

# PATOLOGICKÉ SHROMAŽĎOVÁNÍ – DVĚ KAZUISTIKY A PŘEHLED LITERATURY

## kazuistika

Alena Lambertová<sup>1</sup>  
Lucie Kališová<sup>1</sup>  
Pavel Harsa<sup>1</sup>  
Eva Kitzlerová<sup>1</sup>  
Lukáš Lambert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK,  
Praha

<sup>2</sup>Radiodiagnostická klinika VFN  
a 1. LF UK, Praha

### **Kontaktní adresa:**

MUDr. Alena Lambertová  
Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK  
Ke Karlovu 11  
120 00 Praha 2  
e-mail: alambert@volny.cz

Tato práce byla podpořena grantem  
PRVOUK-P03/LF1/9 a projektem  
MZ ČR – RVO VFN64165.

## **SOUHRN**

**Lambertová A, Kališová L, Harsa P, Kitzlerová E, Lambert L. Patologické shromažďování – dvě kazuistiky a přehled literatury**

Na dvou kazuistických sděleních prezentujeme průběh a léčbu patologického shromažďování (PS) a podáváme přehled literatury o současných možnostech jeho léčby.

PS se řadí na pomezí poruch osobnosti a úzkostné poruchy (obsedantně-kompulzivní spektrum dle DSM-V). Pacienti s PS neorganizovaně nabývají ve větším množství předměty zanedbatelné hodnoty nebo i zvířata. Mají potíže se těchto předmětů zbavit z důvodu jejich domnělé potřeby v budoucnu, hodnoty, nebo emocionální vazby. Hromadění vede k zaplnění prostor potřebných k žití, sociální izolaci, vytváří zdravotní rizika a celkově obtěžuje okolí, které se brání. PS odpovídá hůře na standardní léčbu, kterou je farmakoterapie v podobě SSRI, SNRI a kognitivně-behaviorální terapie. V některých případech jsou s výhodou podávána atypická antipsychotika.

**Klíčová slova:** patologické shromažďování, obsedantně-kompulzivní porucha, léčba.

## **SUMMARY**

**Lambertová A, Kališová L, Harsa P, Kitzlerová E, Lambert L. Hoarding disorder – two case reports and literature review**

We report two cases of hoarding disorder (HD) to demonstrate course and treatment of the disease supported by literature review.

HD features traits of personality and anxiety disorders (obsessive-compulsive spectrum disorders according to DSM-V). Patients with HD amass a quantity of objects of low economic value or even animals in a haphazard disorderly fashion. Fueled by the subjectively perceived value of their possessions their perceived need in the future or emotional attachment patients with HD fail to dispose of them. Hoarding results in overcrowding of premises designated for living, social isolation, poses health risks and causes inconvenience to the entire neighborhood, which attempts to protect itself. HD shows limited response to the treatment in a form of pharmacotherapy with SSRI or SNRI, or cognitive-behavioral therapy. In some cases, therapeutic response can be achieved by atypical antipsychotic drugs.

**Key words:** hoarding disorders, obsessive-compulsive disorder, treatment.

## ÚVOD

Patologické shromažďování (PS), v užším pojetí zvané též *Diogenův syndrom*, je entitou, která se řadí na pomezí poruch osobnosti (paranoidní, schizoidní, vyhýbavé, anankastické) a úzkostné poruchy (obsedantně-kompulzivní spektrum dle DSM-V). Může se ale vyskytovat i jako doprovodný jev či komorbidita při dalších poruchách, jako je schizofrenie, poruchy nálady, nebo u různých forem oligofrenie a organických poruch.<sup>1</sup> PS jako samostatná nosologická jednotka našlo své místo až v páté verzi Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob (DSM-V), kde je řazeno do obsedantně-kompulzivního spektra poruch.<sup>1</sup> Diagnostický manuál MKN-10 poruchu nezahrnuje. Pacienti s PS neorganizovaně nabývají ve větším množství předměty zanedbatelné hodnoty nebo i zvířata. Mají potíže se těchto předmětů zbavit z důvodu jejich domnělé potřeby v budoucnu, hodnoty, nebo emocionální vazby. Hromadění je u postižených jedinců úmyslné. Nejde o kompulze následkem obsesí v myšlení. Pokud by měli postižení nahromaděné věci odstranit, je to pro ně zdrojem emoční nepohody a nezřídka vede ve svých důsledcích k dalšímu narušení psychosociálního fungování. Hromadění často vede k zaplnění prostor potřebných k žití, sociální izolaci, vytváří zdravotní rizika a celkově obtěžuje okolí, které se brání. Nemocní se nezřídka dostávají do konfliktu s lidmi, se kterými žijí, sociální neúnosnost situace plyne až k řešení na úrovni právních a policejních složek. V tomto článku na příkladu dvou pacientů ukazujeme typický průběh choroby a možnosti léčby, které jsou dále rozvedeny v diskusi.

