



Geriatrics, Gerontology and Aging

ISSN: 2447-2115

patrick.wachholz@unesp.br

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Brasil

Perdigão Stumpf, Bárbara; Hara, Cláudia; Lopes Rocha, Fábio
TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO: UMA REVISÃO
Geriatrics, Gerontology and Aging, vol. 12, núm. 1, enero-marzo, 2018, pp. 54-64
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=739780705014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO: UMA REVISÃO

Hoarding disorder: a review

Bárbara Perdigão Stumpf^a, Cláudia Hara^b, Fábio Lopes Rocha^a

RESUMO

O transtorno de acumulação (TA) pode ser definido como uma dificuldade persistente de desfazer-se de itens devido ao sofrimento associado com o descarte ou uma necessidade percebida de guardar posses a despeito de seu valor real. Tal comportamento pode resultar no acúmulo de objetos, o que compromete significativamente o uso da moradia, causando sofrimento e/ou prejuízo funcional. Os itens acumulados mais frequentemente são objetos e animais. A prevalência do transtorno é de 1,5 a 2,1% na população em geral, podendo ser maior que 6% em idosos. O TA causa riscos à saúde e à segurança dos indivíduos, especialmente dos idosos, gerando um custo relevante para a sociedade. O diagnóstico de TA é clínico e só deve ser feito após a exclusão de condições médicas gerais e outros transtornos mentais que podem levar ao acúmulo de objetos. O TA parece ser um transtorno de curso crônico e progressivo, comumente associado a comorbidades psiquiátricas. Estudos indicam a participação de fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas na etiologia do TA. A abordagem terapêutica mais estudada até o momento foram as psicoterapias, mas os resultados mostram efeito pequeno. Os estudos farmacológicos existentes são muito incipientes, não permitindo conclusões de eficácia.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno de acumulação; colecionismo; psicopatologia.

ABSTRACT

Hoarding disorder can be defined as a persistent difficulty in discarding items, due to distress associated with such disposal or a perceived need to save items regardless of their actual value. Such behavior must result in the accumulation of clutter, which significantly compromises living conditions, causing distress and/or functional impairment. The most frequently hoarded items are objects and animals. The point prevalence of clinically significant hoarding was estimated to be 1.5 to 2.1% in the general population, and may exceed 6% in the elderly. HD poses a range of health and safety hazards to individuals, especially older adults, generating significant costs to society. The diagnosis of HD is clinical, and should only be established after general medical conditions and other mental disorders that can lead to accumulating behavior have been ruled out. HD appears to follow a chronic, progressive course, and is commonly associated with psychiatric comorbidities. Studies indicate that genetic, familial, cognitive, and traumatic factors are implicated in the etiology of HD. To date, psychotherapies have been the most widely studied therapeutic approaches, but the results of these studies show small effects. Research into pharmacological approaches to HD is still incipient, precluding any conclusions of efficacy.

KEYWORDS: hoarding disorder; collecting; psychopathology.

^aInstituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^bFaculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH) – Vespasiano (MG), Brasil.

Dados para correspondência

Bárbara Perdigão Stumpf – Rua Ceará, 195 – Santa Efigênia – CEP: 30150-310 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: bperdigao73@yahoo.com.br

Recebido em: 13/01/2018. Aceito em: 12/03/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181800005

INTRODUÇÃO

O ato de acumular não é um comportamento restrito aos humanos. Nenhuma outra espécie, contudo, permeia sua vida de objetos como os seres humanos. As pessoas são capazes de criar apego e até mesmo intimidade com objetos inanimados.¹

Estabelecemos o conceito de posse de objetos como “parte de nós mesmos” por volta dos dois anos de idade. Ao longo da infância, relações intensas com um objeto em particular podem ser desenvolvidas. Na primeira metade da adolescência, as posses começam a se tornar uma espécie de “muleta” para o *self*. Na segunda metade, vão se tornando um reflexo de quem somos e o que somos, o que persiste na idade adulta. Na velhice, nossas posses se tornam memórias da vida, uma espécie de auxílio à reflexão, nostalgia e fonte de conforto. Na maioria das vezes, isso faz parte do processo de envelhecimento saudável. De certa forma, podemos afirmar que as nossas relações com os objetos são reflexo de nossos relacionamentos interpessoais.¹

O transtorno de acumulação (TA) pode ser definido como uma dificuldade persistente de desfazer-se de itens devido ao sofrimento associado com o descarte ou a uma necessidade percebida de guardar posses a despeito de seu valor real. A dificuldade de descartar itens pode resultar em acúmulo de objetos, que congestionam cômodos e comprometem significativamente o uso da moradia. O comportamento de acumular deve causar sofrimento ou prejuízo funcional e não pode ser atribuído a outra doença clínica ou transtorno psiquiátrico.²

Os itens acumulados mais frequentemente são objetos (por exemplo, roupas, papéis, livros, embalagens de comida vazias) e animais. A dificuldade em organizar a casa, a vergonha diante da desordem e as críticas por parte de terceiros fazem com que os acumuladores comumente sejam isolados do convívio social.³ O isolamento social, por sua vez, facilita o aumento da acumulação. O TA causa riscos à saúde e à segurança dos indivíduos, especialmente dos idosos, uma vez que leva a condições de higiene precárias, infestações de animais, risco de quedas, risco de ferimentos graves ou morte decorrente de soterramentos sob avalanches de objetos e incêndios. Adicionalmente, o transtorno causa sofrimento para o indivíduo, seus familiares e a comunidade em que vive. Os acumuladores constituem um fardo econômico significativo, englobando gastos com serviços de resgate e incêndio, serviços de saúde e sociais, além de benefícios por desemprego e invalidez.³

A relevância clínica do TA aumenta à medida que os indivíduos envelhecem.^{4,5} Idosos com comportamento acumulador constituem uma população de alta vulnerabilidade, com taxa de mortalidade de aproximadamente 50% em 5

anos de seguimento.⁵ Entretanto, mesmo nos idosos com histórico de tratamento psiquiátrico, o TA é usualmente subdiagnosticado e não tratado. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atendem idosos, conheçam os sintomas e façam a avaliação adequada do TA.^{4,5}

Este artigo teve como objetivo fazer uma revisão narrativa sobre o TA.

