



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione  
Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche**

**Elaborato finale**

**IL DISTURBO DA ACCUMULO NELLA POPOLAZIONE  
INFANTILE E ADULTA**

**The hoarding disorder in the child and adult population**

**Relatrice  
Prof.ssa Novara Caterina**

**Laureanda: Bonifazio Alice  
Matricola: 2014917**

**Anno Accademico 2022/2023**



# Indice

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO I – IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO</b> .....	3
1.1 Epidemiologia .....	3
1.2 Fattori che contribuiscono all'esordio .....	4
1.3 Aspetti familiari.....	5
1.4 Insight e comorbilità con lo spettro schizofrenico .....	6
1.5 Descrizione sintomatologica secondo il DSM-V .....	7
1.6 Modelli esplicativi cognitivo e psicodinamico .....	8
<b>CAPITOLO II – IL DISTURBO DA ACCUMULO</b> .....	10
2.1 Come si presenta .....	10
2.2 Aspetti cognitivi e comportamentali.....	11
2.3 Strumenti di valutazione.....	14
2.4 Comorbilità .....	16
<b>CAPITOLO III – IL DISTURBO DA ACCUMULO: SOMIGLIANZE E DIFFERENZE TRA BAMBINI E ANZIANI</b> .....	19
3.1 Il Modello Cognitivo-Comportamentale.....	19
3.2 Il ruolo dell'attaccamento .....	21
3.3 Le caratteristiche del Disturbo da Accumulo nella popolazione infantile e adolescenziale .....	23
3.4 Le caratteristiche del Disturbo da Accumulo nella popolazione adulta .....	25
3.5 Conclusioni .....	28
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	30

## **INTRODUZIONE**

Alla base della seguente tesi, vi è l'analisi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), del Disturbo da Accumulo (HD), della loro relazione e dei loro aspetti cognitivi e psicologici. In particolare, si pone attenzione sulle somiglianze e sulle differenze tra la popolazione infantile e la popolazione adulta, affette da Disturbo da Accumulo in comorbilità con quello Ossessivo-Compulsivo.

Le motivazioni che mi hanno condotta ad approfondire tali tematiche si riferiscono al profondo interesse e all'immensa curiosità che nutro nei confronti della Psicologia Clinica e di tutto ciò che la riguarda. La scelta del tema è stata sicuramente influenzata dal mio percorso di studi attuale e da un desiderio personale legato ai miei studi futuri.

Dopo essermi documentata, attraverso biblioteche e banche dati fisiche e online, ho individuato alcuni articoli e ricerche su cui basare la mia tesi.

L'obiettivo fondante di questa tesi di laurea è quello di presentare un'analisi meticolosa e completa delle informazioni raccolte, che mettano in evidenza gli aspetti tipici del Disturbo Ossessivo-Compulsivo e del Disturbo da Accumulo, da un punto di vista cognitivo, psicologico, sintomatico e comportamentale.

La tesi è articolata in tre capitoli: il primo fornisce una descrizione dettagliata del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, trattando specifiche dimensioni quali l'epidemiologia, i fattori che contribuiscono all'esordio, la comorbilità con altri disturbi e gli aspetti famigliari. Il secondo capitolo si focalizza sugli aspetti cognitivi e comportamentali del Disturbo da Accumulo, sulle differenze con il DOC, e sugli strumenti di valutazione utilizzati con maggior frequenza. Infine, il terzo capitolo, fulcro della tesi, mira ad analizzare le somiglianze e le differenze tra bambini e adulti affetti da HD, ponendo attenzione anche al Modello Cognitivo-Comportamentale.

Grazie a questo lavoro di ricerca ho potuto esaminare quelli che, secondo la letteratura, sono considerati i principali fattori che determinano le somiglianze e le differenze tra bambini e adulti, che verranno evidenziati nelle conclusioni finali.

# CAPITOLO I – IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

## 1.1 Epidemiologia

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una patologia caratterizzata principalmente dalla presenza di ossessioni e compulsioni che interferiscono con il normale funzionamento della persona, riducendone le capacità di realizzazione esistenziale (Koran, Thienemann, Davenport, 1996). Molte ricerche epidemiologiche condotte a riguardo hanno stimato la prevalenza life-time del disturbo intorno al 2-2,5% circa, che aumenta al 3% nella popolazione adolescenziale (Mancini, Gragnani, Orazi e Pietrangeli, 1999). Il DOC è uno tra i disturbi che si verifica più frequentemente ed ha gravi conseguenze sulla vita del paziente a causa della sua tendenza abituale a cronicizzarsi.

Le ossessioni sono “pensieri, immagini o impulsi mentali ricorrenti e persistenti che causano ansia o disagio marcato” (Sanavio e Cornoldi, 2021; DSM-5-TR, 2023) che l’individuo cerca di ignorare o inibire perché è perfettamente consapevole che tali ossessioni siano frutto della propria mente e, in quanto tali, possono essere anche egodistoniche e rappresentare immagini o pensieri contrastanti rispetto alle reali convinzioni della persona.

Le compulsioni sono, invece, “comportamenti ingiustificati e ripetuti in modi stereotipati e incontrollati” (Sanavio e Cornoldi, 2021; DSM-5-TR, 2023) che riducono il disagio associato all’ossessione oppure ostacolano la comparsa di situazioni paventate.

Ossessioni e compulsioni potrebbero essere, quindi, definite come attività mirate al raggiungimento di un obiettivo presente nella mente del paziente. A tal proposito, Lopatcka e Rachman (1995), Shafran (1997) e Ladouceur et al. (1995) provarono che la riduzione del senso di responsabilità nei pazienti implicasse la riduzione dei sintomi ossessivi verso lo stimolo critico. Per esempio, se la persona affetta da DOC accetta che la responsabilità di controllare se i fornelli del forno siano spenti passi allo sperimentatore, allora essa esegue il controllo, ma in maniera tranquilla e non ossessiva.

La ripetitività e la stereotipicità dell’ossessivo sono legate ad una forte paura di essere responsabile di un determinato esito, che lo porta a compiere attività preventive. L’importante è prevenire la possibilità di essere reo di un determinato evento. Il timore di colpa innesca una serie di circoli viziosi che mantengono cognitivamente, emotivamente e a livello comportamentale la ripetizione delle azioni.

## 1.2 Fattori che contribuiscono all'esordio

Una delle principali dimensioni, attraverso cui studiare il disturbo, è l'esordio che può essere acuto ed emergere senza alcun sintomo prodromico (a volte preceduto da situazioni stressanti) – in cui è possibile che la percezione egodistonica del DOC sia più marcata, per cui i malati sono più esigenti nei confronti dei familiari – oppure insidioso, che accentua i sintomi subclinici parzialmente preesistenti. Le uniche variabili, però, in grado di predire la modalità di esordio della patologia e di determinare in modo unidirezionale l'aumento del coinvolgimento dei familiari, sono la familiarità con disturbi d'ansia e i sintomi ossessivi da contaminazione e compulsivi da lavaggio/pulizia. Per quanto concerne la prima variabile, ovvero la familiarità con i disturbi d'ansia, è possibile che il caregiver del paziente abbia precedentemente vissuto una situazione simile con altri familiari affetti da disturbo d'ansia, tale per cui abbia sviluppato una maggior sensibilità verso le richieste mosse dal malato con DOC. Ne emerge un iper-coinvolgimento emotivo che agevola la collusione con la sintomatologia che si consolida; oppure può condurre il familiare ad interpretare la situazione come minacciosa per il proprio benessere e a distaccarsi, delineando un comportamento di collisione e rifiuto che accresce l'ansia del paziente (Steketee, Van Noppen, 2003). La seconda tipologia di variabile, legata a sintomi ossessivo-compulsivi da contaminazione e lavaggio, è caratterizzata da rituali e comportamenti inerenti a germi e sporcizia che potrebbero infettare lo spazio di vita, interno ed esterno, sia del paziente che dei suoi conviventi, i quali, a causa delle regole impartite nei loro confronti, sono costretti a ritirarsi dalle relazioni sociali, rinunciando ad interagire con l'ambiente esterno ritenuto estremamente rischioso. In tal modo, l'ambiente familiare, unico luogo in cui è concesso vivere e relazionarsi, diventa uno spazio di negoziazione.

Inoltre, secondo Vidal-Ribas et al. (2015), altri fattori, quali esperienze di abuso oppure scissioni familiari, sono legati alla gravità e al peggioramento graduale dei sintomi. Infatti, circa il 60% di 329 soggetti di una ricerca ha sviluppato DOC a seguito di eventi di vita ad alto stress (Rosso et al. 2012). In modo speculare, uno studio condotto da Tomita, Nakao et al. (2007) ha individuato che i soggetti femminili vivono prevalentemente eventi stressanti legati alla gravidanza e al parto e a problemi famigliari; mentre i pazienti di sesso maschile legati ai cambiamenti sul lavoro e al trasferimento.

Fontenelle et al. (2012), in aggiunta, hanno constatato che su 1001 pazienti, il 19% presentava in comorbidità un Disturbo da Stress Post-Traumatico.

### 1.3 Aspetti familiari

Alla luce di quanto riportato precedentemente (vedi paragrafo 1.2), le ossessioni e le compulsioni non compromettono solamente il funzionamento del paziente, ma anche quello della propria famiglia, la quale si deve prendere cura di una persona con un disturbo invalidante e cronico. Essa presenta, secondo la ricerca condotta da Stengler-Wenzke et al. (2006), una qualità di vita nettamente peggiore rispetto alla popolazione generale, in particolare, rispetto alla limitazione del proprio ruolo legata alla salute fisica, al funzionamento sociale e a problemi emozionali (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, SF-36; Ware, Sherbourne, 1992).