## KAZUISTIKA 1

67letý muž, svobodný, bezdětný, středoškolák, byl přijat k hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku VFN a 1. LF UK po předchozím ošetření bodných ran na břicho a řezných ran na krku a zápěstí na chirurgické ambulanci. Pacient bez dalších somatických komorbidit byl důchodového věku, avšak bez nároku na důchod, dříve zaměstnaný jako technolog, později jako realitní makléř, se zájmem o sběratelství literatury. Podnětem k pokusu o suicidium bylo prováděné exekuční vystěhování z bytu, kde byl dlouhodobě v nájmu. V bytě a na půdě činžovního domu pacient ve velkém množství hromadil knihy, časopisy a jiné tiskoviny, v čemž bylo spatřováno jak riziko v případě požáru, tak i problém s úklidem a s hygienou všeobecně. V bytě měl pacient několik tisíc knih a dále tiskoviny, které dával dohromady 45 let a neměl je kam přemístit. V této bezvýchodné situaci přišel výkon vystěhování. Ačkoliv se pacient v bytě zabarikádoval, došlo nakonec k vniknutí vykonavatelů soudního rozhodnutí a příslušníků policie do bytu. Během tohoto momentu pacient v afektu udeřil jednoho policistu paličkou na maso a následně si v suicidálním pokusu způsobil bodné rány na břicho a řezné rány na krku a zápěstí.

Při přijetí na psychiatrické oddělení jevil známky intrapsychické tenze, anxiety, negativismu, dysforie až rezonance, myšlení bylo katatymní a proběhlý pokus o suicidium hodnotil jako impulzivní jednání. Z diagnostického



Obr. 1. Nativní CT mozku

Pozn.: Nativní CT mozku pacienta z kazuistiky 1 ukazuje okrsky nižší denzity uložené oboustranně subkortikálně postcentrálně, nejspíše postischemické etiologie. Tento nálezný ale není u 67letého pacienta ničím neobvyklým.

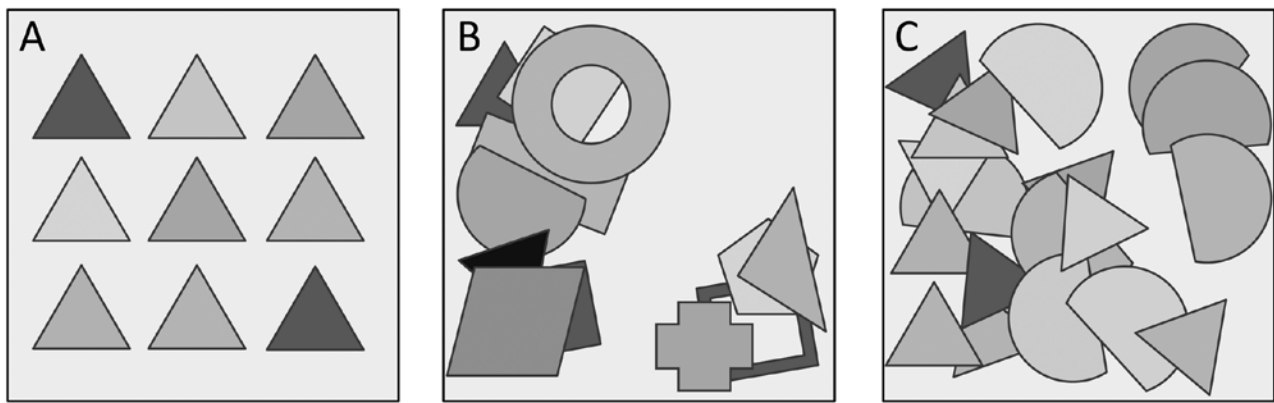
rozhovoru vyplynulo paranoidní nastražení vůči obyvatelům domu a úředníkům městské části. Psychologické vyšetření odhalilo mírné paranoidní nastavení akcentované při neporozumění probíhající komunikaci či sociálním situacím. Na nativním CT vyšetření mozku byly patrné chronické postischemické změny v bílé hmotě obou hemisfér (obr. 1).

