

Aspek Psikiatrik dalam Masalah Nyeri

Dr. D. Bachtiar Lubis

*Bagian ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia;
Klinik Neurosis, Unit Psikiatri RSCM, Jakarta.*

Nyeri adalah salah satu di antara keluhan utama yang menggerakkan seseorang untuk datang pada dokter. Lazimnya, nyeri dipandang sebagai hal neurofisiologik: suatu rangsang berasal dari cedera jaringan kena pada reseptor tepi, impuls disalurkan melalui saraf dan tiba dalam susunan saraf pusat, dan disana pengolahannya menghasilkan penghayatan "nyeri". Pengobatan atau pengendalian nyeri biasanya juga didasarkan atas pandangan itu, yaitu meniadakan sumber rangsang pada reseptor tepi, atau intervensi dalam jalur transmisi impuls, atau supresi persepsinya di pusat. Pandangan itu disertai anggapan, bahwa hebatnya nyeri yang dihayati (yang "dirasakan") adalah proporsional dengan kerasnya stimulus asalnya. Anggapan ini ternyata tidak ditunjang sepenuhnya oleh pengalaman dalam praktek, seperti misalnya khasiat placebo terhadap rasa nyeri, adanya lesi yang meluas tanpa rasa nyeri, adanya nyeri tanpa lesi, nyeri yang dapat dibangkitkan atau dihilangkan dengan hipnosis, pengurangan nyeri dengan mengalihkan perhatian atau dengan menyempitkan kesadaran, peningkatan rasa nyeri dalam keadaan kecemasan dan pengurangannya jika stimulus itu sudah "terbiasa", dan pengaruh faktor-faktor budaya atas perasaan dan tingkah-laku nyeri.

Suatu definisi tentang nyeri seharusnya meliputi kenyataan-kenyataan tersebut tadi, dan memperlihatkan bahwa rangsang pada reseptor perifer tidak merupakan hal yang diperlukan maupun hal yang mencukupi untuk membangkitkan rasa nyeri. Telah ada pelbagai ikhtiar untuk menyusun definisi tentang nyeri, dan untuk menentukan apakah "nyeri" itu pada hakekatnya. Sternbach (1) memperhatikan, bahwa - disamping pelbagai hal yang dapat dikemukakan mengenai sifat-sifatnya - nyeri merupakan sesuatu abstraksi yang menandakan bermacam-macam perasaan yang berbeda-beda, sedangkan kesamaannya terletak hanyalah pada *kualitasnya sebagai cedera fisik*. Ia mengemukakan juga, bahwa perkataan ("nyeri") itu kadang-kadang digunakan untuk menggambarkan *stimulusnya* yang membangkitkan perasaan itu; lagipula, akhir-akhir ini perkataan itu digunakan untuk menunjukkan pada *jenis perilaku tertentu* (reflektorik, fisiologik, volunter, ataupun verbal) - yaitu "respons nyeri". Konsep respons nyeri berguna sebagai definisi operasional bagi tujuan eksperimental dan evaluasi klinik objektif.

Pertimbangan sejarah

Dalam sejarah, pada mulanya nyeri dipandang pada hakekatnya sebagai *hal emosional*, sebagai sesuatu "nada perasaan batin", seperti "nikmat" atau "sedih" juga merupakan nada perasaan batin. Nyeri dikaitkan dengan sifat-sifat kepribadian, orang yang "kuat", pahlawan, tidak merasa nyeri - orang yang "lemah", yang lekas takut, mengalami nyeri. Dengan bertumbuh dan bertambahnya ilmu pengetahuan mengenai struktur dan fungsi tubuh, neurologi dan neurofisiologi mendesak untuk meninggalkan pandangan-pandangan tersebut, dan berhasil menanamkan anggapan bahwa nyeri merupakan *fenomena sensorik*. Kemudian timbul banyak minat dan usaha untuk menerangkan nyeri dari segi neurofisiologik dan untuk memahami nyeri dalam klinik atas dasar pengetahuan yang dikumpulkan secara demikian. Lalu memang dicapai banyak kemajuan dalam pengertian tentang hal nyeri, namun tetap sukar untuk mendefinisikannya. Belum ditemukan suatu model teoretik yang dapat meliputi observasi eksperimental dan klinik.

Misalnya, ada kenyataan bahwa stimulus yang membangkitkan rasa "nikmat" tidak ada bedanya yang fundamental - dari segi proses-proses biokimiawi dan neurofisiologik -- dibanding dengan stimulus yang membangkitkan rasa "nyeri". Deferen-siasi penghayatan kualitatif antara nyeri atau nikmat (pain or pleasure) rupa-rupanya berada pada *tingkat persepsional yang lebih tinggi* dan bukan berdasarkan kualitas ataupun kuantitas stimulus perifer itu sendiri maupun proses-proses biokimiawi dan neurofisiologik yang dipacu olehnya.

