

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Hoarding e disturbo ossessivo-compulsivo (DOC): due entità cliniche distinte in comorbidità o hoarding secondario al DOC?

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/131267> since

Published version:

DOI:10.1016/j.quip.2012.05.002

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

This is an author version of the contribution published on:

Questa è la versione dell'autore dell'opera:

[Quaderni Italiani di Psichiatria, 31 (4), 2012, DOI: 10.1016/j.quip.2012.05.002]

*ovvero [Albert U, Barbaro F, Aguglia A, Maina G, Bogetto F, 31, Elsevier, 2012,
pagg.164-173]*

The definitive version is available at:

La versione definitiva è disponibile alla URL:

[www.sciencedirect.com]

Titolo in italiano:

Hoarding e Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC): due entità cliniche distinte in comorbidità o hoarding secondario al DOC?

Titolo in inglese:

Hoarding and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): two separate, comorbid disorders or hoarding secondary to OCD?

Autori: Umberto Albert, Francesca Barbaro, Andrea Aguglia, Giuseppe Maina, Filippo Bogetto

Affiliazione: Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino

Riassunto

Introduzione: Come molti comportamenti umani, quelli di accumulo spaziano da comportamenti normali fino a comportamenti eccessivi e patologici. *Hoarding*, o *hoarding* compulsivo, sono i termini oggi utilizzati per riferirsi alla forma patologica di accumulo, che è frequente e fortemente disabilitante per i pazienti e i loro familiari. L'*hoarding* spesso si affianca ai sintomi classici di molti disturbi neurologici e psichiatrici; nonostante ciò negli ultimi vent'anni, è stato considerato esclusivamente un sintomo (o dimensione sintomatologica) del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Recenti dati di letteratura, però, suggeriscono che possa rappresentare un disturbo indipendente. Dall'analisi di questi aspetti deriva una complessa questione: come si rapportano *hoarding* e DOC? Lo scopo del lavoro è quello di identificare, mediante una revisione dei dati di letteratura, gli elementi psicopatologico-clinici che permettano di distinguere le diverse modalità di relazione tra *hoarding* e DOC.

Materiali e metodi: Il lavoro di revisione dei dati di letteratura è stato condotto utilizzando gli archivi elettronici PubMed/MedLine e libri di testo scientifici. Sono stati presi in analisi i lavori in Inglese disponibili a partire dal 1966.

Risultati e discussione: Esistono due possibili modalità di relazione tra *hoarding* e DOC: *hoarding* in quanto sintomo del DOC, epifenomeno degli altri sintomi classici; oppure *hoarding* come disturbo indipendente, in comorbidità col DOC. Mediante il lavoro di revisione, abbiamo potuto fornire maneggevoli elementi distintivi che caratterizzano le due diverse modalità, e che garantiscono al clinico la possibilità di effettuare la diagnosi differenziale. Sebbene vi siano già numerose evidenze, esse risultano spesso non univoche per cui sono necessari ulteriori lavori scientifici effettuati con maggiore uniformità dei metodi di ricerca.

Summary

Introduction: Like most human behaviours, saving and collecting possessions can range from totally normal to excessive or pathological. Hoarding, or compulsive hoarding, are the terms used to refer to excessive form of collecting, which is frequent and disabling for both patients and their families. Hoarding can occur in the context of a variety of neurological and psychiatric conditions; nevertheless, in the last twenty years, it has been considered only as a symptom (or dimension) of obsessive-compulsive disorder (OCD). Recent literature data suggest that hoarding could represent an independent disorder. This leads to a complex issue: which relationship exists between hoarding and OCD? The aim of present study is to identify, through a review of literature data, psychopathological and clinical features to distinguish the different possible conditions when hoarding and OCD coexist.

Materials and methods: We carried out a search on Pubmed/Medline from 1966 to nowadays. We selected both clinical and review studies, written in English.

Results and discussion: there are two conditions when hoarding and OCD coexist: hoarding as a symptom of OCD, epiphenomenon of the other obsessive-compulsive symptoms; or hoarding disorder as an independent clinical entity comorbid with OCD. In this review, we tried to provide handy and practical information useful for clinicians to characterize the presentation of hoarding symptoms. Furthermore, these information should help clinicians to make a differential diagnosis. Despite some clinical evidences about hoarding, there are several questions that remain to be answered; therefore, additional clinical studies are needed with a more homogeneous methodology.

Key words: obsessive-compulsive disorder – compulsive hoarding - hoarding symptoms - hoarding disorder.

Parole chiave: disturbo ossessivo-compulsivo – accumulo patologico – sintomi hoarding – hoarding disorder.

Autore per la corrispondenza:

Dott. Umberto Albert

Via Cherasco, 11 - 10126 - Torino

E-mail address: umberto.albert@unito.it

Tel. 011/6335425

Fax: 011/6334341

Introduzione

Come molti comportamenti umani, quelli di accumulo (*hoarding behaviours*) si possono inserire all'interno di un continuum che spazia da comportamenti assolutamente normali e adattativi (come collezionismo, risparmio, o costituzione di riserve), diffusi nella popolazione generale e presenti fin dall'infanzia (1, 2), fino a comportamenti eccessivi e patologici. Per definire questi comportamenti di accumulo patologico è stato coniato il termine *compulsive hoarding* (accumulo compulsivo), utilizzato per la prima volta da Bolzman e Katz nel 1966 proprio per distinguere genericamente l'accumulo patologico da quello fisiologico (3). Oggi i termini *hoarding* e *hoarding* compulsivo sono comunemente utilizzati come sinonimi, e sono oggetto di un'intensa e crescente ricerca scientifica. Una definizione diffusamente accettata di *hoarding* è quella che lo descrive come una sindrome caratterizzata dall'accumulo eccessivo e dall'incapacità di disfarsi di oggetti di scarso valore personale o affettivo, che porta a ingombro degli spazi vitali, significativo disagio e compromissione del funzionamento (4). Nei casi di *hoarding* severo, l'ingombro impedisce il normale uso degli spazi deputati alle attività di vita basilari come cucinare, dormire, pulire o semplicemente muoversi in una stanza. Intuitivamente, l'*hoarding* risulta una condizione pericolosa per la salute dei pazienti, determinando un alto rischio di incendi domestici, cadute e scarsa igiene. L'impatto di tale sindrome in termini di condizioni igienico-sanitarie è quindi estremamente rilevante (5-9).