Policie zahájila trestní stíhání kvůli napadení veřejného činitele s žádostí o znalecký posudek v oboru psychiatrie. Soudní vystěhování bylo dočasně odloženo. Pacient, který projevil obavy o cennosti v bytě, se díky pomoci sociální pracovnice dohodl s exekutorem, že se je na popsanych místech pokusí najít a pacientovi předat, což se k potěšení pacienta zdařilo, a cennosti mu byly předány.

Pacient byl léčen risperidonem (Risperidon Vipfarm), který byl postupně titrován na 4 mg pro die s dobrým efektem. Občasné konflikty s personálem ustaly, pacient byl spokojen, že mu byly zachráněny nejdůležitější věci z bytu. Soudní znalec navrhl u pacienta ústavní ochrannou léčbu. Při překladi k následné péči po měsíční hospitalizaci byla nálada projasněná, přetrvávala paranoidita bez emočního náboje, nemocný byl asuicidální, neagresivní, náhled byl insuficientní. Pacient se obával návštěvy svého bytu, za celou dobu hospitalizace byl na vycházce jen v okolí nemocnice, nebyl tedy konfrontován s kritickou stresovou situací.

## KAZUISTIKA 2

65letý muž byl doporučen k hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku VFN a 1. LF UK ambulantním psychiatrem



Obr. 2. **Sběratelství, nepořádek, hromadění**

Pozn.: Sběratelství, nepořádek, hromadění: a) hlavním rysem sběratelství je uspořádanost a zaměření na určitý typ předmětů, b) nepořádek je sice neuspořádaný, ale není zaměřený na určitý typ předmětů, c) hromadění je neuspořádané, předměty jsou podobného rázu a výrazně omezují a ohrožují život pacienta.

pro středně těžkou depresivní fázi se somatickým doprovodem (hubnutí, celotělové bolesti), bilancování. Deprese se rozvinula v návaznosti na stres, kterým byla hrozba vystěhování z bytu z důvodu zaskládání bytu nahromaděnými věcmi, což představovalo pro další obyvatele hygienické riziko. Pacient bez somatických komorbidit byl středoškolského vzdělání, ve starobním důchodu, dříve pracoval jako řidič a později jako technicko-hospodářský pracovník. Ze somatických obtíží udával polyurii poslední dva týdny, kalnou moč, bolesti nohou, ledvin, kloubů. Celkově byl ve špatné náladě, protože se mu svět „obrátil vzhůru nohama“, měl obavy, že brzy zemře. Žil osaměle, sociálně se izoloval, na okolí působil podivínsky. Kontakt udržoval pouze s bratrem, a to sporadicky. V bytě, kde zůstal sám po smrti rodičů, zachoval vybavení po celé rodině včetně textilu. Dále si tam pacient uložil materiál, který hodlal použít na stavbu garáže, palivo a papíry na otop, předměty a dokumenty z poslední práce. Materiál měl uložený i v nebytových prostorech, sklepě a hrozila mu za dva týdny exekuce. V rámci vyhocení stresové situace v souvislosti s nátlakem ostatních nájemníků na vystěhování referoval o recentních suicidálních ideacích – skok z mostu, k čemuž se nakonec neodhodlal.

Při vstupním vyšetření byla patrná dysforie, bilancování, hypoprosexie, hypobulie, hypohedonie, v myšlení pak hypochondrické stesky, celkově bez náhledu na nemoc. Psychologické vyšetření u pacienta shledalo zvýšenou ostražitost vůči nepodstatným detailům skutečnosti, jakožto podklad paranoidního nastavení. Myšlení dosahovalo až úrovně paranoidně bludného přesvědčení. Znamky organicity nebyly zachyceny. Pacient byl zaléčen risperidonom, který byl titrován do dávky 4 mg denně, přechodně byla aplikována anxiolyza alprazolamem. Postupně došlo ke zlepšení kontaktu s realitou i k projasnění forie. Po krátké vycházce do domácího prostředí, kdy došlo k úzkostnému propadu, byl přidán quetiapin (Derin, Genepharma, Řecko) v dávce 200 mg na noc. Nemocný si stěžoval na nadměrnou sedaci, quetiapin byl zredukován na 100 mg na noc. Takto nastavenou medikaci (4 mg risperidonu a 100 mg quetiapinu) si pacient pochvaloval. Po další vycházce verbalizoval náhled na situaci a po měsíci hospitalizace byl v uspokojivě kompenzovaném zdra-

vním stavu dimitován. Domácí situace mu při propuštění připadala s dopomocí nejbližší rodiny řešitelná.