Namun, jika pasien mengeluh tentang nyeri, maka yang diperhatikan oleh klinikus ialah biasanya lebih dulu "komponen perifer". Komponen itu yang dipandang lebih konkret, sedangkan "faktor-faktor psikologik" adalah bukan hanya jauh lebih kompleks melainkan juga sukar untuk dinilai dan dicatat secara tepat; selain itu, faktor-faktor tersebut dapat diberi arti dan tafsiran bermacam-macam tergantung dari situasi, orientasi pemeriksa, dan variabel lain-lain. Hal "perifer", yang meliputi lokasi, intensitas, luasnya, lamanya, frekuensinya, faktor stimulatif ekstern, dan deskripsi kualitatif subjektif (rasa tersayat, regang, tertusuk, terbakar, terjepit, dan sebagainya) dapat diamati dan dicatat dengan cermat. Jika data ini

dipakai sebagai pegangan untuk mengadakan langkah-langkah terapeutik, maka hasilnya biasanya cukup memuaskan — yaitu, nyeri dapat dihentikan — setidaknya untuk sementara waktu. Pengalaman ini menambah kepercayaan, bahwa kita telah menjalani cara yang tepat untuk melacak sumber nyeri pada pasien kita sehingga kita mampu menghentikannya dengan intervensi terapeutik kausal ataupun simptomatik. Bukannya faktor emosional sampai diabaikan: banyak klinikus dengan mudah dapat mengenal faktor emosional -- atau "pengaruh psikologik" - yang mewarnai gambaran klinik pada pasiennya yang mengeluh tentang nyeri. Tetapi sukar penentuan proporsinya dan hubungan sebab-akibat antara segi psikologik dengan fenomena sensorik yang lebih konkret.

Menuju penyusunan definisi

Sekalipun ada banyak kemajuan dalam pendidikan kedokteran, masih juga dihadapi banyak kesulitan dalam mengajar segi psikososial dalam ilmu kedokteran dan pemahaman hubungan psikosomatik dan somatopsikik. Pendidikan kedokteran yang masih lazim dilaksanakan dewasa ini belum berhasil menghindarkan konsep dualistik soma-psiye yang masih banyak bertahan dalam praktek klinik. Ini tentu menghambat pembentukan model-model konseptual yang mungkin sangat berguna untuk memahami dan mengobati kasus-kasus yang kompleks yang dijumpai dalam praktek, terutama pasien yang senantiasa atau berkali-kali mengeluh tentang nyeri, berkali-kali berusaha untuk menyembuhkannya, dan dokter tidak berhasil menemukan sesuatu kelainan organik yang sepadan dengan keluhan nyeri itu.

Engel (2) menyusun definisi tentang nyeri, yang memperhitungkan bahwa rangsang pada reseptor perifer tidak merupakan kondisi yang perlu maupun kondisi yang mencukupi untuk menimbulkan nyeri:

Nyeri adalah sesuatu penghayatan yang — pada dasarnya — tidak menyenangkan, dan dirasa bersangkutan dan bersumber pada tubuh, dan sesuai dengan penderitaan yang ditimbulkan oleh suatu penyadaran psikik mengenai cedera — yaitu cedera yang real, cedera yang mungkin terjadi, ataupun cedera yang dibayangkan.

Dalam karya Merskey & Spear (3) termuat suatu definisi operasional tentang nyeri : "an unpleasant experience which we primarily associate with tissue damage, or describe in terms of tissue damage, or both".

Dapat dilihat dari definisi tersebut tadi, bahwa ia dapat berlaku bagi "nyeri organik", "nyeri psikogen", dan setiap kombinasi antaranya. Khususnya pada pasien dengan nyeri khronik pembedaan antara komponen organik dan psikogen seringkali sangat sukar; namun biasanya juga tidak diperlukan untuk membedakannya, karena penanganan terapeutiknya pada hakekatnya adalah sama. Maka beberapa penulis, a.l. Szasz (4), menganjurkan untuk jangan terlalu mempersoalkan pembagian fenomena nyeri dalam golongan somatogen dan psikogen, sebab nyeri adalah suatu *penghayatan individual*, bukan sesuatu yang "bersangkutan dengan tubuh organik" di satu pihak dan "bersangkutan dengan kejiwaan" di pihak lain. Jika gejala nyeri pada seorang pasien dijabarkan dengan istilah organik atau istilah psikologik, kita sebenarnya tidak mengemukakan dua jenis nyeri; kita hanya menggunakan dua "ba-

hasa" (organik dan psikologik) yang sejajar yang merujuk pada fenomena yang sama (lib. Graham [5] mengenai parallelisma linguistik).

Oleh karena itu, penting bagi dokter untuk jangan mengabaikan atau meremehkan nyeri psikogen dengan menyebutnya sebagai "nyeri imajiner", atau "nyeri yang dirasa-rasa saja". Pasien yang mengalami nyeri tadi sesungguhnya *menderita* nyeri yang tidak berbeda kualitas maupun intensitasnya dari apa yang mau disebut "nyeri asli". Semua nyeri, sejauh pasien memang merasa dan menghayatinya, adalah gejala sungguh, dan patut diperhatikan dan diteliti secara serius.

Karakteristik pasien

Keluhan mengenai nyeri tentu banyak dijumpai dalam praktek dokter, dan biasanya sebagai salah satu di antara beberapa gejala dari kondisi sakit yang diderita oleh pasien. Dalam hal demikian, nyeri itu tidak merupakan problematik tersendiri; nyeri menghilang bersama dengan kondisi sakit yang telah diobati dengan baik, atau nyeri dapat diatasi dengan pengobatan simptomatik.