Histórico

O interesse no fenômeno da acumulação iniciou-se no século XX, concomitantemente à expansão do movimento psicanalítico. Freud, em 1908, detalhou o chamado “caráter anal” como uma combinação de três peculiaridades: ordem, obstinação e parcimônia (que poderia chegar ao nível da avareza). Mais especificamente, a descrição de Freud da parcimônia provavelmente foi um dos primeiros esboços do que mais tarde seria chamado de acumulação. Em 1912, Jones identificou dois aspectos-chave do traço anal da parcimônia de Freud: a “recusa em dar” e “o desejo de reunir, colecionar e acumular”. Esse autor sugeriu que dinheiro, livros, tempo, comida e outros objetos eram equivalentes fecais do caráter anal. Mais tarde, os bens acumulados também foram conceituados como símbolos fálicos, objetos de transição, um modo patológico de se relacionar e como os últimos vestígios das relações de objeto dos pacientes, entre outros.⁶

O termo “acumulação” foi introduzido na terminologia científica para descrever o comportamento de colecionar comida em animais, especialmente roedores.⁶ Em humanos, o termo apareceu pela primeira vez em um artigo científico de 1966, referindo-se ao extremo do contínuo do comportamento de acumular.⁷ Posteriormente, a acumulação foi relatada em uma série de transtornos psiquiátricos, levantando questões sobre a melhor maneira de classificar esse comportamento. No fim da década de 1980, Greenberg descreveu vários aspectos psicopatológicos vistos na acumulação primária: início na terceira década de vida, preocupação com a acumulação em detrimento do trabalho e da família, *insight* diminuído, pouco interesse em receber tratamento e nenhuma tentativa de conter a compulsão.⁶ Na década seguinte, Frost e Hartl reconheceram a acumulação como um transtorno que chamaram de “acumulação compulsiva”, termo que não é adotado atualmente. Os critérios da acumulação compulsiva eram:

1. aquisição e dificuldade de descartar número grande de itens que pareciam inúteis ou de valor limitado;
2. cômodos entulhados suficientemente para impedir a realização de atividades para os quais foram projetados;
3. sofrimento significativo ou prejuízo funcional causado pela acumulação.⁸

Diagnóstico

Até a 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), a acumulação era classificada como um sintoma do transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (TPOC) e indiretamente relacionada ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).⁷ O TA foi classificado como um transtorno independente no DSM-5. Os critérios diagnósticos do DSM-5² estão descritos no Quadro 1.

Na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a acumulação não é sequer mencionada, nem como

Quadro 1 Critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o transtorno de acumulação.

A. Dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real.
B. Essa dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los.
C. A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e comprometem substancialmente o uso pretendido. Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades).
D. A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros).
E. A acumulação não se deve a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
F. A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista).

Especificar se: Com aquisição excessiva: Se a dificuldade de descartar os pertences está acompanhada pela aquisição excessiva de itens que não são necessários ou para os quais não existe espaço disponível.

Especificar se: Com *insight* bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) são problemáticos. Com *insight* pobre: O indivíduo acredita que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) não são problemáticos apesar das evidências em contrário. Com *insight* ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação (relativos à dificuldade de descartar itens, à obstrução ou à aquisição excessiva) não são problemáticos apesar das evidências em contrário.

Fonte: APA, 2013.²

sintoma nem como síndrome, dependente ou independente de outro diagnóstico.⁶ Acredita-se, contudo, que a CID-11, de forma semelhante ao DSM-5, terá um capítulo sobre o TOC e transtornos relacionados, no qual constará o TA.^{6,7}

Diagnóstico diferencial

Cômodos entulhados nem sempre são patognômicos de TA. O diagnóstico de TA só pode ser feito após a exclusão de outras condições clínicas (por exemplo, tumor cerebral, doença cerebrovascular e síndrome de Prader-Willi) e transtornos mentais (por exemplo, TOC, autismo, depressão, esquizofrenia) que podem levar ao acúmulo de objetos. Os principais diagnósticos diferenciais do TA são descritos a seguir.

Colecionismo normal

O TA deve ser diferenciado do colecionismo normal.⁷⁻¹⁰ O acúmulo de objetos de determinado tipo (por exemplo, selos, moedas e objetos de arte) é comumente chamado de colecionismo. Os colecionadores geralmente são indivíduos metódicos que organizam, limpam e catalogam seus itens. Mais de 50% das crianças em idade escolar têm coleções e muitas são mantidas na idade adulta. Dentre os adultos, cerca de 30% apresentam comportamento colecionista. Entretanto, o colecionismo tende a decrescer ao longo da vida, ao contrário da acumulação, que tende a aumentar com o passar dos anos.^{1,10} As principais diferenças entre colecionismo normal e TA são apresentadas na Tabela 1.

Acumulação “orgânica”

Outro diagnóstico diferencial é a acumulação “orgânica”, também conhecida como “síndrome de Diógenes” ou “imundície doméstica grave”. Trata-se de uma condição clínica mais frequente em idosos, caracterizada por quebra e rejeição de padrões sociais observados no descuido pessoal e habitacional grave, no abandono progressivo do contato social, no reduzido *insight* para o problema, bem como no comportamento de acumulação de objetos e lixo.^{11,12}

No caso de indivíduos acumuladores que vivem em condições insalubres graves, em que há lixo, comida estragada e/ou excrementos, algumas vezes o diagnóstico de TA é sugerido. Porém, a imundície doméstica frequentemente se associa a casos de aquisição/acumulação secundários à patologia orgânica, não podendo ser feito o diagnóstico de TA.^{7,13} As diferenças fenomenológicas entre acumulação “orgânica” e TA estão sumarizadas na Tabela 2.

TOC

Para os primeiros psicanalistas, os “traços anais” (precursores do atual TPOC) e o TOC faziam parte do mesmo espectro,

tinham fatores etiopatogênicos em comum e compartilhavam vários sintomas. Como a parcimônia (ou, em termos recentes, a acumulação) faz parte dos traços anais, acreditava-se que a acumulação seria um sintoma do TOC. Para os primeiros teóricos, a acumulação poderia assumir as características de uma compulsão, definida como um comportamento que é reconhecido pelo sujeito como próprio, ao qual o indivíduo não consegue resistir, desagradável e repetitivo. Talvez, como consequência, obsessões e compulsões de acumulação sejam relatadas por quase 53% dos pacientes com TOC.⁶ Contudo, apenas uma minoria desses indivíduos (aproximadamente 5%) apresenta essa dimensão como a manifestação clínica proeminente. Existem várias diferenças fenomenológicas entre sintomas de acumulação que são parte do TOC e o TA. Por exemplo:

1. os pensamentos relacionados ao TA diferem dos relacionados ao TOC, uma vez que são menos intrusivos, caracterizados por menor *insight*, associados a prazer e recompensa, na maioria dos casos, e frequentemente não se relacionam a outros temas prototípicos do TOC (obsessões de conteúdo agressivo, sexual, religioso, de contaminação ou simetria);
2. no TA, os sintomas são percebidos como egossintônicos, ao contrário das obsessões/compulsões de acumulação do TOC, que são geralmente egodistônicas;

3. no TA o sofrimento é decorrente do entulhamento, enquanto no TOC tradicional ele é resultante da intrusão;
4. no TOC os pensamentos desencadeiam uma urgência em se livrar deles e/ou executar um ritual para aliviá-los, o que é incomum no TA;
5. as razões para acumular são diferentes no TA e na acumulação relacionada ao TOC. No TA, a acumulação resulta do medo de que os itens sejam necessários no futuro (valor intrínseco) ou do forte apego emocional às posses. No TOC, a acumulação tem como propósitos: aliviar as obsessões, evitar danos causados por obsessões agressivas ou temores de contaminação, aliviar sentimentos de incompletude ou ser um comportamento evitativo^{6,7} (Tabela 3).

A acumulação deve ser vista como um sintoma do TOC somente quando é claramente secundária a obsessões típicas. A relação entre os pensamentos obsessivos e o comportamento resultante (acumulação) é a mesma que ocorre entre obsessões e compulsões tradicionais. Contudo, o TA e o TOC podem coexistir no mesmo paciente e ser condições completamente independentes.^{7,9}

Tabela 1 Diferenças entre colecionismo normal e transtorno de acumulação.

Característica	Colecionismo normal	Transtorno de acumulação
Conteúdo	Muito focado, os objetos são ligados por tema coeso, com gama restrita de categorias de objetos	Sem foco, os objetos não possuem tema coeso e a acumulação contém grande número de categorias de objetos diferentes
Processo de aquisição	Estruturado, planejamento, busca de itens e organização dos itens coletados	Não estruturado, ausência de planejamento antecipado, pesquisa focada e organização
Aquisição excessiva	Possível, mas incomum, itens adquiridos principalmente por compra	Muito comum, > 80% dos itens comprados ou coletados
Nível de organização	Alto, os cômodos são funcionais e os itens coletados são organizados, armazenados ou exibidos de forma ordenada	Baixo, a funcionalidade dos cômodos é comprometida pela presença de desordem
Sofrimento	Raro; para a maioria dos colecionadores, a atividade é prazerosa, embora, para uma minoria, a coleta possa resultar em angústia devido a outros fatores que não a desordem (por exemplo, finanças)	Necessário para o diagnóstico, sofrimento frequentemente é consequência de desordem excessiva, descarte forçado ou incapacidade de adquirir
Prejuízo social	Mínimo, os colecionadores têm altas taxas de casamento e a maioria relata engajamento em relações sociais como parte de seu comportamento colecionista	Frequentemente grave, o transtorno de acumulação está consistentemente associado a baixas taxas de casamento e altas taxas de conflito de relacionamento e isolamento social
Interferência ocupacional	Rara, pontuações em medidas objetivas indicam que os colecionadores não possuem comprometimento clinicamente significativo no trabalho	Comum, o prejuízo ocupacional aumenta com a gravidade do acúmulo; altos níveis de comprometimento no trabalho foram relatados

Fonte: adaptado de Mataix-Cols, 2014.⁸

Epidemiologia

Estabelecer a prevalência do TA não é tarefa fácil, uma vez que os acumuladores tendem a minimizar e se envergonhar do problema.¹ Os estudos sobre a prevalência do TA realizados antes da publicação do DSM-5 indicavam taxas em torno de 2 a 4%, aumentando até 6% em indivíduos acima de 55 anos.¹⁴⁻¹⁹ Desses trabalhos, apenas um não foi realizado no Ocidente.¹⁹ No primeiro estudo epidemiológico

realizado de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, no Reino Unido, a prevalência estimada foi de 1,5% em ambos os sexos, sendo o TA mais prevalente em adultos mais velhos.²⁰ Em estudo conduzido na Holanda, a prevalência de TA foi de 2,12% em ambos os sexos, com aumentos lineares em torno de 20% a cada 5 anos.²¹ Em nosso meio, um estudo transversal realizado em Curitiba (PR) sobre a frequência de comportamento acumulador mostrou uma taxa

Tabela 2 Diferenças fenomenológicas entre comportamentos de acumulação secundários a dano cerebral macroscópico em pacientes com lesão cerebral ou demenciados e acumulação no transtorno de acumulação.

	Acumulação “orgânica”	Transtorno de acumulação
Início	Geralmente repentino em casos de danos cerebrais. Pode ser mais insidioso se for secundário a processo demencial	Insidioso. Geralmente começa na infância/adolescência e tem curso natural longo
Habilidade para descartar itens acumulados	Variável (alguns são capazes de descartar suas posses facilmente ou não se importam se outras pessoas as descartam, enquanto outros são muito relutantes)	A incapacidade de descartar itens acumulados é característica fundamental do transtorno de acumulação
Natureza da aquisição	Geralmente indiscriminada, mas pode ser mais seletiva (aquisição de itens específicos, por exemplo, sombrinhas, ou de acordo com sua forma/cor) em alguns casos	Itens sempre adquiridos/acumulados de acordo com seu valor intrínseco, prático ou emocional percebido, mas podem ser mais indiscriminados em alguns casos
Utilidade do comportamento de acumulação	Muitas vezes sem propósito (indivíduos exibem pouco ou nenhum interesse nos itens acumulados) e itens raramente usados	Mais proposital (itens acumulados por razões emocionais específicas ou práticas), embora os itens geralmente não sejam usados
Itens acumulados	Qualquer item, incluindo comida estragada	Qualquer item, embora o acúmulo de alimentos deteriorados seja raro
Imundície doméstica e/ou autonegligência	Frequente (especialmente em casos de demência)	Considerada relativamente incomum, embora mais pesquisas sejam necessárias
Características associadas	Mudanças graves na personalidade, bem como comportamentos comumente atribuídos a disfunção cerebral, como jogo patológico, comportamento sexual inapropriado, compras compulsivas levando a dificuldades financeiras, roubos, estereotípias, tiques e comportamentos de autoagressão	Nenhuma alteração grave da personalidade ou outros comportamentos claramente atribuíveis a disfunção cerebral. Aquisição excessiva, compras e furtos podem estar presentes
Processos cognitivos e motivação para acumular	Acumulação aparentemente desprovida de processos cognitivos e emocionais identificáveis, embora mais pesquisa seja necessária	a) déficits de processamento de informações: tomada de decisões, categorização, organização e dificuldades de memória; b) apego emocional às posses; c) evitação de comportamentos; d) crenças errôneas sobre posses
<i>Insight</i> e busca por ajuda	<i>Insight</i> pobre ou ausente. Pacientes raramente procuram ajuda	<i>Insight</i> varia de bom a ruim ou ausente. Inicialmente, o comportamento de acumulação pode ser egossintônico; torna-se cada vez mais angustiante à medida que a desordem aumenta. A procura por ajuda provavelmente está relacionada com o grau de <i>insight</i>
Prevalência	Desconhecida (< 1%)	Aproximadamente 2–5%
genética	Desconhecida, porém existem relatos anedóticos de parentes que vivem independentemente na imundície	Sim. O transtorno de acumulação tende a ocorrer em famílias e parece ser moderadamente hereditário