Il disturbo ossessivo-compulsivo ha, per di più, effetti negativi anche sul tipo di risposta fornita dai familiari verso i sintomi della persona (Renshaw, Steketee, Chambless, 2005), che può essere collocata lungo un continuum agli estremi del quale vi sono la forte accondiscendenza e l'opposizione – la prima indice di collusione e la seconda di collisione (Van Noppen et al., 1997). Questa modalità di coinvolgimento, definita Family Accommodation – che indica il processo tramite il quale la famiglia assiste o partecipa ai rituali del paziente perché si sente in qualche modo obbligata (Cooper, 1996) – è presente in un'ingente percentuale di famiglie di individui con disturbo ossessivo-compulsivo, stimata intorno all'88% grazie agli studi condotti da Calvocoressi et al. (1999), secondo i quali esiste una relazione tra elevati punteggi di coinvolgimento specifico, carico familiare e stress.

Il disturbo ossessivo-compulsivo, pertanto, induce i pazienti a chiedere sostegno e appoggio ai familiari per ricevere rassicurazioni circa le proprie ossessioni, oppure chiedere assistenza durante l'esecuzione delle compulsioni.

Sulla base degli studi fin qui esaminati, considerando anche la Family Accommodation Scale (FAS), i familiari tendono frequentemente a offrire il proprio aiuto per evitare che si creino situazioni potenzialmente ansiogene, ad esempio garantendo che il rituale ossessivo e/o compulsivo venga effettuato secondo uno schema prestabilito.

Attualmente è di fondamentale interesse valutare quali fattori, se esistono, facilitino e raccomandino il coinvolgimento diretto della famiglia. La valutazione, infatti, ha lo scopo di ottenere informazioni e dati utili per progettare particolari interventi al fine di



migliorare la qualità di vita dei familiari che sembrano predisposti al coinvolgimento in base a proprie peculiarità, come il grado di parentela, e di precisare alcuni sintomi e/o pazienti verso i quali il coinvolgimento della famiglia svolgerebbe un ruolo di rinforzo tale da contrastare la terapia farmacologica o psicoterapeutica.

#### 1.4 Insight e comorbidità con lo spettro schizofrenico

Verso la fine del XIX secolo, il neurologo e psichiatra Westphal descrisse l'irrazionalità e la stravaganza di alcuni fenomeni ossessivi, che lo portarono a pensare come tali fenomeni fossero, in realtà, sintomi di una psicosi abortiva. Alcuni decenni dopo, lo psichiatra Bleuler e Sigmund Freud suggerirono l'eventualità che gli impulsi definiti "coatti" fossero compresi tra i sintomi prodromici della schizofrenia e, per tale motivo, a numerosi pazienti schizofrenici fu erroneamente diagnosticata una patologia ossessiva all'inizio del percorso psicopatologico. Tuttavia, nel corso del tempo è stato deciso di concettualizzare il legame clinico tra psicosi ed ossessività da un punto di vista prettamente categoriale, seguendo il pensiero di Kraepelin (Trattato di psichiatria, 1913), secondo il quale i mutamenti dalle ossessioni verso altre malattie mentali non erano effettivamente possibili. Ciò indusse molti ricercatori e studiosi contemporanei a prediligere un approccio più dinamico e a considerare una relazione più fluida e continua tra i fenomeni psicotici e i fenomeni ossessivi, in contrapposizione con quanto riportato dallo stesso Kraepelin, per il quale non era possibile che esistesse una dicotomia tra sintomi psicotici ed ossessivi in termini di continuità sintomatologica. Jaspers, a tal proposito, evidenziò come, durante l'apice di uno stato emotivo "anancastico", le ossessioni potessero modificarsi e diventare delirio per un breve momento, a dimostrazione del fatto che gli impulsi coatti rappresentassero un esempio emblematico di casi abbastanza frequenti in cui il problema non si presentava solo durante la diagnosi, bensì anche durante la concettualizzazione teorica dei principali aspetti nosologici (Jaspers, 1913).

La ricerca, negli ultimi decenni, si è focalizzata in particolare sull'analisi di pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo con manifestazioni psicotiche, stimandone una prevalenza compresa tra il 10 e il 25% (Insel, Akiskal, 1986; Eisen, Rasmussen, 1993; Fear, Sharp, Healy, 2000; Fontenelle, Lopes, Borges, et al. 2008). Difatti, secondo gli studi condotti da Eisen e Rasmussen, i soggetti a cui è stato diagnosticato un DOC psicotico erano effettivamente più disturbati rispetto ai soggetti non psicotici e

presentavano (1) relazioni familiari più conflittuali, (2) decorso nella maggior parte cronico e poco propenso al trattamento farmacologico, (3) età di esordio precoce, (4) maggior compromissione del funzionamento lavorativo, (5) sintomi depressivi – che hanno spinto gli autori a supporre che la depressione avesse un ruolo importante per la formazione di pensieri psicotici. Un altro fattore, secondo Giannelli (1998), in grado di facilitare la trasformazione da pensiero ossessivo a delirante è la poca consapevolezza soggettiva, ovvero uno scarso insight, verso gli impulsi. Infine, bisogna considerare anche la comorbilità tra disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo schizotipico di personalità (DSP), perché i soggetti ossessivi che presentano DSP mostrano con maggior frequenza un'adesione totale verso pensieri irrazionali e coatti e un maggior rischio a sviluppare deliri (Jenike, 1986). Questi risultati hanno condotto Insel e Akiskal (1986) ad esaminare e valutare questi soggetti come affetti da uno specifico sotto-tipo del DOC, contraddistinto da aspetti clinici ben definiti, tra i quali l'esordio precoce, uno scarso insight, pochi sintomi depressivi, decorso cronico associato ad un'alta compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. In altri termini, si è ipotizzato che, una sintomatologia psicotica fosse una delle cause più gravi e più infauste a livello prognostico del disturbo.

### 1.5 Descrizione sintomatologica secondo il DSM-V

Contrariamente a quanto riportato nel paragrafo precedente, gli attuali sistemi nosografici, come il DSM-V (2012), affermano che, i soggetti precedentemente descritti avrebbero dovuto essere diagnosticati come affetti da un disturbo delirante oppure da un disturbo psicotico non altrimenti specificato, in comorbilità con quello ossessivo-compulsivo.

Inoltre, Bogetto et al. (1999) hanno ipotizzato che il sottotipo ossessivo-psicotico potesse essere, in realtà, un particolare aspetto clinico tipico dell'area schizofrenica, che permetterebbe ai degenti di rimanere in una condizione psicotica atipica, o abortiva, collocandosi all'interno “di quell'insieme disomogeneo di sindromi psicotiche fruste”, definito come schizofrenia pseudo-nevrotica (Hoch e Polatin, 1949). Alcune ricerche epidemiologiche, in particolare, hanno riscontrato che la frequenza della presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nelle fasi prodromiche della schizofrenia si aggira tra il 15% e il 40% (Bottas, Cooke, Richter, 2005; Sevincok, Akoglu, Arlantas, 2006;

Poyurovski, Kriss, Weisman, 2003; Schafer, Klier, Papegeorgiou, et al., 2007; Niendam, Berzak, Cannon, et al., 2009).

Secondo studi più recenti, le manifestazioni sintomatologiche evidenziano come il disturbo ossessivo-compulsivo sia eterogeneo a livello clinico (McKay et al., 2004). Difatti, le ossessioni possono manifestarsi tramite indecisioni, dubbi, paura di essere contaminati, paura di essere responsabili di eventuali danni verso se stessi o verso le altre persone; mentre, le compulsioni possono manifestarsi attraverso eccessivi controlli, lavaggi, evitamento di oggetti “contaminati”.

Disparate sono state le proposte circa la sotto-classificazione della sintomatologia tipica del DOC, però quella più in uso, presentata da Mataix-Cols et al. (1999) e da Summerfeldt et al. (1999), prevede i seguenti sottotipi:

- Ossessioni sessuali e/o religiose
- Checking: prevede ossessioni di tipo somatico o aggressivo legate a compulsioni di controllo;
- Ordering: rappresentato da azioni legate all’ordine, al conteggio mentale e a preoccupazioni di simmetria;
- Washing: paura di essere malati o contaminati associata a compulsioni di lavaggio.

## 1.6 Modelli esplicativi cognitivo e psicodinamico

Diverse sono le scuole di pensiero e le relative ipotesi eziologiche che si sono occupate di indagare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Da un punto di vista cognitivo, Salkovskis (1985) ha sottolineato che “avere un pensiero circa una determinata azione è come realizzarla; non neutralizzare l’intrusione quando questa si è resa manifesta equivale a desiderare o ricercare il male contemplato nell’intrusione stessa; gli individui dovrebbero e potrebbero controllare i propri pensieri”. I soggetti ossessivi elaborano ed interpretano la presenza di pensieri intrusivi come un indicatore della loro diretta responsabilità nel provocare danni, a meno che non cerchino di prevenirli.

Secondo la psicodinamica classica, i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo sono determinati da una regressione della sfera psichica dell’individuo verso la fase che Freud (1967) definisce sadico- anale, a causa della quale si ricorre a specifici meccanismi di difesa dell’Io, come i meccanismi di isolamento, di spostamento e di annullamento. Ciò

è dovuto, in particolar modo, al tipo di educazione ricevuta sin dalla prima infanzia che, se rigida, implica per il bambino la rimozione di pensieri o desideri che si ripresentano successivamente sottoforma di pulsioni inadeguate. La madre è, perciò, ambivalente in quanto è fisicamente presente nella relazione diadica e si pone come figura di attaccamento, ma è distaccata a livello affettivo, per cui il bambino, sentendosi solo, costruisce schemi cognitivi inadeguati. A causa della scarsa accessibilità della madre, il bambino sviluppa pulsioni sadico-anali che diventano un tratto caratteristico della sua personalità.

## CAPITOLO II – IL DISTURBO DA ACCUMULO

### 2.1 Come si presenta

Il disturbo da accumulo, definito anche Hoarding Disorder (HD), è una malattia, secondo Frost e Hartl (1996), caratterizzata dall'incapacità di liberarsi di alcuni oggetti in apparenza inutili e dalla tendenza ad acquistarne nuovi in maniera ossessiva. Gli individui, denominati Hoarders, vivono in case invase da oggetti – come giornali, vestiti, documenti – di valore o meno, accumulati nel corso degli anni, che impediscono di muoversi liberamente all'interno delle stesse, se non con grande difficoltà. Gli spazi possono essere liberati, in alcuni casi, solamente grazie all'intervento di terze persone, come familiari o autorità locali.