Pasien yang menghadapi dokter dengan *problematik nyeri* adalah biasanya pasien dengan keluhan nyeri menahun. Pasien seperti ini memang merupakan hanya sebagian kecil dari pengunjung praktek dokter; tetapi, jika ada, mereka menuntut banyak waktu dan kesabaran dari dokternya, dan menimbulkan banyak frustrasi bagi diri-sendiri, bagi keluarganya, maupun bagi dokternya. Keluhannya adalah biasanya mengenai nyeri yang berlokalisasi di sistem otot-tulang, paling banyak di daerah lumbo-sakral dan servikal; ada juga yang mengeluh tentang nyeri kepala atau alat-alat tubuh lainnya. Seringkali nyeri itu dirasa "memancar" ke daerah bersebelahan. Kualitasnya berbagai rupa, dan dapat disertai kesemutan, rasa kebal setempat, dingin, atau panas. Pengobatan dengan medikasi, misalnya analgetika (apalagi kalau ini "obat baru"), menghasilkan peringanan yang menyolok. Dokter akan senang hati melihat bahwa ia berhasil menolong pasien ini; apalagi kalau pasien menyatakan bersyukur bertemu dengan dokter ini, karena dari sekian banyak dokter yang telah dikunjungi baru dokter inilah memahami benar penyakitnya dan memberi obat yang tepat. Tetapi dokter yang berpengalaman sudah tahu (dan yang belum berpengalaman mungkin tidak tahu) bahwa dokter-dokter yang berganti-ganti sudah mengobati pasien ini sebelumnya mencapai hasil yang kurang-lebih sama: mula-mula nyeri dan keluhan-keluhan lain berkurang — bahkan sampai lenyap — secara menyolok, tetapi setelah beberapa minggu timbul kembali. Ini mungkin akan mendorong sang dokter untuk menambah dosis atau mengganti medikasi; mungkin ia akan mengadakan pemeriksaan-pemeriksaan laboratorium, radiologik, dan lain-lain yang lebih mendalam, hal mana barangkali sebelumnya sudah pernah - berulang kali — dilakukan; pasien setuju menjalani pemeriksaan-pemeriksaan itu, seringkali malah memintanya. Barangkali dokter akan menganjurkan fisioterapi — biarpun berkepanjangan dan hasilnya minimal. Adakalanya dokter menganjurkan pembedahan, atau pembedahan ulang jika pasien sudah pernah dibedah. Berhadapan dengan pasien semacam ini, banyak dokter memang dalam hati kecilnya tahu, bahwa usaha-usaha tersebut akan sia-sia, tetapi tetap mengharapkan barangkali

saja ada sesuatu penemuan dalam pemeriksaan lanjutan itu yang dapat menjadi pegangan diagnostik, betapa pun kecil signifikansi penemuan itu; barangkali saja sesuatu obat kebetulan akan meringankan penderitaan pasien ini secara permanen. Untuk sekian waktu dokter mengikuti desakan pasien untuk menjalani pemeriksaan-pemeriksaan seterusnya dan pelbagai pengobatan, sampai pada suatu saat pasien mencari dokter lain. Sebelumnya dokter sudah mengharap-harapkan agar pasien pergi ke dokter lain saja, dan ia tidak terlalu menyesal apabila pasien akhirnya meninggalkannya untuk mencari sumber pertolongan yang lain.

Dokter pada umumnya memperoleh kepuasan dalam pekerjaannya jika ia melihat pasien-pasiennya menjadi sembuh. Pasien yang khronik dan tak sembuh-sembuh dapat menjadi sumber frustrasi profesional; khususnya pasien yang sangat mengeluh tentang nyeri, namun rupa-rupanya tak sanggup untuk "melepaskannya". Pasien sering memberi kesan seolah-olah ia "berpegangan" atau "bergantungan" pada nyerinya.

Jika diteliti dengan cermat, maka sebab-sebab nyeri pada pasien itu sebenarnya tidak diketahui oleh dokter. Apabila ditemukan trauma atau penyakit yang mendahuluinya, maka trauma atau penyakit itu sebenarnya tidak mencukupi untuk menerangkan adanya nyeri sekarang, karena trauma terlalu ringan atau terjadinya terlalu jauh di masa lampau. Dalam hal ini, terapi yang diberikan mungkin juga tidak adekuat, dan adakalanya dapat mengkomplikasi — bukan memperbaiki — situasinya. Desakan dari pihak pasien, agar dokter menjelaskan dari mana datangnya nyeri itu, kadang-kadang memaksa dokter untuk memberikan sesuatu keterangan yang sebenarnya tidak berdasarkan data medik yang realistik: kata dokter kepada pasien, bahwa nyeri itu disebabkan karena kekurangan zat kapur, karena saraf kurang kuat, karena peredaran darah kurang lancar, karena saraf terjepit oleh tulang, dan sebagainya. Keterangan-keterangan tersebut — pada pasien yang bersangkutan — tidak ditunjang (atau tidak ditunjang secukupnya) oleh data-data diagnostik maupun teori medik, melainkan diajukan untuk menembus dilemma yang dihadapi oleh dokter dan pasien pada waktu itu. Akibat yang kurang baik ialah, bahwa "keterangan" itu menjadi dasar untuk sesuatu terapi; pasien dapat berpegangan teguli pada "keterangan" itu, dan menyangka bahwa itulah sesungguhnya penyebab kesengsarannya dan tidak lagi mempertimbangkan kemungkinan dan langkah lain.

