

DESMORALIZAÇÃO

O Conceito e a Importância Para Cuidados Paliativos

Miguel BARBOSA, Susana MOUTINHO, Edna GONÇALVES

RESUMO

A desmoralização diz respeito a um estado de perturbação resultante de uma incapacidade de enfrentar a adversidade, com falência das estratégias de adaptação a problemas do meio como foi definido por Jerome Frank há mais de 30 anos. Sentimentos de desespero, isolamento, falta de esperança e de significado da vida constituem as características principais da definição da desmoralização. Associa-se com frequência à existência de uma doença crónica incurável, com receio da perda de dignidade e percepção de constituir uma sobrecarga para os outros, evoluindo para um desejo de morte. Os autores procederam a uma revisão da literatura relacionada com este conceito e apresentam a evidência publicada sobre o diagnóstico, classificação, tratamento e a sua relação com os Cuidados Paliativos.

SUMMARY

DEMORALIZATION, INTRODUCING THE CONCEPT AND ITS IMPORTANCE FOR PALLIATIVE CARE

Demoralization refers to a persistent failure of coping with stress as defined by Jerome Frank thirty years ago. Feelings of despair, isolation, hopelessness, loss of meaning and existential distress are the core features of the definition of demoralization. It is frequently associated with a chronic medical illness, fear of loss of dignity and perception of being a burden on others and it evolves to a desire to die. The authors reviewed the literature related to this concept and present the evidence related to the diagnosis, classification, treatment and relation of demoralization with the palliative care setting.

M.B.: Serviço de Oncologia Médica. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real. Portugal
S.C.: Serviço de Cuidados Paliativos. Instituto Português de Oncologia. Porto. Portugal
E.G.: Serviço de Cuidados Paliativos. Centro Hospitalar de São João. Porto. Portugal

INTRODUÇÃO

O desespero, a falta de esperança e de significado da vida ocorrem por vezes nos doentes em fim de vida. Existe um debate na literatura sobre se estes sintomas reflectem uma resposta normal perante circunstâncias difíceis, um estado depressivo ou uma síndrome distinta designada por desmoralização. Procedeu-se a uma revisão da literatura onde se apresenta a evolução histórica do conceito de desmoralização, os critérios de diagnóstico e de tratamento propostos e a sua importância para os Cuidados Paliativos.

Conceito de Desmoralização

O conceito da desmoralização foi introduzido na década de 70 por Jerome Frank¹, que afirmou: *o estado de desmoralização diz respeito a sentimentos de impotência, falta de esperança, isolamento e desespero; o doente considera-se indefeso e para além de qualquer ajuda. A auto-estima encontra-se afectada, o significado e a importância da vida são perdidos e o paciente sente-se rejeitado pelos outros devido à incapacidade de cumprir o que dele esperam.*

O trabalho epidemiológico de Dohrenwend e colegas² confirmou a validação do conceito. Nas décadas de 80 e 90 Frank e De Figueiredo³ redefiniram desmoralização: tratava-se, segundo os autores, de um estado de perturbação, de um sentimento de incapacidade resultante da hesitação do doente em atribuir um rumo definido à sua existência. Distinguiram consequentemente este conceito do da perturbação depressiva: enquanto a depressão se caracteriza pela anedonia, ou seja a diminuição da capacidade de experimentar o prazer, a desmoralização refere-se ao sentimento de incapacidade subjectiva de enfrentar a situação, o doente considera-se desarmado perante a adversidade⁴. Contrariamente à anedonia o indivíduo desmoralizado mantém a capacidade de gozar o momento presente. Se o paciente com perturbação depressiva perde a motivação mesmo quando conhece a acção que pode conduzir à resolução do problema, já o doente desmoralizado sente-se incapacitado por desconhecer que atitude desenvolver. Diversos estudos demonstraram a validade desta distinção.⁵⁻⁷

Na origem da desmoralização encontra-se a falência de estratégias de adaptação a perturbações do meio, quer internas quer externas, o que provoca no doente um sentimento de impotência, isolamento e desespero. A desmoralização associa-se frequentemente a uma vontade expressa pelo doente de morrer. Com efeito, vários artigos evidenciam que a depressão e a falta de esperança se relacionam de forma independente com o desejo da própria morte.⁸⁻¹¹ Clarke e Kissane¹² vão mais longe e defendem que a tragédia do suicídio, independentemente da causa, tem por base a desmoralização e as suas características definidoras de falta de esperança e desistência da vida.