Generalmente, le persone affette da disturbo da accumulo sono caratterizzate da indecisione, perfezionismo, procrastinazione, difficoltà a organizzare le attività.

Le prime manifestazioni si verificano durante l'infanzia e il periodo della prima adolescenza tra gli 11 e i 15 anni, anche se i sintomi possono emergere anche in età più avanzata a seguito magari di un evento particolarmente stressante. Alcune ricerche epidemiologiche ne hanno stimato un range di prevalenza intorno al 2-6% della popolazione europea e americana. Inoltre, la popolazione femminile e la popolazione maschile sono colpite in egual misura.

L'HD non deve essere confuso con il collezionismo poiché, in quest'ultimo caso, il collezionista è soddisfatto e consapevole del proprio comportamento e tende a organizzare e pianificare i propri acquisti per completare la propria raccolta; chi è affetto da disturbo da accumulo, invece, è molto disordinato nell'organizzazione degli oggetti e, col passare del tempo, la gioia legata all'acquisto di nuovi si trasforma in sofferenza e disagio, anche in previsione dello smaltimento degli stessi (Frost e Steketee, 2012). Il collezionismo, in sintesi, può essere considerato un semplice hobby, cioè un'attività costruttiva il cui obiettivo potrebbe essere quello di facilitare la creazione di amicizie con le quali condividere i medesimi interessi.

A partire dal 2013, il disturbo da accumulo compare come entità indipendente descritta nel DSM-V, che ha individuato sei principali criteri per diagnosticarlo:

- a. “Costante difficoltà a gettare via o separarsi dai propri averi, a prescindere dal loro effettivo valore”;

- b. “Suddetta difficoltà è causata dal bisogno di conservare gli oggetti e dal disagio legato al buttarli via”;
- c. “La difficoltà di gettare via i beni genera un accumulo che ingombra gli spazi vitali e ne compromette l’uso”;
- d. “L’accumulo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, incluso il mantenimento di un ambiente sicuro per sé e per gli altri”;
- e. “L’accumulo non è ascrivibile a un’altra condizione medica”;
- f. “L’accumulo non può essere giustificato da sintomi tipici di un altro disturbo mentale”.

## 2.2 Aspetti cognitivi e comportamentali

Dal punto di vista cognitivo, secondo Frost e Hartl (1996), l’accumulatore presenta tre principali deficit di elaborazione delle informazioni: deficit legati ai processi decisionali, deficit nella categorizzazione e organizzazione degli oggetti accumulati e deficit di memoria.

### 1) Deficit legati ai processi decisionali.

Warren e Ostrom (1988) sostengono che la propensione ad inibire il processo decisionale potrebbe derivare dalla paura a commettere errori, per cui l’individuo evita di prendere decisioni. A conferma di quanto detto pocanzi, Frost e Gross (1993), in uno studio successivo, dichiarano che l’accumulo sia una condotta di evitamento legata all’indecisione e al perfezionismo. In generale, le decisioni legate allo scarto di un determinato oggetto dipendono dall’eccessivo valore sentimentale o strumentale – il primo viene attribuito all’attaccamento emotivo e il secondo ai giudizi circa l’uso futuro e la necessità di possedere tale oggetto – che l’hoarder attribuisce all’oggetto stesso e che può cambiare nel corso del tempo. Questo suggerisce che i deficit di decision-making derivino da una soglia particolarmente alta per decidere cosa scartare, per cui gli accumulatori compulsivi, rispetto ai non accumulatori, tenderebbero a giudicare in maniera errata le probabilità che gli oggetti da scartare siano in realtà necessari per il futuro. Secondo Adams (1973), questa propensione ad accumulare deriverebbe da esperienze e situazioni di privazione e povertà vissute durante l’infanzia, le quali facilitano l’emergere di un forte bisogno di possesso.

## 2) Deficit nella categorizzazione e nell'organizzazione.

La valutazione di un oggetto, da parte degli hoarders, è molto più dettagliata rispetto a quella dei non accumulatori e richiede un numero maggiore di informazioni per i processi decisionali relativi all'archiviazione e categorizzazione degli oggetti stessi, per cui i confini di ciascuna categoria sono definiti in maniera più ristretta (Reed, 1969a, b). Se l'oggetto posseduto, incluso nella propria categoria, viene percepito come unico, non solo questo acquista un valore notevole, ma nessun altro possesso può sostituirlo; inoltre, poiché ogni possesso è unico, è necessario considerarne tutte le caratteristiche e le componenti prima di decidere di scartarlo, a causa della limitata inclusività.

Durante l'osservazione diretta delle abitazioni degli accumulatori compulsivi si riscontrano seri problemi di organizzazione degli spazi, che creano caos. L'individuo tende ad accatastare gli oggetti in modo disordinato attraverso un processo di categorizzazione, fino a impilare oggetti uno sopra l'altro anche non correlati tra loro, per il mancato spazio. Frost e Hartl (1995) hanno etichettato tale condotta come "zangolatura": gli oggetti vengono raccolti in categorie, esaminati e poi spostati in nuove pile, che diventano nuove categorie; inoltre, gli oggetti che vengono riesaminati frequentemente acquistano sempre più valore e importanza. L'organizzazione e la categorizzazione sono rese ulteriormente complicate anche a causa dell'applicazione di concetti complessi, per cui diventa difficile organizzare gli oggetti; ad esempio, se un libro tratta di argomenti diversi, l'accumulatore è incapace di archivarlo in un gruppo specifico, per tanto crea una nuova categoria.

In generale, l'hoarder è sicuro che, gettando via un grande mucchio di oggetti senza esaminarli, potrebbe buttare anche oggetti che hanno effettivamente un valore.

## 3) Deficit di memoria.

Gli accumulatori pensano di ricordare informazioni, fatti e avvenimenti solo conservando un oggetto, con la convinzione che se tale oggetto non sia in vista, non possa essere ricordato. Ciò potrebbe derivare dall'eccessivo perfezionismo legato all'accumulo e dalla paura di non ricordare specifici dettagli (Frost e Gross, 1993). Per questo motivo, dimenticare viene percepito come un fallimento e provoca forti stati di ansia. Il deficit di memoria, secondo gli autori precedentemente citati, potrebbe anche derivare dall'eccessiva importanza attribuita agli oggetti. Difatti, le persone normalmente ricordano solo le cose più importanti rispetto a quelle meno importanti; mentre gli

accumulatori, non avendo la capacità di distinguere gli oggetti in base all'importanza, devono ricordare tutto e risulta, quindi, un compito molto più difficile.

Gli accumulatori, per di più, presentano dei forti problemi di attaccamento emotivo con gli oggetti accumulati, poiché li considerano come parte di sé e, in quanto tali, possiedono qualità umane intrinseche. Grazie alle ricerche condotte da Frost et al. (1995) è stato possibile osservare l'esistenza di due diversi tipi di attaccamento emotivo ai beni posseduti: il primo definito Iper-sentimentalismo che consiste nel fatto che gli oggetti, come detto in precedenza, sono parte di sé e liberarsene è impossibile, in quanto importanti promemoria di eventi passati; il secondo tipo, legato al valore attribuito all'oggetto, è definito Segnale di sicurezza (Rachman, 1983; Sartory, Master & Rachman, 1989), che fornisce un senso di comfort e fiducia in un ambiente sicuro; di conseguenza buttare via questi oggetti significherebbe sconvolgere questa sensazione.

Greenberg (1987) ha riferito uno stato di forte rabbia tra gli hoarders verso i membri della famiglia che hanno provato ad intervenire e a separarli dai loro beni.

Un altro importante fattore è la regolazione, ovvero la capacità di monitorare, valutare e modulare le emozioni (ER) in relazione ai propri obiettivi (Gratz & Roemer, 2004). Secondo i due studiosi, possono insorgere complicazioni durante l'ER rispetto all'accettazione delle emozioni, all'accesso e alla capacità di usare strategie in maniera flessibile per perseguire i propri obiettivi, alla capacità di inibire le pulsioni e di comportarsi coerentemente con gli obiettivi desiderati e alla consapevolezza e comprensione delle emozioni. Contrariamente, il modello di Gross (1998a) ha individuato cinque tipologie di processi – situation selection, situation modification, attentional deployment, cognitive change, and response modulation – implicati nella regolazione delle emozioni. Se nel primo caso si enfatizzano le differenze individuali che emergono nella capacità e nella consapevolezza di saper gestire tali emozioni, nel secondo caso si enfatizza l'uso di strategie comportamentali e cognitive diverse per regolare le emozioni, sulla base delle differenze individuali.

In aggiunta allo studio condotto da Taylor et al. (2018), secondo cui non esistono relazioni tra i sintomi d'accumulo e le strategie utilizzate nella regolazione delle emozioni, ovvero la soppressione emotiva e la rivalutazione cognitiva, sono stati presi in esami ulteriori costrutti, come l'EA e l'alessitimia. La prima è definita come la riluttanza e l'avversione a tollerare esperienze interne non piacevoli, come emozioni, pensieri o ricordi (Hayes,



Wilson, Gifford, Follette e Strosahl, 1996), che, se elevata, è presente sia negli individui caratterizzati da acquisti compulsivi rispetto ai controlli non clinici (Taylor et al., 2018; Wheaton, Abramowitz, Franklin, Berman e Fabricant, 2011) sia negli individui con disturbo d'ansia (Wheaton, Fabricant, Berman e Abramowitz, 2013); la seconda è la difficoltà ad identificare e descrivere i sentimenti e distinguerli rispetto alle sensazioni corporee, considerata un fattore predittivo dei sintomi tipici di accumulo.

