

Patologické shromažďování

MUDr. Miroslava Khollová

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Shromažďovací a schraňovací chování je pozorováno u několika neuropsychiatrických onemocnění – schizofrenie, demence, poruch příjmu potravy, autismu, mentálních retardací, také u neklinické populace, ale nejvíce je popisováno ve spojení s obsedantně-kompulzivní poruchou. Článek se zaměřuje na současné poznatky o tomto problému. Zahnuje definici a manifestaci problému, je zde popsán model kompulzivního shromažďování pro porozumění shromažďovacímu chování. Tento model poukazuje na deficity v informačně-zpracovávajícím procesu (pozornost, organizaci, paměť, rozhodování), víru a emocionální náklonnost k majetku, úzkost a vyhýbání. V článku jsou prezentovány výsledky výzkumu týkající se průběhu a fenomenologie, současné možnosti léčby – léčba SSRI, upravená KBT léčba, poznatky o spojení s ostatními psychickými poruchami.

Klíčová slova: shromažďování, model kompulzivního shromažďování, OCD.

Pathological hoarding

Hoarding and saving behavior has been observed in several neuropsychiatric disorders, including schizophrenia, dementia, eating disorders, and mental retardation, as well as in nonclinical populations, but it is most commonly found in patients who have OCD. This article is focusing on present research about this problem, including the definition and manifestations of the problem. There is described model for understanding hoarding behavior. This model addresses information-processing deficits (e.g., attention, organization, memory, decision making), beliefs and emotional attachments to possessions, and distress and avoidance. This article reviews research regarding the course and phenomenology, the treatment – SRI medications, cognitive-behavioral treatment (CBT) for compulsive hoarding, findings about correlations between other psychiatric disorders.

Key words: hoarding, model of compulsive hoarding, OCD.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(6): 264–267

Shromažďování u OCD

Sběratelství, tendence k získávání a ponechávání věcí, které nejsou bezprostředně potřebné, lze pozorovat jak u dětí, tak i u dospělých, v moderních i primitivních společnostech (1). Srovnatelné chování se popisuje také u dalších živočišných druhů a není omezeno pouze na potravu. Někteří ptáci jsou známí hromaděním aluminiových folií a lesklých věcí, křečci preferují hromadění skleněných korálků před standardní potravou či glukózou (2). S případy sběratelství uměleckých předmětů, starožitností, knih a mincí se lze setkat v řadě domácností po celém světě, bývají doprovázeny velkým nadšením, existují organizace a konference pro sběratele jednotlivých předmětů.

Patologické shromažďování je definováno jako získávání a neschopnost vyřazení neužitečných věcí, třebaže se ostatním zdá, že nemají žádnou hodnotu (3). Shromažďovací a schraňovací chování bylo pozorováno u řady neuropsychiatrických onemocnění – u schizofrenie, různých druhů demence, poruch příjmu potravy, autismu, Tourettova syndromu, mentální retardace, ale také u neklinické populace, i když nejčastěji bylo popsáno u lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) (4).

Zatímco standardní psychiatrické diagnostické klasifikace (DSM-IV, NMK-10) považují obse-

dantně-kompulzivní poruchu za jednotný celek, rozsáhlé studie obsedantně-kompulzivních symptomů identifikovaly čtyři základní symptomové subtypy:

1. agresivní, sexuální a religiózní obsese s kontrolujícími kompulzemi
2. symetrické obsese s organizačními, uspořádávacími a opakovacími se kompulzemi
3. kontaminační obsese s mycími a uklízacími kompulzemi
4. shromažďovací, schraňovací a sběračské symptomy (5).

Jednotlivé symptomové subtypy vykazují odlišné vzorce genetické dědičnosti, spojení s ostatními psychiatrickými poruchami a odlišují se také v odpovědi na léčbu. OCD se tedy jeví jako multidimenzionální a heterogenní choroba.

V roce 2002 Saxena a Maidment navrhli termín „kompulzivně-shromažďovací“ syndrom, protože jej charakterizuje rozmanitá povaha deficitů a není formálně uznán jako diagnóza. První systematickou definici kompulzivního shromažďování vytvořili Frost a Hartl v roce 1996 (6):

1. získávání velkého množství majetku, který je neužitečný nebo má omezenou hodnotu, a neschopnost ho vyřadit,
2. životní prostory jsou zaplněny tak, že to brání aktivitám, pro něž jsou určeny,

3. je přítomna významná úzkost nebo zhoršené fungování způsobené shromažďováním.

