



Revisão

Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura

Rosa Almeida^a e Oscar Ribeiro^{a,b,*}

^a Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

^b Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Palavras-chave:

Síndrome de Diógenes
Auto-negligência extrema
Acumulação compulsiva

R E S U M O

Contexto: A Síndrome de Diógenes (SD) apresenta atualmente um interesse crescente no âmbito da investigação clínica, social e de saúde pública. Caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono progressivo do contacto social, no reduzido *insight* do problema e no comportamento de acumulação de objetos e lixo. Inúmeras hipóteses explicativas foram desenvolvidas, porém, nenhuma cobre integralmente a complexidade associada ao fenómeno.

Objetivo: Contribuir para a sistematização das evidências científicas sobre a Síndrome de Diógenes e para a sensibilização nacional dos profissionais de saúde e de áreas sociais.

Metodologia: Revisão da literatura sobre a SD [1960-2010] na língua inglesa, francesa, espanhola e portuguesa, complementada com pesquisa de nomenclatura relacionada. Foram considerados 109 documentos para análise, de onde foram retirados 67 relatos de caso, analisados segundo uma grelha construída para o efeito.

Resultados: A análise casuística apresenta uma prevalência de casos de pessoas idosas (84%), solteiras (44%), que habitam sozinhas (64%), em apartamento. São usualmente referenciados por vizinhos ao sistema de saúde em resultado de situações de risco para o próprio ou para terceiros. Os critérios determinantes para a identificação da SD foram o isolamento social, a auto-negligência física e a habitacional. Dois terços dos relatos descrevem diagnósticos psiquiátricos que parecem contribuir para a apresentação da SD.

Discussão: A SD congrega etiologia multifatorial que parece apresentar contornos distintos entre os jovens e os idosos, com a manifestação de diferentes fatores precipitantes, suportando o argumento de que deve ser considerada como um fenómeno essencialmente geriátrico. Os principais obstáculos à intervenção na SD foram o isolamento marcado e a recusa de apoio que parecem revelar um desequilíbrio entre as necessidades do sujeito com SD e o modo como os serviços são disponibilizados.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Diogenes syndrome: systematic literature review

A B S T R A C T

Keywords:

Diogenes syndrome

Background: Diogenes Syndrome (DS) presents a growing international interest in clinical, social and public health research areas. It is characterized by a break and rejection of social

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: oribeiro@ua.pt (O. Ribeiro).

Extreme self-neglect Squalor syndrome

patterns observed in a severe negligence in personal and environmental care, in a gradual isolation, in a reduced insight and in the accumulation behavior. Many theoretical explanations have been presented but none covers entirely the complexity associated with the syndrome.

Objective: Contribute to the systematization of scientific evidence about DS and to raise national awareness among clinical and social professionals for this syndrome.

Methods: The literature on DS was comprehensively reviewed [1960-2010] in English, French, Spanish and Portuguese languages, supplemented with research of associated nomenclature. 109 documents were considered for analysis and of these 67 case reports were collected and analysed by a grid built for that purpose.

Results: DS was found to be more common in older subjects (84%), single individuals (44%), who were living alone (64%) and in an apartment. DS cases were usually referenced by neighbors to the health care system as a result of a hazard to themselves or others. The determining criteria for the identification of the syndrome were social isolation and physical and domestic self-neglect. Two thirds of the reports described psychiatric diagnoses that appeared to contribute to the presentation of the DS.

Discussion: DS is presented as a true syndrome that combines a multifactorial etiology. This entity seems to present a unique age-related feature, characterized by the manifestation of a different range of precipitating factors, supporting the argument that DS should be considered as a geriatric syndrome. Main obstacles to intervention are isolation and the refusal of formal support that seems to reveal a mismatch between the needs of these individuals and the way services are provided.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A Síndrome de Diógenes (SD) constitui uma condição clínica de relevância crescente do ponto de vista social e de saúde pública pelas consequências que a ela estão associadas. Caracteriza-se por uma quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional severo, no abandono progressivo do contacto social, no reduzido *insight* para o problema, bem como no comportamento de acumulação de objetos e lixo. Tendo surgido pela primeira vez a sua designação em 1975¹, o estudo desta condição tem crescido exponencialmente nos últimos anos, com recurso a diversas designações como “social breakdown in the elderly”, “messy house syndrome”, “senile self-neglect”, “senile recluse syndrome” e “severe domestic squalor”²⁻⁵.

Desde então e até à atualidade têm sido evidentes os esforços para um apuramento na definição, descrição e compreensão deste complexo fenómeno, facto evidenciado no crescente número de relatos de caso publicados em várias revistas científicas às quais se têm associado explicações psiquiátricas, sociológicas e de saúde pública⁶. Retratando o fenómeno com uma descrição variável, reflexo de dúvidas conceptuais que se prendem com a própria ausência de uma definição operacional *standard* para esta condição, não deixam, no entanto, de afigurar-se claras algumas características fortemente relacionadas com a sua apresentação: (i) o descuido severo com o auto-cuidado pessoal; (ii) o abandono do cuidado ambiental; (iii) o isolamento marcado; (iv) a falta de pudor e o reduzido *insight* para o problema; (v) e o comportamento acumulador⁷⁻¹⁴. Adicionalmente, percebem-se inúmeras inconsistências no reconhecimento da SD como

uma síndrome ou perturbação mental (não consta nos principais sistemas de classificação como DSM-IV-TR e a CID-10), assim como na sua etiopatogenia.

O presente estudo provê uma análise de casos clínicos apresentados em artigos científicos nacionais e internacionais com a finalidade de sistematizar evidências sobre o fenómeno, clarificar conceitos e observar prováveis relações entre a SD e alguns fatores biopsicossociais envolvidos. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura.

Métodos

Seleção do material para análise

A revisão sistemática de literatura desenvolve-se segundo um método rigoroso de recolha, avaliação e síntese de documentos científicos^{15,16}. Iniciou-se com uma ampla pesquisa da literatura de língua Inglesa, Portuguesa, Francesa e Espanhola sobre o termo-chave “Diogenes Syndrome” nas bases de dados científicas B-ON, EBSCO, ProQuest e ISI Web of Knowledge, num horizonte temporal de 1960 a novembro de 2010. Após uma pré-análise da literatura recolhida, foi pesquisada terminologia associada, designadamente “syllologomania”, “extreme self-neglect”, “senile breakdown” e “squalor syndrome”. Em complementaridade, foi executado o método de referências cruzadas e pesquisa da literatura cinzenta. Obtiveram-se 180 documentos que foram submetidos a um teste de relevância preliminar e a um teste de relevância. O primeiro foi constituído por 5 critérios de inclusão: (i) referência ao termo SD como principal ou sinónimo; (ii) o documento estar orientado para a análise do fenómeno; (iii) estar publicado nos idiomas selecionados; (iv) operacionalizar uma definição de SD; (v) remeter para referências bibliográficas relevantes. O

teste de relevância foi constituído pela análise e caracterização de cada categoria de documentos (tipo de estudo, questões científicas abordadas, metodologia, contexto de análise, limitações, resultados) e pela categorização dos dados dos relatos de caso numa grelha construída para o efeito. Deste processo resultou a recolha de 109 documentos, divididos em 3 categorias¹⁷:

- (i) Estudos de pesquisa empírica observacional (n = 53). Aqui incluem-se 31 relatos de caso^{4,7,10,11,13,18-43}; 15 séries de casos (5 estudos retrospectivos⁴⁴⁻⁴⁸, 3 estudos longitudinais - de *follow-up*⁴⁹⁻⁵¹ e 7 estudos transversais^{1,14,52-56}); 3 estudos dirigidos a profissionais de enfermagem para análise das experiências sobre a auto-negligência severa^{57,58} e questões envolvidas na gestão de casos^{59,60}, e 3 estudos evidenciam uma pesquisa quanti-qualitativa dirigida a diversos profissionais de saúde pública e a pacientes com auto-negligência⁶¹⁻⁶³.
- (ii) Artigos de revisão (n = 21). Incluem-se documentos que abordam ou propõem um quadro teórico para a conceptualização da SD. Apenas 4 revisões incidem sobre este fenómeno^{3,8,9,64}, já que as restantes abordam uma ampla gama de problemáticas inseridas na auto-negligência^{5,9,37,65-77};
- (iii) Outros (n = 35). Abrange 21 cartas ao editor^{12,78-90}, 5 editoriais⁹¹⁻⁹⁴, 4 resumos⁹⁵⁻⁹⁸, e 6 documentos diversos que compreendem edições informativas, guias práticos e relatórios de programas de intervenção com enfoque sobre a auto-negligência domiciliar⁹⁹⁻¹⁰⁴.

Metodologia de análise

As principais sínteses da análise da literatura são abordadas numa exposição que reúne igualmente os resultados do estudo da casuística. Nesta revisão foram apreciados 67 relatos de caso, extraídos de 29 documentos de relato de caso (na sua maioria relatos únicos^{4,10,11,18-31}, seguindo-se os documentos com 2³²⁻³⁶, 3 relatos^{7,38-40,42}, 4⁴³ e 5 relatos¹³), de 5 artigos de revisão^{37,65,70,71,77}, de 8 cartas ao editor^{83,84,86-90,105} e de 1 resumo⁹⁸. A informação foi sistematizada e analisada numa grelha categorial (tabela 1). Este estudo tem como objetivo determinar evidências científicas sobre a SD pela agregação de relatos de caso individuais, numa meta-sumarização simples de dados¹⁶.

Tabela 1 – Categorias de análise dos casos

Sociodemografia	Sexo, idade na avaliação, estado civil, fatores ambientais, situação profissional e socioeconómica, suporte social
Sintomatologia	Quadro clínico e sintomas proeminentes
Referenciação	Elementos referenciadores dos casos, motivos de referenciação e entidades de assistência e proteção envolvidas
Nosologia, avaliação e diagnóstico	Historial psiquiátrico e história de vida, resultados da avaliação clínica, diagnóstico diferencial, comorbilidades
Intervenção	Tipo de intervenção, duração e continuidade, resultados obtidos

Resultados

O interesse internacional sobre o tema e o uso do termo «Síndrome de Diógenes»

Apreciando os documentos verificou-se que o Reino Unido, seguido dos Estados Unidos da América e Austrália foram os países com maior contributo para o estudo da SD. Em Portugal apenas foram identificados 2 relatos de caso^{25,98}, o que evidencia a reduzida sensibilidade face à problemática. Em resultado, depreende-se que o irreconhecimento desta síndrome por parte da sociedade civil apresentar-se-á como o principal fator impeditivo da conveniente identificação e gestão de casos, assumindo-se como uma prioridade a clarificação do termo «Síndrome de Diógenes» tendo em vista a criação de uma base comum à interpretação do fenómeno. A este respeito, impõe-se referir que este termo, mais fortemente adotado em publicações Europeias, revela algumas reservas que explicam a existência de uma diversidade de termos associados. As considerações produzidas estão relacionadas com a inexistência de provas de que os indivíduos com SD tenham escolhido viver assim livremente (o isolamento parece marcado pela rejeição do mundo exterior e não pelo desejo de auto-suficiência^{8,38}), o não cumprimento de alguns critérios quando se analisa a vida da figura literária que inspirou os investigadores, Diógenes de Sínope^{13,82} e, finalmente, o facto de o termo não reconhecer a extensão do problema¹⁰⁶. No entanto, a maioria dos autores subscrevem o potencial sensibilizador do termo, e se não o adotam como referencial empregam-no como sinónimo nos seus trabalhos.

Informação sócio-demográfica e económica, condições habitacionais e apoio social

Os relatos de SD apresentam descrições de indivíduos entre os 22 e os 92 anos de idade. A média de idade ronda os 69 anos e não varia significativamente em ambos os sexos. Ser mulher adquire especial importância (2/3 dos relatos), porém os desequilíbrios das etapas finais da vida tornam este dado pouco expressivo. Dos 52 casos que identificam o estado civil sobressaem os solteiros (44%) e os viúvos (25%). Na totalidade dos relatos, 84% são idosos, dos quais 21% são muito idosos. Percebe-se, assim, que a SD afeta maioritariamente a população mais velha.

A análise revela uma omissão global do tipo de habitação, sendo apenas referida em 23 relatos, nos quais viver em apartamento e em meio urbano foi um dado relevante para a sinalização (74% dos casos que identificam esta informação). Em 80% dos relatos observam-se os comentários sobre a habitação que vão desde «deterioração marcada», «insalubridade extrema», «inabitável» a «condições infra-humanas». É de realçar a presença de excrementos humanos e/ou de animais (33%), a presença de animais no interior da habitação (20%) e de infestações por roedores e/ou insetos (15%), a auto-privação de água canalizada ou eletricidade (16%), a acumulação de objetos e lixo que reduz o espaço de vida, dificultando a mobilidade (13%) e a degradação de compartimentos, usualmente cozinha e wc, que os torna não funcionais (9%). Os restantes 20% de relatos de caso sem

Tabela 2 – Características proeminentes da SD nos relatos de caso

	n = 67	
	n	%
Isolamento	65	97%
Auto-negligência física	62	92,5%
Auto-negligência habitacional	60	89,5%
Conduta acumuladora	55	82%
Negação do problema	46	69%
Recusa total de ajuda	40	60%

Descrição comum de auto-negligência física:

- Escassa higiene pessoal (aparência descuidada com cabelos emaranhados, unhas e roupas sujas);
- Uso de camadas de roupa sobre o corpo ou roupas inapropriadas para o tempo;
- Presença de parasitas, sujidade, feridas, infeções dérmicas e/ou urinárias, e ainda odores incómodos;
- Negligência quanto a cuidados básicos de saúde revelada pela ausência de registos médicos;
- Carências nutricionais pela incapacidade de manter uma alimentação adequada.