Il DSM-IV-TR fa riferimento all'*hoarding* nella sezione relativa al disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP), dove uno degli otto criteri per la diagnosi è appunto: *"l'incapacità di gettare oggetti usati o inutili, anche quando non hanno valore sentimentale"*. Tuttavia, nel paragrafo sulla diagnosi differenziale del DOCP si legge: *"Una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) dovrebbe essere presa in considerazione particolarmente quando la tendenza ad accumulare è estrema (per es., cataste di oggetti inutili accumulate creano un rischio di incendio e rendono difficoltoso per gli altri camminare per la casa). Quando sono soddisfatti i criteri per entrambi i disturbi, dovrebbero essere registrate entrambe le diagnosi."* (10). Il DSM-IV-TR, quindi, non menziona esplicitamente l'*hoarding* tra i sintomi tipici o tra i criteri per una diagnosi di DOC, ma sembra suggerire che tali comportamenti patologici possano rappresentare uno dei sintomi tipici del DOC.

Questa incertezza diagnostica è risultata in un paradosso: negli ultimi vent'anni, infatti, nonostante non rientri tra i criteri diagnostici del DOC, l'*hoarding* è stato considerato in maniera quasi univoca un sintomo del DOC, in conseguenza dell'inclusione di tale dimensione in strumenti per la valutazione di diagnosi e gravità del disturbo, come la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) (11), o l'*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) (12). Questa inclusione è risultata nella citazione dei sintomi o della dimensione *hoarding* nella maggior parte degli studi (clinici ed epidemiologici) sul DOC.

Solo negli ultimi anni, sulla base di una serie di evidenze, è stata proposta la separazione dell'*hoarding* dal

DOC (13-21); i numerosi elementi a supporto di questa tesi l'hanno resa tanto corposa da concretizzarsi in una proposta di classificazione dell'*hoarding* per il DSM-V come una sindrome clinicamente distinta denominata *Hoarding Disorder* (HD) (20).

Sono soprattutto due gli aspetti che hanno spinto la ricerca in questa direzione: in primo luogo, è ormai accertato come non solo il DOC ma anche altri disturbi neurologici e psichiatrici, come demenza, lesioni cerebrali, schizofrenia, disturbo depressivo maggiore, disturbo d'ansia generalizzato e altri, possano presentare in associazione ai sintomi tipici del disturbo primario comportamenti patologici assimilabili all'*hoarding* (22-26). In secondo luogo, specularmente, è stato dimostrato come sia cospicuo il numero di pazienti con sintomi/sindrome *hoarding* che non presenta anche altri sintomi DOC. Per esempio, in un recente studio del 2011 è stato rilevato come su un campione totale di 217 pazienti con *hoarding*, solo il 18% presentava una diagnosi di DOC, mentre i tassi di comorbidità per depressione maggiore, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzato erano superiori, rispettivamente del 51%, 24% e 24% (27). Inoltre, il lavoro di ricerca scientifica degli ultimi anni ha permesso l'individuazione di molti altri elementi a supporto della tesi di separazione dell'*hoarding* dal DOC: 1) sebbene la paura di perdere oggetti personali possa sembrare un'ossessione e la spinta a raccogliere e conservare prodotti possa essere assimilata a una compulsione, esistono numerose differenze fenomenologiche tra *hoarding* e sintomi DOC classici (17-19); 2) recenti studi hanno dimostrato come la correlazione tra l'*hoarding* e gli altri sintomi DOC sia sovrapponibile a quella tra *hoarding* e altre manifestazioni non DOC-correlate come ansia e depressione, mentre i sintomi DOC classici si presentano come fortemente intercorrelati tra loro (16, 17, 28, 29); 3) i pazienti con *hoarding* presentano specifiche caratteristiche clinico-terapeutiche, come il peggioramento della sintomatologia con l'avanzare dell'età, scarso insight, e minore risposta clinica a trattamenti di dimostrata efficacia nel DOC (30-36); 4) l'*hoarding* sembra avere un substrato neurobiologico specifico e diverso da quello del DOC (37-39).

Tutti questi elementi supportano la proposta di considerare l'esistenza di un disturbo indipendente dal DOC, l'*Hoarding Disorder*, con specifici criteri diagnostici, tra cui quello fondamentale che prevede che i sintomi di accumulo patologico non siano limitati ai sintomi di un altro disturbo mentale (per esempio DOC, depressione maggiore o schizofrenia).

A questo punto, considerando che una quota considerevole di pazienti con diagnosi principale di DOC (tra il 15 e il 40%) presenta sintomi *hoarding* (40-46), risulta inevitabile affrontare una questione di frequente riscontro, che è intuitivamente molto complessa, e che può portare ad ambiguità nello svolgimento della pratica clinica quotidiana: come si rapportano *hoarding* e DOC?

In linea teorica, nel caso in cui un paziente presenti contemporaneamente sintomi *hoarding* e altri sintomi DOC, è necessario riconoscere e distinguere due possibili situazioni: l'*hoarding* potrà presentarsi come sintomo DOC,

secondario e riferibile a ossessioni/compulsioni tipiche; oppure come disturbo indipendente in vera comorbidità col DOC, con sintomi di accumulo non legati ai sintomi ossessivo-compulsivi classici e con caratteri fenomenologici e clinici peculiari. L'importanza di poter discernere facilmente le due situazioni è notevole, in quanto nel primo caso (unico disturbo, DOC con sintomi *hoarding*) l'approccio clinico-terapeutico potrebbe ovviamente avvalersi delle evidenze attualmente esistenti in merito al trattamento del DOC, mentre nel secondo caso (due distinti disturbi in comorbidità) sarà necessario trattare i due disturbi con strategie terapeutiche differenziate e combinate. In quest'ultimo caso, infatti, il trattamento con inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRI), ad esempio, dovrebbe risultare in una riduzione significativa dei sintomi ossessivo-compulsivi tipici mentre non dovrebbe portare a una riduzione dei sintomi *hoarding*.

(Figura 1)

Scopo dello studio

Lo scopo del presente lavoro è effettuare un'attenta revisione dei dati derivanti dalla letteratura in merito al rapporto tra DOC e *hoarding*, identificando le caratteristiche di presentazione delle due possibili modalità di relazione: 1) nella prima parte del lavoro ci occuperemo di descrivere le specifiche caratteristiche di presentazione dell'*hoarding* in quanto sintomo del DOC, o meglio epifenomeno dei classici sintomi ossessivo-compulsivi; 2) nella seconda parte invece si tratterà delle specifiche di presentazione dell'*hoarding* come disturbo indipendente, in comorbidità col DOC. L'obiettivo della revisione della letteratura è di identificare alcuni elementi psicopatologico-clinici utili nella pratica quotidiana, nel tentativo di differenziare le due possibilità di presentazione congiunta di sintomi ossessivo-compulsivi tipici e di sintomi *hoarding*.