A conferma di quanto riportato sopra, secondo Taylor et al. (2018), i partecipanti della loro ricerca presentavano maggiori difficoltà nell'individuare ed etichettare le emozioni positive vissute rispetto a quelle negative, a causa dell'elevata comorbilità con la depressione e dello scarso insight, spesso associato all'hoarding. Inoltre, i partecipanti hanno completamente evitato di rispondere a domande a connotazione emotiva a causa dell'EA, in particolare rispetto a temi quali l'abbandono, il tradimento e la perdita. In generale, i risultati mostrano 1) eccessiva vergogna e tristezza provate dagli individui a causa del loro accaparramento, 2) comportamenti negativi verso le esperienze emotive stesse, 3) eccessivo utilizzo di strategie per regolare le emozioni negative, 4) impegno in specifiche attività per provocare emozioni positive, raggiunte da alcuni partecipanti tramite l'evitamento o l'assenza di quelle negative, 5) inefficacia delle strategie ER, a causa della dis-regolazione emotiva legata all'accesso limitato a tali strategie. La maggior parte dei partecipanti ha presentato alcune implicazioni nell'ER concernenti condizioni particolarmente difficili durante l'infanzia e/o l'età adulta e ha utilizzato l'acquisto e l'accaparramento come strategie per indurre le emozioni positive, in termini di gratificazione, e inibire le emozioni negative. Tali risultati supportano l'idea che l'acquisizione sia percepita come una modalità disadattiva per regolare le emozioni (Tolin, 2011).

### 2.3 Strumenti di valutazione

La valutazione psicologica di una persona ha l'obiettivo di individuare e impostare un eventuale trattamento personalizzato che sia soddisfacente. Alcuni disturbi mentali sono molto più complessi di altri e richiedono una valutazione basata su un approccio multidimensionale per indagare le problematiche su più fronti, tra i quali quello cognitivo-verbale, quello comportamentale-motorio e quello psicofisiologico. Nel primo caso, si fa riferimento a ciò che la persona riporta durante un colloquio o durante la somministrazione di interviste e/o questionari; nel secondo caso, si fa riferimento a ciò

che si osserva in relazione all'atteggiamento della persona; nel terzo e ultimo caso, si fa riferimento alle risposte psicofisiologiche relative alla presenza di un determinato quadro psicopatologico. Durante la fase di valutazione, lo psicologo, attraverso un colloquio, questionari auto-somministrati e interviste, deve verificare se il disturbo sia insorto o meno a seguito di altri problemi psicologici, per individuare eventuali problemi coesistenti, grazie anche alla collaborazione dei familiari. Inoltre, è opportuno conoscere quanto il paziente riconosca il problema e le sue conseguenze, quanto sia motivato a risolvere la situazione e se manifesta malessere. È funzionale per la valutazione controllare l'abitazione del paziente per individuare ulteriori informazioni circa gli oggetti conservati, il livello di spazio occupato, le condizioni igieniche.

I questionari più utilizzati sono:

- 1) Saving Inventory-Revised (SI-R; Frost, Steketee e Grisham, 2004).

Il SI-R è un questionario self report che valuta tre principali aspetti: l'ingombro (Discarding), la difficoltà a liberarsi degli oggetti (Clutter) e l'acquisto compulsivo (Acquisition); è composto da 23 item e da una scala Likert a 5 punti. Si tratta di uno strumento dalle ottime proprietà psicometriche per quanto riguarda l'ingombro, l'ansia, la depressione e il controllo degli impulsi; è particolarmente sensibile al cambiamento dopo il trattamento e dimostra di avere coerenza interna, una certa affidabilità tra test e retest e un'inter-correlazione tra le scale.

- 2) Clutter Image Rating (Frost et al., 2008).

Il Clutter Image Rating è uno strumento volto ad indagare e approfondire l'aspetto relativo all'ingombro – che, se presente, può essere totalmente ignorato per la mancata consapevolezza dei soggetti, oppure sopravvalutato – e all'eventuale compromissione del suo funzionamento. Lo strumento è costituito da nove immagini raffiguranti tre ambienti domestici, nella fattispecie camera da letto, cucina e salotto, che presentano diversi livelli di ingombro e disordine, che vanno dalla totale assenza nella prima immagine fino alla notevole presenza nell'ultima, che devono risultare omogenei.

- 3) Hoarding Rating Scale (Tolin et al., 2010).

L'Hoarding Rating Scale è uno strumento molto utile sia per distinguere il disturbo da accumulo da altri disturbi, sia durante la fase di scoring; può essere somministrato sottoforma di intervista o di questionario self-report; è composto da cinque item che

indagano rispettivamente l'acquisizione, il discarding, la ridotta funzionalità degli ambienti domestici, la compromissione del funzionamento e la distress.

#### 4) Compulsive Acquisition Scale (Frost et al., 2002)

Il Compulsive Acquisition Scale è uno strumento utilizzato per capire l'atteggiamento dei pazienti che vogliono acquistare beni, per la maggior parte inutili, in una situazione gravata anche da difficoltà finanziarie. Questo comportamento può essere visto in correlazione con il disturbo da accumulo; sicuramente il grado di acquisizione eccessiva è correlato in maniera proporzionale al livello di gravità del sintomo. Occorre, però, distinguere tra acquisizione eccessiva che avviene senza esborso, da quella che comporta il dispendio di denaro. L'acquisizione eccessiva senza esborsi prevede l'ottenimento di beni attraverso il possesso a titolo gratuito, partendo da situazioni meno gravi fino ad arrivare a situazioni più complesse, come la cleptomania. Tale strumento è un questionario self report costituito da 18 item ai quali si risponde mediante una scala Likert a 7 punti, con l'obiettivo di fornire una misura circa il grado in cui le persone acquisiscono gli oggetti e quanto sentono la necessità di acquisirne.

#### 5) Saving Cognition Inventory (Steketee et al., 2003).

Il Saving Cognition Inventory è un questionario self report volto a comprendere quali siano le credenze disfunzionali che i pazienti hanno in merito ai propri oggetti. È composto da 24 item – ai quali occorre rispondere attraverso un punteggio assegnato sulla base del tasso di frequenza dei pensieri durante la settimana precedente, mentre il soggetto era intento a gettare via qualcosa – e quattro sotto-scale, ovvero Attaccamento Emotivo, Memoria, Controllo e Responsabilità.

## 2.4 Comorbilità

Per lungo tempo, il disturbo da accumulo è stato considerato una manifestazione del disturbo ossessivo-compulsivo. A partire dal 2013 (vedi paragrafo 2.1) sono state individuate le principali differenze tra i due disturbi relative a:

#### 1) Insight.

Nel disturbo da accumulo, definito anche disposofobia, il livello di insight è basso e gli stati di ansia avvertiti dall'individui sono legati tendenzialmente all'ingombro dell'ambiente domestico, piuttosto che all'accumulo stesso; nel DOC, invece, l'accumulo viene percepito come invalidante per la propria vita quotidiana e, in quanto tale, favorisce l'emergere di forti stati di ansia clinicamente significativa.

## 2) Emozioni.

Nel disturbo da accumulo si osservano più emozioni positive, come l'eccitazione, rispetto al disturbo ossessivo-compulsivo.

## 3) Manifestazioni.

La condotta di accumulo, nel DOC, è secondaria rispetto alle ossessioni e indipendente da esse nell'HD.

## 4) Valore e tipologia degli oggetti.

Nel disturbo di accumulo gli oggetti conservati, come lettere, articoli di giornale e ricevute, hanno un valore emotivo e intrinseco; nel DOC, invece, gli oggetti conservati, che possono essere particolarmente strani e bizzarri, come rifiuti o urina, senza alcun valore, devono soddisfare rituali di evitamento della contaminazione per eludere effetti disastrosi.

In generale, il disturbo da accumulo può essere diagnosticato indipendentemente dal disturbo ossessivo-compulsivo, oppure come sintomo del disturbo stesso. In questo secondo caso, l'accumulo è più invalidante in quanto dovrebbe aiutare il soggetto a contrastare un'ossessione.

Le comorbilità più frequenti sono quelle con i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore, in particolare con il disturbo d'ansia generalizzato e con la depressione maggiore; quelle con il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), grazie agli studi condotti da Frost et al. (2005), sono frequenti negli hoarders con esperienze traumatiche passate, anche se non esiste effettivamente una relazione diretta tra i due disturbi. È stato dimostrato anche che gli hoarders abbiano difficoltà nel processamento delle informazioni che può provocare l'emergere del disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD); difatti, ai soggetti che durante l'infanzia hanno manifestato sintomi legati all'ADHD, è stata osservata un'incidenza rilevante del disturbo da accumulo (Fullana et al., 2013). In aggiunta, la gravità del disturbo da accumulo può essere influenzata dalla gravità dell'inattenzione.

Per quel che riguarda i disturbi dello spettro autistico, uno studio condotto da Storch et al. (2016) ha osservato l'esistenza di correlazioni eterogenee tra suddetti disturbi e l'HD, poiché "le caratteristiche cliniche fondamentali dei disturbi dello spettro autistico possono influenzare i comportamenti di accumulo attraverso l'attenzione perseverante su oggetti particolari, che è spesso osservata nei comportamenti e negli interessi limitati e ripetitivi di chi è caratterizzato da un disturbo dello spettro autistico".

Il disturbo da accumulo è molto frequente anche tra la popolazione più anziana, sintomo di un generale declino cognitivo e vegetativo associato, per esempio, alla demenza senile (Snowdon et al., 2012).

Un'ulteriore comorbidità è legata al disturbo del controllo degli impulsi che colpisce l'80% circa dei pazienti con HD (Frost, Steketee, & Tolin, 2011), in riferimento anche al furto e alla cleptomania. L'accumulazione, infatti, è strettamente correlata all'impulsività.

# **CAPITOLO III – IL DISTURBO DA ACCUMULO: SOMIGLIANZE E DIFFERENZE TRA BAMBINI E ANZIANI**

## **3.1 Il Modello Cognitivo-Comportamentale**

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è uno dei modelli terapeutici più efficaci per trattare i disturbi psicopatologici, attraverso un lavoro legato alle emozioni, ai pensieri e ai comportamenti dell'individuo, con l'obiettivo di determinare condotte disfunzionali che possono protrarsi nel corso del tempo, le quali deriverebbero dalle strutture cognitive dell'individuo stesso. L'uso della terapia cognitivo-comportamentale è, spesso, legato all'utilizzo di psicofarmaci che rientrano nell'ambito degli antidepressivi, chiamati Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), i quali modificano la concentrazione di alcuni neurotrasmettitori nel cervello, tra i principali la serotonina.