Diagnóstico

Fava et al¹³ e posteriormente Kissane et al¹⁴ desenvolveram critérios operacionais para o diagnóstico da desmoralização.

Fava descreve a desmoralização como um progressivo estado de consciência de resposta desadequada às expectativas dos outros ou de desadaptação a questões importantes para o doente, conduzindo a sentimentos de impotência, falta de esperança e desistência da vida. Propõe como critérios para o diagnóstico de desmoralização a persistência deste estado de sentimentos por pelo menos um mês juntamente com a presença de uma patologia ameaçadora da vida e ausência de outro diagnóstico psiquiátrico.

Kissane por seu turno sumariza os critérios de diagnóstico da desmoralização nos 6 pontos seguintes: presença de sintomas afectivos e perturbação existencial, incluindo falta de esperança e perda de significado ou propósito da vida; atitudes cognitivas de pessimismo, fracasso pessoal, resignação, indiferença ou desvalorização relativa a qualquer tipo de ajuda; ausência de motivação para alterar a estratégia pessoal de adaptação ao problema; evidência de alienação social ou isolamento; persistência destes fenómenos por mais de duas semanas; ausência de um estado depressivo major ou de outros diagnósticos psiquiátricos. Em artigo posterior afirma contudo que:

A desmoralização é uma forma de sofrimento própria de cada indivíduo e como tal não pode ser totalmente compreendida nem facilmente descrita. Nenhuma lista de sintomas ou intervenção estruturada consegue verdadeiramente capturar a sua essência. O doente sofre e fica desmoralizado porque perdeu, ou sente que perdeu, algo fundamental à sua própria individualidade. [...] Numa primeira abordagem considerou-se que o diagnóstico de desmoralização deveria ser excluído pela presença de depressão major mas esta solução pragmática não traduz a observação clínica de que a desmoralização pode coexistir com a depressão, tal como coexiste com o cancro.¹²

Assim, para este autor, a desmoralização é uma entidade distinta da depressão mas pode ocorrer num indivíduo com perturbação depressiva, perturbações psicóticas ou perturbações da personalidade. Embora na maioria dos casos ocorra em simultâneo com um processo patológico grave pode, em determinadas situações, manifestar-se isoladamente.¹²

A desmoralização evidencia-se por sintomas disfóricos (ansiedade, depressão, falta de significado, falta de esperança, incapacidade de atribuir significado à ajuda) mas na essência é um processo pessoal de desadaptação, de alienação dos outros e do mundo. É dimensional, ou seja, apresenta várias expressões de gravidade e nem todos os graus de desmoralização devem ser considerados patológicos. Apenas nas suas formas mais severas deve ser entendida como doença a necessitar de intervenção terapêutica específica e imediata. Pode-se aqui estabelecer

um paralelismo com o luto que apenas na sua apresentação mais extrema é considerado patológico.¹⁵

É uma doença frequente: Grassi et al¹⁶ demonstraram que atinge uma prevalência de 29% nos doentes com cancro da mama. Clarke et al¹⁷ defendem igualmente que a desmoralização ocorre com frequência no contexto de doença prolongada e de prognóstico incerto.

Classificação

Sendo as classificações psiquiátricas actuais categóricas e fortemente baseadas no princípio da exclusão mútua, a desmoralização não é uma entidade nosológica reconhecida por estas classificações

Slavney¹⁸ classificou a desmoralização no eixo V das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), considerando-a uma resposta normal à adversidade. Contudo tanto De Figueiredo⁴ como Clarke e Kissane¹² são de opinião contrária, considerando que na sua forma mais severa deverá ser interpretada como um processo patológico e como tal clinicamente relevante e merecedor de reconhecimento e tratamento próprios.