Neschopnost vyřadit bezcenné nebo opotřebované věci je spojena s vírou v jejich instrumentální nebo emocionální hodnotu, což naznačuje, že majetek je důležitější než jeho skutečná hodnota. Toto chování není všeobecně považováno za patologické, kromě případů, které jsou spojeny s extrémním nepořádkem. Sběratel své sbírky organizuje, pečuje o ně, aktivně se o ně zajímá, naproti tomu u shromažďovačů převažuje potřeba věc získat a dále se o ni nezajímá. Nepořádek často zabraňuje normálnímu užívání prostor bytu a provádění základních aktivit, jako je vaření, uklízení, pohyb po domě, spaní a hygiena. Proto se shromažďování stává závažným problémem, neboť hrozí riziko požáru, pádu (především starších jedinců), špatné sanitace a z toho vyplývajících zdravotních potíží. Nepořádek v domě lidí s tímto problémem je extrémně dezorganizovaný, hodnotné věci, často i peníze, jsou smíchány společně s odpadem.

Formální prevalence pro kompulzivní shromažďování není dostupná. 18 až 42 % pacientů s OCD má shromažďovací a schraňovací kompulze, 10–20 % všech obsedantně-kompulzivních pacientů má shromažďování jako hlavní příznak

OCD (4). Kompulzivní shromažďování se ubírá chronickým a neměnným směrem. Greenberg v roce 1987 poukázal na to, že se onemocnění začíná vyskytovat kolem druhé dekády života, avšak studie 32 „křečků a chronických shromažďovačů“ ve věku 17–73 let odhalila, že se věk počátku schraňování datuje mnohem dříve k dětství a k brzké adolescenci (3). Extrémně stupně shromažďování se typicky vyskytují od 35 let a výše.

Frost a Gross (3) popisují, že více než ¾ shromažďovačů měly nejméně jednoho „křečka“ mezi prvostupňovými příbuznými. Samuels a kol. (7) uvádějí ve výsledcích z OCD kolaborativní genetické studie, že její nálezy naznačují vazbu kompulzivního shromažďování na 14. chromozom v rodinách s OCD. Vazba byla silnější, jestliže byly testovány rodiny s dvěma nebo více členy s kompulzivním shromažďováním.

Překvapením byl nález několika studií ukazujících na nízký počet sňatků u kompulzivních shromažďovačů ve srovnání se společností a klinickými vzorky (3, 8). To se shoduje s prací Fromma (1947), který popsal shromažďovací orientaci jako staženou do sebe a zdrženlivou od ostatních, a může to souviset s nálezy sociální anxiety a schizotypie u kompulzivních shromažďovačů (9, 10).

Poznání neurobiologických rozdílů mezi OCD subtypy může poskytnout prognózu léčebné odpovědi a rozvoj specifitější syndromové léčby. Současná data týkající se funkční neuroanatomie obsedantně-kompulzivního shromažďování objasnila klinickou prezentaci i horší léčebnou odpověď tohoto syndromu. Studie mozku pomocí PET provedená Saxenou a kol. (11) měřila cerebrální glukózový metabolismus u pacientů s kompulzivně-shromažďovacím syndromem v porovnání s neshromažďujícími OCD pacienty a kontrolami. Bylo zjištěno, že kompulzivní shromažďovači mají unikátní vzorec mozkové aktivity odlišující se od toho, který byl nalezen u neshromažďovačů a u kontrol. Kompulzivní shromažďovači měli signifikantně nižší metabolismus v posteriočním cingulárním gyru a okcipitálním kortexu (mozková oblast spojená s vizuálním zpracováním) ve srovnání s kontrolami, zatímco neshromažďující OCD měli signifikantně vyšší glukózový metabolismus v bilaterálním thalamu a kaudatu, ve strukturách, které obvykle mívají vyšší aktivitu u OCD. Shromažďovači měli také nižší metabolismus v dorzální části anteriorního cingulárního gyru a thalamu než neshromažďující OCD pacienti. Skrze celou studii OCD pacientů shromažďování signifikantně korelovalo s nižší aktivitou

dorsálního anteriorního cingulárního gyru. Vše nasvědčuje tomu, že kompulzivně-shromažďovací syndrom může být neurobiologickou variantou OCD.