Dalam kasus yang karakteristik, bukan hanya tidak tercapai hasil terapeutik yang memuaskan. Ada pun kerugian emosional, karena hubungan antara dokter dengan pasien menjurus pada kekecewaan satu dengan yang lain, yang tak jarang disertai pula berkurangnya simpati satu dengan yang lain. Yang paling rugi adalah pihak pasien, yang akan mencari dokter lain dan polanya akan berulang kembali baginya.

Nyeri akut dan khronik

Sindrom nyeri seringkali mempunyai masa awal yang bersifat akut. Kekeliruan diagnosis berakibat kekeliruan terapi, sehingga kondisinya tidak teratasi dengan baik, nyeri menetap, dan lama-kelamaan menjadi khronik. Makin khronik, makin "tertanam" gejala-gejalanya, dan terbentuk pula suatu perangai psikologik dan sosial "adaptatif" yang meliputi nyeri itu,

sehingga makin sukarlah untuk mengatasinya. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk menentukan diagnosis yang tepat sedini mungkin dalam perkembangan sindrom nyeri. Jika nyeri yang diobati berdasarkan sesuatu diagnosis tidak memberi respons yang diharapkan, maka tidak selalu bijaksana untuk lebih mengintensifkan dan lebih memperpanjang medikasi dan pemeriksaan-pemeriksaan dalam rangka diagnosis yang telah ditentukan semula; mungkin diagnosis itu sendiri perlu diubah.

Jelaslah, bahwa misalnya nyeri radikuler di lengan — yang bersangkutan dengan kelainan discus — disembuhkan dengan sempurna dengan pembedahan. Neuralgia trigeminal, dan lain-lain nyeri di daerah facial, memerlukan penelitian yang cermat, karena diagnosis dan terapi yang tepat dapat berhasil sangat memuaskan, sedangkan kekeliruan dapat berakibat buruk; misalnya, destruksi akibat terapi pada sistem trigeminal dapat menimbulkan anaesthesia dolorosa yang jauh lebih buruk dibanding dengan nyeri semula yang mau diobati. Nyeri kepala (cephalgia) seringkali tidak diberi perhatian diagnostik yang sepatutnya, barangkali karena "sakit kepala" adalah hal yang terlalu "biasa" dan seringkali nampaknya bersangkutan dengan situasi hidup; lagipula banyak yang bersifat sementara, diffus, tak berlokalisasi tegas. Namun, nyeri kepala yang psikogen dapat merupakan tanda hypochondriasis. Sebaliknya, ada pula nyeri kepala yang lama dipandang "psikogen" dan kemudian ternyata bersangkutan dengan tumor atau kelainan vaskuler.

Pemeriksaan pasien yang menderita nyeri

Kekeliruan diagnostik tidak selalu mudah dihindarkan, namun kemungkinan itu dapat dibatasi dengan mengingat hal-hal tertentu sewaktu pemeriksaan:

- menentukan dengan cermat lokalisasi, sifat, frekuensi, saat permulaan, faktor-faktor stimulatif (jika ada), perluasan atau route penyebarannya;
- mempelajari respons total individu itu terhadap nyeri yang dikeluhkan (apakah pasien nampak kuatir, sedih, takut, pasrah, indifferen, melawan rasa sakit, panfic, demonstratif, dan sebagainya);
- mempelajari efek nyeri itu terhadap relasi antara individu dengan lingkungannya (apakah terjadi isolasi atau pemanjangan, pasien menjadi lebih tergantung, lebih banyak menuntut, atau lebih banyak berkorban dan merasa bersalah, dan sebagainya);
- hindarkan "selektivitas" dalam menilai dan memberi arti pada semua masukan (data) yang diperoleh; jangan menggerakkan kegigihan yang khusus untuk memantapkan diagnosis dengan lebih mementingkan data tertentu sedangkan kurang memperhitungkan data yang lain. Biasanya data "organik" diperhatikan secara cukup diskriminatif dan spesifik, sedangkan data psikososial "digabung" saja dengan sebutan "tekanan hidup" — hendaknya data psikososial pun dinilai secara diskriminatif dan spesifik.

Nyeri — selaku nyeri *per se* — bukanlah sesuatu fenomena organo-biologik atau fenomena "psikologik", melainkan merupakan suatu respons individu total, suatu ekspresi yang meliputi sikap terhadap ancaman hidup, ekspektasi dalam relasi dengan lingkungan dan diri sendiri, penilaian-diri dan harga-diri. Nyeri *per se* dapat dikatakan lebih menyerupai suatu

"respons penghayatan" dan "respons behavioral" total, daripada merupakan suatu "gejala", dengan demikian ada banyak kesamaannya dengan *anxietas*. Karena itu pun, komprehensivitas pemeriksaan penderita nyeri mempunyai paralel dengan pemeriksaan penderita *anxietas*. Ini juga berlaku bagi komprehensivitas terapinya.

