

Senger Michał, Doruch Patrycja, Rogacka Karolina, Kędziora-Kornatowska Kornelia. Symptoms of hoarding disorder in specific mental disorders. Review of potential management methods. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(6):51-60. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.06.004>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2022.12.06.004>
<https://zenodo.org/record/6496853>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences).

Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2022;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 14.04.2022. Revised: 20.04.2022. Accepted: 27.04.2022.

Objawy zbieractwa patologicznego w wybranych zaburzeniach psychicznych. Przegląd możliwości terapeutycznych Symptoms of hoarding disorder in specific mental disorders. Review of potential management methods

Michał Senger¹, ORCID: 0000-0003-3127-9043, michal.senger97@wp.pl
Patrycja Doruch², ORCID: 0000-0003-2163-0821, pdoruch0@gmail.com
Karolina Rogacka², ORCID: 0000-0001-9925-7305, karolinarogacka2697@gmail.com
Kornelia Kędziora-Kornatowska², ORCID: 0000-0003-4777-5252, kornelia.kornatowska@cm.umk.pl

¹ Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw

² Department of Geriatrics, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Torun

Streszczenie

Wstęp i cele. Zbieractwo patologiczne należy do kategorii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pochodnych. Choroba charakteryzuje się trudnością w wyrzucaniu przedmiotów przez chorego oraz silnym stresem i lękiem w sytuacji ich utraty. Rozpowszechnienie zbieractwa patologicznego wśród społeczeństw Europy oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki oceniane jest na 2-6%. Podstawą leczenia zbieractwa patologicznego jest psychoterapia, głównie w postaci terapii poznawczo-behawioralnej. Farmakoterapia ma natomiast dyskusyjną skuteczność.

Celem pracy jest przedstawienie powiązań między wybranymi schorzeniami psychicznymi oraz zbieractwem patologicznym, a także możliwości terapeutycznych w przypadku ich współistnienia.

Niniejsza praca stanowi przegląd literatury z lat 2013-2021.

Opis stanu wiedzy. Przegląd piśmiennictwa pozwala na zauważenie wielu powiązań psychopatologicznych pomiędzy wybranymi schorzeniami psychicznymi a zbieractwem patologicznym. Objawy zbieractwa czasami występują w towarzystwie takich zaburzeń psychicznych jak depresja, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenia psychotyczne oraz otępienia. Obecność objawów zbieractwa wpływa na przebieg tych schorzeń oraz ich leczenie.

Podsumowanie. Zbieractwo patologiczne należy do jednostek rzadkich oraz opornych na leczenie, zwłaszcza jeżeli towarzyszy innym chorobom psychicznym. Pomimo istnienia pozytywnych doniesień w literaturze o sposobach leczenia w stanach ich współistnienia, wymagane są kolejne badania z większą ilością uczestników aby potwierdzić ich skuteczność.

Introduction and objectives. Hoarding disorder belongs to the class of obsessive-compulsive and related disorders. This disorder is characterised by difficulty in discarding possessions by the patient accompanied by distress and anxiety in case of their loss. The prevalence of hoarding disorder among the community of Europe and United States of America is estimated to be 2 to 6%. The basic management method of hoarding disorder is psychotherapy, mainly in form of cognitive-behavioral model. The efficiency of pharmacotherapy is debatable.

The objective of this study is to present connections between certain mental diseases and hoarding disorder and treatment possibilities in case of their comorbidity.

The following study is based on the review of scientific literature for the years 2013-2021.

State of knowledge. The review of literature allows to acknowledge various psychopathological connections between certain mental sicknesses and hoarding disorder. Hoarding symptoms may be present in such mental disorders as depression, autism spectrum disorders, attention deficit hyperactivity disorder, psychotic disorders and dementia. Presence of hoarding symptoms affects both course and treatment of these diseases.

Conclusion. Hoarding disorder is a rare and treatment resistant disease, especially if accompanied by other mental disorders. Despite of there being positive reports about management methods in situations of comorbidity, further researches with more participants must be conducted in order to prove their effectiveness.

Keywords: Mental Disorders; Hoarding disorder; Comorbidity; Therapeutics; Psychotherapy.

1. Wstęp

Zbieractwo patologiczne (HD, ang. *Hoarding Disorder*) to choroba obecnie zaliczana do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych. Do 2013 roku była klasyfikowana jako podtyp OCD (zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, ang. *Obsessive-compulsive disorder*) lub objaw osobowości anankastycznej [1]. Wraz z wydaniem DSM-5 zaburzenie to zostało wyodrębnione jako oddzielna jednostka chorobowa, której cechami charakterystycznymi są trudność w pozbywaniu się przedmiotów (niezależnie od ich wartości), poczucie konieczności ich zatrzymania, a także silny stres występujący w przypadku ich ewentualnej utraty [2].