Frost a Steketee (6) rozvinuli specifický kognitivně-behaviorální model pro kompulzivní shromažďování. Jejich model charakterizuje kompulzivní shromažďování a má čtyři hlavní problémové oblasti:

- a) informačně-zpracovávající proces – deficity v rozhodování, v organizování a těžkosti s pamětovými funkcemi,
- b) emocionální vazba k majetku – kompulzivní shromažďovači věří, že majetek je jejich součástí, a tak vyřazení věcí vnímají jako vyřazení části sama sebe,
- c) klamné vnímání majetku – přesvědčení o nezbytnosti trvalé kontroly nad majetkem, o zodpovědnosti k majetku a o nezbytnosti perfekcionismu,
- d) emocionální úzkost nebo vyhyčivé chování – čistý výsledek špatného rozhodování a potřeby být perfektní. Kompulzivní shromažďovači se nevyhyčují pouze rozhodování o vyřazení věcí, ale také tomu, co dělat s věcí, kterou již vlastní.

Většina lidí s kompulzivním shromažďováním má potíže s rozhodováním, od maličkostí až po velká. Tento problém je nejmarkantnější při rozhodování o schraňování a třídění. Účelné uspořádání majetku vyžaduje schopnost roztřídit věci do smysluplných kategorií, aby mohly být uspořádány a uklizeny. Shromažďovačům toto činí velké potíže, neboť svůj majetek vidí jako jedinečný a nenahraditelný celek. Pokus o utřídění nebo vyřazení věci většinou skončí pouze jejím zkoumáním a předmět nakonec skončí zpátky na hromadě, ze které byl vzat.

Deficity v paměťové jistotě mohou také komplikovat informační proces, postižení často mívají nedostatek schopnosti si pamatovat a mnoho z nich věří, že je důležité si pamatovat úplně vše. A tak schraňují veškeré noviny a časopisy, aby se vyhnuli případnému zapomenutí přečtené informace. Důležité věci chtějí mít na dohled, aby jim připomněly vlastní existenci, pokud položí věc na místo, kde není vidět, tak to znamená, že ji už nikdy nenaleznou. Protože shromažďovači považují velmi mnoho předmětů za důležité, všechno musí být vždy na dohled. Na vrchu hromady je nejdůležitější věc, jejíž místo po čase zaujme další důležitá věc, a tak hromada postupně roste.

Problémy v informačně zpracovávajícím procesu, přesvědčení a vazba k majetku vyvo-

lávají úzkost během přemýšlení o nehromadění nebo o vyřazení majetku, což vede k vyhyčování se tomuto chování. Shromažďovací přesvědčení a emocionální vazba hraje obdobnou roli jako obsesivní myšlenky, které se vyskytují pouze za některých okolností, nejsou tak neodbytné jako obsese a nejsou vnímány jako nesmyslné. Tyto myšlenky se vyskytují při pohledu nebo při představě zatím nevlastněného, ale domněle hodnotného (kompulzivní získávání), a při rozvažování o vyřazení majetku. Kompulzivní získávání a shromažďování je tak chápáno jako vyhyčivé chování k odvrácení pocitu úzkosti nebo smutku vyprovokovaného těmito myšlenkami nebo přesvědčeními.

Shromažďování u ostatních psychických chorob

Obsedantně-kompulzivní symptomy vyskytující se u schizofrenie jsou předmětem zájmu již po několik století. Již v 19. století Westphal udával, že obsedantně-kompulzivní symptomy jsou prodromy či součástí schizofrenního onemocnění. V současnosti se udává, že kolem 7,8–46,6 % pacientů se schizofrenií má také obsedantně-kompulzivní symptomy, tito pacienti mívají výraznější klinické příznaky, bývají sociálně izolovaní a jsou častěji rezistentní k léčbě (12). Shromažďovací chování u této nemoci většinou nebývá kompulzivního charakteru, nebývá řízeno obsesivním strachem ze ztráty hodnotné či důležité věci, je spíše spojeno s bludnou produkcí či neschopností uklidu v rámci kognitivní neschopnosti, popřípadě stereotypními rituály. Avšak doposud nebyl proveden žádný výzkum týkající se spojení shromažďování a schizofrenního onemocnění.