Kita lihat, misalnya, bahwa dokter mempunyai penilaian sendiri mengenai intensitas nyeri yang "sesungguhnya" pada pasiennya, yang tidak didasarkan semata-mata pada laporan pasien sendiri (pasien dapat mengatakan bahwa ia "merasa sangat nyeri", sedangkan dokter mempunyai kesan bahwa "nyeri itu sesungguhnya tidak begitu hebat" - dan sebaliknya). Rupa-rupanya dokter menggunakan secara sadar atau tak-sadar — kesan-kesan mengenai *keseluruhan* perilaku pasien itu untuk menilai nyeri. Penilaian yang mutlak "objektif" tidak mungkin; "perasaan" dokter sendiri harus diturutsertakan untuk menilai nyeri dan membuat evaluasi yang bermakna untuk diagnostik. Tetapi komponen "empatik" ini yang - di satu pihak — diperlukan dalam evaluasi diagnostik, dapat pula — di pihak lain — "mempengaruhi" sikap dokter terhadap pasiennya. Ia dapat beranggapan bahwa nyeri itu dilebih-lebihkan atau diremehkan oleh pasiennya, atau bahwa nyeri itu "psikogen" (dalam arti "bukan sungguh") atau "sekunder", sehingga sikapnya menjadi kurang simpatik — atau bahkan punitif — hal mana akan dicerminkan dalam medikasinya; misalnya, obat analgetik diberi dalam dosis terlalu besar atau terlalu kecil. Fenomena ini dalam hubungan dokter-pasien cukup dikenal dalam praktek psikiatrik dengan pasien yang menderita *anxietas* dan pelbagai bentuk derivat *anxietas*.

Seringkali agak sukar untuk dibedakan — dari segi behavioral maupun kognitif — apa yang dirasakan oleh pasien sebagai "nyeri" dan apa yang dirasanya sebagai "ketakutan", yang terbaaur dalam satu modalitas perasaan atau ekspresi behavioral yang secara global disebut "nyeri" saja. Agitasi, misalnya; apakah itu merupakan indikator bagi intensitas *anxietasnya* atau intensitas nyerinya? Agitasi bisa timbul menyertai nyeri yang hebat; tapi malah lebih sering bila nyeri itu berkurang sebagian. Obat-obat yang mengendalikan agitasi, oleh pasien yang satu dirasakan lebih meringankan *anxietas* daripada meringankan nyerinya — sedangkan oleh pasien lain dirasakan lebih meringankan nyerinya.

Kurang-lebih serupa dengan kasus *anxietas*, maka *pengendalian yang adekuat terhadap nyeri* memerlukan *kerjasama dengan pasien* dan *kepercayaannya yang optimal*. Dipihak lain, pengendalian nyeri (pain control) yang baik akan juga menghasilkan kerjasama dan kepercayaan. Nampaknya, terapi sindrom nyeri menjadi sesuatu "dinamik" dalam hubungan dokter dengan pasien.

Sepatah dua patah kata perihal berkembangnya *ketergantungan obat*, yang seringkali bertitik-awal dari sesuatu terapi terhadap nyeri. Banyak dokter dan pasien khawatir bahwa pemberian analgetika dan/atau narkotika—yang mula-mula atas indikasi nyeri-dapat atau akan menjurus pada adiksi. Tetapi perlu diperhatikan, bahwa besar-kecilnya kemungkinan adiksi terutama bersangkutan dengan dua hal: pertama, apakah pengobatan adekuat. Pengobatan yang tidak adekuat ialah medikasi dengan obat yang kurang tepat atau dengan dosis yang terlalu kecil atau terlalu besar; pengobatan ini — jika diberikan melampaui

jangka waktu tertentu — meningkatkan bahaya terjadinya adiksi. Yang kedua, ialah corak kepribadian pasien dan pola permasalahan dalam kehidupan pasien; unsur depresi, misalnya, meningkatkan kemungkinan timbulnya adiksi. Pada penderita nyeri, kadang-kadang evaluasi yang serius mengenai komponen psikososialnya baru dibuat sesudah "semua usaha" (neurologik, intern, dan bedah) dijalani sehabis-habisnya dan ternyata tak berhasil: sementara itu, "semua usaha" tersebut telah menciptakan komplikasi sekunder, antara lain ketergantungan obat. Andaikata evaluasi itu sudah dilakukan dari semula, barangkali dari semula juga sudah dimungkinkan suatu terapi yang lebih komprehensif yang dapat menghindarkan komplikasi.

Nyeri dalam kondisi khusus psikiatrik

Nyeri dapat timbul dalam gambaran klinik psikiatrik, tetapi mekanisma dinamik dari keadaan nyeri tidaklah khas untuk golongan diagnostik tertentu. Penetapan diagnosis psikiatrik pada pasien yang menderita nyeri tidak dapat dibuat dengan meneliti sifat-sifat nyerinya itu saja, melainkan memerlukan juga pertimbangan gejala-gejala dan data lainnya perihal pasien itu. Ada empat golongan diagnosis utama [lih. Pinsky (6)] — selain banyak kondisi campuran — dimana nyeri dapat timbul, yaitu *hysteria*, *depresi*, *hypochondriasis*, dan *schizofrenia*.