Główną przyczyną trudności w pozbyciu się niepotrzebnych przedmiotów jest błędne przekonanie chorego o ich użyteczności, bezcenneści lub wartości sentymentalnej. Do przedmiotów najczęściej gromadzonych przez chorego należą stare gazety, magazyny, stare ubrania, siatki, listy lub inne dokumenty, jednakże w praktyce podmiotem patologicznego gromadzenia może być każdy przedmiot [3].

Przedmioty zbierane przez chorego są nierzadko przechowywane w domu w miejscach codziennego użytku, takich jak kuchnia czy sypialnia. Ilość nagromadzonych rzeczy z czasem osiąga poziom, który uniemożliwia pacjentowi oraz jego bliskim swobodne korzystanie z pomieszczeń mieszkalnych. Doprowadza to do powstania problemów rodzinnych, społecznych, finansowych, prawnych oraz zdrowotnych i epidemiologicznych, a w konsekwencji do znacznego spadku jakości życia i funkcjonowania pacjenta.

Należy zwrócić uwagę na różnicę między zbieractwem patologicznym a kolekcjonerstwem, w przypadku którego posiadane przedmioty posiadają określoną wartość, a ich organizacja nie wpływa szkodliwie na codzienne życie osoby je zbierającej.

Rozpowszechnienie HD w Europie i Stanach Zjednoczonych oceniane jest na 2-6% [4]. Pierwsze objawy zbieractwa zazwyczaj pojawiają w wieku 10-20 lat, a średnia wieku postawienia diagnozy mieści się w granicach 20-30 roku życia [5].

Podstawą uniezależnienia występowania HD od towarzyszącego OCD było wykazanie znaczących różnic w przebiegu tych zaburzeń. HD od OCD różni się przede wszystkim poziomem wglądu w chorobę, który w przypadku OCD jest wysoki, przez co zmusza chorych do poszukiwania leczenia oraz pozwala zauważyć istotę problemu swojej choroby. W HD chorzy rzadko szukają pomocy i nie widzą przeszkód w swoim zachowaniu. Lęk i niepokój występujący w OCD ma charakter pierwotny, natomiast w HD jest wtórny i najczęściej wynika z utraty przedmiotów, z którymi chory rozwija emocjonalną więź. Zachowania kompulsywne typowe dla OCD są przyczyną negatywnych emocji chorych, natomiast zachowania spotykane w HD wywołują pozytywne lub neutralne emocje. HD w stosunku do OCD charakteryzuje się mniejszą ogólną podatnością na leczenie, zarówno psychoterapeutyczne, jak i farmakologiczne [6, 7].

Najskuteczniejszą oraz najlepiej do tej pory przebadaną metodą terapeutyczną pozostaje terapia poznawczo-behawioralna (CBT, ang. *Cognitive-behavioral therapy*), zindywidualizowana pod kątem zbieractwa patologicznego. Terapia obejmuje: edukację na temat zbieractwa patologicznego, poprawę zdolności podejmowania decyzji, rozwój zorganizowanego systemu przechowywania zbieranych przez pacjenta przedmiotów, oswojenie się ze stresem i lękiem związanym z pozbywaniem się zbieranych przedmiotów oraz zmianę błędnego przekonania co do niezbędności przedmiotów gromadzonych przez chorego [8]. CBT może być realizowane w postaci spotkań grupowych lub indywidualnych wizyt domowych. Odwiedzanie chorego przez lekarza w domu wiąże się z rozbudowaniem subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta, m.in. przez obserwację warunków życia oraz wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie. Pozwala również na dogłębną ocenę skuteczności terapii [9].

Farmakoterapia HD opiera się głównie na stosowaniu SSRI (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) lub SNRI (inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) [9]. Do najczęściej stosowanych leków należą paroksetyna oraz wenlafaksyna. Według niektórych badań skuteczność wyżej wymienionych leków jest porównywalna do skuteczności psychoterapii [10]. Jednak efektywność leków podają w wątpliwość wyniki badań retrospektywnych, według których pacjenci chorujący na OCD z objawami zbieractwa odznaczyli się gorszą reakcją na zastosowane leczenie farmakologiczne w porównaniu z tymi, u których objawów zbieractwa nie stwierdzono [11]. Spekulowaną przyczyną słabej odpowiedzi na leczenie farmakologiczne może być dysfunkcja przedniego zakrętu obręczy (ACC) u pacjentów z objawami HD. U znacznej grupy ludzi z rozpoznanym HD w badaniu czynnościowym rezonansu magnetycznego występuje nieprawidłowa aktywność neuronalna ACC [12].