De Figueiredo classifica-a no eixo IV das DSM, associando a desmoralização às perturbações de origem psicossocial. Clarke e Kissane vão mais longe considerando que a sua origem não se encontra no exterior do indivíduo (eixo IV) mas antes no interior do mesmo (eixo I e II). Os últimos argumentam que é um processo intrínseco ao indivíduo, relativo à sua capacidade de adaptação, ainda que dependente de circunstâncias do meio. Na sua opinião deverá então ser classificada de pleno direito no eixo I, traduzindo uma patologia que pode coexistir com a depressão e que na sua expressão mais grave pode relacionar-se com um desejo intenso de morte.

Tratamento

O tratamento efectivo da desmoralização deve incluir uma abordagem multidisciplinar com controlo sintomático e continuidade de cuidados, assim como a busca de um novo significado para a vida e o aprofundamento das relações familiares. Devido à natureza pessoal das causas que conduzem a este diagnóstico não existe uma abordagem comum a todos os doentes; o tratamento deve antes tomar em consideração as especificidades de cada indivíduo.

O controlo sintomático (da dor, náuseas, vômitos, obstipação, dispneia, depressão, anedonia, agitação entre outros) é fundamental.

O doente desmoralizado com frequência adopta uma posição existencial que o distancia dos desafios da sua doença pelo que a mobilização da resiliência é uma área prioritária de intervenção. Quando o doente se apresenta confuso sobre a sua doença e respectivas consequências pode ser adequada uma abordagem cognitiva.¹⁹ O médico deverá disponibilizar a informação adequada, explorar o

significado da doença para o paciente, determinar qual a sua perspectiva sobre a patologia. O estabelecimento de objectivos concretos e realistas pode auxiliar o paciente a readquirir objectivos, a estabelecer relações humanas gratificantes, a estimular a sua motivação.

O tratamento farmacológico de um eventual estado depressivo sobreponível, a promoção da esperança, o apoio psicológico e a resposta a questões espirituais devem fazer parte do plano terapêutico global.

Desmoralização e Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos, enquanto abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, encontram na desmoralização um evidente desafio diagnóstico e terapêutico.²⁰ Neste sentido Kissane¹⁴ afirmou que a desmoralização constitui um diagnóstico útil no contexto dos Cuidados Paliativos.

Clarke et al²¹ enumeraram alguns dos factores que contribuem para o desenvolvimento da desmoralização: existência de uma doença de base grave aguda ou crónica, idade jovem, estado deprimido, ansiedade, antecedentes de patologia psiquiátrica, limitação da capacidade funcional, baixa coesão familiar e fraca qualidade das relações interpessoais. Nos doentes em contexto paliativo coexistem frequentemente várias destas premissas pelo que este diagnóstico constitui um problema clínico real e frequente dos doentes em fim de vida e que pode estar na origem de grande sofrimento.¹⁵

As características definidoras da desmoralização tais como a falta de esperança, a falta de significado da vida, a incapacidade e a indefinição de como enfrentar a adversidade, a falência de estratégias de adaptação que se associam a sentimentos de impotência, isolamento e desespero dificultam a execução de medidas paliativas bem sucedidas.

Jacobsen et al⁷ vão mais longe quando afirmam que a desmoralização diz respeito à falência do doente em resolver a crise do final de vida, em encontrar a sua própria paz interior. Em certa medida a resolução da desmoralização traduz a tentativa de obtenção dessa paz, possibilitando ao doente a aceitação da morte no contexto de um apoio efectivo de cuidadores, família e comunidade assumindo-se como um processo central à filosofia dos Cuidados Paliativos.¹⁵