In generale, questi trattamenti per il disturbo da accumulo includono un'esposizione graduale verso condotte di non acquisizione, associate alla ristrutturazione cognitiva, all'organizzazione, alla categorizzazione e allo scarto di oggetti (Tolin, Frost et al., 2015). Una meta-analisi, condotta da Bloch et al. (2014), ha dimostrato che, indipendentemente dall'età, i pazienti con DOC e sintomi di accumulo mostrano un tasso di risposta al trattamento inferiore del 50% rispetto ai pazienti con DOC senza alcun sintomo di accumulo. In aggiunta, una recente ricerca (Højgaard et al., 2019) si è occupata di osservare e indagare l'insorgenza dei sintomi di accumulo in bambini e adolescenti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, le possibili differenze cliniche e demografiche tra gli stessi soggetti che presentano o meno i sintomi e, infine, la possibile influenza dei sintomi sull'esito della terapia. Le ipotesi di partenza di tale studio prevedevano che (1) i sintomi tipici dell'hoarding, caratterizzati da ridotto insight, livelli di indecisione maggiori, esordio precoce, sintomi del DOC (ripetizione, ordinamento, conteggio), (2) si presentassero con ugual frequenza sia nei bambini sia negli adolescenti ossessivo-compulsivi, (3) i soggetti con DOC e HD in comorbilità avessero più alti livelli di ansia, tic e ADHD, e (4) i suddetti soggetti avessero esiti terapeutici meno favorevoli. I risultati hanno evidenziato che:

- I sintomi dell'accumulo possono emergere durante l'infanzia;

- Nei pazienti, i cui sintomi progrediscono e diventano sempre più gravi, l’insight può peggiorare con l’età;
- I pazienti presentano alti livelli di indecisione, che può contribuire allo sviluppo dell’hoarding;
- Si può osservare una comorbilità con disturbi di ansia e ADHD nei soggetti (bambini e adolescenti) con disturbo di accumulo e disturbo ossessivo-compulsivo, anche se non si tratta di livelli significativamente alti;
- La presenza di sintomi di accumulo non sembra influenzare la gravità del DOC oppure l’esito della terapia cognitivo-comportamentale nel campione di riferimento.

Il trattamento per l’hoarding disorder solitamente comprende compiti di organizzazione e scarto degli oggetti durante 20 o più sessioni, compiti di ristrutturazione cognitiva e compiti progettati per resistere alle condotte di acquisizione, spesso associati ad attività per potenziare la propria spinta motivazionale. La terapia può anche includere visite domiciliari, che possono migliorare i risultati clinici (Crone & Norberg, 2018), per assistere il paziente attraverso compiti di smistamento e aiutarlo a ridurre il disordine.

Inizialmente la CBT veniva erogata individualmente, poi, a seguito di alcune ricerche, studi più recenti si sono focalizzati maggiormente su un’erogazione di gruppo (Mathews et al., 2018), poiché, grazie al supporto dei pari, migliora l’efficacia e l’efficienza del trattamento, migliora l’aspetto motivazionale e l’aderenza al trattamento stesso. Tuttavia, i pazienti preferiscono di gran lunga un trattamento individuale rispetto a quello gruppale. Uno studio particolarmente recente (Rodgers et al., 2021) ha ripreso una meta-analisi condotta da Tolin et al., (2015), i quali hanno constatato, dopo aver individuato alcuni potenziali moderatori dell’esito del trattamento, come la modalità e la durata del trattamento, il coinvolgimento del terapeuta, il numero di visite domiciliari, l’età media e il genere, che solamente una piccola percentuale di soggetti (tra il 25% e il 43%) mostrava dei cambiamenti clinicamente significativi a seguito del trattamento. Tale meta-analisi presenta, però, dei limiti perché, non si è tenuto conto né delle misure secondarie dei sintomi depressivi né di alcuni importanti moderatori, come la formazione del terapeuta, né dell’effetto del follow-up. Pertanto, Rodgers et al. hanno incluso nella loro ricerca anche gli aspetti sopra citati, con lo scopo di osservare e studiare gli effetti a lungo termine della Terapia Cognitivo-Comportamentale su pazienti affetti da disturbo da accumulo,

attraverso un approccio meta-analitico. I risultati dimostrano che ci possono essere effettivamente dei miglioramenti nel corso del tempo.

In aggiunta, gli studi in cui vi era una maggior percentuale di partecipanti di sesso femminile mostravano migliori risultati, coerentemente con Tolin et al., perché erano in grado di moderare i sintomi tipici dell'HD. L'attuale studio ha dimostrato, quindi, l'efficacia sia nel breve sia nel lungo termine della Terapia Cognitivo-Comportamentale, l'importanza della distribuzione di genere del campione per moderare l'esito e il fatto che tale terapia abbia da piccoli a moderati cambiamenti per quanto riguarda i sintomi depressivi.

In epoca recente sono sempre più in uso gli interventi di CBT a distanza, perché sembrano essere efficaci quanto quelli faccia a faccia per ridurre i comportamenti di accumulo e le loro conseguenze sulla qualità della vita dell'individuo.

È importante adottare e applicare un approccio integrativo per osservare il progresso dei pazienti con HD, in base alla completa eliminazione del disordine, allo sviluppo di specifiche abilità, alla qualità della vita, alla riduzione del disagio e alla compromissione funzionale. Nello specifico, se si sceglie un intervento di CBT da remoto, è consigliabile utilizzare un amico o un familiare che svolga il ruolo di coach, fornendo il proprio supporto pratico ed emotivo al cliente. Per di più, incorporare aspetti e attività incentrate sulla compassione può migliorare l'eccessivo livello di autocritica e l'eccessivo perfezionismo tipicamente osservati nei pazienti affetti da disturbo da accumulo (Chou et al., 2020), in particolare in coloro che presentano bassa autostima e alti livelli di vergogna. Il terapeuta, in questo senso, dovrebbe creare un ambiente sicuro, privo di giudizio, nel quale coltivare una relazione di fiducia reciproca e di supporto, che incoraggi il paziente ad esprimere i propri pensieri e impulsi (Moorey & Lavender, 2018), cercando di evitare che la relazione assuma una forma di dipendenza tra paziente e terapeuta.

### 3.2 Il ruolo dell'attaccamento

L'attaccamento agli oggetti posseduti è uno degli aspetti normativi dell'esperienza umana, considerato che molte persone associano agli oggetti accumulati dei ricordi speciali legati a persone o eventi importanti vissuti.

Mathes et al. (2020) sostengono che il motivo che spinge alcuni individui ad accumulare oggetti sia lo scarso funzionamento interpersonale. Ciò deriverebbe dal fatto che gli accumulatori abbiano ricevuto, dai propri genitori o dai caregivers, un supporto



incoerente a causa del quale non sono riusciti ad apprendere il modo corretto per supportare e sostenere se stessi e gli altri. Questo comportamento è sintomo di un attaccamento ansioso (Bowlby, 1969), contraddistinto da alti livelli di solitudine e da scarsa regolazione delle emozioni, perché le persone hanno serie difficoltà, a causa della troppa angoscia, a prendersi cura degli altri e ad aiutarli, tendendo a concentrarsi su se stessi.

Inoltre, secondo la teoria dell'attaccamento, nel momento in cui l'individuo non riceve alcun supporto dalle proprie figure di attaccamento, si orienta verso altre strategie di attaccamento, utilizzando ad esempio oggetti inanimati, per controllare i propri affetti.

Gli studiosi David et al. (2021) ritengono che il rivolgersi ad oggetti non viventi, per ricevere in cambio amore e affetto, combinato con la difficoltà ad empatizzare con le altre persone possa condurre ad un eccessivo attaccamento verso gli oggetti stessi. Il presente studio ha cercato di indagare se i fattori interpersonali, importanti per l'accumulo, contribuiscano a modificare nel tempo l'attaccamento verso l'oggetto. Per prima cosa, si è scoperto che i soggetti con uno stile di attaccamento interpersonale ansioso mostravano un attaccamento iniziale molto elevato verso l'oggetto, che tendeva a stabilizzarsi nel corso del tempo, rispetto ai soggetti che non presentavano un attaccamento ansioso, i quali, invece, sono diventati meno attaccati all'oggetto.

In generale, il Disturbo da Accumulo è caratterizzato da problemi interpersonali derivanti dall'incapacità di saper empatizzare con gli altri, poiché, a causa dell'eccessivo disagio, provocato dallo scarso sostegno affettivo, le persone ripiegano su di sé e sulla ricerca di nuovi affetti, spesso oggetti inanimati, che sostituiscono i genitori o i caregivers. Prima di rispondere in maniera empatica, gli accumulatori devono essere in grado di regolare le proprie emozioni. Regolare le emozioni e, quindi, provare interesse empatico, permetterebbe di stabilire migliori relazioni interpersonali e migliori connessioni e legami sociali.

Le persone con problemi di accumulo, inoltre, sono caratterizzate da un eccessivo controllo sui propri possedimenti, tanto da non permettere ad altri di toccarli. Per questo motivo, sono molti frequenti i conflitti familiari che generano ostilità, i quali sorgono perché gli accumulatori percepiscono i propri averi come più importanti rispetto ai membri della propria famiglia.

Questi problemi interpersonali, per gli individui affetti da Disturbo da Accumulo, possono intensificarsi perché, a causa del fatto che gli oggetti non offrono le cure e il sostegno di cui hanno necessità, il bisogno di attaccamento rimane insoddisfatto e genera ancora più ostilità verso gli altri e isolamento sociale.