U pacientů s autismem se také vyskytuje kompulzivní chování jako uspořádávání, třídění a shromažďování určitého druhu věcí až ke stupni, který narušuje jejich normální denní fungování. Pokud se jim tato činnost zakáže, mohou reagovat prudkou agresivitou či depresivní reakcí nebo manickými stavy. Shromažďovací chování bylo nalezeno u různých typů demencí. Ve studii (13) 133 dementních pacientů, kterou provedli Hwang a kolegové, 30 z nich (22,6 %) vykazovalo shromažďovací chování.

Diogenův syndrom (v literatuře se objevuje také pod názvem „messy house syndrom“) je porucha chování ve stáří (14). Je definován jako žití v extrémním nepořádku, v nevyhovujících hygienických podmínkách a zanedbávání sama sebe. Dále bývá přítomna izolace, odmítání pomoci zvenčí a shromažďování různých věcí. Syndrom je pojmenován po řeckém filozofovi

Diogenovi ze Sinope, avšak odlišuje se od filozofie, kterou zastával – cynismus a návrat k přírodnímu životu. Je často (ale ne vždy) charakterizován masivním shromažďováním (*sylogomania*) (15). Syndrom je popisován jako porucha chování a odlišuje dva typy: „aktivní“ (ti, co přinášejí věci zvenčí a hromadí je doma) a „pasivní“ (ti pacienti, kteří jsou pasivně zavalováni jejich odpadky). Tito lidé bývají často objeveni buď náhodou v souvislosti s jejich somatickými obtížemi nebo při sociální intervenci kvůli jejich životnímu stylu. Sami léčbu nevyhledávají. Šestačtyřicet procent z nich do pěti let zemře. Několik klinických hypotéz o tomto syndromu již bylo vytvořeno, avšak etiopatogeneze je zatím nejasná. Příčinou je obranná reakce proti stresu ve stáří nebo se jedná o přirozený stárnoucí proces. Ve spojení s tímto syndromem bývají v literatuře popsány psychiatrické poruchy jako paranoidní psychóza, poruchy nálady a OCD. Demence, především temporoparietální, jsou ve spojení s tímto syndromem rovněž zkoumány. Abúzus alkoholu bývá spíše jeho přispívající než základní příčinou, avšak přesné spojení mezi těmito chorobami a Diogenovým syndromem není doposud objasněno.

Pacienti s Tourettovým syndromem mívají až v 50 % případů obsedantně kompulzivní chování či splňují diagnostická kritéria pro obsedantně kompulzivní chorobu. Tíky se objevují dříve než obsedantně-kompulzivní příznaky, ale obsedantně-kompulzivní příznaky často dominují jako hlavní stížnost pacientů. Mezi obsedantně-kompulzivními příznaky se vyskytuje i shromažďování. Nebývá obvyklé, že obsedantně-kompulzivní příznaky přetrvávají do dospělosti, pokud tíky vymizí. Někteří autoři řadí Tourettovu chorobu a chronické tíky do obsedantně kompulzivního spektra chorob. Dle neuroanatomických studií jsou obě choroby spojeny se strukturou bazálních ganglií, avšak největší důkaz o spojení mezi těmito dvěma chorobami je odvozen z rodinných a genetických studií. Na základě těchto dat někteří autoři předpokládají, že obsedantně kompulzivní porucha a Tourettův syndrom mohou představovat odlišnou fenotypovou expresi na podkladě stejné základní dispozice. Dle tohoto modelu jedinci mužského pohlaví mívají tíky a ženského pohlaví obsedantně kompulzivní chování. Výskyt OCD je bimodální, první vrchol je v dětství a druhý v brzké dospělosti. Rodinné a genetické studie předpokládají, že výskyt OCD v raném dětství má pravděpodobně vyšší spojení s tikovými poruchami. V roce 2002 byl proveden výzkum genomového skanu pro shromažďování

u 77 sourozeneckých dvojic, z nichž oba měli Tourettův syndrom (16). Signifikantní alely pro shromažďování byly nalezeny na markerech 4q34–35, 5q35.2–35.3 a 17q25.

Všeobecně tyto studie nasvědčují tomu, že je shromažďování spojeno s různými Osa I nemocemi a negativními (zápornými) rysy osobnosti. Žádný výzkum nezkoušel přítomnost shromažďovacích symptomů v širokém vzorku Osa I onemocnění vyjma OCD. Abychom plně porozuměli fenomenologii kompulzivního shromažďování, je potřeba provést širokou studii, při které budou použity formální diagnostické procedury v komunitě a v klinickém vzorku a která nebude preselektována přítomností jednotlivých diagnóz.