CONCLUSÃO

Embora a desmoralização, não constitua uma entidade clínica reconhecida pelas actuais classificações psiquiátricas traduz, na opinião de diversos autores, um conceito distinto de outros estados disfóricos (como a depressão ou o luto). Trata-se de um processo pessoal de desadaptação, de alienação social, de falta de esperança e de significado

da vida que conduz a sentimentos de impotência, isolamento e desespero que ocorrem por vezes no contexto de doença grave e avançada. Nas suas formas mais extremas assume-se como *uma experiência assustadora que ameaça a auto-estima do doente*¹² e relaciona-se com um desejo intenso de morte, pelo que constitui um desafio diagnóstico e terapêutico no contexto dos Cuidados Paliativos.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. FRANK J: The restoration of morale. American Journal of Psychiatry 1974; 131:271-274.
2. DOHRENWEND BP, SHROUT PE, EGRI G, MENDELSON FS: Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Arch Gen Psychiatry 1980; 37:1229-236
3. SHADER RI: Demoralization revisited. J Clin Psychopharmacol 2005;25:291-2
4. DE FIGUEIREDO JM: Depression and demoralisation: phenomenologic differences and research perspectives. Compr Psychiatry 1993; 34:308-311
5. GUTKOVICH Z, ROSENTHAL RN, GALYNKER I, MURAN C, BATCHELDER S, ITSKHOKI E: Depression and demoralisation among Russian-Jewish immigrants in primary care. Psychosomatics 1999;40:117-125
6. CLARKE DM, MACKINNON AJ, SMITH GC, MCKENZIE DP, HERRMAN HE: Dimensions of psychopathology in the medically ill: a latent trait analysis. Psychosomatics 2000;41:418-425
7. JACOBSEN JC, VANDERWERKER LC, BLOCK SD, FRIEDLANDER RJ, MACIEJEWSKI PK, PRIGERSON HG: Depression and demoralization as distinct syndromes: preliminary data from a cohort of advanced patients. Indian J Palliative Care 2006;12:8-16
8. OWEN C, TENNANT C, LEVI J, JONES M: Cancer patients' attitudes to final events in life: wish for death, attitudes to cessation of treatment, suicide and euthanasia. Psychooncology 1994;3:1-19
9. BREITBART W, ROSENFELD BD, PASSIK SD: Interest in physician assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. Am J Psychiatry 1996;153:238-242
10. CHOCHINOV HM, WILSON KG, ENNS M, LANDER S: Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminal ill. Psychosomatics 1998;39:366-370
11. BREITBART W, ROSENFELD B, PESSIN H et al: Depression, hopelessness and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. J Am Med Assoc 2000;284:2907-11
12. CLARKE DM, KISSANE DW: Demoralisation: its phenomenology and importance. Aust N Zeal J Psychiatry 2002; 36:737-742
13. FAVA GA, FREYBERGER HJ, BECH P, et al: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. Psychother Psychosom 1995; 63:1-8
14. KISSANE DW, CLARKE DM, STREET AF: Demoralization syndrome - a relevant diagnosis for palliative care. J Pall Care 2001;17:12-21
15. KISSANE DW: The contribution of demoralization to end of life decision-making. Hastings Cent Rep 2004;34:21-31
16. GRASSI L, ROSSI E, SABATO S, CRUCIANI G, ZAMBELLI M: Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. Psychosomatics 2004;45:483-491
17. CLARKE DM, KISSANE DW, TRAUER T, SMITH GC: Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. World Psychiatry 2005;4:96-105
18. SLAVNEY PR: Diagnosing demoralisation in consultation psychiatry. Psychosomatics. 1999;40:325-9
19. JACOBSEN JC, MAYTAL G, STERN TA: Demoralization in Medical Practice. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;9:139-43
20. SEPÚLVEDA C, MARLIN A, YOSHIDAT, ULLRICH A: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain and Symptom Manage 2002;24:91-6
21. CLARKE DM, MCLEOD JE, SMITH GC, TRAUER T, KISSANE DW: A comparison of psychosocial and physical functioning in patients with motor neurone disease and metastatic cancer. J Palliat Care 2005;21:173-9