Objawy zbieractwa nierzadko występują w przebiegu innych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Przegląd piśmiennictwa wskazuje, iż w przypadku ich współwystępowania, duża oporność HD na leczenie znacznie pogarsza ogólną efektywność terapii. Do takich chorób należą najczęściej zaburzenia afektywne – głównie depresja, zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia psychotyczne oraz choroby otępienne. Choroby te nie są zaliczane do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych, a zdają się występować z HD w związku psychopatologicznym.

2. Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest wykazanie możliwego związku psychopatologicznego między wyżej wymienionymi zaburzeniami psychicznymi a HD, oraz przedstawienie

charakterystyki przebiegu i możliwości terapeutycznych w przypadku ich współwystępowania.

3. Materiał i metody

Dokonano przeglądu dostępnej literatury naukowej z wykorzystaniem baz publikacji PubMed, GoogleScholar oraz ResearchGate oraz słów kluczy: hoarding disorder; hoarding comorbidity; hoarding treatment; hoarding in other disorders. Niniejsza praca stanowi przegląd literatury z lat 2013-2021.

4. Zbieractwo a ADHD

ADHD należy do zaburzeń w przebiegu których często obserwuje się objawy zbieractwa. Spośród 2,3% osób dorosłych z HD, około 28% ma współistniejące ADHD [13]. Zależność ta może wynikać z istnienia potencjalnego związku patofizjologicznego między tymi schorzeniami.

Podjezwia się, że u podstaw HD oraz ADHD leży deficyt w przetwarzaniu informacji. Przejawia się to m.in. trudnością z planowaniem, rozwiązywaniem problemów oraz organizacją u osób z objawami HD. Trudności te zauważalne są u zbieraczy przede wszystkim przy podejmowaniu decyzji o wyrzuceniu posiadanych przedmiotów oraz ich organizacji. W wyjaśnieniu związku patofizjologicznego między HD a ADHD pomocna może być analiza współistnienia tych zaburzeń w populacji pediatrycznej. Z badań przeprowadzonych nad populacją ludzi z ADHD rozpoznanym we wczesnym dzieciństwie stwierdzono, że około 8,9% tych osób w ciągu życia rozwinęło objawy zbieractwa [14]. Wykazanie podobnych deficytów w przetwarzaniu informacji u dzieci z HD i ADHD wsparłoby teorię istnienia wpływu podstawowych deficytów w rozwoju obu zaburzeń.

Do najczęściej spotykanych zachowań u dzieci z ADHD, które mogą sugerować rozwój objawów HD, należy zatłoczenie przestrzeni życiowej zbieranymi przedmiotami oraz trudność w podejmowaniu decyzji co do ich wyrzucania. Powodów jednoczesnego powstawania objawów ADHD oraz HD możemy doszukiwać się również na poziomie genetycznym. Z możliwym rozwojem zbieractwa patologicznego powiązany został szereg genów, takich jak BDNF, SLC1A1 i COMT oraz NTRK1. W badaniach nad podłożem genetycznym ADHD wykazano znaczący udział genu BDNF. Umacnia to przekonanie o podobnym mechanizmie rozwoju HD i ADHD, jednakże patogeneza tych zaburzeń najprawdopodobniej nie ma charakteru jednogenowego i zależy od działania wielu czynników [15].

Na uwagę zasługuje również fakt, iż obecność objawów zbieractwa może wpływać na przebieg samego ADHD. Porównując przebieg ADHD w grupie dzieci z objawami HD z grupą niewykazującą tych objawów stwierdzono, że nasilenie ADHD w pierwszej grupie było istotnie większe [16]. Obserwacja ta wspiera tezę, zgodnie z którą u podstaw tych schorzeń stoją podobne zaburzenia deficytowe. Negatywny wpływ zbieractwa na przebieg choroby podstawowej oraz na relacje między dzieckiem a rodziną wskazuje na konieczność poszukiwania skutecznych metod terapeutycznych.

Standardowym leczeniem HD pozostaje psychoterapia w postaci CBT. Pediatryczny model CBT składa się z tych samych elementów co model dorosły, jednak zakłada większe skupienie się nad przywiązaniem i personifikacją przedmiotów przez dzieci z HD oraz wpływie stresu związanego ze zbieractwem na funkcjonowanie rodziny. Jednak skuteczność tej terapii HD u pacjentów z towarzyszącym ADHD pozostaje niezmiennie na niskim poziomie. Zakładając, że u podstawy tych zaburzeń leży podobne podłoże deficytowe, zastosowanie treningu funkcji wykonawczych w tej populacji ma szansę okazać się skuteczniejszą metodą terapii [17].