Materiali e metodi

La revisione narrativa è stata effettuata utilizzando gli archivi elettronici PubMed/Medline e libri di testo scientifici. Sono stati presi in considerazione gli studi risultanti dalla ricerca condotta mediante le seguenti parole chiave: "obsessive-compulsive disorder", "hoarding symptoms", "hoarding disorder", "compulsive hoarding". Sono stati presi in considerazione tutti i lavori, scritti in Inglese, pubblicati dal 1966 ai giorni nostri, includendo in prima istanza le review sia sistematiche che narrative; in secondo luogo sono stati revisionati gli studi clinici sia sperimentali che osservazionali. Per la selezione dei lavori scientifici abbiamo seguito questi parametri: *impact factor* della rivista internazionale, rigore della metodologia degli studi, e inoltre, essendo questo un argomento che negli ultimi dieci anni ha avuto un crescente interesse scientifico, abbiamo considerato in particolare i lavori più recenti.

1. *Hoarding* come sintomo del DOC

Sintomi di tipo *hoarding* possono presentarsi in un paziente con diagnosi principale di DOC ed essere secondari, o meglio epifenomeni, di altri sintomi DOC classici, anche se le attuali evidenze suggeriscono come sia effettivamente minoritaria la quota dei pazienti che presenti un *hoarding* clinicamente significativo come manifestazione del DOC. In questi casi, i comportamenti di accumulo patologico possono essere eterogenei e secondari a diversi tipi di ossessioni classiche, e nella pratica clinica è possibile incontrare molteplici esempi: un paziente potrebbe mostrarsi incapace di gettare via gli oggetti per la paura che, in conseguenza di ciò, accadano eventi catastrofici o danni a persone care (il sintomo *hoarding* è conseguenza di un'ossessione di tipo aggressivo/superstizioso); la necessità di conservare lettere, scontrini, libri o qualsiasi oggetto senza alcun valore affettivo della vita quotidiana di un paziente, potrebbe essere conseguente alla necessità di documentare ogni attimo della propria vita (l'*hoarding* come conseguenza di un'ossessione di perfezionismo); l'incapacità di disfarsi di vestiti usati, della spazzatura, o di qualsiasi oggetto semplicemente toccato con le proprie mani, potrebbe manifestarsi secondariamente alla paura di poter contaminare gli altri attraverso questi stessi oggetti (l'*hoarding* è conseguente ad un'ossessione di contaminazione).

Quale sia la proporzione di pazienti con DOC che presenta sintomi di tipo *hoarding* chiaramente secondari e riconducibili ad altri sintomi tipici risulta difficile da stimare, in quanto la maggior parte dei lavori di letteratura ha incluso nel campione in esame pazienti con *hoarding* senza verificare se questo fosse un effettivo sintomo del DOC o rappresentasse un HD in comorbilità. L'unico lavoro che consente di stimare tale proporzione è quello di Pertusa e collaboratori del 2008; i risultati riportano come sul totale dei pazienti con DOC e sintomi *hoarding*, il 28% manifestava sintomi di accumulo patologico secondari a sintomi DOC classici come ossessioni di superstizione, di contaminazione, bisogno di simmetria/ordine (17). Se tali dati verranno confermati da altri lavori si potrà concludere che la modalità di presentazione dell'*hoarding* nel DOC come epifenomeno di altri sintomi classici costituisce la minoranza dei casi.

In ogni caso risulta necessario avvalersi di elementi clinici, o di specifici criteri, che ci permettano di riconoscere questa quota di pazienti, seppur minoritaria. L'analisi di numerosi recenti studi clinici, fenomenologici e di analisi fattoriale, ci ha permesso di individuare alcune caratteristiche del comportamento patologico di accumulo che possiamo considerare utili per la diagnosi dell'*hoarding* DOC-correlato: 1) i comportamenti *hoarding* sembrano più gravi e disabilitanti rispetto ai casi in cui l'*hoarding* è iscrivibile in un HD (19); 2) i pazienti accumulano preferenzialmente oggetti bizzarri come spazzatura, feci, urina, unghie, capelli, pannolini usati e cibi scaduti (17, 19, 46); 3) i pazienti accumulano oggetti che non desiderano chiaramente e cui conferiscono scarso valore (19); 4) i comportamenti di accumulo generano intensa ansia nel paziente data la loro natura egodistonica; 5) la caratteristica fenomenologica principale dell'*hoarding* DOC-correlato sembra essere non l'acquisizione eccessiva ma l'incapacità di

disfarsi di oggetti: questa sarebbe determinata o da ossessioni specifiche associate direttamente al processo del disfarsi, o dalla necessità di prevenire la paura delle conseguenze del disfarsi (19).

Nell'ottica di identificare facilmente l'*hoarding* DOC-correlato, sono stati proposti da Mataix-Cols nel 2010 quattro criteri provvisori (20). Si tratta di criteri basati su evidenze solo preliminari, e sulle esperienze cliniche e di ricerca degli autori, e pertanto necessitano di ulteriori conferme future, ma rappresentano un ausilio importante per i clinici:

1. il comportamento di *hoarding* è indotto principalmente da ossessioni tipiche (p.e. timore della contaminazione, pensieri superstiziosi, intensi sentimenti di incompletezza, o mettere da parte per conservare una traccia di tutte le esperienze della vita) o è il risultato del persistente evitamento di compulsioni gravose (p.e. non separarsi degli oggetti per evitare gli incessanti rituali di controllo e di pulizia);
2. il comportamento di *hoarding* è di solito non voluto e genera intensa ansia (cioè l'individuo non prova né piacere né beneficio da esso);
3. l'individuo non mostra interesse verso la maggior parte degli oggetti accumulati (cioè gli oggetti non hanno un valore sentimentale o intrinseco per l'individuo);
4. l'acquisizione eccessiva non è generalmente presente; se presente, gli oggetti sono acquisiti o comprati a causa di una specifica ossessione (p.e. un impulso a raccogliere oggetti con una certa forma o consistenza dalla strada, la necessità di comprare un certo numero di oggetti o di comprare oggetti che sono stati accidentalmente toccati in modo da evitare la contaminazione di altri attraverso il contatto) e non a causa di un genuino desiderio di possedere gli oggetti.

