Banyak kegagalan *treatment* dikarenakan kontrak yang tidak memadai antara keluarga dan terapis. Permasalahan kontrak mencakup ketidaksepakatan yang tertutup antara terapis dan keluarga, di dalam keluarga tersebut, atau antara keluarga dan sumber rujukan.

Skala Evaluasi Keluarga

Skala evaluasi keluarga dapat digunakan untuk memperkuat wawancara klinis dengan memberikan data pelaporan diri yang standar yang dapat menyoroti bidang-bidang disfungsi keluarga. Terdapat skala yang lazim digunakan. *The Beavers-Timberlawn Family Evaluation Scale* adalah sebuah skala yang dinilai observer yang menyoroti dimensi-dimensi struktural dari hirarki kekuasaan, koalisi parental, mitologi keluarga, negosiasi terarah pada tujuan, daya resap, konflik, penyingkapan diri, dan penyebaran. *The Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale* (FACES III; Olson et al., 1978) adalah sebuah instrumen pelaporan diri yang menyoroti dimensi-dimensi struktural dari sistem, umpan balik, negosiasi, peran keluarga, batasan koalisi, ruang, pengambilan keputusan, dan waktu. *The Family Assessment Device* (Epstein dan Bishop 1981) itu didasarkan pada model terapi keluarga McMaster. Instrumen pelaporan diri ini menilai dimensi-dimensi struktural dari pemecahan masalah, komunikasi, peran, dan fungsi umum. *The Family Environment Scale* (Moos and Moos, 1981) mengukur iklim-iklim sosial dari semua tipe keluarga, dengan subskala dalam

bidang-bidang seperti kohesi, keekspresivan, konflik, independensi, dan prestasi keluarga. *The Card Sorting Procedure* (Reiss, 1981) adalah sebuah instrumen yang dinilai observer yang menyoroti dimensi-dimensi struktural dari konfigurasi, koordinasi, dan penutupan (*closure*).

Contoh Kasus

Wawancara awal keluarga berikut ini tidak hanya menggambarkan proses evaluasi keluarga dasar melainkan juga memperlihatkan dua faktor tambahan: 1) pengaruh karakteristik etnik keluarga dan 2) pertemuan/persinggungan antara evaluasi keluarga dan perawatan.

Yang hadir di sesi tersebut adalah Ricardo, 15 tahun; saudara perempuannya 9 tahun, Lisa; ibunya, Nyonya F; dan pacar ibunya, Pak J. Ricardo telah dirawat untuk ketiga kalinya dalam 3 tahun terakhir di rumah sakit yang sama atas permasalahan perilaku dan perilaku yang membahayakan. Ayahnya pulang kembali ke Republik Dominika ketika Ricardo berusia beberapa bulan dan kemudian meninggal ketika Ricardo berusia 7 tahun. Ricardo mengunjungi ayahnya selama beberapa bulan, pada interval 1 sampai 2 tahun, sebelum usia 7 tahun. Terapis konsultan keluarga, Dr. S, telah diberitahu bahwa Pak J telah pindah dari rumah itu dan mungkin tidak lagi terlibat dengan keluarga tersebut. Karena itu, Dr. S tidak yakin apakah Pak J akan menghadiri sesi itu atau tidak

Fase Pembukaan Wawancara

Ibunya adalah seorang wanita yang langsing dan menarik; Ricardo adalah anak laki-laki yang gemuk, kelebihan berat badan; Lisa adalah seorang gadis yang berpakaian rapi dan menarik yang berpenampilan anggun; dan Pak J adalah seorang Afrika Amerika yang tinggi berotot, tampan, dan sangat pandai berbicara yang berpakaian biasa-biasa saja namun membawa tas kantor.

Dr. S dikenalkan dengan semua anggota keluarga oleh psikiatris Ricardo dan pekerja sosial serta berjabat tangan dengan semua orang ketika mereka memasuki ruangan. Pak J segera mencari tahu dimana Dr. S akan duduk dan didorong untuk memilih sendiri tempat duduknya. Keluarga duduk sendiri,

dengan Pak J di sebelah luar, ibu duduk di samping, dan Ricardo berada di samping ibunya. Lisa segera bergerak menjauhi keluarga itu untuk menulis di papan tulis; ia terus menggambar lingkaran-lingkaran, menulis nama-nama teman-temannya di dalam lingkaran-lingkaran tersebut, menghapusnya, dan menuliskannya kembali. Ia hanya menghentikan aktivitas ini sebentar untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan langsung dalam cara yang semangat, menyenangkan, dan kooperatif. Pak J memulai sesi tersebut dengan menanyakan lokasi dari kantor-kantor psikiatris Ricardo dan pekerja sosialnya serta menitip salam untuk anggota staf rumah sakit lainnya. Kemudian ia secara langsung bertanya pada Dr. S, "Apa yang akan kita bicarakan?" Ia ingin mengetahui apakah kami akan berbicara hal-hal seperti "isu anak, isu orang dewasa-anak, isu orang dewasa, atau keadaan seputar perawatan." Dr. S memberi respon dengan tersenyum dan mengatakan, "Semua yang disebutkan di atas."