### 3.3 Le caratteristiche del Disturbo da Accumulo nella popolazione infantile e adolescenziale

Sulla base degli studi fin qui esaminati, emerge che i sintomi tipici del disturbo da accumulo insorgono, con un tasso di prevalenza del 2% circa, in maniera lieve durante il periodo infantile, per poi diventare più gravi intorno ai 20 anni d'età, fino ad un decorso e peggioramento cronico. Inoltre, tale popolazione con DOC e HD presenta anche altri disturbi in comorbidità, quali la sindrome di Tourette, i tic (Samuels, Grados et al., 2014) e l'ADHD (Park et al., 2016). Storch et al. (2007) hanno osservato 80 bambini e adolescenti con disturbo ossessivo-compulsivo, tra i 7 e i 17 anni, e hanno rilevato che il 21% mostrava sintomi di accumulo, associati a compulsioni di organizzazione e ordine, ossessioni del pensiero magico, peggior intuizione, aggressività, alti livelli d'ansia e disturbi esternalizzanti e internalizzanti. La presenza, quindi, di sintomi di accumulo presuppone interventi più intensivi.

Mataix-Cols et al. (2008) hanno analizzato 238 bambini e adolescenti, tra gli 8 e i 18 anni, con DOC, riscontrando punteggi nella dimensione dell'accumulo associati a maggior livelli di lentezza pervasiva, dubbio patologico, indecisione, depressione, responsabilità e problemi emotivi.

Masi et al. (2010) hanno valutato 257 bambini e adolescenti, tra i 6 e i 18 anni, destinati ad un servizio pediatrico incentrato sull'ansia e sull'umore, di cui 15, in cui l'accumulo era il sintomo più grave e invalidante, che presentavano disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico e disturbo bipolare in comorbidità.

Storch et al. (2011) hanno utilizzato il Children's Saving Inventory (CSI) su 123 bambini e adolescenti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo con sintomi di accumulo. I risultati mostrano che i bambini piccoli, in particolare le femmine, presentano maggiori difficoltà in relazione allo scarto e all'acquisizione. È stata, inoltre, osservata una correlazione significativa con i sintomi d'ansia dovuti al forte attaccamento nei confronti degli oggetti posseduti e ad un loro possibile allontanamento. All'interno delle mura domestiche,

l'eccessivo accumulo, secondo gli autori, è probabilmente associato, non solo al disordine, ma anche a problemi familiari.

Le ricerche di Ivanov et al. (2013) riportano che i sintomi di accumulo sono prevalentemente presenti tra gli adolescenti e colpiscono, in particolar modo, le donne più giovani. Gli stessi studiosi hanno osservato anche i gemelli, dimostrando che i sintomi di accumulo, durante l'adolescenza, siano in qualche modo ereditabili, sebbene il grado di influenza genetica sia più forte nei ragazzi rispetto alle ragazze. L'ambiente familiare condiviso gioca un ruolo fondamentale, poiché influenza i comportamenti di accumulo dei bambini e degli adolescenti, che si acquisisce quando questi lasciano la propria casa e diventano più autonomi ed indipendenti nel controllare il proprio spazio vitale. In associazione a ciò, i genitori sono importanti per limitare i tassi di accaparramento, perché in grado di buttare via gli oggetti accumulati dai figli.

I giovani hoarders mostrano, inoltre, una percezione più grave dei propri sintomi e una maggior reiterazione di compulsioni legate all'organizzazione e all'ordine rispetto ai giovani non accumulatori.

Ivanov et al. (2020), in tempi più recenti, a seguito di uno studio condotto su un gruppo di gemelli, hanno affermato che la maggior parte di essi, all'età di 15 anni, fossero risultati positivi ai sintomi di accumulo clinicamente significativi durante la fase di screening. I genitori dei ragazzi sono stati sottoposti a loro volta ad una valutazione psichiatrica, comprendente anche la valutazione dei sintomi e della consapevolezza dell'accumulo dei propri figli. I risultati dimostrano che la difficoltà a liberarsi degli oggetti e l'angoscia associata fossero presenti nel 40% dei partecipanti risultati positivi durante lo screening; non è stato, però, rilevato alcun livello di disturbo nella fase di follow-up.

Inoltre, i ragazzi hanno riferito che l'eccessiva condotta di accumulo e il disordine conseguente non fossero provocati dall'influenza dei genitori. L'adolescenza, quindi, secondo gli studiosi, è un periodo evolutivo durante il quale gli oggetti e i possedimenti vengono acquisiti e accumulati senza una reale influenza ambientale, poiché l'accumulo non ha ancora raggiunto un livello tale da compromettere le funzioni del ragazzo.

Frank et al. (2014) hanno studiato 68 bambini, tra i 4 e i 10 anni, curati in una clinica specializzata per l'ansia infantile, individuando, nel gruppo con HD, un esordio precoce, una prevalenza maggiore di ADHD e dei disturbi d'ansia, in particolare il disturbo d'ansia generalizzato, l'ansia da separazione e l'ansia sociale.

Ciò che caratterizza il disturbo da accumulo durante l'adolescenza, secondo le ricerche di Carnevale (2020), è la tendenza ad evitare il contatto sociale con gli altri, i quali vengono percepiti come individui che "invadono" lo spazio personale e ambientale del soggetto, conducendolo verso un totale isolamento sociale. In aggiunta, l'HD interferisce con i compiti e le mansioni tipiche della quotidianità, porta il soggetto a vivere all'interno della propria stanza in condizioni poco sicure e può avere ripercussioni anche legali per l'individui e i genitori o i tutori.

Alcuni studi più recenti, come quelli condotti da Akinci et al. (2021), sottolineano l'importanza delle figure genitoriali per indagare il Disturbo da Accumulo e le sue caratteristiche. Difatti, durante le interviste ai genitori dei bambini e degli adolescenti esaminati, è stato constatato che alcuni di essi permettevano ai figli di raccogliere e conservare un numero limitato di oggetti e/o in specifici ambienti della casa (armadio, sotto il letto...), per cui, se il bambino accumulava di nascosto, gli oggetti venivano buttati dai genitori; altri, invece, permettevano ai figli di accumulare eccessivamente, perché non si sentivano in grado di gestire eventuali conflitti familiari, capricci e stati di angoscia dei figli, nel momento in cui si gettavano via gli oggetti. Sulla base dei riscontri con i genitori e della storia medica dei pazienti, gli studiosi decretarono che i problemi di accumulo non fossero causati dalla presenza di altri disturbi psichiatrici o somatici. Essi, inoltre, individuarono un tasso di prevalenza (0,98%) molto più basso rispetto agli studi precedenti. I risultati del seguente studio mostrano (1) una significativa influenza di diversi fattori, come l'esposizione a eventi stressanti, le modalità del parto ed eventuali complicanze post-partum, un modello di famiglia frammentato, che sono molto più frequenti nei pazienti pediatrici con HD; (2) una comorbilità con i disturbi d'ansia, i quali provocano pensieri e sentimenti negativi che incrementano e cronicizzano i sintomi di accumulo.

### 3.4 Le caratteristiche del Disturbo da Accumulo nella popolazione adulta

Il tasso di prevalenza nella popolazione adulta è stimato tra il 2% e il 5%, mentre per gli anziani supera il 6%. È un tasso superiore rispetto a quello dei bambini perché le condotte di accumulo possono insorgere più frequentemente durante questa fase, quando si diventa emancipati ed indipendenti dai genitori dal punto di vista economico e finanziario. Inoltre, negli Stati Uniti hanno stimato che ci siano tra i 5 e i 7 milioni di adulti con una diagnosi significativa di HD.

Frost et al. (1996, 2000) hanno sottolineato che, negli adulti e negli anziani, il possesso di oggetti fornisce un senso di tranquillità e sicurezza per contrastare minacce reali e/o percepite, legate, ad esempio, a condizioni finanziarie oppure alla perdita di opportunità. In aggiunta, si riscontra un'elevata comorbidità con il disturbo bipolare, la tricotillomania, i disturbi alimentari e i disturbi d'ansia.

Alcune ricerche presentate da Kim et al. (2001) hanno dimostrato, intervistando gli operatori di assistenza agli anziani, che la maggior parte dei soggetti affetti da disturbo di accumulo sono bianchi nel 90% dei casi, nubili o celibi nel 55%, donne nel 73% che vivono sole nell'82%. In ogni situazione, il disordine causato dall'eccessivo accumulo di oggetti non solo ha interferito con la propria igiene personale, anche in maniera molto grave nel 60% dei casi osservati, minacciando la salute fisica di questi soggetti, ma ha provocato anche infestazioni di parassiti e rischi di cadute o incendi all'interno delle abitazioni. Grazie agli studi condotti da Steketee & Frost (2003) è stato possibile osservare anche che il disturbo da accumulo è presente nel 18% degli adulti con DOC, i quali sono contraddistinti da esordio precoce del disturbo ossessivo-compulsivo e sintomi più gravi, fobia sociale, depressione maggiore, ansia generalizzata, scarso insight e scarse risposte al trattamento.

Secondo Tolin et al. (2010) i sintomi di accumulo, che emergono a livello subclinico durante l'infanzia e l'adolescenza, non vengono percepiti come gravi e preoccupanti fino a tarda età. Inoltre, l'intensificazione di tali sintomi negli adulti, spesso, combacia con un evento particolarmente traumatico o stressante (Grisham et al., 2006). Ciò è stato confermato da Przeworski et al. (2014), i quali hanno riscontrato una relazione dose-risposta tra il trauma vissuto dal soggetto e la gravità dei comportamenti di accumulo.

La cronicità del disturbo da accumulo richiede, per questo, un sostegno terapeutico continuo e interventi più intensivi, tali da facilitare il recupero di specifiche abilità e capacità per ridurre il disturbo (Fitzpatrick et al., 2018). Inoltre, Pertusa et al. (2012) sostengono che gli hoarders adulti abbiano più probabilità di presentare tratti tipici dello spettro autistico, rispetto agli adulti sani e non accumulatori.