Fonte: adaptado de Snowden et al., 2012.¹²

de 6,45 acumuladores/100.000 habitantes.²² O trabalho estimou a existência de 1 caso de acumulação compulsiva para cada 15.503 habitantes, 7.390 homens, 8.113 mulheres, 1.753 idosos (acima de 60 anos), 716 idosos do sexo masculino e 1.037 mulheres idosas. É possível que a menor taxa em relação aos estudos internacionais deva-se principalmente à inclusão apenas de acumuladores denunciados aos órgãos governamentais. A redução da prevalência nos trabalhos realizados após a publicação do DSM-5 deve-se possivelmente à recente padronização dos critérios diagnósticos para o TA, principalmente com a exclusão de casos secundários a outras patologias. Nos estudos realizados anteriormente, os autores

utilizavam suas próprias definições de comportamento acumulador clinicamente significativo e identificavam membros de populações que preenchiam esses critérios.⁷

O TA parece ser um transtorno de curso crônico e progressivo. O comportamento de acumulação tipicamente se inicia na adolescência, com idade média de início entre 11 e 15 anos. Os sintomas inicialmente não causam sofrimento ou prejuízo, mas tornam-se problemáticos usualmente por volta da quarta ou quinta décadas de vida.^{9,23,24} A idade média de início do tratamento é por volta dos 50 anos.²⁴ O TA diagnosticado em fases mais tardias da vida tende a ser mais grave.⁵

Tabela 3 Características da acumulação em pacientes com transtorno de acumulação *versus* acumulação secundária ao transtorno obsessivo-compulsivo.

	Transtorno de acumulação	Acumulação como dimensão do transtorno obsessivo-compulsivo
Relação entre acumulação e sintomas obsessivo-compulsivos	Acumulação não relacionada a obsessões/compulsões	O comportamento de acumulação é impulsionado principalmente por obsessões prototípicas ou é resultado da evitação persistente de compulsões onerosas
Comportamento de verificação associado à acumulação	Raro e leve	Frequente e grave
Obsessões relacionadas à acumulação (por ex., consequência catastrófica ou pensamento mágico)	Não	Sim
Compulsões mentais relacionadas à acumulação	Não	Sim
Egossintônico/ egodistônico	Usualmente egossintônico: pensamentos de acumulação associados a sentimentos agradáveis de segurança	Usualmente egodistônico: pensamentos intrusivos ou indesejados, repetitivos
Presença de outros sintomas obsessivo-compulsivos além da acumulação	Não	Sim
Sofrimento	Decorre do entulhamento (produto do comportamento)	Provém da intrusão
Principal razão para acumular	Valor intrínseco e/ou sentimental	Outros temas obsessivos
Tipo de acumulação		
Itens comuns (roupas velhas, revistas, CDs, cartas, canetas, contas, jornais etc.)	Sim	Sim
Itens bizarros (fezes, urina, unhas, cabelos, fraldas usadas, comida estragada etc.)	Não	Sim
Aquisição excessiva	Usualmente presente	Usualmente ausente
Insight	Frequentemente pobre ou ausente	Geralmente bom, embora possa haver <i>insight</i> pobre
Curso do comportamento acumulador	Acumulação tende a aumentar a gravidade à medida que a pessoa envelhece	Acumulação não aumenta a gravidade à medida que a pessoa envelhece (usualmente)
Gravidade/interferência global	Usualmente moderada	Usualmente grave

Fonte: Adaptado de Albert et al., 2015.⁷

O TA está associado a comorbidades psiquiátricas, incluindo taxas elevadas de depressão, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobia social, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e TOC.⁵ Nos idosos com TA, especificamente, as comorbidades mais frequentes são depressão (14–54%), transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos relacionados ao uso de substâncias.⁵ Adicionalmente, os indivíduos portadores de TA apresentam piores condições de saúde comparados a controles, especialmente nas populações mais idosas.²⁴

Etiologia

As causas do TA são desconhecidas, porém existem algumas teorias.

Genética

O TA parece ter um forte componente genético. Os estudos familiares realizados antes de 2013 mostraram que a acumulação era mais comum entre parentes de primeiro grau de acumuladores compulsivos comparados a controles.^{25–28} O primeiro estudo realizado após a publicação do DSM-5 avaliou sintomas de acumulação entre pais e irmãos de portadores de TA comparados a familiares de indivíduos com TOC e de controles da comunidade. Os participantes dos três grupos relataram maior taxa de sintomas de acumulação entre familiares do sexo feminino (mães e irmãs) comparados aos do sexo masculino (pai e irmãos), sendo que as taxas encontradas nos familiares de indivíduos com TA foram superiores às dos demais grupos.²⁹ Achados de estudos genéticos são consistentes com estudos familiares sugerindo herança familiar de comportamento acumulador.³⁰ Entretanto, os genes específicos que pre-dispõem ao TA não foram identificados consistentemente.⁵

Trauma

Os indivíduos com TA frequentemente relatam eventos de vida traumáticos precedendo ou exacerbando o transtorno.^{9,31} Notadamente em idosos acumuladores, as taxas de transtorno de estresse pós-traumático relatadas variam entre 3,5 e 18%.⁵ Estudos sugerem que certos tipos de eventos traumáticos têm associação mais robusta com o TA. Por exemplo, os traumas interpessoais (como violência doméstica, perda acidental ou trágica de ente querido ou negligência na infância) são os tipos mais relatados entre os pacientes com TA.^{32,33} A experiência de um trauma interpessoal pode resultar em apego emocional forte a pertences que passem sensação de segurança aos indivíduos. Essa pode ser a razão pela qual os pacientes com TA têm dificuldade em se separar de seus bens e apresentam tendências à aquisição excessiva.^{8,34}