Segera setelah sebuah komentar dilontarkan mengenai Lisa, Dr.S menggunakan kesempatan itu untuk bertanya pada keadaannya, kelas berapa, apa aktivitasnya, dan apakah ia punya teman. Lisa tampak senang dan bangga ia berlaku baik di sekolah, memiliki banyak teman, dan bebas dari permasalahan. Kemudian, Pak J beralih, dalam sebuah pertuturan yang sangat panjang dan lancar, menyatakan bahwa Ricardo berlaku baik dan belajar dengan baik di kelas rumah sakit. Ia mengatakan bahwa ia yakin perawatan itu adalah sebuah cara membuat Ricardo berada di luar lingkungannya untuk mencegah ia bergaul dengan orang-orang yang salah. Ia tidak diinterupsi oleh nyonya F atau siapapun di keluarga itu, sekalipun setelah 10 menit Ricardo mulain menunjukkan tanda-tanda kegelisahan. Pada poin itu, Dr. S menanyakan apakah alasan perawatan itu untuk membuat Ricardo jauh dari lingkungan yang jelek atau apakah ada beberapa masalah perilaku yang memerlukan perawatan. Pak J menjadi agak diam berkenaan dengan poin itu, yang memungkinkan Dr. S menanyakan mengenai pandangan Nyonya F. Nyonya F berbicara dalam Bahasa Inggris yang terputah-putah, sekalipun telah dibesarkan di Amerika Serikat, dan tampaknya pasif. Pak J berusaha untuk memotong Nyonya F pada beberapa kesempatan, namun Dr. S mendorong dia untuk terus berbicara dan meminta

Pak J dengan lembut untuk membiarkan Nyonya F menyelesaikan pernyataannya. Dalam merespon pertanyaan-pertanyaan langsung, Nyonya F pada akhirnya berterus terang bahwa Ricardo dirawat karena perilaku yang berbahaya seperti melempar kantong-kantong sampah besar ke bawah dari atap dimana anak-anak kecil sedang berjalan di dekatnya dan secara serampangan menggunakan sebuah senapan BB pada saudara-saudara sepupunya, yang membuat takut keluarganya.

Komentar

Adalah cukup jelas bahwa ibunya itu merupakan sesosok figur yang sangat pasif dan dingin/seperti hantu di dalam keluarga itu dan Pak J adalah kekuatan yang sangat sentral dan dominan. Dr. S itu dibingungkan dengan kontradiksi antara informasi awal, yang mengindikasikan bahwa Pak J telah pindah/menjauhi keluarga itu dan tidak terlibat dengan mereka, dan observasi-observasi mengenai posisi sentral di dalam keluarga tersebut.

Fase Kedua Wawancara

Dr. S bertanya apakah Pak J tinggal dengan keluarga tersebut. Pak J menjadi gelisah sebentar namun menjelaskan bahwa ia telah pindah dari keluarga itu karena ia kecewa bahwa Nyonya F tidak menjadi lebih dari orang biasa, memperoleh pekerjaan, melanjutkan pendidikannya, dan *mekar*. Pak J dan Nyonya F terus berpacaran sambil tinggal terpisah, namun, menurut Pak J, Nyonya F masih belum *mekar*. Asumsi-asumsi yang mendasari Pak J adalah bahwa kurangnya prestasi Ricardo, performansi sekolah yang buruk, ketidakpatuhan, dan perilaku salah suai itu berkaitan dengan ketidakproduktivitasan ibunya, kurangnya tujuan, dan penentuan diri yang tidak memadai.

Komentar

Fase kedua memperlihatkan sebuah poin stress utama di dalam keluarga itu, Pak J, yang mejadi figur sentral dan dominan di dalam keluarga itu selama 3

tahun, pindah di saat perawatan Ricardo. Lebih jauh lagi, ini memperlihatkan sebuah konflik pokok antara orang dewasa tersebut yang menyebabkan kepergian Pak J. Pada saat yang sama, perilaku Pak J dalam sesi itu dan pelibatangannya yang terus-menerus dengan keluarga itu dan Ricardo memperlihatkan komitmen kuat pada kedua anak tersebut dan Nyonya F.