Quindi, in un paziente che manifesti clinicamente sintomi *hoarding* e contemporanei sintomi DOC, la presenza di tutti i criteri sopracitati consente di considerare una diagnosi primaria di DOC.

Per una chiarificazione di quanto illustrato fin'ora in merito all'*hoarding* DOC-correlato, si veda la tabella I che riporta la descrizione di un reale caso clinico.

(Tabella I)

L'implicazione clinica del riconoscimento dei comportamenti patologici di accumulo come chiaramente secondari ad altre dimensioni sintomatologiche del DOC risiede nella possibilità teorica, e non ancora pienamente studiata, di trattare tali sintomi con le strategie terapeutiche validate per il DOC: clomipramina e tutti gli SSRI, e

psicoterapia cognitivo-comportamentale (TCC) nella forma dell'esposizione e prevenzione della risposta (EPR) (47-50). Come già ricordato nell'introduzione, tale trattamento dovrebbe, se efficace, portare ad una riduzione significativa dei sintomi di tipo *hoarding* parallelamente alla riduzione dei sintomi tipici del DOC. Mancano, al momento, studi che abbiano verificato tale ipotesi.

2. *Hoarding* come sindrome indipendente (*Hoarding Disorder*), in comorbidità col DOC

Come illustrato in precedenza, esiste una seconda modalità di relazione tra *hoarding* e DOC. Infatti, la coesistenza in uno stesso paziente dei due ordini di sintomi può sottendere una doppia diagnosi: HD in comorbidità col DOC. I dati preliminari dello studio già citato di Pertusa e collaboratori (2008) ci suggeriscono che questa modalità di presentazione interessa la quota maggioritaria dei pazienti (17).

Prima di analizzare in dettaglio quali siano gli elementi fenomenologici che permettono di differenziare i comportamenti di accumulo DOC-correlati da quelli indipendenti dai sintomi ossessivo-compulsivi, è utile richiamare i criteri per l'*Hoarding Disorder* come entità clinica indipendente nel DSM-V, proposti da Mataix-Cols e collaboratori nel 2010 (20):

- A. Persistente difficoltà di disfarsi o separarsi da oggetti personali, anche quelli inutili o di scarso valore, a causa della forte spinta a conservare prodotti, dell'angoscia e/o indecisione associate al processo del disfarsi.
- B. I sintomi portano all'accumulo di un grande numero di oggetti che riempiono e ingombrano le aree della casa deputate alle attività quotidiane, il posto di lavoro, e gli altri ambienti personali (p.e. l'ufficio, l'auto, il cortile) e impediscono il normale uso degli spazi. Se gli spazi domestici sono sgombri, è solo grazie agli sforzi compiuti da altre persone (p.e. membri della famiglia, o autorità) per mantenere libere le stanze dagli oggetti accumulati.
- C. I sintomi causano significativo disagio, o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti (incluso mantenere un ambiente sicuro per se stessi e gli altri).
- D. I sintomi *hoarding* non sono secondari a condizioni mediche generali (p.e. lesioni cerebrali, malattie cerebrovascolari).
- E. I sintomi *hoarding* non sono limitati ad altri disturbi mentali (p.e. *hoarding* conseguente alle ossessioni nel DOC, o all'assenza di motivazione nel disturbo depressivo maggiore, o ai deliri nella schizofrenia o in altri disturbi psicotici, o a deficit cognitivi nella demenza, o alla restrizione degli interessi nei disturbi dello spettro autistico, o alla raccolta di cibo nella sindrome di Prader-Willi).

Specificare se:

Con acquisizione eccessiva: se i sintomi sono accompagnati da raccolta, acquisto o furto eccessivi di oggetti non necessari o per i quali non c'è spazio disponibile.

Specificare qual è il grado di insight riguardo le convinzioni e i comportamenti di *hoarding*:

- **Buono o discreto insight:** il paziente riconosce che il comportamento e le convinzioni legati all'*hoarding* (relativi alla difficoltà di buttare via gli oggetti, all'ingombro o all'acquisizione eccessiva) sono problematici.
- **Scarso insight:** pazienti per lo più convinti che il comportamento e le convinzioni legati all'*hoarding* (relativi alla difficoltà di buttare via gli oggetti, all'ingombro o all'acquisizione eccessiva) non sono problematici nonostante l'evidenza del contrario.
- **Nulla insight:** pazienti completamente convinti che il comportamento e le convinzioni legati all'*hoarding* (relativi alla difficoltà di buttare via gli oggetti, all'ingombro o all'acquisizione eccessiva) non sono problematici nonostante l'evidenza del contrario.

In un paziente con diagnosi primaria di DOC, e che presenti oltre a tutto il corredo di sintomi ossessivo-compulsivi classici, anche manifestazioni di accumulo patologico, la soddisfazione di questi criteri permette di iscrivere i sintomi *hoarding* all'interno di un disturbo indipendente (HD), che si sta presentando in comorbidità col DOC. Infatti, il requisito fondamentale per la diagnosi di HD è che i sintomi di accumulo non siano limitati ad un'altra condizione patologica, sia a carattere medico-generale, sia psichiatrica (compreso il DOC). Dall'analisi dei criteri sopra riportati, emergono inoltre, altri due aspetti peculiari che differenziano notevolmente i sintomi *hoarding* HD-correlati, da quelli DOC-correlati descritti nel precedente paragrafo: innanzitutto si specifica come l'accumulo derivi principalmente dall'acquisizione eccessiva; secondariamente si può notare come i comportamenti *hoarding* possano essere caratterizzati dall'assenza totale di insight.