Descrição comum de auto-negligência habitacional:

- Domicílios marcados por abandono externo ou mesmo estados de ruína (janelas tapadas, jardins mal cuidados);
- Corte de luz, água ou gás por falta de pagamento;
- Higiene habitacional precária observável;
- Acumulação de objetos e/ou sujidade que pode inutilizar um compartimento;
- Cenário de extrema desordem, mesmo nos compartimentos mais utilizados;
- Mau odor derivado de alimentos em putrefação e/ou presença de excrementos;
- Acumulação de animais domésticos mal cuidados;
- Presença de infestação por roedores ou insetos

descrição são relativos a indivíduos que vivem na rua, que não permitem visitas, que possuem o apoio e o controlo de familiares com quem co-habitam ou que não disponibilizam qualquer informação.

A SD não revelou ser específica de um extrato sócioeconómico baixo, contrariamente ao que tinha sido preconizado por vários autores^{1,9,107}, uma vez que 17 dos 27 relatos de caso que disponibilizam informação sobre as habilitações literárias dos indivíduos, possuem curso profissional ou curso de nível superior, e dos 47 indivíduos que tinham ou tiveram um emprego remunerado, 25 foram trabalhadores qualificados. Somente 16 relatos mencionam a situação financeira, dos quais 13 declaram a posse de recursos económicos suficientes ou mais que suficientes para responder às necessidades apresentadas; 3 relatos referem escassez de recursos económicos, mas esta não é explicação suficiente para a situação de miséria grave verificada.

Relativamente à vivência domiciliar destaca-se o número de indivíduos que habitam sozinhos (64%) e os que habitam acompanhados do cônjuge ou parceiro (13%). Metade dos sujeitos mantinha contacto contínuo ou ocasional com algum familiar próximo, sem contudo manterem relações significativas. Para além disso, 14 relatos apresentam indivíduos que vivem acompanhados pelo cônjuge, irmãos ou numa relação mãe-filha onde ambos ostentam critérios de SD (*Diógenes a Deux*). Apenas 16 casos subscrevem apoio social parcial para as tarefas e/ou cuidados diários, na sua maioria apoio informal de vizinhos e familiares para compras e alimentação. Na análise de casos sobressai a ausência de qualquer tipo de apoio em 2/3 dos relatos. Algumas séries de casos mostram uma relevante variabilidade neste dado, desde a total ausência de apoio⁶⁴ a um grupo que na sua maioria recebia apoio social formal^{14,51}.

Deteção e sinalização dos casos: os sinais proeminentes da Síndrome de Diógenes

Analisou-se nos relatos a expressão efetiva dos critérios descritos na literatura, de modo a identificar uma tendência para a sua operacionalização. Sobressai a presença de 3 características centrais as quais são listadas na *tabela 2*.

Relativamente à conduta acumuladora, esta pode derivar de perturbações mentais diversas (por ex. esquizofrenia, perturbações orgânicas cerebrais, perturbações de personalidade)^{10,27,88} que não se encontram diretamente relacionadas com a SD. No entanto, numa parte considerável dos casos a conduta acumuladora ajudou a identificar a síndrome, sendo uma pista útil²⁴. Apresenta-se sob a forma de conduta ativa, pela intenção e esforço para acumular objetos sem valor ou serventia, ou conduta passiva, onde a maioria dos indivíduos com SD se deixa invadir pelo lixo em resultado da falta de iniciativa ou incapacidade de descarte. Os indivíduos mais jovens apresentaram uma conduta de acumulação essencialmente ativa, enquanto a população idosa exibe uma tendência para a apresentação da conduta acumuladora passiva. Embora a maioria dos casos não revele uma explicação clara para acumulação, sobressaíram 4 tipos de crenças: suposta carência económico-financeira²⁰, resposta a ideação persecutória²¹, resposta apoiada na aprendizagem social¹³, e o valor afetivo dos objetos²². Nesta análise reafirma-se que as pessoas com SD que apresentam conduta acumuladora possuem níveis de tolerância superiores relativamente à desordem¹⁰⁸, e que esta conduta apresentava-se em si própria como uma fonte de satisfação e alívio da ansiedade^{50,108}.

Finalmente, a negação do problema e a recusa de ajuda são também proeminentes para a deteção e sinalização dos casos. Em relação a esta última, os relatos apresentaram várias hipóteses explicativas que vão desde a menor

Tabela 3 – Motivos de referência nos relatos de caso

	n = 47	
	n	%
Urgências		38%
Queda	6	
Não identificado	6	
Descompensação	5	
Distúrbio comportamental	1	
Degradação ambiental	15	32%
Comportamentos desviantes	7	15%
Morte	3	6%
Declínio funcional	1	2%
Internamento da cuidadora	1	2%
Perigo de incêndio	1	2%
Roubo	1	2%

propensão dos indivíduos auto-negligentes a precisar de ajuda em atividades funcionais⁵⁴, a presença de personalidades independentes e dominadoras, ser uma forma de proteção pessoal e manutenção do controlo da sua vida^{13,44,62} ao descompasso entre as necessidades do indivíduo e a forma como os serviços de apoio são organizados⁶².

Referenciação: entre os serviços de saúde pública e os serviços de apoio social

O grave isolamento, numa condição de vida à margem da sociedade, torna difícil a deteção destas situações. Geralmente são do conhecimento da comunidade que os referencia aos serviços de saúde pública anos após a deteção do fenómeno e apenas perante situações de grave risco para o próprio ou para terceiros^{5,9,50}. Na casuística em análise foram os vizinhos os principais referenciadores (56%). Este resultado levanta questões quanto às implicações da SD na comunidade geográfica (principalmente quando o fenómeno se estende para fora de casa, ameaçando a saúde e segurança dos vizinhos), ao limitado papel da família (20%) e ao papel dos serviços de saúde (20% - o médico de clínica geral revelou-se uma peça chave na identificação da SD) e serviços comunitários, pois a SD não lhes causa impacto direto, senão perante a inexistência de condições para a prestação dos cuidados necessários⁶⁵. Muitos relatos de caso descrevem condições para a prestação de serviços que geram desmoralização e recusa por parte dos serviços comunitários pelo risco associado (por ex. infestações, inutilização dos espaços de higiene, comportamentos do indivíduo que suscitam receio). Embora alguns relatórios⁴⁰ apontem a família como principal sinalizadora do fenómeno, os resultados desta análise colocam em causa o seu papel neste processo. Da casuística emergem hipóteses para a aparente falta de preocupação dos familiares: (i) o respeito pela auto-determinação e privacidade da pessoa; (ii) sentimento de frustração após várias tentativas de ajuda; (iii) sentimento de impotência, vergonha e medo quanto à sua excentricidade; (iv) degradação da relação; (v) despreocupação por não considerarem uma conduta patológica; (vi) desconhecimento do estilo de vida do familiar devido ao isolamento a que ele se remete; (vii) desconhecimento de recursos na comunidade com competência para lidar com o fenómeno.

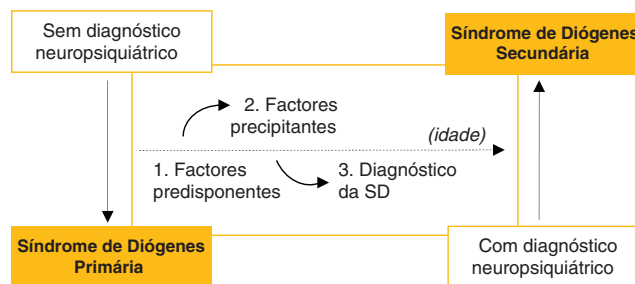


Figura 1 – Modelo representativo da Síndrome de Diógenes (adaptado do esquema *Preventive approach to self-neglect syndrome* de Reyes-Ortiz, presente numa carta ao editor intitulada “Self-neglect as a geriatric syndrome” em 2006).

