

## O Síndrome de Diógenes

Nuria Cerezo Ramirez\*; José António Palma Gois\*\*

### Resumo:

O Síndrome de Diógenes é caracterizado por uma grave incapacidade para os cuidados e higiene pessoal, isolamento social marcado, acumulação de objectos inúteis, falta de pudor e recusa de ajuda. Pode ser desencadeado por acontecimentos vitais stressantes e é também denominado Síndrome de Esqualidez Senil. A maioria dos doentes com este Síndrome vivem sozinhos. Um caso típico é apresentado.

**Palavras-chave:** Diógenes; Auto-abandono; Demência; Idosos.

### *Diógenes syndrome*

#### **Abstract:**

*Diógenes Syndrome is characterized by severe self-neglect, marked social withdrawal, syillogomania (collection of useless objects), lack of shame and refusal of help. It may be precipitated by stressful events and is also called Senile Squalor Syndrome. Most patients with Diógenes Syndrome live alone. A typical case is presented.*

**Keywords:** *Diógene; Self-neglect; Dementia; Elderly.*

### Caso Clínico

G.J.F, mulher de 71 anos de idade, raça caucasiana, solteira, analfabeta e sem filhos. Tem uma irmã mais nova de 69 anos com quem mantém um relacionamento conflituoso.

Foi internada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital do Espírito Santo proveniente das Consultas Externas, onde chegou acompanhada pelo Serviço Social.

Nos últimos meses os Serviços Sociais acumulavam queixas da vizinhança por causa dos distúrbios que causava, com comportamentos verbalmente agressivos com as vizinhas, irmã e fregueses dum café local onde fazia as suas refeições.

Acumulava lixo dentro da casa que trazia dos contentores da rua. Os vizinhos e a irmã queixavam-se do aspecto e cheiro que a habitação tinha.

Perante esta situação os vizinhos contactaram aos Serviços Sociais e procedeu-se mediante Mandado de Condução do Delegado de Saúde ao Internamento Compulsivo.

O Exame do Estado Mental na primeira observação revelou:

- Aspecto físico pouco cuidado, com higiene pessoal muito deficiente e roupa desleixada. Desnutrição e desidratação aparentes, emagrecida. Atitude hostil e desconfiada.

- Desorientação para o dia, data e ano mas sabia em que mês estava e que se encontrava num Hospital.
- Apresentava-se assustada, com humor ansioso, lábil, com períodos frequentes de choro quando se falava de internamento, insistindo em ir para casa.
- Discurso era pobre em quantidade e conteúdo, ilógico e desorganizado com ideação persecutória pouco elaborada referente à irmã e vizinhos.
- Não apresentava delírios organizados e negava alucinações auditivo-verbais.
- Sem *insight* para a sua situação. Negava ter lixo ou qualquer objecto inútil em casa, insistindo que eram “as coisas dela” (sic).

Foram feitos exames complementares de diagnóstico para despistar organicidade, tendo-se obtido os seguintes resultados:

- Hemograma: Anemia Normocítica (HB: 11.4, VCM 90.8)
- Hormonas Tiroideias: Normais (T3 Livre 2.6, T4 Livre 1.18, TSH 0.85)
- Ácido Fólico e Vitamina B12: Normais (Ac. Fólico 5.9, Vitam B12 293)
- Serologia Sífilis, HIV 1 e HIV 2 Negativas.
- Avaliação Neuropsicológica: No Mini Mental State Examination a utente obteve um resultado de 18/30 apresentando maior dificuldade nas áreas de atenção, memória de curto prazo, cálculo e linguagem.
- TAC-CE: Padrão de ligeira atrofia cerebral difusa cortical e central, a que se associa

alargamento, também de grau ligeiro, dos sulcos hemisféricos cerebelosos e do vérmis superior.

Dos antecedentes pessoais há a salientar que a utente se encontrava aparentemente bem até o ano 1987; nessa altura ocorre o falecimento do pai e quando começa a viver sozinha num anexo da casa familiar, onde continua a residir a irmã. Vai revelando progressivamente um maior isolamento social, saindo raramente de casa, e um abandono marcado do auto-cuidado.

Recebe ajuda dos Serviços Sociais para alimentar-se, mas recusa ajuda com a limpeza da casa ou higiene. Com o passar do tempo começa a recusar toda a ajuda de terceiros, incluindo da irmã, não permitindo que ninguém entre na habitação.

Frequentou as Consultas de Psiquiatria a partir do ano 1990 e recebeu o diagnóstico de Esquizofrenia, tendo abandonado posteriormente as consultas e o tratamento prescrito.