In aggiunta a questi fattori, dalla letteratura emergono altri elementi che caratterizzano l'*hoarding* correlato all'HD; si tratta di elementi fenomenologici e clinici che possiamo definire accessori per la diagnosi, ma che possono avvalorarla:

1. i pazienti conferiscono un significato emotivo, o un alto valore pratico o intrinseco, agli oggetti accumulati (4, 17, 51);
2. i pazienti con comportamenti *hoarding* non vivono i pensieri o le immagini legati agli oggetti accumulati come intrusivi, ma come parte di un normale flusso di pensieri, per cui non presentano una forte spinta a mettere in atto rituali come invece succede ai pazienti con *hoarding* DOC-correlato (17, 51, 54);

3. i comportamenti di accumulo non si accompagnano a vissuti spiacevoli o a intensa angoscia che, quando presente, deriva solo dalle conseguenze dell'*hoarding*, ovvero dall'eccessivo ingombro degli spazi vitali (51, 52, 55, 56);
4. l'*hoarding* è caratterizzato da passività, infatti il disagio compare solo quando il paziente si trova davanti alla prospettiva di doversi disfare degli oggetti accumulati, e in quest'ottica il termine "preoccupazione" sembrerebbe più adatto rispetto a "ossessione" (18). Inoltre quando i soggetti si trovano nella situazione di doversi disfare dei propri oggetti, il disagio si manifesta accompagnato da sentimenti di dolore e talvolta di rabbia, e non ansia come tipicamente si rileva nei pazienti in cui l'*hoarding* è correlato ai sintomi DOC (8, 55, 57, 58);
5. data la natura egosintonica dei sintomi *hoarding* e lo scarso insight dei pazienti, i comportamenti di accumulo sono associati a emozioni positive come piacere, eccitazione, ed euforia (8);
6. dal punto di vista clinico i sintomi *hoarding* sembrano peggiorare con l'avanzare dell'età dei pazienti, e la compromissione del funzionamento spesso compare tardi nel corso della sindrome (32, 34).

Anche per quanto concerne la seconda modalità di relazione tra sintomi *hoarding* e DOC, sottolineiamo come vi sia sicuramente bisogno di ulteriori studi volti alla conferma e all'approfondimento degli elementi clinici e fenomenologici distintivi fin qui descritti. Nonostante ciò, come si è potuto evincere nella trattazione di questi paragrafi, è possibile riassumere in una tabella gli elementi fenomenologici che consentono una diagnosi differenziale tra *hoarding* come sintomo DOC-correlato e *Hoarding Disorder* in comorbidità con il DOC.

(Tabella II)

Per quanto riguarda le possibili strategie di trattamento da utilizzare in caso di *hoarding* HD-correlato, non risulta al momento possibile trarre conclusioni definitive relativamente all'efficacia o meno delle terapie farmacologiche e psicologiche utilizzate nel DOC. Ciò deriva in primo luogo dai risultati non univoci degli studi presenti in letteratura, e secondariamente dalla scarsa uniformità dei metodi utilizzati dagli stessi. In particolare per quanto concerne la terapia psicofarmacologica (SSRI e clomipramina), sono rintracciabili 11 studi che hanno riscontrato come, in pazienti affetti da DOC, la presenza di sintomi *hoarding* rappresenti un predittore di scarsa risposta alla terapia (30, 33, 46, 59-66); mentre 4 studi non hanno rilevato differenze in termini di efficacia (67-70). Solo due lavori, tra tutti i citati, hanno valutato la risposta agli SSRI in pazienti DOC con e senza *hoarding* inseriti in due gruppi separati (66, 70). Va sottolineato, però, come in nessuno studio sia stata valutata, al momento dell'inclusione dei pazienti nei campioni in esame, la natura della sintomatologia *hoarding* utilizzando gli appositi criteri diagnostici descritti nei precedenti paragrafi di questo lavoro; in conseguenza di ciò, non risulta possibile tradurre i risultati degli studi stessi in

termini di sensibilità dell'HD alla terapia psicofarmacologica efficace nel DOC. Un discorso lievemente differente può essere fatto per l'approccio psicoterapico: due studi di analisi fattoriale effettuati su campioni di pazienti affetti da DOC sono risultati negativi, avendo identificato nella dimensione *hoarding* un predittore di scarsa risposta alla TCC (71, 72); ma in questo caso non si possono trarre conclusioni sull'inefficacia del trattamento, sia perchè la metodologia degli studi non permette di stabilire la natura della sintomatologia *hoarding* dei pazienti inclusi (DOC o HD correlata?), sia a causa del modello di TCC applicato. Infatti, i sette lavori successivi, avendo applicando un protocollo di TCC basato sul modello specifico per l'*hoarding* (4, 8, 73), hanno ottenuto risultati più incoraggianti: due studi descrittivi di un caso clinico e 4 studi clinici non controllati hanno verificato l'efficacia della TCC (individuale o di gruppo) somministrata a pazienti *hoarder* (74-79). Solo uno studio ha verificato l'efficacia della TCC sia in pazienti DOC senza *hoarding* che in pazienti DOC con *hoarding* (80). Tutti questi lavori, però, non hanno utilizzato i criteri proposti da Mataix-Cols e collaboratori del 2010 per reclutare i pazienti da inserire nel campione, e questo ci impedisce di confermare l'efficacia della TCC per il trattamento di pazienti con sintomi *hoarding* HD correlati.

Conclusioni

In conclusione, con l'attuale termine *hoarding* si indica una sindrome caratterizzata dall'accumulo patologico di oggetti. Ad oggi, tale sindrome è oggetto di numerosi studi ed è al centro di un intenso dibattito scientifico. La spiegazione di questo fenomeno ha due piani di lettura: in primo luogo, è ormai noto come l'*hoarding* sia frequente, e come sia facile incontrarne i sintomi nella pratica clinica quotidiana; infatti gli studi epidemiologici più recenti indicano come la prevalenza dell'*hoarding* nella popolazione generale sia superiore al 5%, percentuale superiore rispetto ad alcuni disturbi psichiatrici quali ad esempio il DOC, il disturbo bipolare o la schizofrenia (54, 81-85). Secondariamente, l'*hoarding* rappresenta il focus di una questione molto articolata e complessa, che spesso porta ad ambiguità nello svolgimento della pratica clinica: i sintomi di accumulo patologico si presentano molto spesso in corso di DOC, in particolare in una quota compresa tra il 15 e il 40% dei pazienti. Però, come abbiamo precedentemente descritto, esistono due possibili modalità di relazione tra *hoarding* e DOC: *hoarding* in quanto sintomo del DOC, epifenomeno dei classici sintomi ossessivo-compulsivi; oppure *hoarding* come disturbo indipendente in comorbidità col DOC. Riconoscere e distinguere le due situazioni non ha solo un'implicazione didattica o valore di ricerca, ma potrebbe avere delle conseguenze notevoli sia sulla prognosi che sulle strategie terapeutiche. Alla luce di tutto ciò, risulta chiaro come, quando oggi si parla di *hoarding*, in realtà si faccia riferimento a un'entità molto più complessa di una semplice sindrome, che presenta al suo interno caratteri psicopatologici anche molto diversi tra loro.