Rencana untuk tahapan selanjutnya adalah memasukkan Ricardo kedalam proses tersebut dan mengumpulkan pandangan-pandangannya, menggali lebih dalam lagi perbedaan-perbedaan antara Pak J dan Nyonya F dan menilai kemampuan kedua orang dewasa tersebut untuk menegosiasikan perbedaan-perbedaan mereka.

Fase Ketiga Wawancara

Dr. S menyadari kegelisahan ringan Ricardo namun memuji dia atas kesabarannya dan mengajak dia untuk bergabung dengan kelompok tersebut dan membagi gagasan-gagasannya. Sebelum Dr. S menyoroti perilaku problematik remaja itu, Ricardo dengan bangganya menggambarkan penyesuaiannya pada kelas rumah sakit dan respon positifnya pada perawatan (Mellaril). Perilaku problematik tersebut kemudian dibahas, dan Ricardo secara halus mengakui bahwa sebelum ia masuk ke rumah sakit perilakunya berbahaya. Kemudian, di dalam *sejarah kehidupan keluarga*, keluarga itu menggambarkan keadaan-keadaan yang mengarah pada perawatan Ricardo dan kepergian Pak J dari rumah keluarga tersebut; mereka memperlihatkan bahwa kedua peristiwa itu muncul hampir pada saat yang sama.

Kemudian keluarga itu menjadi bingung dan tidak dapat secara akurat mengidentifikasi tanggal-tanggal perawatan Ricardo dan kepergian Pak J. Pak J kemudian menyatakan dengan tegas, "Ricardo dirawat sebelum saya meninggalkan rumah," yang memperlihatkan rasa bersalah yang kuat mengenai kemungkinan kepergiannya dapat menimbulkan dekompensasi dan perawatan Ricardo. Ketika siklus peristiwa diklarifikasi, Dr. S mengeksplorasi perasaan berbeda para anggota keluarga itu mengenai kepergian Pak J. Ricardo mengatakan bahwa ia "merasa tertekan" dengan kepergian Pak J. Ia menjelaskan

bahwa depresinya itu sangat dalam namun berterus terang bahwa ia tidak bunuh diri. Dengan adanya hubungan yang kuat antara reaksi depresif kuat Ricardo dan kepergian Pak J, Dr. S bertanya pada Lisa mengenai reaksinya. Lisa secara terbuka menjadi penuh perhatian pada poin ini dan menyatakan bahwa ia sangat tertekan/depresi dan mengatakan bahwa ia memiliki mimpi yang mengganggu. Dr S dengan cepat menanyakan mimpi tersebut, yang muncul selama 6 bulan kepergian Pak J. Di dalam mimpinya, Lisa pulang dari sekolah dan kebahagiaan yang besarnya adalah menemukan Pak J pulang, sekalipun ia mengharapkan dia tidak ada. Lisa menggambarkan dan membuat salam yang diritualkan pada Pak J di dalam sesi tersebut. Ia menggeleng-gelengkan kepala, mengayun-ayunkan rambutnya ke kiri ke kanan, dan mengetuk-ngetukkan kakinya. Di mimpinya, Lisa bertindak dengan cara yang sama ketika ia pulang kerumah dan menemukan Pak J pulang; ia melakukan kembali adegan ini. Keluarga itu bersatu kembali dalam momen ceria penuh tawa, yang dipahami sebagai hal yang mengingatkan kembali hari-hari bahagia ketika mereka semua berkumpul bahagia di rumah.

Ricardo jelas-jelas menghubungkan regresi tersebut dalam perilakunya - perilaku yang salah suai dan berbahaya - pada perasaan depresinya yang mendalam pada antisipasi terhadap kepergian Pak J. Lisa membagi perasaan depresi Ricardo mengenai kepergian Pak J. Dr. S bertanya mengenai reaksi Nyonya F dengan kepergian Pak J. Ia memberi senyuman yang redup, tak berasa yang mengatakan bahwa ia tidak memiliki perasaan apa-apa mengenai hal itu, yang secara tidak langsung menyatakan bahwa peristiwa itu tidak memiliki pengaruh yang banyak pada dirinya. Pak J menyimak dengan penuh perhatian. Komentar-komentar Nyonya F muncul sebagai tindakan yang merendahkan dan kurang penghargaan atas kontribusi besar Pak J pada keluarga itu dan pada pengasuhan anaknya.