Adicionalmente, a percepção de ameaça às posses (por exemplo, perda de itens em incêndio, descarte forçado de objetos) é comumente relatada antes do início dos sintomas de acumulação.^{32,33} Um trabalho examinou a relação entre trauma (incluindo abuso físico/sexual, crimes e desastres em geral) e tendências de guardar e adquirir. Os autores relataram que a ocorrência de TA também está relacionada à intensidade do trauma, particularmente abuso físico/sexual.³⁴ Todavia, não existem estudos prospectivos que confirmem a relação causal.⁷ Ao contrário da crença popular, as evidências existentes não indicam que privação material na infância predisponha pessoas ao TA.⁹

Modelo cognitivo-comportamental

Segundo o modelo cognitivo-comportamental proposto por Steketee e Frost, o TA se desenvolve como resultado de respostas emocionais associadas a certos pensamentos e crenças sobre posses. Os indivíduos têm dificuldade em se desfazer de bens para evitar a ansiedade associada ao descarte e à tomada de decisão, enquanto emoções positivas associadas aos pertences facilitam sua aquisição e armazenagem.³⁵ Frost e Hartl propuseram que três fatores primários contribuem para o comportamento de acumulação:

1. crenças relacionadas às posses e apego emocional excessivo;
2. comportamentos de evitação que se desenvolvem como resultado de sofrimento emocional associado ao descarte de itens;
3. déficits de processamento de informações nas áreas de atenção, categorização, memória e tomada de decisão⁸ (Figura 1).

A pesquisa e a observação clínica sugerem que o comportamento de acumulação no TA serve para evitar sofrimento e trazer conforto, provavelmente mantendo o transtorno através do reforço positivo e negativo. Os estudos que examinaram as associações entre acumulação, emoção e humor relacionaram regulação emocional pobre, comorbidade alta com depressão e baixa tolerância ao sofrimento com aquisição excessiva e dificuldade em descartar. Embora essa evidência apoie a proposição de que os comportamentos de acumulação podem ser conduzidos por dificuldades emocionais, os mecanismos pelos quais alguns componentes do modelo atual contribuem para comportamentos de acumulação não são claros.³⁶

Características clínicas

Como mencionado anteriormente, os comportamentos de acumulação tipicamente se iniciam no começo da

adolescência e tendem a se tornar mais graves com o passar dos anos.^{9,24,37,38} Quando o TA é subdividido em seus sintomas principais de entulhamento, aquisição e dificuldade em descartar, a aquisição (seja através de compra, coleta ou mesmo furto) parece iniciar-se mais tardiamente do que os outros sintomas. Uma possível explicação é a maior independência física e financeira dos indivíduos ao alcançarem a idade adulta.³⁷ Os sintomas começam a interferir no funcionamento do indivíduo por volta dos 25 anos de idade e o prejuízo significativo é observado por volta dos 35 anos.⁹

O TA está associado a prejuízo funcional importante tanto para os pacientes quanto para as famílias. Um estudo mostrou que o nível de sobrecarga do cuidador vivenciado por parentes de portadores de TA foi comparável ou superior ao relatado na literatura por familiares de indivíduos com demência.³⁹

Os indivíduos podem acumular objetos, animais e até mesmo informação eletrônica. Especificamente em relação à acumulação de animais, esta é caracterizada pelo acúmulo sem que haja cuidados e ambiente adequado para os bichos, além de prejuízos à saúde e segurança, e ao funcionamento ocupacional e social. As casas dos acumuladores de animais são entulhadas, desorganizadas e disfuncionais. A imundície é frequente, e comumente se encontram urina e fezes nos cômodos, podendo haver cadáveres de animais.

Esses acumuladores têm grande dificuldade em abrir mão dos animais para pessoas que possam cuidar adequadamente deles, assim como desenvolvem apego intenso que resulta em prejuízo significativo.⁴⁰

Avaliação

Os indivíduos com TA geralmente chegam aos serviços de saúde trazidos por outras pessoas ou órgãos governamentais que identificaram o problema, sendo rara a procura espontânea. O diagnóstico do TA é clínico. Exames complementares são pedidos com o propósito de descartar patologias orgânicas que possam ser responsáveis pelo comportamento de acumulação. Existem instrumentos diagnósticos que podem auxiliar no diagnóstico do TA, como *Saving Inventory Revised (SI-R)*, *UCLA Hoarding Severity Scale (UHSS)*, *Hoarding Rating Scale-Interview (HRS)* e *Structured Interview for Hoarding Disorder (SIHD)*, dentre outros.⁴¹⁻⁴⁴ Pelo nosso conhecimento, apenas o Inventário de Colecionismo Revisado (SI-R) foi validado em nosso meio.⁴⁵

Durante a entrevista, é importante indagar ao paciente sobre os sintomas, uma vez que é incomum o relato espontâneo. Os portadores de TA apresentam graus variáveis de *insight*, usualmente se envergonham da própria moradia devido à desorganização e provavelmente já foram excessivamente criticados ao longo dos anos. O diagnóstico formal