Il presente lavoro si proponeva di fornire, attraverso una revisione dei dati di letteratura, maneggevoli elementi distintivi che caratterizzano l'*hoarding* quando è DOC-correlato, rispetto all'*hoarding* HD-correlato in comorbidità col

DOC. Come mostra e riassume la tabella II, le differenze tra le due modalità di presentazione sono molte. La rilevazione di tali caratteristiche distintive garantisce al clinico la possibilità di effettuare un'attenta diagnosi differenziale, e successivamente di impostare una strategia terapeutica appropriata e adeguata per lo specifico caso clinico.

Sulla base delle evidenze riassunte nel presente lavoro, possiamo affermare che: 1) l'argomento, di recente e crescente interesse scientifico, richiede ulteriori approfondimenti volti alla conferma di tutti gli elementi clinici e fenomenologici distintivi, specifici per le due modalità di relazione tra *hoarding* e DOC, descritti nei precedenti paragrafi; 2) risulta necessaria una maggiore uniformità dei metodi di ricerca degli studi che intendono occuparsi del tema in questione; 3) sono già numerose le evidenze della letteratura, seppur spesso non univoche, che possono aiutare la pratica clinica quotidiana nel districarsi all'interno di una questione così complessa; 4) sottolineiamo, infine, come risulti ormai necessario considerare per la stesura del DSM-V, non solo l'ormai (sembra) accettata e condivisa proposta dell'HD (all'interno dello spettro ossessivo-compulsivo), ma anche l'inserimento dei sintomi *hoarding* tra quelli specifici del DOC, purchè chiaramente secondari ad altri sintomi ossessivo-compulsivi.

BIBLIOGRAFIA

1. Evans DW, Leckamn JF, Carter A, et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behaviour in normal young children. *Child Dev* 1997; 68(1): 58-68.
2. Zohar AH, Felz L. Ritualistic behavior in young children. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29(2): 121-8.
3. Bolman WM, Katz AS. Hamburger hoarding: a case of symbolic cannibalism resembling Whitico psychosis. *J Nerv Ment Dis* 1966; 142: 424-8.
4. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 1996; 34(4): 341-50.
5. Thomas N. Hoarding: eccentricity or pathology: When to intervene? *J Gerontol Soc Work* 1997; 29:45-56.
6. Damecour CL, Charron M. Hoarding: a symptom, not a syndrome. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(5): 267-72.
7. Frost RO, Steketee G, Williams L. Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community* 2000; 8(4): 229-34.
8. Steketee G, Frost RO. Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(7): 905-27.
9. Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, Vapnik T, Wetherell JL, Bystritsky A. Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 475-80.
10. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 4th Edition, Text Revision) Washington DC, 2000. Traduzione Italiana: DSM-IV-TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), Masson, Milano, 2007.
11. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
12. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, et al. The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess* 2002; 14: 485-96.
13. Saxena S. Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 380-4.
14. Saxena S. Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectrum* 2008a; 13: 29-36.
15. Saxena S. Recent advances in compulsive hoarding. *Curr Psychiatry Rep* 2008b; 10: 297-303.
16. Abramowitz JS, Wheaton MG, Storch EA. The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2008; 46: 1026-33.
17. Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchon JM, Mataix-Cols D. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1289-98.
18. Rachman S, Elliot CM, Shafran R, Radomsky AS. Separating hoarding from OCD. *Behav Res Ther* 2009; 47: 520-2.
19. Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, et al. Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 371-86.
20. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al. Hoarding Disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety* 2010; 27: 556-72.
21. Mataix-Cols D, Pertusa A. Hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(5): 608-18.
22. Luchins DJ, Goldman MB, Lieb M, Hanrahan P. Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1992; 8(2): 119-23.
23. Hwang JP, Tsai SJ, Jang CH, Liu KM, Lirng JF. Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *Am J*