- *Neurosis histerik* bermanifestasi dalam dua tipe utama, yaitu tipe konversi, dan tipe disosiatif. Tipe yang kedua itu jarang dijumpai. Pada tipe yang pertama itulah nyeri dapat ditemukan sebagai "gejala konversi". Gambaran klinik yang khas pada *neurosis histerik* tipe konversi tersifat oleh gejala-gejala senso-motorik, tanpa adanya sesuatu dasar kelainan organopatologik. Dalam riwayat pasien kadang-kadang dapat ditemukan, bahwa dahulu ia menderita penyakit dengan gejala yang serupa seperti sekarang, akan tetapi pada waktu sekarang tidak ditemukan hal-hal organik yang dapat menerangkan gejalanya sekarang, atau intensitas gejalanya sekarang. Perlu diingat, bahwa konversi, selaku mekanisma, dapat dijumpai dalam kategori diagnostik mana pun - bukan hanya pada *hysteria*. Penderita dapat menunjukkan perangai kepribadian dan riwayat yang karakteristik, adanya gejala-gejala konversi yang lain (sekarang atau pernah dulu) seperti hiperventilasi, afonia, sinkope, dan pelbagai macam gangguan senso-motorik; pola tingkah-laku (lebih banyak pada wanita) menunjukkan kecenderungan pada dramatisasi, affekt yang dibuat-buat, dan meskipun mengeluh tentang gejala-gejalanya nampaknya seolah-olah tidak begitu memprihatinkannya. Pada pasien pria dapat ditemukan sifat feminin dan pasif. Pasien acapkali berusaha untuk menarik dokter ke dalam suatu hubungan emosional pribadi, dan pasang-surutnya gejala seringkali berkaitan dengan perkembangan hubungan itu.

Jika nyeri timbul dalam rangka *neurosis histerik*, atau merupakan gejala konversi ataupun bersangkutan dengan mekanisma konversi, maka *terapi sugestif* dapat memberi harapan; atau setidaknya-tidaknya unsur sugesti yang kuat (dengan atau tanpa hipnosis) dapat meningkatkan efektivitas terapi analgetik.

- *Depresi* — yang neurotik maupun yang psikotik — sering di-

sertai dan berhubungan dengan nyeri. Nyeri dapat menimbulkan perasaan kecil hati dan putus asa pada pasien; jadi, suatu "depresi sekunder". Tetapi nyeri dapat juga merupakan salah satu gejala menifestasi depresi. Jika nyeri timbul sebagai gejala depresi, maka pada umumnya pasien menunjukkan gejala-gejala lain yang lazim pada depresi; paras muka dan perilaku yang khas depresif, perlambatan dalam gerak atau agitasi, insomnia, anorexia atau hyperphagia; ia mengemukakan perasaan sedih, bersalah, atau malu. Namun kadangkala perasaan dan pemikiran tersebut disangkal oleh pasien, atau ada dissimulasi, sehingga kita berhadapan dengan "depresi terselubung" (masked depression). Bahkan ada kalanya, hanya satu gejala — misalnya hanya nyeri — tampil kemuka tanpa adanya "gejala-gejala khas depresi" yang cukup nyata. Dalam kasus-kasus tertentu, adanya nyeri melindungi pasien terhadap depresi yang lebih gawat. Kita belum memahami benar bagaimana mekanismenya, tetapi ada gejala-gejala yang mempunyai "fungsi protektif", artinya, adanya gejala itu membendung dan mencegah perkembangan patologi yang lebih lanjut. Jika dalam hal ini gejalanya — misalnya nyeri — dihentikan secara drastik, maka depresi yang mendalam dapat menjadi manifes; mungkin malah dapat timbul tendens bunuh-diri.

Poros terapi pada depresi, dan begitu pula jika nyeri merupakan gejala depresi, adalah anti-depresan. Ini dapat dilakukan dengan obat-obat yang mempunyai khasiat farmakologik khusus antidepresan, yang dalam hal ini biasanya membawa hasil yang cukup memuaskan untuk mengendalikan nyeri.

- Pelbagai keadaan yang bersangkutan dengan *hypochondriasis* dapat disertai dengan keluhan mengenai nyeri. Dalam pemikiran pasien yang hypochondriakal, hal-ihwal "penyakit" mengambil tempat yang dominan, dan tempat yang berada nyeri di tubuh diberi perhatian dan dikuatirkan secara luar-biasa. Nyeri ini biasanya dilokalisasi di bagian tertentu dan bersifat tegas; jadi bukan yang menyeluruh dan bersifat diffus —namun lokalisasi dapat berpindah-pindah. Pasien tidak dapat diyakinkan oleh dokter (tetapi boleh jadi pura-pura mengaku "yakin") bahwa tak ada hal yang perlu dikuatirkan jika hasil-hasil pemeriksaan semua negatif. Keluarga pasien dibingungkan, karena pasien begitu sering pergi ke dokter, sering "memerlukan pemeriksaan segera" karena "keadaan darurat", berkali-kali minta diperiksa kembali, dan membuat penyakitnya sebagai pusat perhatian dalam lingkungannya. Penderita nyeri -- dalam golongan ini banyak yang pada hakekatnya neurotik dengan corak obsesif-kompulsif yang menonjol; banyak pula yang ternyata mempunyai gangguan pada integrasi kepribadiannya, sehingga kondisinya prepsikotik atau laten psikotik.