## DISKUSE

Patologické shromažďování (PS) se projevuje dvěma hlavními charakteristikami. Na jedné straně se jedná o nadměrné nabývání předmětů (majetku) zpravidla nevelké hodnoty, na druhé straně pak o obtíže se nabytého majetku racionálně zbavit. Řada pacientů s touto poruchou má na druhé straně do shromažďování zahrnuty i věci, které skutečnou hodnotu mohou mít. Každý obyčejný člověk má přirozenou tendenci k hromadění majetku, který mu připadá cenný (včetně peněz), potřebný v současnosti nebo do budoucna, nebo k němu má jiný, např. emocionální vztah (např. sběratelství, vzpomínkové předměty). Normou je, že shromažďování má určité meze a zdravý člověk se některých nabytých věcí zbaví. Sběratelství, na rozdíl od hromadění, se vyznačuje vyhledáváním úzce specifických předmětů, které jsou následně zařazeny do sbírky a uspořádány tak, že je lze jednoduše opět vyhledat.<sup>2</sup> U některých živočichů je shromažďování zásob nezbytné pro jejich přežití. U PS však hromadění přesáhne únosnou míru, hromadí se předměty zanedbatelné užitné či duchovní hodnoty tak, že omezují či znemožňují běžný život, či dokonce ohrožují zdraví živých bytostí.<sup>3</sup> Postižení jsou schopni zaskládat si prostor k bydlení do té míry, že chodí mezi věcmi úzkými uličkami, z důvodu např. zaskládání kuchyně si nemohou uvařit nebo se umýt. Shromažďování v této extrémní formě vede k významnému narušení běžného psychosociálního fungování nemocných. Udává se, že zanedbatelná část lidí s PS hromadí nejen předměty, ale i zvířata (např. kočky, psy), která jsou pak předmětem bezděčného týrání.<sup>4-6</sup> Zvířata (nejčastěji kočky, psi, hospodářská zvířata, ptáci) se ocitají ve špatných podmínkách. Průměrně je nalézáno 39 jedinců a 80 % z nich je v bídném stavu nebo uhynulých.<sup>6</sup> „Hromadiči“ kumulují předměty, protože jsou přesvědčeni, že by mohly být v budoucnu potřebné nebo by mohly mít větší hodnotu, mají k nim bližší vztah, například jako vzpomínka na lepší časy nebo blízké osoby, nebo se v obklopení daných předmětů

Tab 1. Diferenciální diagnostika patologického shromažďování

Diferenciální diagnostika patologického shromažďování
– Organické příčiny: posttraumatické, po chirurgickém zákroku, cerebrovaskulární (zejm. poškození cingulárního kortexu)
– Mentální retardace, autismus
– Bludy u schizofrenie
– Únava u velké depresivní epizody
– Alzheimerova nemoc, frontotemporální demence
– Obsedantně-kompulzivní nemoc

cítí bezpečněji. U části pacientů lze v anamnéze vypátrat traumatickou událost či nedostatek materiálního zabezpečení.<sup>7–9</sup> Hromadění je nutné odlišit od prostého nepořádku, který vzniká z důvodu nedostatku času nebo naopak zahálčivosti, ale na rozdíl od hromadění bývají dříve nebo později předměty uklizeny nebo zlikvidovány, a to bez pocitu tísně (obr. 2). Diferenciálně diagnosticky je nutné odlišit hromadění v rámci bludné produkce nebo důsledkem sebezanedbávání u schizofrenie. PS nesmí být rovněž důsledkem poruchy nálady nebo demence. Podrobnější diferenciální diagnostické rozlišení PS shrnuje tab. 1.