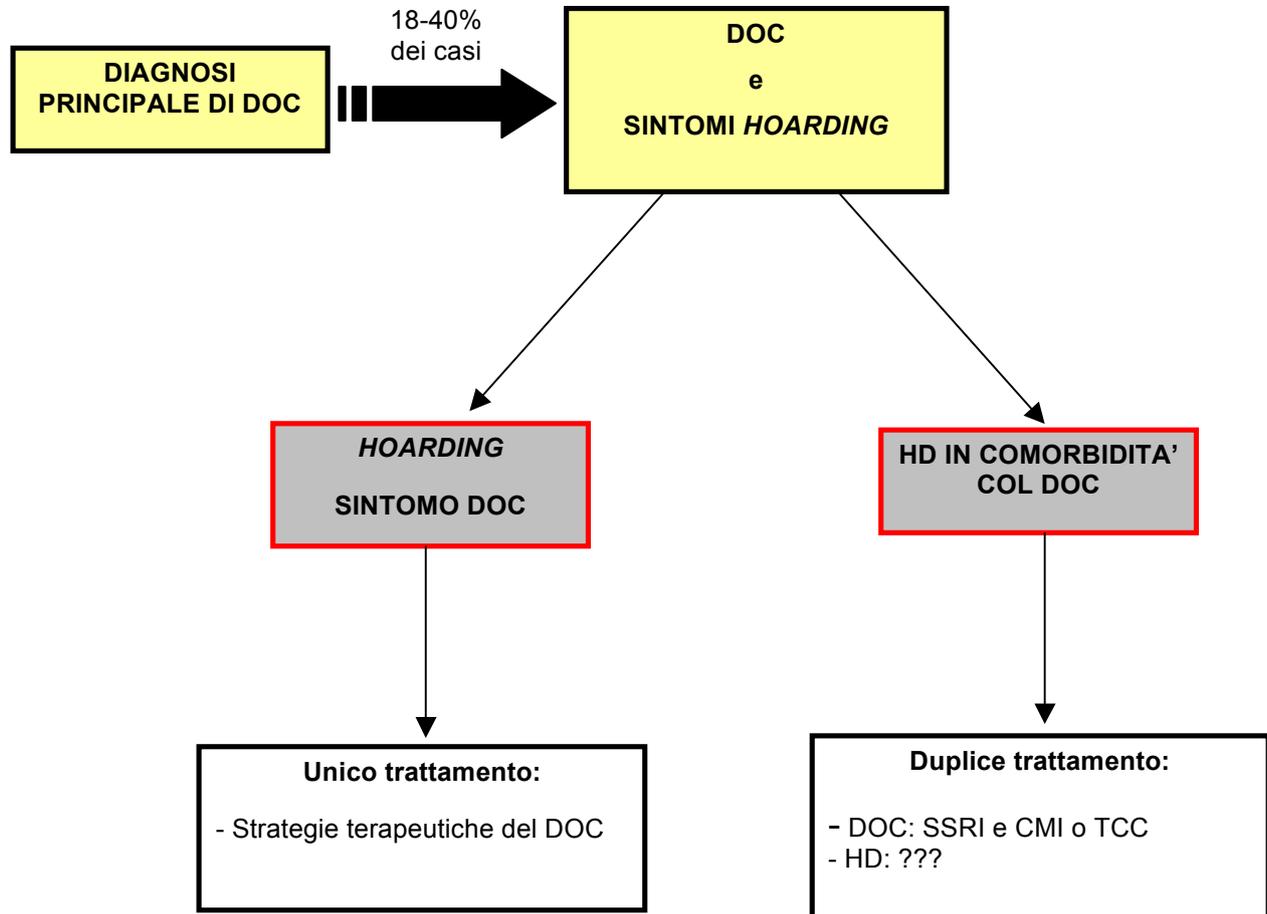
- Geriatr Psychiatry 1998; 6(4): 285-9.
24. Cohen L, Angladette L, Benoit N, Pierrot-Deseilligny C. A man who borrowed cars. *Lancet* 1999; 353 (9146): 34.
 25. Hahn DS, Kang Y, Cheong SS, Na DL. A compulsive collecting behavior following an A-com aneurysmal rupture. *Neurology* 2001; 56(3): 398-400.
 26. Tolin DF, Maunier SA, Frost RO, Steketee G. Hoarding among patients seeking treatment for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 43-8.
 27. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety* 2011; 28: 876-884.
 28. Wu KD, Watson D. Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 897-921.
 29. Olatunji BO, Williams BJ, Haslam N, Abramowitz JS, Tolin DF. The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: a taxometric study. *Depress Anxiety* 2008; 25: 956-68.
 30. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1409-26.
 31. Abramowitz JS, Franklin ME, Schawartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessivecompulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(6): 1049-57.
 32. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 675-86.
 33. Stein DJ, Carey PD, Lochner C, Seedat S, Fineberg N, Andersen EW. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: Response of symptom dimensions to pharmacotherapy. *CNS Spectrum* 2008; 13(6): 492-8.
 34. 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.
 35. Tolin D, Fitch K, Frost R, Steketee G. Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cognit Ther Res* 2010; 34: 69-81.
 36. Jakubovsky E, Pittenger C, Torres AR, et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Progr NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35: 1677-81.
 37. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, et al. Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1038-48.
 38. An SK, Mataix-Cols D, Lawrence NS, et al. To discard or not discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2009; 14: 318-31.
 39. Tolin Df, Kiehl KA, Worchunsky P, Book GA, Maltby N. An exploratory study of the neural mechanism of decision making in compulsive hoarding. *Psychol Med* 2009; 39(2): 325-36.
 40. Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther* 2002; 40(5): 517-28.
 41. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Soares ID, Versiani M. Patients with obsessive- compulsive disorder and hoarding symptoms: a distinctive clinical subtype? *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 375-83.
 42. Lochner C, Kinnear CJ, Hemmings SM, et al. Hoarding in obsessive- compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(9): 1155-60.
 43. Samuels JF, Bienvenu OJ, Pinto A, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther* 2007; 45(4): 673-86.
 44. Storch EA, Lack CW, Merlo LJ, et al. Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive

- disorder and hoarding symptoms. *Compr Psychiatry* 2007; 48(4): 313-8.
45. Wheaton M, Timpano KR, Lasalle-Ricci VH, Murphy D. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Disord* 2008; 22(2): 243-52.
 46. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Nagata T, Stein DJ. Clinical features and treatment characteristics of compulsive hoarding in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2010; 15(4): 258-65.
 47. AAVV. Consensus Conference (a cura di P. Pancheri). Linee guida per il trattamento psicofarmacologico del disturbo ossessivo-compulsivo. *Riv Psichiatr* 1997; 32: 174-87.
 48. March J, Frances A, Carpenter D, Kahn D. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(suppl.4).
 49. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 1011-30.
 50. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association 2007.
 51. Frost RO, Hartl TL, Christian R, Williams N. The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. *Behav Res Ther* 1995; 33: 897-902.
 52. Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. *Behav Res Ther* 1993; 31: 367-81.
 53. Steketee G, Frost R, Kyrios M. Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognit Ther Res* 2003; 27: 463-79.
 54. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther* 2008; 46: 836-44.
 55. Kyrios M, Frost R, Steketee G. Cognitions in compulsive buying and acquisition. *Cognit Ther Res* 2004; 28(2): 241-58.
 56. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim HJ, Tarkoff A, Hood S. Formation of attachment to possessions in compulsive hoarding. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 357-61.
 57. Frost RO, Krause MS, Steketee G. Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Modif* 1996; 20: 116-32.
 58. Plimpton E, Frost R, Abbey B, Dorer W. Compulsive hoarding in children: six case studies. *Int J Cogn Ther* 2009; 2: 88-104.
 59. Black DW, Monahan P, Gable J, et al. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (8): 420-5.
 60. Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: A report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (9): 591-7.
 61. Cullen B, Brown CH, Riddle MA, et al. Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2007; 24(2): 130-8.
 62. Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(4): 303-7.
 63. Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, et al. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165(2): 251-3.
 64. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, et al. Pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: a naturalistic retrospective study. *CNS Drugs* 2009; 23(3): 241-52.
 65. Salomoni G, Grassi M, Morosini P, Riva P, Cavedini P, Bellodi L. Artificial neural model for the prediction of obsessive-compulsive disorder treatment response. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29(4): 343-9.
 66. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in

- obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 180 (1): 25-9.
67. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(7): 535-40.
 68. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locateli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21(5): 488-92.
 69. Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(12): 1517-23.
 70. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2007; 41(6): 481-7.
 71. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002; 71(5): 255-62.
 72. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(6): 1049-57.
 73. Steketee G, Frost RO. *Compulsive hoarding and acquiring*. New York. Oxford Press 2007.
 74. Hartl TL, Frost RO. Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental case study. *Behav Res Ther* 1999; 37(5): 451-61.
 75. Cermele JA, Melendez-Pallito L, Pandina GJ. Intervention in compulsive hoarding. A case study. *Behav Modif* 2001; 25(2): 214-32.
 76. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 2007; 45(7): 1461-70.
 77. Muroff J, Steketee G, Rasmussen J, Gibson A, Bratiotis C, Sorrentino C. Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: a preliminary trail. *Depress Anxiety* 2009; 26(7): 634-40.
 78. Steketee G, Frost RO, Tolin DF, Rasmussen J, Brown TA. Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety* 2010; 27(5): 476-84.
 79. Gilliam CM, Norberg MM, Villavicencio A, Morrison S, Hannan SE, Tolin DF. Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: an open trial. *Behav Res Ther* 2011; 49(11): 802-7.
 80. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(1): 21-7.
 81. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Glaesmer H, de Zwaan M. The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. *Behav Res Ther* 2009; 47(8): 705-9.
 82. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 166: 1156-61.
 83. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 53-63.
 84. Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord* 2010; 124(3): 291-9.
 85. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(6): 780-6.