Quanto aos motivos de referenciação (tabela 3), verificou-se que decorreram sobretudo de situações de urgência médica aguda. A segunda causa de referenciação foi ocasionada por queixas relativas a degradação ambiental (odor ofensivo, infestações, insalubridade percebida externamente e risco de incêndio). Os comportamentos desviantes são também causa de referenciação ao englobar ações que causam receio e mal-estar aos demais. Não é invulgar também a descoberta de cadáveres no domicílio, sendo a sinalização ocasionada pela ausência prolongada dos indivíduos e odor corporal³⁸.

Ao apreciar o processo de sinalização na casuística, a principal entidade civil contactada foi o Serviço de Saúde (66%), através do internamento, consulta médica e do Serviço de Saúde Mental. Seguiu-se a sinalização aos serviços sociais (25%) e à polícia (9%) que, em pelo menos 15% dos relatos, possuíam conhecimento prévio das condições de vida dos indivíduos, sem realizarem intervenção relevante.

Nosologia, avaliação e «diagnóstico»

A análise nosológica, relativa ao estudo da etiopatogenia compreendida na SD, não é unânime. O modelo exposto na figura 1 pode ser útil na análise dos resultados.

A SD secundária é o fenómeno que coexiste com um diagnóstico neuropsiquiátrico com influência direta no comportamento do indivíduo com SD, ao prejudicar a capacidade de decisão e ao espoletar um estilo de vida negligente. Por sua vez, a SD primária relaciona-se com uma atitude hostil perante o mundo, sem ser observada manifestação psicopatológica relevante. Poderá ter explicação na interação entre traços de personalidade pré-mórbidos, uma escolha individual intencional ou desejo associado ao final de vida e/ou um possível declínio cognitivo leve, consistente com a idade^{9,50,68,109,110}.

Na casuística é perceptível a influência que determinadas transformações sociais manifestam na SD marcando, muitas vezes, os seus primeiros sinais ao gerarem estados de desmoralização^{1,34,38,50,64}. Observando a tabela 4, verifica-se que a perda de pessoas próximas, à qual está fortemente associada a viuvez e o luto patológico, é identificada como o principal evento negativo perturbador.

A «Síndrome de Diógenes por proximidade» ou *Diógenes à Deux*³², encontra-se relatada em 16% dos casos (i.e. fator «coabitar com pessoas auto-negligentes»), nos quais a SD é

Tabela 4 – Possíveis fatores de risco obtidos na história de vida dos relatos de caso

	n = 67	
	n	%
<i>Eventos stressantes de vida</i>		
Perda de pessoas próximas	30	45%
Coabitar com pessoas auto-negligentes	11	16%
Reforma	8	12%
Mobilidade comprometida	7	10%
Situações violentas e traumáticas	7	10%
<i>Personalidade pré-mórbida</i>	27	40%

partilhada entre os familiares que habitam juntos, correspondendo a 2 pares de irmãos, 3 casais e uma mãe dependente de uma filha cuidadora auto-negligente. Alguns dos dados que ressaltam da análise dos relatos são: (i) um dos indivíduos apresenta traços de personalidade dominadora e o outro adota uma postura de subjugação, manifestando indiferença quanto ao estado de miséria que o rodeia, ou reproduzindo os comportamentos desviantes do familiar^{32,35}; (ii) um dos indivíduos apresenta algum insight sobre a situação, recusando ajuda pelo constrangimento e vergonha da situação em que vive e/ou do sentimento de proteção para com o seu par³⁷; (iii) situação de dependência de um cuidador auto-negligente⁸⁷; (iv) dificuldade na deteção do indivíduo foco do problema^{32,35,37,65}. Mais de um terço dos relatos de caso revelam traços de personalidade pré-mórbidos de caráter patológico, pautados por comportamentos de independência, hostilidade, desconfiança e instabilidade emocional, que compõem ao isolamento e dificultam a adaptação social. Estes parecem desempenhar um papel relevante na patogênese da Síndrome^{1,50,110}.

A Síndrome de Diógenes e a presença de perturbações mentais

Na análise da avaliação neuropsicopatológica descrita nos relatos identificam-se diversos diagnósticos que se apresentaram de forma concomitante em 68% dos casos e podem tomar lugar de fatores predisponentes, precipitantes ou meras condições ou doenças sobrepostas (tabela 5).

Tabela 5 – Perturbações mentais diagnosticadas nos relatos de caso

	n = 67	
	n	%
<i>Demência cortical:</i>		
Frontotemporal	13	19%
Outro tipo ou não determinada	7	
<i>Perturbação obsessivo-compulsiva</i>	10	15%
<i>Perturbação da personalidade</i>	10	15%
<i>Perturbação delirante</i>	8	12%
<i>Deficiência mental</i>	7	10%
<i>Perturbação depressiva major</i>	7	10%
<i>Abuso de substâncias (álcool/droga)</i>	6	9%
<i>Esquizofrenia</i>	5	7%

Numa análise aos diagnósticos psicopatológicos relevantes na SD, sobressaem os diagnósticos de demência, em especial a resultante de uma disfunção frontotemporal, sendo entendida por alguns autores como o principal fator explicativo da sintomatologia da Síndrome de Diógenes^{4,8,12,22,23,43,77,84,92,105,111,112}. Uma disfunção nos lobos frontais e córtex pré-frontal pode revelar-se nos indivíduos através de comportamentos de impulsividade, falta de iniciativa, auto-negligência e comportamento acumulador em resultado da apatia e de alteração das funções executivas, com disfunção ou desinibição do instinto primitivo de recolha e acumulação¹¹³, redução da capacidade de discernimento e até ideias delirantes^{12,21,22,43,107}. A presença de perturbações obsessivo-compulsivas (designadamente POC de descontaminação, de acumulação de objetos e de repetição) e de perturbações da personalidade revelaram estar presentes em 15% dos relatos respetivamente, sendo que a presença deste diagnóstico no estudo da casuística assemelha-se aos valores divulgados noutros estudos⁴⁹. Em relação à perturbação delirante, importa destacar que esta tende a motivar o isolamento social marcado e a incapacidade para o auto-cuidado (nos relatos de caso sobressai a do tipo persecutório). A deficiência mental e a presença de uma perturbação depressiva apresentaram expressividade similar (10%), associando-se a limitações no funcionamento adaptativo dos indivíduos, podendo ser reconhecidas como factores de risco para diversos comportamentos associados à auto-negligência^{67,71}, destacando-se que noutros estudos a significância percentual deste diagnóstico é superior^{71,77}. Finalmente, o abuso de substâncias, nomeadamente de álcool, apresentou-se como estando relacionado com condutas pobres de auto-cuidado^{7,9,13,14,29,30,32,38,39,46,51,71,77,84}. O diagnóstico de esquizofrenia, presente em 7% dos casos, evidencia uma variedade de sinais e sintomas particularmente relacionados com o diagnóstico de SD^{4,9,10,13,30,46,49,64,77,84}, desde o isolamento, à perda de interesse, dificuldade em resolver problemas, deterioração dos cuidados pessoais e apresentação de comportamentos atípicos.