U PS byly popsány následující rizikové faktory: 1) věk: ačkoliv tendence k hromadění mohou vznikat již v adolescenci, většina osob s PS je spíše starších, 2) osobnostní rysy: anankastické typy, úzkostné typy s prohloubenou nerozhodností, 3) rodinná anamnéza PS – zhruba 50 % pacientů s touto poruchou má příbuzného, který také hromadí, 4) sociální izolace – ať již jako primární příčina, či důsledek hromadění.<sup>10,11</sup> Příznaky PS lze identifikovat až u 2–5 % dospělých osob, nicméně pouze část případů hromadění (zhruba desetina) dosahuje epických rozměrů.<sup>12–16</sup> Pacienti nejčastěji hromadí časopisy, knihy, noviny, letáky, účtenky, oděvy, nádoby, kartony. V poslední době se ale lze setkat i s hromaděním elektronických dat.<sup>12,17</sup>

Ačkoliv je hromadění pro nemocné často nutkavé, na rozdíl od obsedantně-kompulzivní poruchy je hromadění u PS spojeno s příjemnými pocity a ztráta předmětů se zármutkem a emoční nepohodou, ale bez přítomnosti vtíravých myšlenek.<sup>14</sup> Ačkoliv hromadění lze nalézt u 18–40 % pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou, nejedná se o jejich hlavní problém.<sup>14</sup> U PS byla popsána komorbidita s dalšími psychiatrickými onemocněními, jako je velká depresivní porucha, sociální fobie a další úzkostné poruchy nebo OCD.<sup>5</sup> Anderson ukázal, že u starších osob je za PS zodpovědná porucha v oblasti mediální části frontálního laloku včetně cingula, která za normálních okolností ovlivňuje a přizpůsobuje kontextu okolí subkortikálně lokalizované predispozice k nabývání a hromadění.<sup>16,18,19</sup> V kognitivně-behaviorálním schématu se uplatňují následující koncepty: 1) deficit ve zpracovávání informací, 2) problémy v emocionálních vztazích, 3) vyhybavé chování, 4) chybná přesvědčení o povaze vlastních předmětů.<sup>20,21</sup>

Problém hromadění vzniká plíživě. Pacienti si delší dobu nerušeně hromadí, než stav dosáhne úrovně, že začne obtěžovat nebo ohrožovat jejich okolí, které se brání. Pacienti se tak dostávají do svízelné až neřešitelné životní situace, která vykoření jejich zažitý styl a přesvědčení, náhle ukončuje jejich dlouholetou aktivitu a ničí „plody“ jejich snahy, a pacienti přicházejí o domov a bilancují.<sup>15,22</sup>

V té chvíli se dostávají do kontaktu s psychiatrií nebo případně také s policejními nebo právní složkami. Kromě duševní poruchy se musí řešit i jejich složitější sociální situace. Z poloviny se totiž jedná o osamělé osoby, které nemají nikoho, kdo by se o ně postaral.

Vyklizení objektu jinou osobou není v žádném případě definitivním řešením. Pacienti při něm prožívají výraznou emocionální zátěž, stres a výsledkem může být ještě posílení tendence k hromadění.<sup>2,12</sup> Kromě řešení svízelné sociální situace lze pacientům nabídnout farmakoterapii a psychoterapii.

Studii, které by se věnovaly farmakoterapii PS, je málo a většina z nich byla provedena bez randomizace, jako open-label, či pouze případová pozorování. S úspěchem byla použita SSRI antidepressiva (např. paroxetin 20–60 mg denně), která vedou ke zlepšení stavu u zhruba poloviny pacientů.<sup>23,24</sup> V jiné studii léčba SNRI antidepressivem venlafaxinem (cílová dávka 225 mg/den) vedla k terapeutické odpovědi u 70 % pacientů.<sup>24,25</sup>

Dalším farmakem, které bylo zvažováno v léčbě PS, byl metylfenidát.<sup>26</sup> Jeho použití vycházelo z poznatku, že u hromadičů jsou častěji pozorovány příznaky ze spektra ADHD, které rovněž predikují závažnost a rozsah hromadění.<sup>27</sup> Ve studii provedené na několika pacientech však byly účinky malé a po ukončení studie se pacienti dále rozhodli v dané léčbě nepokračovat.<sup>26</sup>

Na základě našich zkušeností s ovlivněním různých symptomů při jiných poruchách, zejména u paranoidní, schizoidní poruchy osobnosti, schizofrenie, jsme v uvedených dvou kazuistikách, kde bylo přítomno paranoidní nastražení vůči okolí, zvolili antipsychotika. Použití atypických antipsychotik u PS bylo v literatuře ve větší míře studováno pouze jako augmentace léčby u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou rezistentních na SSRI (hromadění patří k rizikovým faktorům rezistence na terapii) a hodnoceno pomocí psychometrických škál určených pro obsedantně-kompulzivní poruchu.<sup>28–30</sup> U našich pacientů antipsychotická léčba v kombinaci se sociální podporou alespoň zmírnila příznaky a oba pacienti byli schopni normální interakce s personálem a se spolupacienty. Důsledkem nemoci u jednoho ze zmíněných pacientů byla totiž ztráta bytu, ve kterém hromadil předměty, a nemožnost se do něj vrátit. Oba veškeré finance utratili za shromažďované věci a většinu času věnovali shromažďování a při propuštění byla jejich finanční situace špatná.