In generale, il disturbo di accumulo diagnosticato ad una popolazione più adulta e anziana presenta, come abbiamo visto, un tasso di prevalenza più alto a causa della forte influenza di eventi o situazioni traumatiche o stressanti vissute, a causa di un mancato intervento precoce, dovuto al fatto che le persone tendano a chiedere aiuto solo dopo 8/10 anni, e a

causa della cronicizzazione. Tutti questi fattori si traducono in livelli clinicamente più significativi di comportamenti di accumulo. Un ulteriore importante fattore è il processo di ristrutturazione cognitiva che richiede un input più intenso e lungo negli anziani rispetto ai giovani, a causa del fatto che le convinzioni e i pensieri si siano radicalizzati e rafforzati nel corso del tempo, tanto da rendere complicato un compito di ristrutturazione (Chand & Grossberg, 2013).

Alcuni studi recenti, come quelli condotti da Dozier et al. (2021), dimostrano che i cambiamenti evolutivi possono modificare la percezione che una persona ha dei propri sintomi di accumulo e le sue risposte emotive dovute al prendere decisioni in merito ai propri oggetti. I risultati rivelano che la paura, soprattutto per gli anziani con HD, non ha un'influenza così forte come si pensava in precedenza. Potrebbero esistere, quindi, due diverse strade eziologiche che consentono lo sviluppo e il mantenimento del disturbo da accumulo: una prevede che i soggetti evitino di gettare oggetti o smistarli perché hanno paura di prendere la decisione sbagliata; l'altra prevede che i soggetti evitino lo smistamento per altri motivi ancora da individuare. In generale, il riconoscimento della paura è inferiore nella popolazione anziana, rispetto a quella adolescenziale.

Dozier et al. (2021), in aggiunta, sostengono che gli adulti affetti da HD valutino quattro specifici fattori, ovvero l'acquisizione e la conservazione degli oggetti, il significato associato ad essi, il potenziale spreco e l'estetica, da moderatamente a gravemente fondamentali per la loro condotta. Lo studio si è anche occupato di esaminare se gli individui fossero più propensi ad attribuire il disordine a fattori interni, come il loro comportamento di acquisizione\accumulo, oppure a fattori esterni, come la mancanza di tempo per il decluttering, anche in vista di un possibile trattamento mirato.

L'obiettivo della ricerca era quello di determinare, in una popolazione adulta, il locus of control percepito rispetto alla gravità del disturbo. I risultati confermano che (1) la gravità dei sintomi fosse associata ad una maggior angoscia per il disordine, (2) la gravità dei sintomi fosse associata ad una maggior attribuzione, da parte del soggetto, del disordine a fattori esterni.

### 3.5 Conclusioni

Questo studio ha cercato di rispondere alla domanda: “Quali sono le differenze del Disturbo da Accumulo nella popolazione pediatrica e nella popolazione adulta e geriatrica?”.

Per rispondere a tale domanda, è stata condotta una ricerca approfondita della letteratura inerente sia il disturbo da accumulo, sia il disturbo ossessivo-compulsivo, e tutte le loro caratteristiche, come riportato nell'introduzione della tesi.

Dopo aver indagato gli aspetti cognitivi e comportamenti, gli strumenti di valutazione e la comorbilità dell'HD, ci si è focalizzati sulla domanda sopra citata, alla base delle ricerche condotte.

La letteratura scientifica presa in esame, ha avvalorato l'importanza di osservare e studiare da vicino gli accumulatori pediatrici, i quali rischiano, ad esempio, di ricevere cure sbagliate perché il loro comportamento viene confuso con un disturbo ossessivo-compulsivo, un disturbo d'ansia oppure un disturbo da deficit di attenzione e iperattività, spesso in comorbilità con il disturbo da accumulo. Questo spiegherebbe perché il tasso di prevalenza del disturbo nei bambini sia inferiore rispetto a quello degli adulti.

Studiare il disturbo da accumulo e i suoi sintomi solamente nel contesto di un DOC o di altri disturbi infantili ne impedisce una corretta comprensione. Inoltre, per i bambini, al momento, esiste un solo questionario parent-report, denominato Children's Saving Inventory (CSI), al contrario degli adulti, ai quali possono essere somministrati diversi questionari self-report come riportato nel secondo capitolo.

La ricerca sulla natura dell'accumulo e sui fattori predittivi dei sintomi nei bambini e negli adolescenti è fondamentale per indagarne la persistenza durante l'età adulta e per prevenire la sua cronicizzazione.

Individuare, quindi, quali siano i bambini che presentino delle condotte di accumulo aiuta la ricerca a comprendere quali siano i migliori interventi per minimizzare tali condotte e per reprimere i sintomi del disturbo prima che, da lievi, diventino moderati o gravi, radicati e difficoltosi da trattare.

In generale, gli studi condotti sui bambini, seppur in numero minore, e sugli adulti mostrano che le persone affette da HD presentano un funzionamento globale inferiore. In particolare, è frequente che tali persone abbiano tassi più elevati di disturbo d'ansia, fobia sociale e ADHD per i bambini, rispetto ai non accumulatori.

Gli hoarders adulti manifestano anche condizioni mediche croniche e gravi, difficoltà finanziarie, perdita del lavoro, rischio di cadute e di incendi nelle proprie abitazioni e infestazione di parassiti. Cosa che non succede nei bambini perché non hanno il controllo dell'ambiente domestico.

Tuttavia, le ricerche in letteratura per comprendere i diversi aspetti dell'accumulo nella popolazione pediatrica, sono ancora molto limitate.

In sintesi, nuove ricerche su bambini e adolescenti aiuterebbero a comprendere meglio l'eziologia dell'accumulo e ad individuare quei soggetti a rischio e aiutarli a modificare i propri comportamenti prima che diventino gravi sintomi dell'HD.

L'accumulo, come si evince, porta con sé delle gravi conseguenze anche alle famiglie e, in maniera più ampia, alla società.

L'obiettivo è, quindi, quello di intervenire precocemente per ridurre la gravità dei sintomi durante l'infanzia e prevenire la cronicizzazione del disturbo in età adulta.



## BIBLIOGRAFIA

- Adams, P. L. (1973). *Obsessive Children*, New York: Brunner/Mazel.
- Akinci, M.A., Turan, B., Esin, I.S., & Dursun, O.B. (2021). Prevalence and correlates of hoarding behavior and hoarding disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1623-1634.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, V edition, text revised. Washington DC: APA Press 2012.
- American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2014
- American Psychiatric Association, Ed. it. Giuseppe Nicolò, Enrico Pompili (a cura di). (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*, Milano, [Raffaello Cortina Editore](#).
- Apolone, G., Mosconi, P., & Ware J.E. Jr (1997). *Questionario sullo Stato di Salute SF-36. Manuale d'Uso e Guida all'Interpretazione dei Risultati*. Guerini & Associati: Milano.
- Bleuler, E. (1969). *Lehrbuch der psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Bloch, M.H., Bartley, C.A., Zipperer, L., Jakubovski, E., Pittenber, C., Leckman, J.F., & Landeros-Weisenberger, A. (2014). Meta-analysis: hoarding symptoms associated with poor treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 19, 1025–1030.
- Bogetto, P., Bellino, S., & Ravizza, L. (1999). Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo schizotipico di personalità: uno studio con la scala di Bonn per i sintomi di base. *Giorn Ital Psicopat*, 5, 249-57.
- Bottas, A., Cooke, R., & Richter, M. (2005). Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*, 30, 187-93.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (Vol. 1)*. Attachment. Basic Books.
- Calvocoressi, L., Mazure, C., Stanislav, K., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S.J., et al. (1999). Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment dis*, 187, 636-42.
- Carnevale, T. (2020). Identifying adolescents with hoarding disorder.
- Chand, S.P., & Grossberg, G.T. (2013). How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults. *Current Psychiatry*, 12, 10–15.
- Chou, C., Tsoh, J. Y., Shumway, M., Smith, L. C., Chan, J., Delucchi, K., Tirch, D., Gilbert, P., & Mathews, C. A. (2020). Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: a pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 59,1–21.

- Cooper, M. (1996). Obsessive–compulsive disorder: effects on family members. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296–304.
- Crone, C., & Norberg, M.M. (2018). Scared and surrounded by clutter: the influence of emotional reactivity. *J. Affect. Disord.* 235, 285–292.
- David, J., Aluh, D.O., Blonner, M., & Norberg, M.M. (2021). Excessive object attachment in hoarding disorder: examining role of interpersonal functioning. *Behavior Therapy*, 1226-1236.
- Dozier, M. E., Wetherell, J. L., Amir, N., Weersing, V. R., Taylor, C. T., & Ayers, C. R. (2021). L'associazione tra età ed emozioni vissute nel disturbo da accaparramento. *Gerontologo clinico*, 44 (5), 562-566.
- Dozier, M.E., Nix, C.A., Pyles, K., Mejia, N., & Kalchbrenner, R. (2021). Perceived locus of control for clutter: Reported reasons for clutter in adults with and without hoarding symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, 61, 306-312.
- Eisen, J., & Rasmussen, S. (1993). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*, 54, 373-9.
- Fear, C., Sharp, H., & Healy, D. (2000). Obsessive-compulsive disorder with delusions. *Psychopathology*, 33, 55-61.
- Fitzpatrick, M., Nedeljkovic, M., Abbott, J. A., Kyrios, M., & Moulding, R. (2018). ‘Blended’ therapy: the development and pilot evaluation of an internet-facilitated cognitive behavioral intervention to supplement face-to-face therapy for hoarding disorder. *Internet Interventions*, 12, 16–25.
- Fontenelle, L., Lopes, A., Borges, M., et al. (2008). Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 13, 125-30.
- Fontenelle, L.F., Cocchi, L., Harrison, B.J., Shavitt, R.G., Do Rosario, M.C., & Ferrao, Y.A. (2012). Verso un sottotipo post-traumatico di disturbo ossessivo-compulsivo. *J Ansia Disord*, 26, 377–83.
- Frank, H., Stewart, E., Walther, M., Benito, K., Freeman, J., Conelea, C., & Garcia, A. (2014). Hoarding behavior among young children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 6–11.
- Freud, S. *Il Senso dei Sintomi* (1915). Torino: Bollati Boringhieri 1980.
- Freud, A. (1967). *L’Io e i Meccanismi di Difesa*. Martinelli, Firenze.
- Frost, R. O. & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R. & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 897-902.

- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther*, 34, 341-50.
- Frost RO, Steketee G, & Williams L. (2000). Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community*, 8, 229-34.
- Frost, R. O., Stekeete, G., e Williams, R.F. (2002). Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Therapy*, 33, 201-214.
- Frost, R.O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Frost, R. O., Steketee, G.; Tolin, D. F. T.; Renaud, D. (2008). Development and Validation of the Clutter Image Rating, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, pp 193 203.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2012). Tengo tutto. Perché non si riesce a buttare via niente.
- Fullana, M.A., Vilagut, G., Mataix-Cols., D., Adrother, N.D., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.M., Kovess, V., & Alonso, J. (2013). Is ADHD in childhood associated with lifetime hoarding symptoms? An epidemiological study. *Depression and Anxiety*, 30, 741-748.
- Giannelli, A. (1998). Riflessioni cliniche sui rapporti fra ossessività e psicosi. *Bollettino Scientifico di Informazione*, 5, 3-9.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Greenberg, D. (1987). Compulsive hoarding. *American Journal of Psychotherapy*, XL1, 409-416.
- Grisham, J.R., Frost, R.O., Steketee, G., Kim, H.J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *J Anxiety Disord*, 20, 675–686.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237.
- Hartl, T.L., Duffany, S.R., Allen, G.J., Steketee, G., & Frost, R.O. (2005). Relationship among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 269 276.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.

- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psych Quart*, 23, 248-76.
- Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., Ivarsson, T., Weidle, B., Nissen, J. B., Hybel, K. A., Torp, N. C., Melin, K., & Thomsen, P. H. (2019). Accaparramento in bambini e adolescenti con disturbo ossessivo-compulsivo: prevalenza, correlati clinici ed esito della terapia cognitivo-comportamentale. *Psichiatria infantile e adolescenziale europea*, 28 (8), 1097-1106.
- Insel, T., & Akiskal, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*, 143, 1527-33.
- Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Serlachius, E., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Chang, Z., Gumpert, C. H., Lundström, S., Långström, N., & Rück, C. (2013). Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: a population based twin study in 15-year-olds. *PLoS ONE*, 8, 1-7.
- Ivanov, V.Z., Mataix-Cols, D., Serlachius, E., Brander, G., Elmquist, A., Enander, J., & Rück, C. (2020). The developmental origins of hoarding disorder in adolescence: a longitudinal clinical interview study following an epidemiological survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30: 415-425.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine psychopatologie*. Berlin: Springer.
- Jenike, M. (1986). Coexistent obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 296-301.
- Kim, H., Steketee, G., & Frost, R. (2001). Hoarding by elderly people. *Health Soc. Work* 26, 176-184.
- Koran, L.M., Thienemann, M.L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie*, VIII edition. Leipzig: Barth.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M.H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & De Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 955-960.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Mancini, F., Gragnani, A., Orazi, F., & Pietrangeli, M.G. (1999). Obsessions and compulsions: normative data on the Padua Inventory from an Italian non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (10), 919-925.
- Masi, G., Millepiedi, S., Perugi, G., Pfanner, C., Berloffia, S., Pari, C., Mucci, M., & Akiskal, H.S. (2010). A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 43, 69-78.

- Mataix-Cols, D. J.-T. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 898-904.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 773–778.
- Mathes, B. M., Timpano, K. R., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2020). Attachment theory and hoarding disorder: A review and theoretical integration. *Behaviour Research and Therapy*, 125, brat.2019.103549. 103549.
- Mathews, C.A., Mackin, R.S., Chou, C.Y., Uhm, S.Y., Bain, L.D., Stark, S.J., Gause, M., Vigil, O.R., Franklin, J., Salazar, M., Plumadore, J., Smith, L.C., Komaiko, K., Howell, G., Vega, E., Chan, J., Eckfield, M.B., Tsoh, J.Y., & Delucchi, K. (2018). Randomised clinical trial of community-based peer-led and psychologist-led group treatment for hoarding disorder. *B J Psych Open* 4 (4), 285–293.
- McKay, D. A. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanism. *Clinical Psychology Review*, 283-313.
- Moorey, S., & Lavender, A. (2018). *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavioural Therapy*. Sage Publications Ltd.
- Niendam, T., Berzak, J., Cannon, T., et al. (2009). Obsessive-compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophr Res*, 108, 170-5.
- Park, J. M., Samuels, J. F., Grados, M. A., Riddle, M. A., Bienvenu, O. J., Goes, F. S., Cullen, B., Wang, Y., Krasnow, J., Murphy, D. L., Rasmussen, S. A., McLaughlin, N. C., Piacentini, J., Pauls, D. L., Stewart, S. E., Shugart, Y. Y., Maher, B., Pulver, A. E., Knowles, J. A., Greenberg, B. D., ... Geller, D. A. (2016). ADHD e deficit di funzionamento esecutivo nei giovani OCD che accumulano. *Giornale di ricerca psichiatrica*, 82, 141-148.
- Pertusa, A., Bejerot, S., Eriksson, J., Fernández de la Cruz, L., Bonde, S., Russell, A., & Mataix-Cols, D. (2012). Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depression and Anxiety*, 29, 210–218.
- Poyurovski, M., Kriss, V., & Weisman, G. (2003). Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with or without obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 1300-7.
- Przeworski, A., Cain, N., & Dunbeck, K. (2014). Traumatic life events in individuals with hoarding symptoms, obsessive compulsive symptoms, and comorbid obsessive-compulsive and hoarding symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 52–59.

- Rachman, S. (1983). The modification of agoraphobic avoidance behaviour: some fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 567-574.
- Reed, G. F. (1969a). "Under-inclusion"--A characteristic of obsessional personality disorder: I. *British Journal of Psychiatry*, 115, 781-785.
- Reed, G. F. (1969b). "Under-inclusion"--A characteristic of obsessional personality disorder: II. *British Journal of Psychiatry*, 115, 787-790.
- Renshaw, Kd., Steketee, G., & Chambless, dL. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cogn Behav Ther*, 34, 164-75.
- Rodgers, N., McDonald, S., & Wootton, B. M. (2021). Cognitive behavioural therapy for hoarding disorder: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 290, 128–135.
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G.F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Eventi di vita stressanti e disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e dimensioni dei sintomi. *Psichiatria Res*, 197, 259–64.
- Salkovskis, P.M. (1985). "Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis". *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Samuels, J.F., Grados, M.A., Riddle, M.A., Bienvenu, J.O., Goes, F.S., Cullen, B., Wang, Y., Greenberg, B.D., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Geller, D., Murphy, D.L., Knowles, J.A., Rasmussen, S.A., McLaughlin, N.C., Piacentini, J., Pauls, D.L., Stewart, S.E., Shugart, Y.Y., Maher, B., Pulver, A.E., & Nestadt, G. (2014). Hoarding in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 3, 325–331.
- Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2021). *Psicologia clinica*.
- Sartory, G., Master, D. & Rachman, S. (1989). Safety-signal therapy in agoraphobics: a preliminary test. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 205-210.
- Schafer, M., Klier, C., Papegeorgiou, K., et al. (2007). Early detection of psychotic disorders. *Neuropsychiatry*, 89, 241-8.
- Sevincok, L., Akoglu, A., & Arlantas, H. (2006). Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorders: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res*, 145, 241-8.
- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Snowdon, J., Pertusa, A., e Mataix-Cols, D. (2012). On hoarding and squalor: a few considerations for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 29, 417-424.
- Steketee, G., & Van Noppen B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Braz J Psych*, 25, 43-50.

- Steketee, G., e Frost, R.O. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 905-927.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Anger meyer, M.C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 662-8.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabill, K. (2007). Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Compr Psychiatry*, 48, 313–318.
- Storch, E. A., Muroff, J., Lewin, A. B., Geller, D., Ross, A., McCarthy, K., Morgan, J., Murphy, T. K., Frost, R., & Steketee, G. (2011). Development and preliminary psychometric evaluation of the Children's Saving Inventory. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 166–182
- Storch, E.A., Nadeau, J.M., Johnco, C., Timpano, K., McBride, N., Mutch, P.J, Lewin, A.B. & Murphy, T.K. (2016). Hoarding in Youth with Autism Spectrum Disorders and Anxiety: Incidence, Clinical Correlates, and Behavioral Treatment Response. *J Autism Dev Disord*, 46, 1602–1612.
- Summerfeldt, L. R. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*.
- Taylor, J. K., Moulding, R., & Nedeljkovic, M. (2018). Emotion regulation and hoarding symptoms. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 18, 86–97.
- Tolin, D.F., Meunier, S.A., Frost, R.O., & Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety*, 27, 829–838.
- Tolin, D. F. (2011). Understanding and treating hoarding: A biopsychosocial perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 67(5), 517–526.
- Tolin, D.F., Frost, R.O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: a meta-analysis. *Depress Anxiety*, 32, 158-166.
- Tomita, M., Nakao, T., Nakatani, E., Motomura, K., Nabeyama, M., & Sanematsu, H. (2007). Una ricerca sulla situazione di insorgenza e sulla risposta al trattamento nel disturbo ossessivo-compulsivo: effetto dell'evento della vita e dell'esperienza influente. *Seishinigaku*, 49, 1239–48.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B.H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety disord*, 11, 431-46.
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Ruck, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2015). Gli eventi stressanti della vita sono causalmente correlati alla gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi? uno studio sulle differenze gemellari monozigoti. *Eur Psichiatria*, 30, 309–16.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). L'indagine MOS 36-item short-form health survey (SF-36): i. Quadro concettuale e selezione degli articoli. *Assistenza medica*, 30 (6), 473-483.

Warren, L. W. & Ostrom, J. C. (1988). Pack rats: world class savers. *Psychology Today*, 22, 58-62.

Westphal, K. (1878). *Über Zwangsvorstellungen*. *Nervenkr.*, 8, 734-50.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Franklin, J. C., Berman, N. C., & Fabricant, L. E. (2011). Experiential avoidance and saving cognitions in the prediction of hoarding symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 511–516.

Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2013). Experiential avoidance in individuals with hoarding disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 779–785.