FIGURE E TABELLE

Figura 1: Schema delle due possibili modalità di rapporto tra DOC e *Hoarding*.



DOC = disturbo ossessivo-compulsivo

HD = *hoarding* disorder

SSRI = inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina

TCC = terapia cognitivo-comportamentale

Tabella I: descrizione di un caso di *hoarding* riconducibile a dimensione sintomatologica del DOC.

CASO CLINICO:

La sig.ra FRS è una donna di 30 anni che vive attualmente con il compagno. Non ha figli.

La paziente è affetta da un Disturbo Ossessivo-Compulsivo esordito all'età di 18 anni, i cui sintomi erano presenti già dall'età di 12 anni.

La sintomatologia ossessivo-compulsiva si esplica con tematiche di dubbio patologico (paura di perdere oggetti importanti per distrazione) e perfezionismo (ogni azione, in quanto unica e irripetibile, deve essere compiuta in modo perfetto, fino a quando lei non placa il dubbio di aver compiuto qualche sbaglio o essere stata imprecisa). E' altresì presente responsabilità patologica (se non compie in modo corretto/perfetto le azioni quotidiane potrebbe accadere un evento spiacevole di cui sarà considerata responsabile). Sono presenti rituali di ripetizione e di controllo per accertarsi di aver eseguito tutto correttamente. Non è possibile passare all'azione successiva se non dopo aver "chiuso" la precedente.

Accanto a tale sintomatologia, emerge un accumulo patologico di numerosi oggetti che, ad una prima valutazione clinica, non presentano alcun valore materiale e/o affettivo per la paziente: scontrini fiscali, confezioni di medicinali o ancora i codici a barre delle scatole vuote di vari alimenti. Alla domanda: "Signora, come mai accumula questi oggetti e non riesce a buttarli via?" la paziente risponde dicendo: "Dottore, anche se penso che sia inadeguato, non posso fare a meno di conservare tutte quelle cose che penso siano uniche al mondo". Alla domanda: "Perché questi oggetti li identifica come unici", la paziente risponde: "perché ogni scontrino fiscale ha un numero progressivo e una data di emissione, perché i medicinali sono provvisti di un numero di lotto identificativo, perché gli alimenti presentano un codice a barre specifico del prodotto ed è impossibile trovarne due uguali". La paziente non riesce a buttare via tali oggetti per paura che, essendo unici, la loro perdita possa causare un eventuale danno di cui sarà considerata responsabile. Al momento della nostra osservazione i comportamenti di accumulo comportano l'ingombro degli spazi vitali solo parziale, grazie allo smaltimento degli oggetti stessi da parte del compagno: accetta, sia pure a malincuore, che il compagno li butti via perché in tal modo si assume lui la responsabilità di un eventuale danno.

La paziente ha sempre riconosciuto che i suoi sintomi/comportamenti sono eccessivi, irragionevoli, causati da un disturbo psichiatrico.

COMMENTO:

Il quadro clinico sopradescritto è tale da configurare un quadro di Disturbo Ossessivo-Compulsivo classico con sintomi riconducibili alla dimensione perfezionismo. I sintomi di tipo *hoarding* sono chiaramente riconducibili alla tematica ossessiva primaria di perfezionismo. Inoltre il comportamento di tipo *hoarding* messo in atto dalla paziente è vissuto come egodistonico e risulta essere causa di enorme ansia e conseguente disagio clinicamente significativo.

Tabella II: Differenze tra *hoarding* come dimensione sintomatologica del DOC e *hoarding* sindrome indipendente (HD) eventualmente in comorbidità con il DOC (adattato da Pertusa et al., 2008; Rachman et al., 2009; Pertusa et al., 2010)

	<i>hoarding</i> come dimensione sintomatologica del DOC	<i>hoarding</i> come sindrome indipendente
<i>Requisito fondamentale per la diagnosi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - i sintomi <i>hoarding</i> sono secondari a ossessioni tipiche del DOC 	<ul style="list-style-type: none"> - i sintomi <i>hoarding</i> NON sono riconducibili a sintomi ossessivo-compulsivi classici
<i>Caratteristiche fenomenologiche</i>	<ul style="list-style-type: none"> - i comportamenti <i>hoarding</i> hanno una natura egodistonica: sono intrusivi e generano enorme ansia e disagio clinicamente significativo - i comportamenti di accumulo NON sono associati a emozioni positive (piacere, eccitazione, euforia) - il pz NON mostra interesse verso gli oggetti accumulati (scarso valore materiale e/o affettivo degli oggetti) - il pz accumula preferenzialmente oggetti bizzarri (p.e. spazzatura, feci, urina, unghie, capelli, pannolini usati, cibi scaduti) - accumulo secondario all'incapacità di disfarsi degli oggetti 	<ul style="list-style-type: none"> - i comportamenti <i>hoarding</i> hanno una natura egosintonica: l'ansia deriva dall'ingombro degli spazi vitali (conseguenza dell'accumulo), il disagio compare solo quando il pz deve disfarsi degli oggetti accumulati (con sentimenti di dolore e rabbia) - i comportamenti di accumulo si associano a emozioni positive (piacere, eccitazione, euforia) - il pz attribuisce un significato emotivo, o un valore pratico o intrinseco agli oggetti accumulati - il pz NON accumula oggetti bizzarri - accumulo secondario ad acquisizione eccessiva
<i>Caratteristiche cliniche</i>	<ul style="list-style-type: none"> - i comportamenti <i>hoarding</i> sono caratterizzati da maggiore gravità - insight variabile, ma buono nella maggior parte dei pz - i sintomi <i>hoarding</i> NON peggiorano con l'età in tutti i casi (solo nei pazienti con decorso cronico ingravescente) 	<ul style="list-style-type: none"> - i comportamenti <i>hoarding</i> sono caratterizzati da minore gravità - insight spesso scarso o assente - i sintomi <i>hoarding</i> peggiorano con l'avanzare dell'età

DOC = disturbo ossessivo-compulsivo