Podstawowym leczeniem farmakologicznym tej grupy chorych są leki nasilające przekąźnictwo serotonergiczne. Farmakoterapia ADHD nie wydaje się mieć istotnego wpływu na współistniejące objawy HD [17]. Obiecujące wyniki w leczeniu ADHD z

towarzyszącymi objawami zbieractwa przynoszą badania z wykorzystaniem atomoksetyny. Atomoksetyna wywołała redukcję nasilenia objawów zbieractwa u uczestników badania, jednakże potwierdzenie jej skuteczności wymaga przeprowadzenia badań na większą skalę [18].

5. Zbieractwo a autyzm

Spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) charakteryzuje się nieprawidłowościami w obrębie komunikacji społecznej i interakcji, ograniczonymi i powtarzalnymi wzorcami zachowań, aktywności lub zainteresowań. Postawienie diagnozy wymaga wystąpienia objawów już we wczesnym dzieciństwie.

W badaniach nad występowaniem objawów ze spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych w towarzystwie ASD u młodzieży i dzieci, wykazano, że częstotliwość ich występowania jest istotnie większa w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto, w grupach dzieci z ASD, które badano z wykorzystaniem skal klinicznych oceniających częstotliwość zachowań powtarzalnych, zauważono występowanie objawów charakterystycznych dla zbieractwa patologicznego. Było to przede wszystkim nadmierne gromadzenie zbędnych przedmiotów oraz trudność w ich pozbywaniu się. [19]. Może to sugerować istnienie związku patofizjologicznego między HD a ASD. Zbieranie przedmiotów przez chorych z ASD nie jest jednak zjawiskiem atypowym i może wynikać z zawężenia pola zainteresowań chorych na autyzm. Objaw ten może błędnie prowadzić do postawienia nieprawidłowego rozpoznania zbieractwa patologicznego występującego w towarzystwie ASD. Dlatego też analiza badań oceniających występowanie objawów obsesyjno-kompulsywnych w przebiegu ASD musi być prowadzona z dużą dokładnością i ostrożnością [20].

Kluczowe wydaje się więc wykazanie wspólnych cech ASD i HD oraz wyjaśnienie, czy zbieranie przedmiotów obecne w przebiegu ASD jest powiązane z HD. Do najczęściej zauważanych podobieństw należą: występowanie zaburzeń behawioralnych w postaci izolacji społecznej, obecność zaburzeń osobowości – przede wszystkim osobowości obsesyjno-kompulsywnej lub schizotypowej - oraz rozwój silnego, emocjonalnego przywiązania do przedmiotów [21]. Wspólne dla ASD oraz HD jest również możliwe występowanie podobnych deficytów funkcji wykonawczych oraz uwagi. Przejawia się to podwyższonym, zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku, ryzykiem współwystępowania ADHD. Umacnia to przekonanie o istnieniu związku tych deficytów z potrzebą impulsywnego pozyskiwania przedmiotów, trudnością w organizowaniu oraz ich pozbywaniu się [22].

Dla udowodnienia istnienia sprzężenia ASD ze zbieractwem istotne może być bardzo częste współistnienie zaburzeń lękowych i ASD u młodzieży. Dzieci często rozwijają więź z przedmiotami, która dostarcza poczucia bezpieczeństwa. Lęk może jednak doprowadzić do przeobrażenia tej relacji do postaci ekstremalnej, w której znacząco narasta pragnienie zbierania przedmiotów oraz trudność w pozbywaniu się ich. Biorąc pod uwagę regularność zaburzeń lękowych w przebiegu ASD jest to możliwe, gdyż objawy zbieractwa są zaostrzane przez współwystępujące zaburzenia [23].

Ze względu na możliwą zależność pomiędzy ASD, zaburzeniami lękowymi oraz nasileniem objawów zbieractwa, skuteczna w leczeniu może okazać się modyfikacja konwencjonalnej CBT stosowanej w HD, która skoncentrowana byłaby na terapii zaburzeń lękowych. Wczesne wyniki badań nad efektywnością tej metody w grupie dzieci ze zdiagnozowanym ASD, a także współistniejącymi zaburzeniami lękowymi oraz objawami zbieractwa, wykazały istotną redukcję nasilenia cech zbieractwa [23].

6. Zbieractwo a depresja

W związku z prezentowanymi objawami, jakość życia osób z HD ulega znacznemu pogorszeniu [24]. Towarzyszy im strach i niepokój związany z organizowaniem zebranych przedmiotów, jak i również podejmowaniem decyzji o ich wyrzuceniu [25]. Ciągłe napięcie oraz postępujące gromadzenie są powodem izolacji od społeczeństwa, a także pogorszenia

relacji rodzinnych [26]. Wiąże się to z nieustannym narażeniem na stres, który w efekcie może wpłynąć negatywnie na zdrowie psychiczne.