Pengobatannya sukar dan acapkali memfrustrasikan dokter. Pasien seolah-olah "memelihara" penyakitnya, dan "memerlukan gejala nyerinya" sebagai pegangan kompensatorik dalam penanggulangan masalah-masalah hidupnya. Kadang-kadang pasien tidak menebus resep dan tidak memakai obat yang diberi kepadanya, dan mengajukan banyak komentar mengenai cara pengobatan. Penggunaan obat neuroleptika — dalam dosis rendah — nampaknya dapat membantu; namun pada umumnya pasien-pasien seperti ini memerlukan penanganan yang intensif dengan tujuan perubahan tertentu dalam gaya hidup (life style) dan konstelasi relasional dengan lingkungannya.

- Dalam hal *schizofrenia*, nyeri dapat timbul selaku pengganti

(substitut) untuk halusinasi; pasien memberi keterangan yang bizar (aneh-aneh) mengenai nyerinya atau mengenai sebab-sebab nyerinya, misalnya "nyeri di ulu hati karena sinar televisi". Biasanya terdapat pula sifat-sifat schizofrenik atau paranoid yang lain. Ada pula nyeri yang dirasakan dalam masa *prepsikotik*, yaitu mendahului perkembangan gejala-gejala manifes psikotik. Fase prepsikotik kadangkala berlangsung cukup lama, bisa. berbulan-bulan, dan ditandai oleh nyeri kepala yang diffus dan kontinu, atau berupa serangan-serangan sakit kepala. Bagi pengobatan perlu dipikirkan penggunaan obat-obat neuroleptik dalam dosis yang lazim untuk terapi psikosis.

Selain sindrom psikiatrik tersebut di atas, nyeri dapat timbul sebagai *konkomitant effekt*; ketakutan, kemarahan, kesedihan, dan lain-lain yang disadari maupun yang tak disadari. Dalam keadaan normal pun, affekt seperti tersebut tadi sering disertai fenomena fisiologik dan perasaan somatik subjektif, misalnya nyeri di dada, sakit kepala (khususnya dahi dan pelipis), kramp di perut, tegang di otot dan sendi. Adakalanya, affektnya sendiri tidak dirasakan — disangkal atau disembunyikan — sehingga yang dikeluhkan adalah semata-mata segi somatiknya saja, yaitu mengenai nyeri. Pasien mungkin pula beranggapan, bahwa dokter tidak akan mementingkan "perasaan hati", dan bahwa keluhannya harus dituangkannya dalam bentuk sesuatu perasaan badaniah agar mendapat perhatian serius dari dokter.

Biasanya tidak terlalu sukar untuk mengungkapkan keadaan affektif yang membangkitkan nyeri, asal dokter menerangkan kepada pasien bahwa segala perasaan hati pun hal yang sah dan relevan untuk dikemukakan, dan dokter berminat untuk mengetahuinya. Kesenipatan untuk penyaluran affektif ("mengeluarkan emosi") seringkali mencukupi untuk meredakan atau mengurangi perasaan nyeri dalam hal seperti ini.

Kesan diagnostik, bahwa nyeri itu psikogen — atau sejauh mana faktor-faktor psikologik memainkan peranan — dapat diperoleh dari pemeriksaan dan observasi yang cermat berkenaan dengan gejala itu (lih. *Pemeriksaan pasien*). Disamping itu, sangat berguna untuk mendapat kesan, atau menyusun suatu rumusan, mengenai "disposisi kepribadian" terhadap nyeri. Ini biasanya tidak memerlukan pengetahuan spesialisik psikiatri — cukup adanya kepekaan di pihak dokter dan minat untuk memperhatikannya. Hendaknya diperhatikan — *tanpa khususnya berfokus* pada nyeri dan obat mana yang akan diberikan kepada pasien ini — hal-hal yang karakteristik dalam *sikap dan riwayat* pasien ini: anxietas dan nervositas, labilitas atau kekakuan emosional, kecenderungan ke arah pasivitas atau agresivitas, sifat ketergantungan, hostilitas, ambisi tinggi, perasaan inferior atau superior. Dalam meneliti latar belakang riwayat hidup dan gaya hidup sekarang, apakah ada kesan bahwa pasien mudah atau sukar bergaul, sanggup menghadapi masalah-masalah hidup secara adekuat, kaku atau fleksibel dalam orientasinya, sering mengalami frustrasi atau cukup sering sukses, otoriter atau tergantung pada orang lain, adakah masalah akut atau menahun dalam kehidupannya, sering mengalami nyeri dan apa hasil usaha untuk mengatasinya.

Indikasi "somatik" — meskipun bukan tanda yang pasti mengenai adanya tendens untuk menuangkan hal-hal psiko-

logik kedalam perasaan nyeri, dapat diperoleh dari hasil test tertentu, misalnya elektromiografi (EMG); tingkat spasmofilia yang tinggi acapkali menyertai "psikogenitas" nyeri. Ada pula test Libman (7) (menekan pada mastoid dan processus styloideus); jika ini positif — yaitu pasien merasa nyeri ditekan ditempat itu — maka ada kemungkinan besar pasien ini hipersensitif terhadap nyeri.