É ainda relevante mencionar a incidência de diferentes diagnósticos entre jovens-idosos na casuística analisada. Nos indivíduos idosos destaca-se a identificação de demência, de défice funcional e mesmo a ausência de diagnósticos psicopatológicos, enquanto nos indivíduos não idosos sobressaem diagnósticos de deficiência mental, abuso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e perturbação depressiva major.

De um modo global, a análise da casuística permitiu verificar que a existência de um diagnóstico neuropsicológico alerta os profissionais para subtis sinais de risco, no entanto, estas desordens não parecem suficientes para explicar o declínio dos padrões sociais, pessoais e outras condutas^{25,27,92}. Os resultados da casuística permitiram identificar também a apresentação de contornos distintos entre os jovens e os idosos, com a manifestação de diferentes fatores precipitantes da SD.

Comorbilidades físicas, orgânicas e metabólicas

Da análise casuística não se consegue identificar que influência possui a SD na apresentação de uma doença física e/ou que consequência esta pode acarretar na SD, pois pouco mais

Tabela 6 – Comorbilidades físicas descritas nos relatos de caso

	n = 67	
	n	%
Distúrbios nutricionais	16	24%
Mobilidade comprometida	13	19%
Úlceras/infeções dérmicas	11	16%
Problemas cardíacos	6	9%
Pneumonia	4	6%
Câncer/tumor	4	6%
Hipertensão	3	4%
Hérnia	3	4%
Infeção urinária	2	3%
Estase venosa crônica	2	3%
Síndrome mieloproliferativa	2	3%
Doença hepática aguda	1	1%
Bronquite crônica	1	1%
Hipotiroidismo	1	1%
Obesidade	1	1%
Hipotermia	1	1%

de metade dos relatos (61%) referencia uma avaliação física. Da análise da [tabela 6](#) percebe-se que o distúrbio nutricional em resultado da carência alimentar (por ex. estados de desnutrição, distúrbios eletrolíticos – ferro, folato, vitamina B12, entre outros) assume um papel de destaque. Este diagnóstico exibe um efeito cíclico como consequência e causa de deterioração comportamental na SD ao fragilizar o estado de saúde e limitar a execução de atividades. O comprometimento da mobilidade (por ex. resultado de artropatia degenerativa e quedas) pode exacerbar as características da SD pela diminuição da capacidade para o auto-cuidado^{34,71,77} e ao mesmo tempo resultar de comportamentos de risco, como o isolamento social e a acumulação. Também se verifica a presença de afeções cutâneas resultantes da privação de higiene, de parasitas e sujidade e de uma alimentação desequilibrada.

Alguns dos estudos analisados dão ênfase a infeções urinárias, incontinência e doenças respiratórias, que na presente análise adquirem reduzida relevância^{1,25,38,40,50,55,66,71,77,104}. Para além dos 3 primeiros diagnósticos, os restantes são comumente observados e tratados pelas equipas geriátricas^{50,55}, não possuindo estreita relação com a SD. Todavia, convém destacar que estas comorbilidades, são alvo de preocupação acrescida na SD, pela grave incapacidade para o auto-cuidado e recusa de recursos benéficos apresentadas por estes indivíduos, afigurando-se a avaliação do estado de saúde e o tratamento como uma ação problemática e delicada para os serviços de saúde pública.

Que intervenções?

A literatura mostra a indispensável utilidade da visita domiciliar e de uma avaliação neuropsicológica completa^{5,8,9,12,29,64,70-72,77,90,92,105,114}. Quanto à visita domiciliar, uma vez que a procedência da descrição da habitação nem sempre foi esclarecedora, não foi possível determinar o número de casos nos quais esta foi efetuada. Já a avaliação do estado mental foi referenciada em 56 relatos de caso, todavia apenas em 4 é descrita uma avaliação completa

composta por anamnese (84%), análise bioquímica (36%), testes de triagem (52%), bateria de provas neuropsicológicas (13%) e exames de neuroimagem (24%). As descrições de alguns relatos apresentam estados do sujeito sem explicitação dos métodos de avaliação usados. Já no que concerne aos principais obstáculos a uma avaliação integrada foram identificados: (i) o não reconhecimento da SD como problema de saúde pública⁴³; (ii) a dificuldade em reconhecer sinais de risco em indivíduos solitários^{35,43}; (iii) a falta de cooperação na avaliação exaustiva por parte das pessoas afetadas^{43,71}; (iv) a referência a diagnósticos diferenciais com critérios comuns com a SD que desencorajam uma avaliação pormenorizada³⁵; (v) e a carência de instrumentos válidos de triagem e de «diagnóstico» da SD.

As principais intervenções descritas na casuística foram o internamento voluntário (45% dos relatos), o tratamento compulsivo (6%), o tratamento farmacológico para inibir ou controlar comportamentos associados a outras comorbilidades que podem coexistir com a SD (36%), e a abordagem na comunidade (33%). Na maior parte dos relatos os investigadores não revelam o tempo de intervenção, e é evidente a referência quase exclusiva ao internamento médico, sem continuidade nos cuidados. Destacam-se os 12 relatos que apresentam melhoria do bem-estar físico, psicológico e da higiene pessoal e ambiental, e/ou redução de riscos significativos. Destes, 11 descrevem como principal método de intervenção o acompanhamento com uma diversidade de serviços e cuidados dispensados na comunidade (por ex. visitas domiciliares por profissionais de saúde e de saúde mental, apoio de entidades da comunidade para a promoção de atividades ocupacionais, abordagem para a segurança em casa e apoio nas AVD - alimentação, encorajamento para a higiene pessoal)^{10,25,31,33,34,39,40,43,84}.

Conclusões

De um modo global, a análise casuística revelou como critérios fundamentais para a definição da SD o isolamento e a auto-negligência física e habitacional. A conduta acumuladora, o reduzido insight e a recusa de apoio encontram-se vulgarmente associados, apoiando o «diagnóstico» formal. Do ponto de vista da saúde pública este fenómeno resulta muitas vezes em situações de ameaça à saúde e segurança pública ao afetar a pessoa auto-negligente e as pessoas (nomeadamente vizinhos) e serviços que se cruzam com esta problemática. Numa perspetiva sociointerventiva levantam-se inúmeras questões, dilemas éticos e obstáculos que assentam na urgência de buscar melhor compreensão acerca da etiologia da SD. A presente revisão apreende o fenómeno como uma síndrome que congrega etiologia multifatorial ao compartilhar fatores de risco com outras síndromes, ao apresentar uma forte relação com o declínio cognitivo e funcional e efeitos que parecem elevar a mortalidade. A SD em indivíduos mais jovens parece estar sobretudo associada a diagnósticos de deficiência mental, abuso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e perturbação depressiva major, precursores de uma variedade de condutas associadas à auto-negligência, mas que apresentam potencial de tratamento ou determinam um meio para uma intervenção fundamentada. Nos sujeitos idosos que apresentam SD sobressai a presença de demência, o declínio