Wykazano, iż pacjenci z HD mają trudności z przeżywaniem emocji. Nadmierne gromadzenie związane jest z chęcią uniknięcia negatywnych odczuć, spowodowanych koniecznością pozbycia się danego przedmiotu [25]. Emocje są przez nich silniej przeżywane, co wiąże się z obniżoną tolerancją na sytuacje stresowe. Jednak związek procesów emocjonalnych z objawami gromadzenia u pacjentów z HD wymaga dalszych analiz [27].

W wyniku towarzyszących silnych negatywnych emocji oraz ciągłego narażenia na stres u osób cierpiących na zbieractwo patologiczne mogą wtórnie rozwinąć się zaburzenia afektywne. Wykazano, iż są one najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi u osób starszych oraz starszych dorosłych cierpiących na HD. Można tu wyróżnić takie zaburzenia jak dystymia, czy (występująca znacznie częściej) depresja [28], która dotyczy około 50% pacjentów cierpiących na HD. Natomiast częstość z jaką objawy zbieractwa pojawiają się wtórnie u osób chorujących na depresje nie jest dokładnie znana i wymaga dalszych badań.

Występowanie objawów HD oraz zaburzeń afektywnych u osób bez wcześniej postawionej diagnozy, któregokolwiek z nich znacznie utrudnia ustalenie co było zaburzeniem pierwotnym. Do głównych objawów depresji należą: obniżony nastrój, utrata zainteresowań, anhedonia, zmęczenie, utrata energii czy obniżone poczucie własnej wartości [29]. W związku ze znacznym spadkiem energetycznym takie osoby mają trudności z dbaniem o swoje otoczenie. Takie osoby mogą przestać przejmować się tworzonym wokół siebie bałaganem. Zaniedbanie, w ten sposób ich przestrzeni życiowej może imitować objawy kompulsywnego gromadzenia oraz sugerować rozpoznanie zbieractwa patologicznego. W tej sytuacji, do ustalenia rozpoznania niezbędna jest dogłębna analiza czasu wystąpienia poszczególnych objawów. Jeżeli objawy główne depresji poprzedzają zachowania typowe dla zbieractwa, to przemawia to bardziej za rozpoznaniem depresji niż zbieractwa patologicznego. Natomiast wystąpienie objawów zbieractwa przed objawami depresji będzie przemawiało za rozpoznaniem HD ze współistniejącą depresją [30].

W badaniach stwierdzono, iż depresja może mieć negatywny wpływ na efektywność terapii poznawczo-behawioralnych, która jest pierwszą linią leczenia HD [31]. Skuteczność takiej psychoterapii może zostać zwiększona poprzez stosowanie leków z grupy SSRI, które wykazują lepsze działanie u pacjentów z HD ze współistniejącą depresją niż u pacjentów z izolowanym zbieractwem. W celu zmniejszenia objawów depresyjnych u takich pacjentów zastosowanie znalazły także trójkcykliczne leki przeciwdepresyjne [32].

7. Zbieractwo a zaburzenia psychotyczne

Obecność objawów zbieractwa w towarzystwie zaburzeń psychotycznych obserwowana była od dawna. Najczęściej stwierdza się je w przebiegu schizofrenii [33, 34]. Choroba ta charakteryzuje się zaburzeniami myślenia, spostrzegania, samodzielnego doświadczenia oraz specyficznymi zaburzeniami funkcji poznawczych. W przebiegu schizofrenii wyróżnia się trzy podstawowe grupy objawów: objawy pozytywne, objawy negatywne i objawy wynikające z zaburzenia funkcji poznawczych. Objawy zbieractwa w schizofrenii mogą rozwijać się wtórnie do objawów wytwórczych lub do objawów ubytkowych. Schizofrenia występuje w populacji ogólnej społeczeństw cywilizowanych z częstością około 1% [35].

Pierwsze opisy przypadków pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią, którzy zbierali różnorodne przedmioty i ograniczali nimi w istotnym stopniu przestrzeń życiową w domach, pochodzą już z połowy XX wieku [34]. Bleuler klasyfikował takie przypadki jako zaawansowana postać schizofrenii. Obecnie dokładne ustalenie częstości współwystępowania objawów zbieractwa w towarzystwie schizofrenii jest trudne, ze względu na dotychczasową znikomą liczbę badań na dużych grupach uczestników. Ostatnie badanie na większą skalę

(400 pacjentów chorych na schizofrenię) nad zachowaniami powtarzalnymi (w tym zbieractwo) w przebiegu schizofrenii przeprowadzono w 1996 roku. Zgodnie z wynikami tego badania patologiczne zbieranie przedmiotów występowało u nie więcej niż u 20% badanych [36]. Według nowszych badań częstość współwystępowania objawów zbieractwa u chorych na schizofrenię nie różni się istotnie od częstości w populacji ogólnej [37]. Badania te ograniczone są jednak stosunkowo niewielką liczbą uczestników.