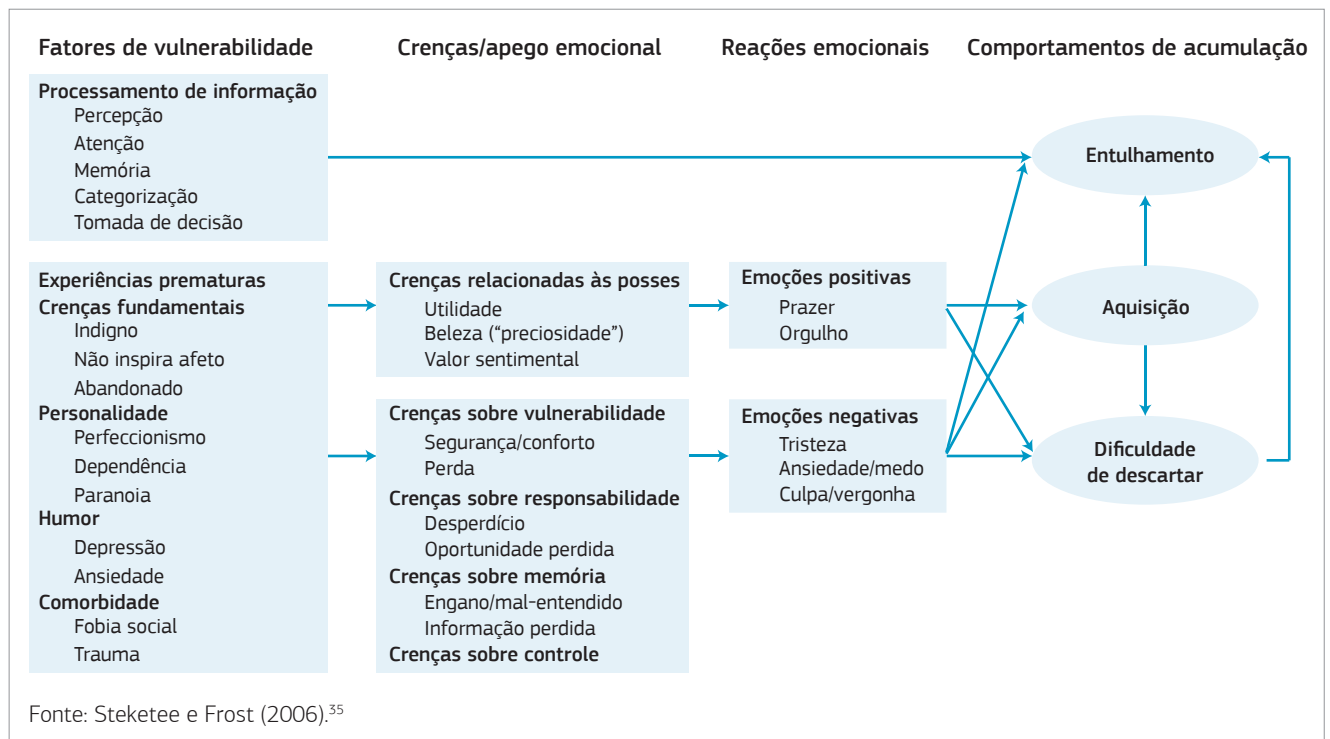


Figura 1 Modelo cognitivo-comportamental do transtorno de acumulação.

requer entrevista conduzida por profissional de saúde treinado, de preferência na casa do paciente, uma vez que a presença de entulhamento é necessária para o diagnóstico. A visita domiciliar permite ao clínico avaliar de forma objetiva a proporção da desordem, averiguar a extensão da obstrução/prejuízo resultante e determinar a presença de riscos para a saúde e a segurança. No caso de impossibilidade da realização de visita domiciliar, recomenda-se o uso de fotografias ou filmagens para avaliar a extensão do problema. Entretanto, é importante ressaltar que a visita domiciliar ou o emprego de fotografias/filmagens não substituem uma entrevista psicopatológica cuidadosa. Nos casos de pacientes com *insight* pobre ou mesmo ausente, que constituem a maioria dos casos, sugere-se que seja feita entrevista com informantes confiáveis.^{7,9} Um estudo que avaliou a acurácia dos relatos de gravidade dos sintomas e grau de *insight* no TA mostrou que existe boa correspondência entre os relatos dos pacientes e dos informantes com relação à gravidade da acumulação, porém viu-se que os informantes relataram maiores graus de imundície doméstica. Comparação entre relatos de informantes e de profissionais evidenciou que os informantes subestimam o *insight* dos indivíduos com TA. Os pacientes com TA que se recusaram a participar do estudo apresentaram maior gravidade da sintomatologia e menor *insight* comparados aos que participaram.⁴⁶

Tratamento

A resposta insatisfatória dos comportamentos de acumulação aos tratamentos padronizados para o TOC levou ao desenvolvimento de abordagens específicas para esse problema. Os primeiros tratamentos utilizaram o modelo cognitivo-comportamental da acumulação compulsiva e incluíram treinamento em tomada de decisão e categorização, exposição ao descarte e reestruturação cognitiva de crenças irracionais associadas à acumulação.⁴⁷

Vários protocolos diferentes de terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual, em grupo e tratamentos de autoajuda foram desenvolvidos para o TA. Mais recentemente, outras abordagens vêm sendo testadas, como redução de danos (para indivíduos que não estejam motivados a modificar seu comportamento de acumular), remediação cognitiva direcionada aos déficits neurocognitivos, intervenções baseadas nas famílias para aumentar a motivação do indivíduo com TA e/ou apoio às necessidades dos familiares e tratamentos farmacológicos.⁴⁷⁻⁴⁹

Psicoterapia

Pelo nosso conhecimento, existem quatro revisões sobre o tratamento psicoterápico das dificuldades relacionadas à acumulação.^{47,50-52} Em duas delas, os autores encontraram

resposta modesta e altas taxas de descontinuação com tratamentos não específicos para acumulação em pacientes com TOC e sintomas de acumulação, comparados àqueles sem sintomas de acumulação.^{50,52} A metanálise de Tolin et al. mostrou redução significativa na gravidade da acumulação após intervenções de TCC específicas para o TA. Os efeitos mais fortes foram vistos para dificuldade em descartar, seguida por entulhamento e aquisição. As taxas de melhora clinicamente significativa, porém, foram baixas (24–43%), assim como a melhora no prejuízo funcional.⁵¹ A revisão mais recente incluiu 20 trabalhos e avaliou a qualidade da evidência com relação aos tratamentos para os sintomas do TA e problemas relacionados. As abordagens de tratamento avaliadas foram TCC, farmacoterapia, reabilitação cognitiva, suporte *online* e intervenções na família. A maioria dos estudos incluídos (17/20) era sobre intervenções baseadas na TCC. Apesar de a maioria dos trabalhos ser de baixa qualidade metodológica, os resultados mostrados na TCC (individual, em grupo e grupo de apoio com biblioterapia) foram comparáveis. Contudo, as reduções na sintomatologia foram modestas. A remediação cognitiva, ainda que pouco estudada, melhorou os sintomas de acumulação em até 40%. Os autores concluíram que não existe técnica psicossocial superior para o TA, embora a evidência mais confiável até o momento seja para a TCC individual ou em grupo que siga protocolo específico para TA.⁴⁷

Especificamente em relação ao tratamento psicoterápico do TA em idosos, os estudos existentes são escassos. Os trabalhos sobre o uso da TCC na acumulação tardia se limitam a relatos de casos e estudos abertos.⁵³