Tabela 7 – Sistematização de fatores com influência na SD

Fatores	Observações
<i>Perspetiva social, cultural e individual</i>	
Solidão marcada	Condicionada por circunstâncias que geram o desejo voluntário de isolamento
Doença, disfunção ou condição somática	Como consequência de comportamentos de risco associados à SD e como causa de deterioração comportamental, ao limitar a capacidade para o auto-cuidado
Privação sensorial	Derivado ao défice visual, auditivo, sensitivo e a um ambiente pobre em estímulos
Doença, disfunção ou condição psicossomática	Que permita explicar alguns dos comportamentos típicos na SD. Não é incomum a associação de perturbações mentais e é evidente a correlação destes com deterioração cognitiva, usualmente com o prejuízo da função executiva
Personalidade prévia	Traços específicos de personalidade que não determinam uma perturbação, mas desempenham um papel essencial na patogénese da SD
Acontecimentos de vida stressantes	Na sequência de eventos negativos que vulnerabilizam o sujeito

da capacidade executiva ou a ausência de diagnósticos psicopatológicos. Foi citada a inexistência de consenso sobre os mecanismos etiopatogénicos desta desordem comportamental e a reduzida oportunidade de prevenção pela ausência de “triggers” que facilitem a deteção de situações de risco, sendo as consequências negativas da SD o usual impulso para a intervenção. Este fenómeno sofre a influência de um conjunto de fatores que a *tabela 7* sistematiza, e que expressam a diversidade de situações atuantes na génese e manutenção do fenómeno.

Na casuística destaca-se um perfil de indivíduos com SD, caracterizado por sujeitos idosos (84%), mulheres (66%), sujeitos solteiros (44%) ou viúvos (25%), que habitam sozinho (64%), em apartamento, em habitações com graves deficiências de habitabilidade, incapazes de garantir relações significativas e relutantes em receber qualquer ajuda, principalmente em contexto formal. Os serviços de saúde, especialmente de saúde mental, foram as principais entidades civis contactadas; porém, os serviços e as autoridades locais possuíam, ocasionalmente, conhecimento prévio da situação.

A intervenção sobre a SD implica a avaliação dos fatores atuantes e do contexto de vida do indivíduo. As formas de intervenção descritas incluem o internamento voluntário, o tratamento compulsivo, o tratamento farmacológico e a intervenção integrada na comunidade. Destaca-se a evidência de uma intervenção domiciliar centrada na visita de profissionais, sendo esquecido e/ou dificultado o esforço por sensibilizar, formar e envolver a comunidade e a família, o que constitui um fator explicativo do prognóstico pobre da gestão de casos. Para finalizar, é de mencionar que os principais obstáculos à intervenção na SD são o isolamento e a recusa de apoio, revelando, sobretudo, o desequilíbrio entre as

necessidades do sujeito com SD e a forma como os serviços lhe são dirigidos.

Limitações da revisão sistemática da literatura e do estudo da casuística

A dificuldade no estudo da SD reflete-se no desenho das investigações científicas em análise que revelaram incluir amostras reduzidas e por conveniência, com recolha de dados secundários. Uma das maiores dificuldades encontradas diz respeito à falta de congruência metodológica entre os diversos relatos de caso, onde se observa uma falha na relevância e na abrangência dos dados (por ex. geralmente focam apenas uma das categorias definidas para a análise e não descrevem com pormenor métodos de avaliação, diagnóstico e intervenção). Assim, os resultados do estudo de casuística devem ser interpretados com cautela por não ser possível inferir com segurança a prevalência dos fatores analisados nem estimar o potencial das intervenções consideradas.

Sugestões de investigação futura

Primeiramente reconhece-se a importância de comprometer o meio científico com o termo «Síndrome de Diógenes», impulsionando a convergência de esforços para o seu melhor conhecimento e esclarecimento científico. Será útil potenciar o desenvolvimento de estudos com foco na perspetiva dos sujeitos com SD (para a identificação de fatores precipitantes ligados à consciência individual) e que se centrem na investigação de intervenções na SD e nos seus resultados. Concretamente em Portugal, a reduzida consciência sobre a SD reflete-se no número de artigos científicos publicados. Para conduzir o fenómeno para a discussão científica será indispensável a sensibilização dos profissionais, através de medidas como a introdução da temática no plano formativo de vários cursos e pós-graduações, que estimule o compromisso destes profissionais perante situações de grave risco de isolamento e auto-negligência e que oriente o desenvolvimento de estudos através, sobretudo, da publicação de relatos de caso que permitam identificar as particularidades do fenómeno em Portugal e a sua relevância. Desta forma se determinará a urgência em projetar protocolos de resposta à SD que envolvam entidades e serviços de proximidade, com vista à atuação em situações de risco manifesto para a saúde pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Clark AN, Mankikar GD. Diogenes syndrome a clinical study of gross neglect. *Lancet*. 1975;15:366-8.
2. Radebaugh TS, Hooper FJ, Gruenberg EM. The social breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the helping study. *B J Psych*. 1987;151:341-6.
3. Shabbir A, Sabu KO, Datta SS. “Diogenes Syndrome” Revisited. *German J Psychiatry*. 2009;12:38-44.
4. Badr A, Hossain A, Iqbal J. Diogenes syndrome: when self neglect is nearly life threatening. *Clinical Geriatrics*. 2005;13.
5. O'Brien JG, Thibault JM, Turner LC, Laird-Fick HS. Self-neglect: an overview. *J Elder Abuse Negl*. 1999;11:1-19.
6. Almeida R. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura: 1960-2010. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências

- da Saúde, 2011. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.
7. Pérez MS. Actualización en el Síndrome de Diógenes. *Interpsiquis*; 2005, 17.
 8. Cooney C, Hamid W. Review: Diogenes Syndrome. *Age Ageing*. 1995;24:451-3.
 9. Reyes-Ortiz CA. Diogenes Syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther*. 2001;27:117-21.
 10. Lera Calatayud G, Hernández Viadel M, Leal Cercós C. Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso. *Psiquiatr Biol*. 2008;15:140-3.
 11. Christensen RC. Diogenes and Marcella. A reflection on homelessness and self-neglect. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2007;70:52-3.
 12. Lebert F. Diogene syndrome, a clinical presentation of fronto-temporal dementia or not? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:1203-4.
 13. Pantoja Paz JA. Intervención del trabajador social en personas afectadas por el Síndrome de Diógenes. *Acciones e investigaciones sociales*. 2006; Extra 1:435.
 14. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, MacDonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet*. 2000;355: 882-6.
 15. Hunt DT, Crombie IK. What is a systematic review. *Hayward Medical Communications*; 2009.
 16. Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2008;17:771-8.
 17. Gay J, editor. *Clinical epidemiology & evidence-based medicine glossary: clinical study design and methods terminology*. Pullman WA: College of Veterinary Medicine. Washington State University; 1998.
 18. Graham JA. Diogenes Syndrome-how should we manage it? *J Ment Health*. 1997;6:2.
 19. Roberge FR. Le Syndrome de Diogène: une entité gériatrique. *Can Fam Physician*. 1998;44:812-7.
 20. Herran A, Vazquez-Barquero JL. Treatment of Diogenes syndrome with risperidone. *Aging Neuropsychol Cogn*. 1999;6:96-8.
 21. Al-Adwani A, Nabi W. Coexisting Diogenes and Capgras syndromes. *Int J Psychiatr Clin Pract*. 2001;5:75-6.
 22. Léon V, Rannou-Dubas K, Barré J, Gohier B, Goeb JL, Garre JB. Un collectionnisme singulier: le syndrome de Diogene. *Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale Chu Angers*. 2003.
 23. Campbell HTG, Tadros G, Hanna G, Bhalerao M. Diogenes syndrome: frontal lobe dysfunction or multi-factorial disorder? *Geriatric Medicine*. 2005.
 24. Montero-Odasso M, Schapira M, Duque G, Chercovsky M, Fernandez-Otero L, Kaplan R, et al. Is collectionism a diagnostic clue for Diogenes syndrome? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:709-11.
 25. Cerezo Ramirez N, Palma Gois JA. O síndrome de Diógenes. *PsiLogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 2006;3:51-6.
 26. Koeck ABF, Bouckaert F, Peuskens J. Hoarding as the core symptom of the Diogenes Syndrome: a case study. *Tijdschr Psychiatr*. 2007;49:195-9.
 27. Fontenelle L. Diogenes syndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding. *Gen Hosp Psychiatr*. 2008;30:288-90.
 28. Baratta A, Bénézech M. Clausturation et collectionnisme: réflexions à propos d'un cas de syndrome de Diogène avec vols kleptomaniques et vengeurs. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2010;168:367-72.
 29. Stumpf BPR, Lopes F. Síndrome de Diógenes. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:156-9.
 30. Carrato Vaz E, Martínez Amorós R. Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010;30:489-95.
 31. Fond G, Jollant F, Abbar M. The need to consider mood disorders, and especially chronic mania, in cases of Diogenes syndrome (squalor syndrome). *Int Psychogeriatr*. 2010;1-3. FirstView.
 32. Cole AJ, Gillett TP, Fairbairn A. A case of senile self-neglect in a married couple: 'Diogenes-a-deux'. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1992;7:839-41.
 33. Williams H, Clarke R, Fashola Y, Holt G. Diogenes' syndrome in patients with intellectual disability: 'a rose by any other name'? *J Intellect Disabil Res*. 1998;42:316-20.
 34. Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P. Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: case reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1999;36:29-34.
 35. Fuente Esteban I, Geijo Uribe MS, Sánchez Losada M. Un caso de Síndrome de Diógenes compartido en una pareja de hermanas. *Psiquis*. 2000;21:107-10.
 36. Saiz D, Lozano García MC, Burguillo F, Botillo C. El síndrome de Diógenes: a propósito de dos casos. *Psiquiatria.com*. 2003;7.
 37. Ballard J. Legal implications regarding self-neglecting community-dwelling adults: a practical approach for the community nurse in Ireland. *Public Health Nurs*. 2010;27:181-7.
 38. Byard RW, Tsokos M. Forensic issues in cases of Diogenes syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 2007;28:177-81.
 39. Gómez-Feria Prieto I. Formas clínicas del síndrome de Diógenes: a propósito de tres casos. *Psiquiatr Biol*. 2008;15:97-9.
 40. Iqbal JH, Haghour-Vwich M, Badr A, Baron N, Fletcher E. A look at diogenes Syndrome. *Clinical Geriatrics*. 2010;18:45-6.
 41. Thibault J. Analysis and treatment of self-neglectful behaviors in three elderly female patients. *J Elder Abuse Negl*. 2007;19:151-66.
 42. Nalbant S, Uluutku S, Yildirim S, Basoglu C, Danaci M. Diogenes Syndrome: a case report. *GERIATRİ*. 2002;5:35-7.
 43. Beauchet O, Imler D, Cadet L, Blanc P, Ramboa P, Girtanner G, et al. Diogenes syndrome in the elderly: clinical form of a frontal dysfunction? Report of 4 cases. *Rev Med Interne*. 2002;23:122-31.
 44. Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Pean I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale: enquête descriptive. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2010;8:141-53.
 45. Lauder W. Constructions of self-neglect: a multiple case study design. *Nursing Inquiry*. 1999;6:48-57.
 46. Lauder W. A survey of self-neglect in patients living in the community. *J Clin Nurs*. 1999;8:95-102.
 47. Roe PF. Self-neglect. *Age and Ageing*. 1977;6:192-4.
 48. Dong X, Tang Y, Gorbien M, Evans D. Black and whites differences in elder self-neglect and psychosocial factors. *Gerontologist*. 2008;48:598.
 49. Snowdon J, Halliday G. A study of severe domestic squalor: 173 cases referred to an old age psychiatric service. *International Psychogeriatrics*. 2011;23:308-14.
 50. MacMillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental. *Brit Med J*. 1966;2:1032-7.
 51. Wrigley M, Cooney C. Diogenes syndrome: an Irish series. *Ir J Psychol Med*. 1992;9:37-41.
 52. Spensley C. The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco Adult Protective Services. *J Elder Abuse Negl*. 2009;20:42-61.
 53. Naik AD, Burnett J, Pickens-Pace S, Dyer CB. Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *Gerontologist*. 2008;48:388-93.
 54. Payne BK, Gainey RR. Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: how do these cases compare to