Wydaje się, że zbieractwo częściej występuje w przebiegu schizofrenii o mniej nasilonych objawach wytwórczych, a o większym upośledzeniu funkcji wykonawczych [37]. Dowodem tej zależności może być fakt częstszego występowania objawów zbieractwa u starszych pacjentów chorych na schizofrenię, spędzających więcej czasu w zakładach opieki medycznej. Wykazują oni mniejsze nasilenie objawów pozytywnych, a większe negatywnych oraz poznawczych [38].

Z objawów negatywnych na rozwój zbieractwa najsilniej zdaje się wpływać awolucja, czyli zmniejszenie zdolności do inicjowania i kontynuowania działań oraz dążenia do świadomego realizowania celów życiowych. Chory w takim stanie może wykazywać małe zainteresowanie pracą, interakcją z innymi ludźmi, a także skłonnością do długotrwałego przesiadywania w bezruchu. W rezultacie może dojść do upośledzenia zdolności wyrzucania niepotrzebnych przedmiotów i w konsekwencji znacznego ograniczenia przestrzeni mieszkalnej. W odróżnieniu od klasycznego zbieractwa patologicznego, chorzy u których objawy zbieractwa powstają wtórnie do objawów negatywnych schizofrenii, zazwyczaj nie rozwijają emocjonalnego przywiązania do gromadzonych przedmiotów. W związku z tym, przy odpowiedniej pomocy, uprzątnięcie tych przedmiotów przez chorego nie jest kłopotliwe [38].

Objawy zbieractwa w przebiegu schizofrenii wydają się być zależne od stosowanego leczenia przeciwpsychotycznego. Z analizy przypadków klinicznych wynika, iż w niektórych sytuacjach zastosowanie neuroleptyków, przede wszystkim drugiej generacji, prowadzi do powstania lub zaostrzenia objawów zbieractwa. Na uwagę zwraca również fakt zmniejszenia nasilenia tych objawów przy redukcji lub przerwaniu farmakoterapii neuroleptykami. Zależność ta jednak pozostaje niepewna i wymaga szerszego przebadania [38].

8. Zbieractwo a otępienie

Otępienie (*ang. dementia*) wywołane jest chorobą organiczną mózgu, która prowadzi do upośledzenia funkcji poznawczych, zaburzeń nastroju, zaburzeń zachowania oraz zaburzeń psychotycznych. Jest to narastający problem w populacji osób w wieku podeszłym, który stanowi u nich główną przyczynę niepełnosprawności [39]. Do najczęstszych podtypów demencji należy choroba Alzheimera, odpowiadająca za około 60-80% przypadków, otępienie naczyniopochodne, otępienie z ciałami Lewy`ego oraz otępienie czołowo-skroniowe [40]. W przypadku demencji mogą wystąpić objawy zbieractwa, jednakże zgodnie z definicją przedstawioną w DSM V choroba zwyrodnieniowa mózgu, która do niej doprowadza, wyklucza diagnozę HD [28].

W otępieniu może dojść do rozwoju behawioralnych i psychologicznych objawów demencji (BPSD, *ang. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*). Problem ten dotyczy nawet 97% pacjentów cierpiących na chorobę Alzheimera. Zachowania kompulsywnego gromadzenia należą do BPSD. Mogą one zostać zidentyfikowane na podstawie obserwacji pacjenta, stąd też należą do objawów behawioralnych [41]. Istotne jest również to, że osoby w wieku podeszłym cierpiące wcześniej na HD mają zwiększone ryzyko wystąpienia choroby otępiennej [28].

Objawy zbieractwa występują dość powszechnie u osób z demencją. Dotykają od 15%, do nawet 49% chorych [30]. Często pojawiają się one późno i podstępnie [42]. Pacjenci mają problem z klasyfikacją przedmiotów na potrzebne i niepotrzebne, dlatego rozwijają objawy patologicznego zbierania. Osoby z demencją ukrywają swoje mienie z obawy, że ktoś

będzie chciał je okraść. Podejrzewa się, że zachowania te wynikają z postępującego upośledzenia funkcji poznawczych u osób z demencją [30]. Defekt poznawczy u osób starszych, które kompulsywnie gromadzą przejawia się w testach mierzących m.in. uwagę oraz pamięć wzrokową. Pacjenci ci, otrzymują w nich znacznie niższe wyniki. Ocena funkcji poznawczych u starszych z objawami zbieractwa może okazać się przydatna w wykrywaniu wczesnego otępienia [30]. U pacjentów zauważono również spadek funkcji wykonawczych takich jak kategoryzowanie czy podejmowanie decyzji [42].