Komentar

Ibu itu tampak berada dalam penolakan perasaan hilang dan duka citanya, yang meningkatkan tindakan Ricardo dan kepergian psikologis Lisa

yang berlebihan. Dr. S menduga bahwa Pak J merasa bahwa kontribusi-kontribusinya tidak dihargai oleh Nyonya F dan oleh mungkin keluarga itu.

Fase Keempat Wawancara

Pak J memperlihatkan curahan perhatian mendalam pada anak-anak dan keinginannya untuk menolong mereka terus, yang menggambarkan dirinya sebagai orang yang sangat peduli. Ia mengatakan bahwa ia bertindak sebagai seorang figur ayah pada banyak anak di keluarga besar dan tetangganya. Minatnya pada anak-anak dimulai sejak kepergian ayahnya ketika Nyonya J masih sangat muda. Ibunya menjadi yang harus bertanggung jawab sendirian untuk pengasuhan anak-anak tersebut secara total sambil menjadi pencari nafkah dan sumber penghasilan untuk keluarga tersebut, dan Pak J membantu ibu itu berkenaan dengan anak-anaknya.

Dr. S menekankan pentingnya Pak J bagi anak-anak dan bagi keluarga itu secara keseluruhan, dan juga kompetensi dan minatnya dalam mengasuh dan berhubungan dengan anak-anak, dan menyentuh pada rasa frustrasi Pak J atas kurang majunya Nyonya F dalam menjadi orang yang lebih kompeten, wanita, dan ibu, dan juga rekan bagi dia. Kendatipun demikian, Dr. S heran mengapa semua harapan Pak J untuk keluarga itu tidak dapat dicapai, mengingat kasih sayang, dedikasi, dan kontribusi-kontribusi ahlinya pada keluarga itu. Menindaklanjuti minat dalam Pak J menjadi seorang figur ayah bagi Ricardo dan anak-anak lainnya, Dr. S memuji komitmen Pak J untuk peningkatan diri dan kesuksesan, kesehatan fisik yang baik sekali, dan otot yang terlatih sebelum Pak J memperlihatkan bahwa ia membawa sepatu senamnya di tas kantornya. Dr. S kemudian meminta Pak J kalau-kalau ia mau membawa Ricardo ke tempat senamnya sehingga mereka dapat bekerja sama.

Pada akhir sesi tersebut, Lisa secara psikologis bergabung kembali dengan keluarga itu, perilaku Ricardo ditempatkan dalam konteks ketegangan dan konflik di dalam keluarga, dan Nyonya F menjadi agak hidup, menghargai untuk memenuhi harapan-harapan Pak J. Dengan mencapai tujuan-tujuan Pak J akan membantu ia menjadi seorang pemimpin yang kompeten di dalam

keluarga itu. Pak J sangat bangga dan senang bahwa kontribusi-kontribusi besarnya pada keluarga itu diakui, bahwa ia tidak dipandang sebagai seseorang yang meninggalkan anak-anaknya, dan bahwa ia tidak membantu menimbulkan dekomposisi Ricardo. Pak J meminta kartu bisnis Dr. S dan menanyakan dimana ia mengajar saat keluarga itu siap-siap meninggalkan ruangan tersebut.

Pembahasan

Keluarga itu menggunakan manuver bertahan/defensif mengisolasi konteks peristiwa yang mengarah pada permasalahan yang ada dari permasalahan itu sendiri. Mereka menolak konflik-konflik intrafamilial dan mengeksternalisasikan asal muasal dari permasalahan itu ke dalam tekanan lingkungan dan teman sebaya yang jelek. Dengan menghubungkan dua peristiwa itu - perawatan Ricardo dan kepergian Pak J - membuatnya jelas bahwa ketegangan-ketegangan itu pada akhirnya mengarah pada kepergian Pak J yang terbangun selama beberapa bulan dan karena itu mendahului kemerosotan dalam perilaku Ricardo. Dalam cara ini, permasalahan-permasalahan yang ada ditempatkan ke dalam konteks yang mendasarinya, yang merupakan ketidakmampuan Nyonya F dan Pak J untuk menegosiasikan perbedaan-perbedaan mereka. Pak J lebih jauh lagi dihina oleh keluarganya sendiri dan oleh teman-teman sebayanya karena bertindak sebagai seorang orang yang tolol, mengasuh anak orang yang tidak melakukan kewajibannya di dalam keluarga itu.

Selama sesi itu, adalah terlihat bahwa ayah Ricardo kembali ke *kepulauan itu* karena ia depresi. Kematianya, di Republik Dominika, muncul ketika ia berusia 30-an dan tampaknya berhubungan dengan episode depresif yang banyak dengan kemungkinan bunuh diri.