- traditional types of elder mistreatment? *J Elder Abuse Negl.* 2005;17:21-36.
55. Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S, Burnett J, Kelly PA. Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *Am J Public Health.* 2007;97:1671-6.
 56. Ayers CR, Saxena S, Golshan S, Wetherell JL. Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25:142-9.
 57. Adams J, Johnson J. Nurses' perceptions of gross self-neglect amongst older people living in the community. *J Clin Nurs.* 1998;7:547-52.
 58. Lauder W, Scott PA, Whyte A. Nurses' judgements of self-neglect: a factorial survey. *Int J Nurs Stud.* 2001;38:601-8.
 59. Van Loon AM, Kralik D, editores. *Caring for people living in domestic squalor: research informed practice.* Glenside, AU: RDNS Research Unit; 2008.
 60. Van Loon AM, Kralik D, editores. *Indicators of squalor observed by district nurses.* Glenside, AU: RDNS Research Unit; 2008.
 61. Lauder W, Anderson I, Barclay A. Housing and self-neglect: the responses of health, social care and environmental health agencies. *J Interprof Care.* 2005;19:317-25.
 62. Lauder W, Roxburgh M, Harris J, Law J. Developing self-neglect theory: analysis of related and atypical cases of people identified as self-neglecting. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16:447-54.
 63. Halliday G, Snowden J. The Environmental Cleanliness and Clutter Scale (ECCS). *Int Psychiatr.* 2009;21:1041-50.
 64. Chan SMS, Leung PYV, Chiu FKH. Late-onset Diogenes syndrome in Chinese: an elderly case series in Hong Kong. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3:589-96.
 65. Sengstock MC, Thibault JM, Zaranek R. Community dimensions of elderly self-neglect. *J Elder Abuse Negl.* 1999;11:77-93.
 66. Levine JM. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics.* 2003;58:37-44.
 67. Lauder W, Anderson I, Barclay A. A framework for good practice in interagency. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;2:192-8.
 68. Susanne G, William L, Ludwick R. Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006:17.
 69. Dyer CB, Pickens S, Burnett J. Vulnerable elders: when it is no longer safe to live alone. *JAMA.* 2007;298:1448-50.
 70. Naik AD, Lai JM, Kunik ME, Dyer C. Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. *Geriatrics.* 2008;63:24-31.
 71. Maria P, Pavlou MSL. Self-neglect in older adults: a primer for clinicians. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1841-6.
 72. Cooney Jr LM, Kennedy GJ, Hawkins KA, Hurme SB. Who can stay at home?: assessing the capacity to choose to live in the community. *Arch Intern Med.* 2004;164:357-60.
 73. Maier T. On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:323-37.
 74. Lahera G, Saiz-Gonzalez D, Martin-Ballesteros E, Perez-Rodriguez MM, Baca-Garcia E. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34:403-7.
 75. Lauder W, Anderson I, Barclay A. Sociological and psychological theories of self-neglect. *J Adv Nurs.* 2002;40:331-8.
 76. Snowden J, Halliday G. How and when to intervene in cases of severe domestic squalor. *Int Psychogeriatr.* 2009;21:996-1002.
 77. Pavlou MP, Lachs MS. Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:831-42.
 78. Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ. Diogenes Syndrome: a five-year follow-up. *Int J Geriatr Psych.* 2007;22:1166-7.
 79. Halliday G, Snowden J, Simpson B. Re: Diogenes syndrome in a pair of siblings. *Can J Psychiatry.* 2005;50:567.
 80. Van Alphen SPJ, Engelen GJJA. Reaction to 'personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome'. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:189, author reply 190.
 81. Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ. Response to van Alphen and Engelen regarding the diagnosis of personality disorder in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:190.
 82. Marcos M, Gomez-Pellin MD. A tale of a misnamed eponym: Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23:990-1.
 83. Grignon S, Bassiri D, Bartoli JL, Calvet P. Association of Diogenes syndrome with a compulsive disorder. *Can J Psychiatry.* 1999;44:91-2.
 84. Galvez-Andres A, Blasco-Fontecilla H, Gonzalez-Parra S, Molina JDD, Padin JM, Rodriguez RH. Secondary bipolar disorder and diogenes syndrome in frontotemporal dementia: behavioral improvement with quetiapine and sodium valproate. *J Clin Psychopharm.* 2007;27:722-3.
 85. Keeley J. Possible missed diagnosis of sylogomania. *BMJ.* 1996;312.
 86. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T. A case of Diogenes syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:1486.
 87. Omahony D, Evans JG. Diogenes Syndrome by proxy. *Brit J Psychiatr.* 1994;164:705-6.
 88. Ngeh JKT. Diogenes syndrome presenting with a stroke in an elderly, bereaved woman. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15:468-9.
 89. Esposito D, Rouillon F, Limosin F. Diogenes syndrome in a pair of siblings. *Can J Psychiatry.* 2003;48:571-2.
 90. Saiz González D, Quintero Gutiérrez del Alamo J, Quiñones Tapia D, Burguillo Prieto F, Lozano García MC, Botillo Martín C, et al. Diogenes syndrome: neuroradiology findings in white matter. Organic basis of self-care alterations in elderly people. *Rev Clin Esp.* 2005;205:42-3.
 91. Gill TM. Elder self-neglect medical emergency or marker of extreme vulnerability? *JAMA.* 2009;302:570-1.
 92. Orrell MW, Sahakian BJ. Dementia of frontal lobe type. *Psychol Med.* 1991;21:553-6.
 93. Van Alphen SPJ, Engelen GJJA, Kuin Y, Derksen JLL. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21:205-9.
 94. David M-C, Alberto P, Leckman JF. Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *Am J Psychiatry.* 2007;164:1313-4.
 95. Abdulla A, Kwanda A, Umasankar U. Diogenes Syndrome neglect of personal hygiene and the living environment, in *Eur J Intern Med.* 2009;20. doi:10.1016/S0953-6205(09)60028-5.
 96. Johnson D, TC. Diogenes syndrome: does the benefit of the team approach to intervention support the cost? *J Nutr Health Aging.* 2009;2:163-4.
 97. Murray B. Diogenes syndrome. *BMJ.* 2008;337, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2534>.
 98. Castro LC, Ribeiro O. Diogenes Syndrome and pathological hoarding behaviour: a case report. *Eur Psychiatry.* 2009;24:S1091.
 99. Northern Sydney Domestic Squalor Working Party. *Dealing with domestic squalor: Northern Sydney: information pack.* Sydney: Northern Sydney Severe Domestic Squalor Working Party; 2005.
 100. Blue Mountains City Council. *Domestic squalor information package: a guide for services to assist with identifying and dealing with domestic squalor in the Blue Mountains.* Katoomba NSW: Blue Mountains; 2009.
 101. Department of Ageing, Disability and Home Care (DADHC). *Partnerships Against Homelessness (PAH) Committee. Guidelines for field staff to assist people living in severe*

- domestic squalor. Sydney: PAH - Partnerships against homelessness; 2007.
102. McDermott S, Gleeson R. Evaluation of the severe domestic squalor project: final report. Sydney, California: Catholic Community Services; 2009.
 103. McDermott S, Gleeson R. Evaluation of the severe domestic squalor project. Social Policy Research Center; 2009.
 104. Fernández AP, Bueno SD, Moya FB, Mallada NP, Saborido CM. Aproximación al Síndrome de Diógenes desde una perspectiva. Madrid: Curso de Especialista en Salud Pública Municipal; 2008. p. 7-31.
 105. Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ. Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:703-5.
 106. Reifler BV. Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1484-5.
 107. Shah A. Squalor syndrome: a viewpoint. *Aust J Ageing*. 1995;14:160-2.
 108. Andersen E, Raffin-Bouchal S, Marcy-Edwards D. Reasons to accumulate excess: older adults who hoard possessions. *Home Health Care Serv Q*. 2008;27:187-216.
 109. Snowdon J, Shah A, Halliday G. Severe domestic squalor: a review. *Int Psychogeriatr*. 2006;19:37-51.
 110. Snowdon J. Uncleanliness among persons seen by community-health workers. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38:491-4.
 111. Harris AZ, Francois D, Mahgoub N. Disinhibition, self-neglect, and cognitive deficits: clarifying the diagnosis. *Psychiatr Ann*. 2009;39:968-73.
 112. Orrell MW, Sahakian BJ, Bergmann K. Self-neglect and frontal-lobe dysfunction. *Br J Psychiatry*. 1989;155:101-5.
 113. Dossey L. Syllogomania. *Explore*. 2005;1:415-9.
 114. Abbey L. Elder abuse and neglect: when home is not safe. *Clin Geriatr Med*. 2009;25:47-60.