Oprócz leczenia choroby podstawowej u osób cierpiących na demencję przejawiających zachowania kompulsywnego gromadzenia wykorzystuje się leki wpływające na szlak serotonergiczny oraz leki przeciwpsychotyczne. Podobnie jak w przypadku HD, również u tych chorych wykorzystuje się terapie behawioralne [42], jednakże nadal istnieje niewiele informacji dotyczących efektywności CBT u pacjentów w wieku podeszłym, którzy to stanowią grupę narażoną na rozwój otępienia.

Zarówno pacjenci z pierwotnie występującą demencją mogą rozwinąć objawy zbieractwa, jak i pacjenci ze zdiagnozowanym zbieractwem patologicznym mogą zapaść na chorobę zwyrodnieniową mózgu, doprowadzającą do demencji. Niekiedy trudne jest ustalenie zaburzenia pierwotnego. Przysparza to przede wszystkim problemów w postawieniu odpowiedniej diagnozy oraz wyborze optymalnego sposobu leczenia [42].

9. Podsumowanie

Zbieractwo patologiczne, które według aktualnej klasyfikacji DSM V należy do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych, stanowi duże obciążenie, zarówno dla samego chorego, jak i dla jego otoczenia. W miarę postępu choroby pacjenci mają coraz większe trudności w codziennym funkcjonowaniu. Ich przestrzeń życiowa zostaje ograniczona w związku z ciągłym kompulsywnym gromadzeniem. Stwarza to duże ryzyko, zarówno dla zdrowia chorych, jak i osób z ich bezpośredniego otoczenia. Może to wiązać się z izolacją społeczną, a także problemami w relacjach rodzinnych, co w rezultacie prowadzi do ciągłego narażenia na silne, negatywne emocje.

W przebiegu HD może dojść do rozwoju innych chorób czynnościowych układu nerwowego. Z kolei objawy zbieractwa mogą występować w innych schorzeniach. Stwarza to duży problem ustalenia pierwotnej diagnozy. U chorych mogą rozwinąć się takie choroby jak ADHD, autyzm, depresja, otępienie czy zaburzenia psychotyczne. Współwystępowanie innych zaburzeń w przebiegu HD może powodować duże trudności terapeutyczne. W związku z ograniczoną ilością wiedzy na temat efektywności leczenia zbieractwa w zależności od występowania innych chorób opracowanie odpowiednich strategii terapeutycznych wymaga przeprowadzenia większej liczby randomizowanych badań klinicznych.

Zbieractwo patologiczne jest chorobą znacznie obniżającą jakość życia pacjentów. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do sytuacji zagrażających życiu. Wobec tego istotne jest ciągłe poszukiwanie nowych, efektywniejszych metod terapeutycznych.

Bibliografia

1. Dozier, M.E. and C.R. Ayers, *The Etiology of Hoarding Disorder: A Review*. *Psychopathology*, 2017. **50**(5): p. 291-296.
2. Kalogeraki, L. and I. Michopoulos, [*Hoarding Disorder in DSM-5: Clinical description and cognitive approach*]. *Psychiatriki*, 2017. **28**(2): p. 131-141.
3. Williams, M. and J.A. Viscusi, *Hoarding Disorder and a Systematic Review of Treatment with Cognitive Behavioral Therapy*. *Cogn Behav Ther*, 2016. **45**(2): p. 93-110.
4. *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