Durante o internamento iniciou-se tratamento com antipsicóticos atípicos nomeadamente risperidona, aumentando progressivamente até 1 mg duas vezes por dia; devido ao aparecimento de sintomas secundários (fala arrastada, inquietação motora) a terapêutica foi alterada para olanzapina 10 mg (1cp/dia). Como ansiolítico e hipnótico foi usado Diazepam 10 mg (1cp/dia).

A utente teve melhoria significativa, ficando

mais colaborante e sociável, aceitando o internamento que passou para regime voluntário.

Com encorajamento começou a cuidar da sua higiene; é de salientar que andava sempre com um pequeno saco de plástico com restos de comida, papéis e cascas de fruta que retirava dos cestos do lixo; não dava explicação para isto, dizendo só que eram as coisas dela. Se lhe fosse pedido para descartar o saco este acabava sempre por ser substituído por outro de conteúdo igual.

Após 4 semanas de internamento a utente teve alta para o domicílio para continuar a ser acompanhada na Consulta Externa do DPSM sempre com o apoio dos Serviços Sociais a fim de garantir o cumprimento da terapêutica, alimentação e higiene.

Os diagnósticos na altura da alta foram Síndrome de Diógenes, Esquizofrenia Residual, Demência SOE.

### **O Síndrome de Diógenes: “Envelhecer em Solidão”**

O aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos condiciona actualmente uma maior incidência de patologias descritas em doentes idosos<sup>2</sup>.

O Síndrome de Diógenes é caracterizado por um extremo abandono do auto-cuidado, (*extreme self-neglect*) principalmente com a higiene pessoal, saúde e alimentação. Existe um isolamento social voluntário nas pessoas afectadas, com ruptura das relações sociais, inobservância das regras convencionais no

relacionamento com os outros e uma atitude hostil e indiferente perante o mundo exterior.<sup>1, 2, 7</sup>

Estas pessoas têm tendência para acumular lixo e objectos geralmente inúteis (*syllomania*). Geralmente vivem numa situação de miséria material muito marcada, chegando a apresentar varias patologias médicas, desde eczemas e infecções na pele por parasitas e sujidade, até anemias nutritivas e carências múltiplas devido à negligência da alimentação e higiene<sup>7</sup>. O *insight* diminuído faz com que recusem ajuda, o que dificulta qualquer intervenção<sup>1, 2, 4, 5</sup>.

O Síndrome de Diógenes foi descrito pela primeira vez por Macmillan e Shaw em 1966<sup>1, 3, 6, 10</sup> e foi referido como Síndrome de Esqualidez Senil (*Senile Squalor Syndrome*)<sup>5, 10</sup> ou ruptura social no idoso (*social breakdown of the elderly*)<sup>10, 11</sup> Posteriormente Clark et al em 1975 sugerem o termo Síndrome de Diógenes,<sup>3, 8, 9</sup> que obtêm seu nome de Diógenes de Sinope, filósofo grego do século IV a.C. que acreditava na auto-suficiência e na falta de pudor, desvalorizando todos os bens materiais pretendendo ajustar a sua existência ao mínimo vital<sup>1, 2, 3, 6, 9</sup>.

### **Etiologia**

Não está claramente definida. Alguns autores destacam a inter-relação de vários factores:

- Personalidade Prévia: são pessoas independentes, excêntricas, agressivas

e obstinadas. É associado também à personalidade pré-mórbida esquizotípica e paranóide assim como, a perturbação obsessivo-compulsiva<sup>1, 5, 6, 8, 12</sup>.

- Factores Stressantes próprios da idade avançada: reforma antecipada, morte de um familiar próximo, dificuldades económicas, conflitos familiares<sup>1, 2, 5, 9, 10</sup>.

- Isolamento Social: a maioria destes doentes vive só (viúvos ou separados) e tem contactos mínimos com o mundo exterior, que em princípio é condicionado pelas circunstâncias, mas posteriormente é desejado e procurado de maneira voluntária<sup>1, 2, 5, 8, 9, 10</sup>.

Os complexos factores da personalidade pré-mórbida, acontecimentos vitais stressantes, solidão, e doenças somáticas, facilmente formam em conjunto um círculo vicioso, que origina um estilo de vida isolado com abandono das regras sociais básicas e recusa de ajuda<sup>1, 5</sup>.

### Epidemiologia

Salientar que o Síndrome de Diógenes não é raro de encontrar na prática clínica. Segundo o autor de La Gándara (1994), 1,7 em cada mil dos internamentos nos Hospitais de Espanha em pessoas com idade superior aos 65 anos é devido ao Síndrome de Diógenes, o que supõe uns 1200 novos internamentos por ano<sup>16</sup>. Homens e mulheres são igualmente afectados (sendo a média de idade para os homens de 79 anos e para as mulheres de

77) e pode ser observado em todos os grupos socioeconómicos<sup>1, 6, 8, 13</sup>.