Kesalingterkaitan antara kecenderungan genetik pada depresi - dengan kemungkinan ciri-ciri musiman - dan gangguan perilaku serta depresi dalam diri Ricardo ditekankan sebagai sebuah isu yang mensyaratkan eksplorasi dan resolusi dalam *treatment* keluarga dan individual. Reaksi yang kuat dari Ricardo pada kepergian Pak J itu kemungkinan berkaitan dengan rasa duka cita yang

tidak terpecahkan atas kehilangan ayahnya, lebih jauh lagi diperumit dengan ketidakmampuan Nyonya F dalam menangani kehilangannya.

Sebuah faktor penting yang berkontribusi pada konflik Pak J dengan Nyonya F adalah konteks kultural keluarga tersebut. Menjadi seorang laki-laki Afrika-Amerika, Pak J itu terikat kuat untuk *mobilitas ke atas*, peningkatan diri, dan peningkatan dalam keadaan-keadaan seseorang. Sebaliknya, Nyonya F merefleksikan pengharapan kultural yang lebih rileks dari seorang wanita dalam sebuah keluarga Dominika. Lebih jauh lagi, akulturasinya yang buruk dan akomodasi yang terbatas dengan kultur Amerika membuat dia terisolasi, rapuh, dan kurang dalam keterampilan. Ia jelas-jelas segan/malu-malu dan mendua mengenai peningkatan keterampilannya dan pengejaran kesuksesan yang keras, sekalipun telah masuk sekolah untuk menjadi seorang ahli perias kecantikan.

Harapan-harapan tinggi Pak J terhadap Nyonya F sebagian berakar pada pembanding-bandingannya antara Nyonya F dan ibunya, yang seorang wanita yang gesit dan suka bekerja keras lagi kompeten yang berfungsi sebagai seorang ibu dan ayah bagi anak-anaknya. Jika dibandingkan dengan ibu Pak J, Nyonya F tampak sangat kurang, yang membuat Pak J merasa heran mengenai ketertarikannya pada Nyonya F.

Pertemuan antara perawatan psikiatri dan fungsi keluarga itu nampak dalam beberapa cara. Ricardo, dan juga keluarga itu, menganggap rumah sakit sebagai sebuah garis dukungan kedua ketika keluarga itu tidak lagi mampu untuk menampung permasalahan-permasalahan Ricardo. Keluarga itu jelas memandang rumah sakit sebagai sebuah keluarga Hispanic yang memandang nenek (*comadre*) untuk mengasuh anak-anak ketika keluarga itu tidak lagi mampu menangani permasalahan-permasalahan tersebut. Ricardo merasa sangat nyaman kembali ke rumah sakit ketika situasi rumah ternyata depresif dan kekosongan telah tercipta dengan perginya Pak J. Tugas terapi keluarga rawat inap (*inpatient*) itu untuk meningkatkan sumber-sumber daya keluarga untuk menyerap kembali Ricardo dan bukan *mengadopsi* dia atau menyatakan keluarga itu putus asa.

BAB III

KESIMPULAN

1. Dalam wawancara diagnostik keluarga harus melibatkan seluruh anggota keluarga inti, bahkan keluarga besar yang terdekat seperti nenek, kakek, paman, tante dan sebagainya.
2. Dalam penanganan masalah yang dihadapi oleh suatu keluarga. Konselor harus melakukan pendekatan yang integratif seperti pendekatan psikodinamika, behavioral rasional dan sebagainya, karena individu yang ada dalam keluarga punya pengalaman yang berbeda dan mungkin kultur yang berbeda.
3. Dalam menghadapi klien dalam keluarga seorang konselor harus bersikap sabar, menghormati pendapat, kehangatan dan penerimaan, supaya merasa nyaman ketika terjadi konseling.
4. Wawancara awal keluarga itu merupakan sebuah alat yang sangat berharga untuk menentukan karakteristik-karakteristik interpersonal dan interaksional dari keluarga itu dan kontribusi-kontribusinya pada psikopatologi pada anak atau anggota keluarga dewasa.
5. Wawancara keluarga diagnostik itu umumnya dibagi ke dalam tiga segmen *tahapan sosial, inkuiri multidimensional* ke dalam permasalahan yang ada, dan *eksplorasi dari struktur dan fase perkembangan* keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Corey Gerald. (2007). *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: Reflika Aditama.

Solevar, G.P. & Schwoeri, L.D. (2003). *Textbook Of Family and Couples Therapy, Clinical Aplications*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Latipun. (2003). *Psikologi Konseling*. Malang: UMM Press.