Léčba

Efektivní medikamentózní terapií pro léčbu OCD jsou SSRI – citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, paroxetin a tricyklické antidepresivum clomipramin, který také silně inhibuje zpětné vychytávání serotoninu (11). Dřívější studie zkoumající vliv OCD symptomů na léčebnou odpověď nazely, že shromažďovací symptomy byly spojeny se špatnou léčebnou odpovědí na SSRI. Ve skutečnosti zkoušky standardizované farmakoterapie kompulzivních shromažďovačů odhalily, že odpovídají na paroxetin stejně dobře jako neshromažďovací OCD pacienti (17). Shromažďovací symptomy se zlepšily stejně jako ostatní OCD symptomy a nebyla nalezena žádná korelace mezi shromažďovací vážností a léčebnou odpovědí.

Kompulzivní shromažďovači často mívají koexistující poruchy jako depresi nebo jiné úzkostné poruchy, které také dobře reagují na SSRI léčbu. Stabilizátory nálady – lithium, kyselina valproová a lamotrigin – jsou často přidávány pacientům s koexistující bipolární poruchou. Anxiolytika, např. buspiron a benzodiazepiny (klonazepam, lorazepam, aj.), jsou občas přidávána pacientům s koexistující úzkostnou poruchou. Antipsychotika užívají pacienti s koexistující psychotickou poruchou, schizofrenií a schizoafektivní poruchou. Protože tyto koexistující poruchy mohou zasahovat do KBT, musí být nejprve stabilizovány, aby KBT mohla začít být efektivní.

Jestliže adekvátní léčba SSRI (ve vysokých dávkách potřebných pro optimální antiobsedantní efekt, nejméně po 12 týdnů) selže ve zlepšení pacientových shromažďovacích/schraňovacích symptomů, podává se přídatná terapie. Existuje několik léků, které jsou alespoň částečně efektivní pro OCD symptomy, pokud

adekvátně neodpovídají na SSRI. Patří mezi ně antipsychotika II. generace – risperidon, olanzapin, quetiapin a antipsychotika I. generace – haloperidol a flufenazin, ta jsou vhodná zejména pro pacienty s koexistující tikovou poruchou, koexistující psychotickou poruchou nebo schizotypální poruchou osobnosti.

Možná zlepšení zásadních kognitivních deficitů u kompulzivních shromažďovačů by mohla přinést kognitiva (např. dopenezil, galantamin). Je nejasné, zda kognitiva mohou zlepšit pozornost a kognitivní fungování u nedementních pacientů, ale předběžné studie naznačují, že mohou zlepšit pozornost a kognitivní fungování u pacientů s ADHD. Tyto léky jsou nyní také zkoušeny u některých pacientů s Tourettovým syndromem, ale zatím nebyly zkoušeny u OCD. Saxena a kol. je plánují vyzkoušet u pacientů s kompulzivně-shromažďovacím syndromem jako přídatnou léčbu ke standardní medikaci.

Pro kompulzivně-shromažďovací syndrom by také mohla být užitečná stimulancia. Stimulancia ukázala zlepšení fungování mozkových oblastí cingulárního kortexu, zúčastněného na pozornostním a poznávacím fungování. Protože lidé s kompulzivně-shromažďovacím syndromem vykazují sníženou aktivitu v cingulárním kortexu, předpokládá se, že by shromažďovači mohli mít užitek z této léčby. Nyní jsou testována stimulancia Saxenou a kol. (11) jako přídatná léčba ke standardní medikaci pro léčbu kompulzivního shromažďování.

Kompulzivní shromažďovači často mívají těžkosti s identifikováním se standardní KBT léčbou pro OCD a udávají, že jejich problémy jsou odlišné. Novější studie ukazují, že specificky upravená KBT pro kompulzivně-shromažďovací syndrom může být efektivní, i když je velmi obtížná, zdoluhavá a pracovně náročná. Většina shromažďovačů má velmi omezený náhled na svou chorobu, s malým uvědoměním toho, jak moc shromažďování a nepořádek ovlivňuje jejich život. Špatný náhled často přispívá k malé motivaci k léčbě a navzdory tlaku od blízkých lidí nebo od autorit na vyhledání pomoci nejsou přesvědčeni, že mají vážnou psychickou chorobu. Pokud se stanou nedobrovolnými účastníky léčby, je nepravděpodobné, že by z ní měli prospěch. Léčba kompulzivního shromažďování je obtížná a vyžaduje silné odevzdání a vysoký stupeň obětavosti ze strany kompulzivního shromažďovače. Je směřována ke snížení nepořádku, zlepšení se v rozhodování a organizačních/třídících technikách. Používané léčebné intervence se skládají z trénování rozhodování, expozice se zábranou odpovědi, kognitivní restruktury.