Kesimpulan

Meskipun kita belum menemukan definisi atau model teoretik yang tepat mengenai nyeri, namun rupa-rupanya nyeri menampilkan diri sebagai suatu respons total individual, dan bukan hanya sebagai gejala neurofisiologik. Terapi yang adekuat dan — jika mungkin — sejak awal timbulnya nyeri adalah penting, bukan hanya supaya nyeri dapat diatasi atau dikendalikan dengan wajar, melainkan juga untuk menghindarkan komplikasi akibat terapi yang inadkuat (a.l. kronisitas, ketergantungan obat). Terapi yang adekuat dan komprehensif memerlukan diagnosis yang tepat yang dapat diperoleh dari pemeriksaan yang cermat; hendaknya, dalam pemeriksaan itu jangan hanya segi-segi organo-patologik yang

diteliti secara cermat sedangkan hal-hal psiko-sosial -- meskipun tidak diabaikan — dibaurkan sebagai "faktor psikogen". Hendaknya hal-hal psiko-sosial dan latar belakang riwayat dan kepribadian pasien diteliti bagaimana kaitannya yang spesifik dengan keluhan nyeri pada pasien. Selain itu, nyeri dapat juga timbul dalam rangka simptomatologi kelainan-kelainan psikiatrik khusus, dan -- dalam hal itu — memerlukan terapi yang tertuju pada kelainan psikiatrik itu (bukan hanya terhadap nyerinya).

Pemeriksaan dan diagnosis biasanya adalah dalam jangkauan dokter tanpa memerlukan pengetahuan spesialisik psikiatri. Tetapi dokter yang sensitif juga akan tahu bilamana ia akan memerlukan konsult psikiatrik mengenai pasiennya. Saat dimana dokter merasa memerlukan konsult itu (kadang-kadang sudah dirasa pada awal atau fase dini pemeriksaan dan usaha terapeutik) itulah saat yang baik untuk merujuk untuk konsult — dan bukan membiasakan konsult psikiatrik selalu sebagai "langkah terakhir". Pasien yang mengalami nyeri, somatogen atau psikogen, adalah orang yang menderita, dan layak diberikan perhatian diagnostik dan terapeutik yang sebaik-baiknya sejauh pengetahuan kita.

KEPUSTAKAAN

1. Sternbach RA. Pain Patients, Traits and Treatment. New York Academic Press, 1974.
2. Engel GL. Pain. In : Mac Bryde CM, Ed. Symptom and Signs. Applied Physiology and Clinical Interpretation. 5 ed. Philadelphia JB Lippincott, 1969.
3. Merskey H, Spear FG. Pain. Psychological and Psychiatric Aspects. London : Balliere, Tyndall & Cassell, 1967.
4. Szasz T. Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings. London Tavistock, 1957.
5. Graham DT. Health, disease, and the mind-body problem : linguistic parallelism. Psychosom Med 1967; 29 : 52-71.
6. Pinsky JJ. Psychodynamics and psychotherapy in the treatment of patients with chronic intractable pain. In : Crue BL Jr, Ed. Pain, Research and Treatment. New York : Academic Press, 1975.
7. Libman E. Observations of individual sensitiveness to pain. JAMA 1934; 102 : 335-341.

SIAPA YANG GILA?

Sebelum akhir perang dunia kedua, beredar suatu cerita. Hitler mengunjungi sebuah rumah sakit jiwa. Dia bertemu dengan pasien yang mengaku dirinya Napoleon, yang lain mengaku sebagai Bismarck, dsb. Hitler kemudian bertanya apakah tidak ada pasien yang menganggap diri sebagai Adolf Hitler. "Banyak", jawabnya. Hitler lalu dibawa ke sebuah ruangan dimana ada 14 "Hitler" yang mondar mandir. Hitler ditinggal di ruang itu selama sekitar 1 jam, lalu diminta keluar. Tapi tak ada yang yakin apakah yang keluar itu Hitler yang sesungguhnya.

Cerita ini mengilhami Dr. DL Rosenhan untuk melakukan suatu penelitian di Universitas Stanford. Benarkah orang gila dapat diidentifikasi lewat gejala-gejalanya? Dr Rosenhan melihat bahwa sering terjadi perbedaan pendapat di antara ahli psikiatri tentang gila atau tidaknya seorang tertuduh di pengadilan. Maka dia mencoba kecermatan diagnosis psikiatrik.

Dia meminta 8 orang peneliti menyatakan diri mendengar suara-suara aneh (tapi tak menunjukkan gejala-

gejala psikiatrik lain), lalu meminta dirawat di 12 rumah sakit jiwa yang berlainan. Semua pasien palsu itu menyembunyikan pekerjaannya (ada seorang psikiater dan 3 ahli psikologi), tapi jujur dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan lainnya. Dalam 11 rumah sakit pseudopasien itu didiagnosis schizofrenia, pada rumah sakit ke 12 didiagnosis manik-depresif.

Segera setelah masuk rumah sakit, mereka berhenti berpura-pura dan menyatakan bebas dari gejala-gejala. Namun para pekerja di rumah sakit itu tak ada yang sadar bahwa mereka telah "ditipu". Semua dikeluarkan dari rumah sakit dengan diagnosis "schizofrenia dalam remisi". Schizofrenia dianggap tak dapat disembuhkan, maka sekali pasien mendapat diagnosis ini, dia tak dapat disebut benar-benar sehat. Lucunya, banyak pasien psikiatrik yang tahu bahwa peneliti-peneliti (pseudopasien) itu sehat!

Morris Fishbein. Medical World News