Embora a maioria dos casos sejam em idosos que vivem sozinhos, pessoas mais novas podem igualmente apresentar a doença, se bem que seja reconhecida a associação principalmente a patologias como alcoolismo crónico, esquizofrenia paranóide e a depressão maior<sup>1, 4, 9, 10, 14</sup>.

Mesmo estando presente uma patologia psiquiátrica particular, esta não é suficiente para explicar o declínio dos padrões pessoais e sociais e certos aspectos das condutas descritas nestes doentes<sup>3, 6, 10</sup>, pelo que alguns autores põem a hipótese que a sintomatologia do Síndrome de Diógenes esteja associada a uma deficiência orgânica do lóbulo frontal (nomeadamente atrofia)<sup>3, 6, 15</sup>.

Nos últimos dois anos foram observados mais 5 casos de Síndrome de Diógenes no DPSM, cujas características estão resumidas na tabela seguinte (comunicação pessoal do segundo autor):

Sexo	Idade	Diagnóstico Clínico Associado
H	58	Demência SOE (fronto-temporal)
H	37	Esquizofrenia Paranóide
F	67	Declínio cognitivo ligeiro associado à idade
F	43	Perturbação Obsessiva-Compulsiva; QI Borderline
F	76	Declínio cognitivo ligeiro associado à idade

### Tratamento

No Síndrome de Diógenes é preciso garantir, primeiramente, que o doente receba cuidados médicos básicos, alimentação e higiene<sup>2,16</sup>.

É necessário tratar as doenças físicas que poderão estar presentes, e que estão geralmente associadas a falta de higiene e nutrição deficientes, como possíveis eczemas ou infecções na pele por parasitas, ou anemias por carências nutritivas.

É importante excluir patologia psiquiátrica e no caso de existir, implementar cuidados terapêuticos adequados.

Contar sempre com o apoio dos Serviços Sociais<sup>2,7</sup>.

### Prognóstico

Aproximadamente 50% dos doentes que falecem após internamento num hospital, geralmente devido à frequente associação com outras doenças co-mórbidas como broncopneumonia, acidente cerebrovascular, insuficiência cardíaca, e hipoproteinemia ou hipovitaminoses<sup>1,5,9,10</sup>.

### Conclusões

Síndrome de Diógenes é um problema complexo em geriatria que inclui decisões clínicas, sociais e éticas por parte dos profissionais de saúde.

É necessário aprofundar mais os diagnósticos,

assim como, é necessário realizar mais estudos para que se possa actuar de maneira preventiva nesta faixa etária, com vista a aumentar a esperança de vida, se não também a qualidade de vida dos nossos idosos<sup>1,2,5</sup>.

### Bibliografia

1. Reyes-Ortiz CA. Diógenes Syndrome: The Self-Neglect Elderly. *Compr Ther* 2001 Summer; 27 (2): 117-21.
2. Dolores Saiz, Marta del Carmen Lozano, Fernando Burguillo. Síndrome de Diógenes: A propósito de dos casos. *Psiquiatria. Com. Vol.7 número 5 Mayo 2003*.
3. Sikdar S. Diógenes Syndrome: A case report. *Hosp Med*. 1999; 600:679.
4. O`Mahoney D, Evans JG. Diógenes Syndrome by proxy. *Br J Psychiatry*. 1994; 164 (5): 705-706.
5. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T. A case of Diógenes Syndrome. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44 (12): 1486.
6. Gannon M, O`Boyle J. Diógenes Syndrome. *Irish Medical Journal* 1992 Dec; Vol 85, número 4.
7. J Calvo Melendro, P Sanchez Melo, J. Villena Ruiz de Azagra, J. Marron Gasca. Síndrome de Diógenes: un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 1976 Marzo- Abril.
8. Michal Rosenthal MD, Jan Stellan MD, Jacob Wagner PD, Pinhas Berkman. Diógenes Syndrome and Hoarding in the Elderly: Case Reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1999; Vol. 36, número 1:29-34.

9. Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;1: 366-368.
10. MacMillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J*. 1966;2: 1032-1037.
11. Cooney C, Hamid W. Review: Diogenes Syndrome. *Age Ageing* 1995;24:451-453.
12. Grignon S, Bassiri D, Bartoli JL, Calvet P. Association of Diogenes Syndrome with a compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1999;44:91-92.
13. McDermott JL. Self-neglect in the elderly: case reports from a geriatric outpatient clinic. *J Am Geriatr Soc*. 1993;41: SA74.
14. Vostanis P, Dean C. Self-neglect in adult life. *Br J Psychiatry*. 1992;161:265-267.
15. Orrell M, Sahakian BJ, Bergmann K (1989). Self-neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry* 155:101-5.
16. De La Gándara JJ, Álvarez MT. Os idosos solitários. *An.Psiquiatria*, 8 (1): 21-26.1992.