Závěr

S patologickým shromažďováním se ve své klinické praxi potkal skoro každý psychiatr. Výzkum tohoto problému se v poslední době hodně rozvíjí, většina zkoumání zatím byla vedena pouze ve spojení s OCD. Je zapotřebí provést výzkum zaměřený na spojení mezi shromažďováním a ostatními psychickými chorobami, zodpovědět na otázku, zda se jedná o samostatnou chorobu, syndrom nebo symptom, další otázkou je i to, zda je patologické shromažďování v našich podmínkách důvodem k nedobrovolné hospitalizaci, zda je shromažďující jedinec nebezpečný sobě či okolí.

Dle současných poznatků se kompulzivní shromažďování jeví jako samostatný subtyp OCD. V dřívějších studiích bylo uváděno, že pacienti s tímto syndromem špatně reagují na SSRI léčbu, dle nejnovějších poznatků však dobře reagují na léčbu paroxetinem, který se podává v dávkách 60 mg pro die. Do budoucna se plánuje vyzkoušet přídatnou terapii inhibitory acetylcholinesterázy a stimulancii. Upravená verze KBT pro kompulzivní shromažďování se jeví jako vhodná léčebná metoda, avšak formální testy se širokým vzorkem klientů, u kterých je shromažďování základním problémem, bez ohledu na OCD symptomy, jsou

potřeba k určení efektu specializovaného KBT pro shromažďovací symptomy.

Literatura

1. Anderson SW, Damasio H, Damasio AR. A neural basis for collecting behaviour in human. *Brain* 2005; 128: 201–212.
2. Hammer LR. Further hoarding preferences in hamsters. *Psychon Sci* 1972; 26: 139–140.
3. Frost R, Gross R. The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1993, 31: 367–382.
4. Steketee G, Frost RO. Compulsive Hoarding: Current Status of the Research. *Clinical Psychology Review* 2003; 609: 1–22.
5. Leckman JF, Grice DE, Boardman, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1994; 154: 911–917.
6. Frost RO, Kim H, Steketee G, et al. Hoarding, compulsive buying, and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36: 657–664.
7. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, et al. Significant Linkage to Compulsive Hoarding on Chromosome 14 in Families With Obsessive-Compulsive Disorder: Results From the OCD Collaborative Genetics Study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 493–499.
8. Steketee G, Frost RO, Kim HJ. Hoarding by elderly people. *Health and Social Work* 2001; 26: 176–184.
9. Frost RO, Steketee G, Hoarding WL. A community health problem. *Health and Social Care in the Community* 2000; 8: 229–234.
10. Samuels J, Bienvenu III OJ, Riddle, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behaviour Research and Therapy* 2002; 40: 517–528.
11. Saxena S. The Neurobiology and Medication Treatment of Compulsive Hoarding, [http://www.ocfoundation.org/ho-](http://www.ocfoundation.org/hoarding/treatment/neurobiology-and-medication-treatment-of-compulsive-hoarding.php)

[arding/treatment/neurobiology-and-medication-treatment-of-compulsive-hoarding.php](http://www.ocfoundation.org/hoarding/treatment/neurobiology-and-medication-treatment-of-compulsive-hoarding.php).

12. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-Compulsive Disorder in Patients With First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1998–2000.
13. Hwang J, Tsai S, Yang C, Liu K, Lirng J. Hoarding behavior in dementia: A preliminary report. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1998; 6: 285–289.
14. Hanon C, Pinquier C, Gaddour N, Saïd S, Mathis D, Pellierin J. Diogenes syndrome: a transnosographic approach. *Encephale* 2004; 30 (4): 315–322.
15. Rosenthal M, Stelian J, Wagner J, Berkman P. Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: case reports. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1999; 36 (1): 29–34.
16. Zhang H, Leckman JF, Pauls DL, et al. Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 2002; 70: 896–904.
17. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, et al. Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 21–27.
18. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, et al. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment* 1998; 10: 206–214.

MUDr. Miroslava Khollová

Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91, 180 00 Praha 8
miroslava.khollova@plbohnice.cz