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico do TA foi pouco estudado até o momento. Pelo nosso conhecimento, existem somente quatro estudos sobre a farmacoterapia desse transtorno,^{42,54-56} sendo que em apenas um foram incluídos idosos.⁵⁵ O primeiro, na realidade, avaliou a eficácia da paroxetina em 79 indivíduos portadores de TOC por 12 semanas (dose média de $41,6 \pm 12,8$ mg/dia). Destes, 32 eram acumuladores compulsivos. Tanto os acumuladores compulsivos quanto os pacientes com TOC sem sintomas de acumulação apresentaram melhora com o tratamento. Os comportamentos de acumulação melhoraram tanto quanto os outros sintomas do TOC (redução média de 24%), conforme mensurado pela UHSS. Entretanto, a paroxetina não foi bem tolerada. Apenas 16/79 pacientes toleraram a dose de 60 mg/dia. Menos da metade da amostra atingiu a dose de 40 mg/dia e 12 pacientes não toleraram mais que 30 mg/dia. Os efeitos adversos mais comuns foram sedação, fadiga, constipação, cefaleia e disfunção sexual.⁴²

Outro estudo avaliou a eficácia da venlafaxina no tratamento de 24 indivíduos com TA por 12 semanas (dose média de 204 ± 72 mg/dia). Os sintomas de acumulação melhoraram, com redução média de 36% na pontuação da *UHSS*. Noventa e seis por cento (23/24) dos participantes completaram o estudo, sendo que nenhum paciente descontinuou o tratamento devido a efeitos adversos ou falta de eficácia. Doze dos 23 participantes toleraram pelo menos 150 mg/dia de venlafaxina, 16 toleraram 225 mg/dia e 4 chegaram à dose de 300 mg/dia. Contudo, os autores relataram uma correlação negativa significativa entre idade e resposta ao tratamento, indicando que os pacientes com maior idade tiveram menor redução dos sintomas de acumulação.⁵⁵

Em uma série de casos, 4 pacientes com TA sem TDAH comórbido foram tratados com metilfenidato de liberação controlada por 4 semanas (dose média de 50 ± 9 mg/dia). Dois participantes tiveram redução modesta dos sintomas de acumulação mensurados pelo SI-R (25 e 32%), especialmente em relação à aquisição excessiva. Não houve aparecimento de sintomas como tiques, psicose, mania ou depressão. Todavia, nenhum participante aceitou continuar o tratamento ao término do estudo devido a efeitos adversos (insônia e palpitações).⁵⁴ Mais recentemente, um estudo avaliou a eficácia da atomoxetina no tratamento de 12 pacientes com TA por 12 semanas (40–80 mg/dia). A redução média dos sintomas de acumulação foi de 41,3%, de acordo com a *UHSS*.⁵⁶

Em relação à aceitabilidade dos tratamentos e serviços disponíveis para indivíduos com TA, um trabalho recente mostrou que os tratamentos mais aceitos pelos pacientes foram TCC individual, serviço profissional de organização e livro de autoajuda. Os mais rejeitados foram tratamento medicamentoso, serviço de limpeza e remoção e curador designado pela Justiça.⁵⁷

CONCLUSÃO

O TA é um transtorno mental grave ainda pouco estudado, com prevalência de 1,5 a 2,1% na população em geral, podendo ser maior que 6% em idosos, curso crônico e progressivo. Foi recentemente incluído no DSM-5 como entidade nosológica independente. Acarreta custos importantes para a sociedade devido aos riscos à saúde e à segurança dos indivíduos, especialmente os idosos. Estudos indicam a participação de fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas na etiologia do TA. A abordagem terapêutica mais estudada até o momento foram as psicoterapias, mas os resultados mostram efeito pequeno. Os estudos farmacológicos existentes são muito incipientes, não permitindo conclusões de eficácia.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. The British Psychological Society. A psychological perspective on hoarding: DCP good practice guidelines. Leicester: British Psychological Society; 2015. 62p.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
3. Neave N, Caiazza R, Hamilton C, McInnes L, Saxton TK, Deary V, et al. The economic costs of hoarding behaviours in local authority/housing association tenants and private home owners in the north east of England. *Public Health*. 2017;148:137-39. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.04.010
4. Ayers CR, Saxena S, Golshan S, Wetherell JL. Age of onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25:142-49. DOI: 10.1002/gps.2310
5. Roane DM, Landers A, Sherratt J, Wilson GS. Hoarding in the elderly: a critical review of the recent literature. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(7):1077-84. DOI: 10.1017/S1041610216002465
6. Fontenelle LF, Grant JE. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(Suppl 1):S28-39. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1269
7. Albert U, De Cori D, Barbaro F, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-V. *J Psychopathol*. 2015;21:354-64.
8. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther*. 1996;34(4):341-50. DOI: 10.1016/0005-7967(95)00071-2
9. Mataix-Cols D. Hoarding Disorder. *N Engl J Med*. 2014;370(21):2023-30.
10. Snowden J. Accumulating too much stuff: what is hoarding and what is not? *Australas Psychiatry*. 2015;23(4):354-7. DOI: 10.1177/1039856215588228
11. Stumpf BP, Rocha FL. Síndrome de Diógenes. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(2):156-59. DOI: 10.1590/S0047-20852010000200012
12. Almeida R, Ribeiro O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Rev Port Saúde Pública*. 2012;30(1):89-99. DOI: 10.1016/j.rpsp.2012.03.004
13. Snowden J, Pertusa A, Mataix-Cols D. On hoarding and squalor: a few considerations for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2012;29(5):417-24. DOI: 10.1002/da.21943
14. Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados MA, Cullen B, Riddle MA, Liang KY, et al. Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behav Res Ther*. 2008;46(7):836-44. DOI: 10.1016/j.brat.2008.04.004
15. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA, Guipponi M, Cherkas L, Collier DA, et al. Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1156-61. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.08121789