5. Piacentino, D., et al., *Pharmacotherapy for Hoarding Disorder: How did the Picture Change since its Excision from OCD?* *Curr Neuropharmacol*, 2019. **17**(8): p. 808-815.
6. Rachman, S., et al., *Separating hoarding from OCD*. *Behav Res Ther*, 2009. **47**(6): p. 520-2.
7. Abramowitz, J.S., et al., *Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder*. *J Consult Clin Psychol*, 2003. **71**(6): p. 1049-57.
8. Grisham, J.R. and P.A. Baldwin, *Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder*. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015. **11**: p. 951-62.
9. Mathews, C.A., *Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff*. *J Clin Psychiatry*, 2014. **75**(8): p. 893-4.
10. Saxena, S. and J. Sumner, *Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder*. *Int Clin Psychopharmacol*, 2014. **29**(5): p. 266-73.
11. Bloch, M.H., et al., *Meta-analysis: hoarding symptoms associated with poor treatment outcome in obsessive-compulsive disorder*. *Mol Psychiatry*, 2014. **19**(9): p. 1025-30.
12. Tolin, D.F., et al., *Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 2012. **69**(8): p. 832-841.
13. Frost, R.O., G. Steketee, and D.F. Tolin, *Comorbidity in hoarding disorder*. *Depress Anxiety*, 2011. **28**(10): p. 876-84.
14. Fullana, M.A., et al., *IS ADHD IN CHILDHOOD ASSOCIATED WITH LIFETIME HOARDING SYMPTOMS? AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY*. 2013. **30**(8): p. 741-748.
15. Lynch, F.A., et al., *Hoarding in attention deficit hyperactivity disorder: Understanding the comorbidity*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2015. **4**: p. 37-46.
16. Hacker, L.E., et al., *Hoarding in Children With ADHD*. 2016. **20**(7): p. 617-626.
17. Lynch, F.A., R. Moulding, and J.A. McGillivray, *Phenomenology of hoarding in children with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The perceptions of parents*. *Compr Psychiatry*, 2017. **76**: p. 1-10.
18. Grassi, G., et al., *Atomoxetine for hoarding disorder: A pre-clinical and clinical investigation*. *J Psychiatr Res*, 2016. **83**: p. 240-248.
19. Scahill, L., et al., *Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale in autism spectrum disorder: component structure and correlates of symptom checklist*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014. **53**(1): p. 97-107.e1.
20. Morris, S.H., et al., *Hoarding in Children and Adolescents: A Review*. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2016. **47**(5): p. 740-50.
21. Pertusa, A., et al., *Do patients with hoarding disorder have autistic traits?* *Depress Anxiety*, 2012. **29**(3): p. 210-8.
22. La Buissonnière-Ariza, V., et al., *Presentation and Correlates of Hoarding Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders and Comorbid Anxiety or Obsessive-Compulsive Symptoms*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2018. **48**(12): p. 4167-4178.
23. Storch, E.A., et al., *Hoarding in Youth with Autism Spectrum Disorders and Anxiety: Incidence, Clinical Correlates, and Behavioral Treatment Response*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016. **46**(5): p. 1602-1612.
24. Tolin, D.F., et al., *Quality of Life in Patients with Hoarding Disorder*. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2019. **21**: p. 55-59.
25. Tolin, D.F., et al., *Hoarding Disorder and Difficulties in Emotion Regulation*. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2018. **16**: p. 98-103.

26. Raines, A.M., et al., *Hoarding and depression: The mediating role of perceived burdensomeness*. Journal of psychiatric research, 2016. **83**: p. 24-28.
27. Timpano, K.R., et al., *A multifaceted assessment of emotional tolerance and intensity in hoarding*. Behavior Therapy, 2014. **45**(5): p. 690-699.
28. Ayers, C.R., et al., *Hoarding disorder in older adulthood*. Am J Geriatr Psychiatry, 2015. **23**(4): p. 416-422.
29. B., B., *Stres a depresja*. Wszechświat, 2016. **117**.
30. Tompkins, M.A., *Clinician's Guide to Severe Hoarding*. 2014: p. 15-48.
31. Tolin, D.F., et al., *Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: a meta-analysis*. Depress Anxiety, 2015. **32**(3): p. 158-66.
32. K., M., *Hope for hoarding disorder*. Nursing made Incredibly Easy!, 2014. **12**(2): p. 26-34.
33. Luchins, D.J., et al., *Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients*. Schizophr Res, 1992. **8**(2): p. 119-23.
34. Bleuler, E., *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*. Translated by J. Zinkin (1950). New York: International Universities. Cited by: Bachman, P. & Cannon, TD. *Cognitive and Neuroscience Aspects of Thought Disorders*, in *The Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning*, K. Holyoak and B. Morrison, Editors. 2005, Cambridge University Press. p. 493--519.
35. Goldner, E.M., et al., *Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature*. Can J Psychiatry, 2002. **47**(9): p. 833-43.
36. Tracy, J.I., et al., *Repetitive behaviors in schizophrenia: A single disturbance or discrete symptoms?* Schizophrenia Research, 1996. **20**(1-2): p. 221-229.
37. Randy O. Frost, G.S., *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*. 2014
38. Kumbhani, S.R., et al., *Nonclinical obsessive-compulsive symptoms and executive functions in schizophrenia*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2010. **22**(3): p. 304-12.
39. Gabryelewicz T, B.A., Barcikowska M, *Otepienie w praktyce*. 2018 Poznań: p. 11-12.
40. Duong, S., T. Patel, and F. Chang, *Dementia: What pharmacists need to know*. Can Pharm J (Ott), 2017. **150**(2): p. 118-129.
41. Şahin Cankurtaran, E., *Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Noro Psikiyatrisi, 2014. **51**(4): p. 303-312.
42. Biçer Kanat, B., et al., *[Hoarding Behaviour in Three Different Types of Dementia Cases]*. Turk Psikiyatri Derg, 2016. **27**(2): p. 0.