16. 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. DOI: 10.1016/j.brat.2009.04.005
17. Bulli F, Melli G, Carraresi C, Stopani E, Pertusa A, Frost RO. Hoarding behaviour in an Italian non-clinical sample. *Behav Cogn Psychother*. 2014;42(3):297-311. DOI: 10.1017/S1352465812001105
18. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H, Rief W, Keshaviah A, Brähler E, 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. DOI: 10.4088/JCP.10m06380
19. Subramaniam M, Abidin E, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Hoarding in an Asian population: prevalence, correlates, disability and quality of life. *Ann Acad Med Singapore*. 2014;43(11):535-43.
20. Nordsletten AE, Reichenberg A, Hatch SL, Fernández de la Cruz L, Pertusa A, Hotopf M, et al. Epidemiology of hoarding disorder. *Br J Psychiatry*. 2013;203(6):445-52. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130195
21. Cath DC, Nizar K, Boomsma D, Mathews CA. Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(3):245-55. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.11.006
22. Cunha GR, Martins CM, Ceccon-Valente MF, Silva LL, Martins FD, Floeter D, et al. Frequency and spatial distribution of animal and object hoarder behavior in Curitiba, Paraná state, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(2):1-11. DOI: 10.1590/0102-311x00001316
23. Mathews CA. Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(8):893-4. DOI: 10.4088/JCP.14ac09325
24. Thomas E, Lochner C, Stein DJ. Hoarding Disorder. *Scientific American Psychiatry*. 2017;7.
25. Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. *Behav Res Ther*. 1993;31(4):367-81.
26. Samuels J, Bienvenu OJ 3rd, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*. 2002;40(5):517-28.
27. Samuels JF, Bienvenu OJ 3rd, Pinto A, Fryer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behav Res Ther*. 2007;45(4):673-86. DOI: 10.1016/j.brat.2006.05.008
28. Pertusa A, Fullana M, Singh S, Alonso P, Menchón J, Mataix-Cols D. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1289-98. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07111730
29. Steketee G, Kelley AA, Wernick JA, Muroff J, Frost RO, Tolin DF. Familial patterns of hoarding symptoms. *Depress Anxiety*. 2015;32(10):728-36. DOI: 10.1002/da.22393
30. Hirschtritt ME, Mathews CA. Genetics and family models of hoarding disorder. In: Frost RO, Steketee G, editors. *Oxford handbook of hoarding and acquiring*. New York: Oxford University Press; 2014. p.159-176.
31. Landau D, Iervolino AC, Pertusa A, Santo S, Singh S, Mataix-Cols D. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *J Anxiety Disord*. 2011;25(2):192-202. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.09.002
32. Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G, Frost RO. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(2):269-76. DOI: 10.1016/j.brat.2004.02.002
33. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):829-38. DOI: 10.1002/da.20684
34. Shaw AM, Witcraft SM, Timpano KR. The relationship between traumatic life events and hoarding symptoms: a multi-method approach. *Cogn Behav Therapy*. 2016;45(1):49-59. DOI: 10.1080/16506073.2015.1101150
35. Steketee G, Frost RO. *Compulsive Hoarding and Acquiring: Therapist Guide (Treatments That Work)*. New York: Cambridge University Press; 2006. 226p.
36. Grisham JR, Baldwin PA. Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:951-62. DOI: 10.2147/NTFNDT.S62084
37. Grisham JR, Frost RO, Steketee G, Kim H, Hood S. Age of onset of compulsive hoarding. *J Anxiety Disord*. 2006;20(5):675-86. DOI: 10.1016/j.janxdis.2005.07.004
38. Dozier ME, Porter B, Ayers CR. Age of onset and progression of hoarding symptoms in older adults with hoarding disorder. *Aging Ment Health*. 2016;20(7):736-42. DOI: 10.1080/13607863.2015.1033684
39. Drury H, Ajmi S, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, Mataix-Cols D. Caregiver burden, family accommodation, health, and well-being in relatives of individuals with hoarding disorder. *J Affect Disord*. 2014;159:7-14. DOI: 10.1016/j.jad.2014.01.023
40. Frost RO, Patronek G, Rosenfield E. Comparison of object and animal hoarding. *Depress Anxiety*. 2011;28(10):885-91. DOI: 10.1002/da.20826
41. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behav Res Ther*. 2004;42(10):1163-82. DOI: 10.1016/j.brat.2003.07.006
42. Saxena S, Brody A, Maidment K, Baxter L. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res*. 2007;41(6):481-7. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.05.001
43. Tolin DF, Frost RO, Sketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: the hoarding rating scale-interview. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):147-52. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.001
44. Nordsletten AE, Fernández de la Cruz L, Pertusa A, Reichenberg A, Hatch SL, Mataix-Cols D. The Structured interview for hoarding disorder (SIHD): Development, usage and further validation. *J Obsess Compuls Related Dis*. 2013;2:346-50. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.06.003
45. Fontenelle IS, Prazeres AM, Borges MC, Rangé BP, Versiani M, Fontenelle LF. The Brazilian Portuguese Version of the Saving Inventory-Revised: Internal Consistency, Test-Retest Reliability, and Validity of a Questionnaire to Assess Hoarding. *Psychol Rep*. 2010;106(1):279-96. DOI: 10.2466/PRO.106.1.279-296
46. Drury H, Nordsletten AE, Ajmi S, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Accuracy of self and informant reports of symptom severity and insight in hoarding disorder. *J Obsess Compuls Related Dis*. 2015;5:37-42. DOI: 10.1016/j.jocrd.2015.01.005
47. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D, Onumere J. A systematic review and quality assessment of psychological, pharmacological, and family-based interventions for hoarding disorder. *Asian J Psychiatr*. 2017;27:53-66. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.02.020
48. Tompkins MA. Working with families of people who hoard: a harm reduction approach. *J Clin Psychol*. 2011;67(5):497-506. DOI: 10.1002/jclp.20797
49. Büscher TP, Dyson J, Cowdell F. The effects of hoarding disorder in families: an integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):491-8. DOI: 10.1111/jpm.12098
50. Muroff J, Bratiotis C, Sketee G. Treatment for hoarding behaviors: a review of the evidence. *Clin Soc Work J*. 2011;39:406-23. DOI: 10.1007/s10615-010-0311-4
51. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Muroff J. Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2015;32(3):158-66. DOI: 10.1002/da.22327
52. Williams M, Viscusi JA. Hoarding disorder and a systematic review of treatment with cognitive behavioral therapy. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(2):93-110. DOI: 10.1080/16506073.2015.1133697
53. Ayers CR, Najmi NS, Mayes TL, Dozier ME. Hoarding disorder in older adulthood. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(4):416-22. DOI: 10.1016/j.jagp.2014.05.009
54. Rodriguez CI, Bender Jr J, Morrison S, Mehendru R, Tolin DF, Simpson HB. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder? *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33(3):444-7. DOI: 10.1097/JCP.0b013e318290115e
55. Saxena S, Sumner J. Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2014;29(5):266-73. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000036
56. Grassi G, Micheli L, Mannelli LDC, Compagno E, Righi L, Ghelardini C, et al. Atomoxetine for hoarding disorder: a pre-clinical and clinical investigation. *J Psychiatr Res*. 2016;83:240-8. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.09.012
57. Rodriguez CI, Levinson A, Patel SR, Rottier K, Zwerling J, Essock S, et al. Acceptability of treatments and services for individuals with hoarding behaviors. *J Obsess Compuls Relat Dis*. 2016;11:1-8. DOI: 10.1016/j.jocrd.2016.07.001