Další uznávanou modalitou v léčbě PS je psychoterapie, zejména kognitivně-behaviorální terapie, která je úspěšná až v polovině případů.<sup>31</sup> Ta se zaměřuje na ovlivnění výše uvedených konceptů a zahrnuje edukaci o hromadění, nácvik rozhodovacích schopností, organizace svého okolí, expozici (umístění hromaděných předmětů dále od pacienta, mimo jeho zrak) a kognitivní restrukturalizaci vztahu k hromaděným předmětům.<sup>20,32</sup> Účinek kognitivně-behaviorální terapie na mírné zlepšení symptomů (15 % na SI-R škále) spojených s PS lze prokázat po 12 sezeních.<sup>33,34</sup> Další modifikace kognitivně-behaviorální terapie u starších pacientů vedly ke krátkodobému zlepšení příznaků až u 25 % pacientů.<sup>35</sup> Kognitivně-behaviorální terapii u pacientů s PS lze s úspěchem provádět i vzdáleně, přes internet.<sup>36</sup>

Mezi základní kameny léčby a pomoci pacientům s PS patří i podpora sociálního začlenění a sociální pomoc.<sup>37</sup>

Tíži PS lze objektivizovat pomocí psychometrických škál, které byly vyvinuty pro tuto poruchu za účelem kvantifikace léčebné odpovědi. Jedná se o „Saving Inventory-Revised“ (SI-R) škálu, která obsahuje 23 otázek, které v zásadě zjišťují tři faktory: nadměrné hromadění, nadměrný nepořádek a problém s likvidací věcí.<sup>34</sup> Jednodušší škála „Hoarding Rating Scale-Interview“ (HRS-I) obsahuje otázek pouze pět.<sup>38</sup> Vizuálně lze hromadění hodnotit pomocí „Clutter image rating scale“ (CIR) v komparaci s fotkami místností s různým stupněm nahromadění předmětů.<sup>39</sup> Poslední škála „UCLA Hoarding Severity Scale“ (UHSS) posuzuje kromě příznaků PS i další rysy, jako je nerozhodnost, perfekcionismus, odkládání úkolů a rozhodnutí.<sup>40</sup>

## ZÁVĚR

V klinické praxi se s patologickým shromažďováním setkáváme poměrně často. V diagnostickém manuálu MKN-10 používaném v České republice není porucha zahrnuta, ale v DSM-V je klasifikována v rámci úzkostných poruch obsedantně-kompulzivního spektra. Dostupná literatura spojuje PS s některými poruchami osobnosti (paranoidní, schizoidní, vyhýbavou, anankastickou). Rozvíjí se již během dospívání, nicméně její funkční důsledky jsou zřejmě zejména ve starším věku, kdy je diagnostikována. Pacienti s PS neorganizovaně nabývají ve větším množství předměty zanedbatelné hodnoty nebo i zvířata. Hromadění vede k narušení psychosociálního fungování, postižení si zaplní prostory potřebné k žití, mají zhoršené vztahy s okolím, sociálně se izolují. PS odpovídá hůře na standardní léčbu, kterou je farmakoterapie v podobě SSRI, SNRI, a psychoterapie, zejména kognitivně-beha-

viorální terapie. V některých případech jsou s výhodou podávána atypická antipsychotika. Současně je nutná u nemocných dopomoc při řešení sociální situace, nácvik sociálních dovedností, reintegrace. Na dvou kazuistikách ukazujeme dva recentní případy pacientů s PS, u kterých hromadění vedlo k nařízenému vystěhování a u kterých byla dobrá odpověď na léčbu atypickým antipsychotikem jako léčivem první volby.

### Příloha – Diagnostická kritéria pro patologické shromažďování dle DSM-5

- A. Přetrvávající potíže s vyřazením či rozloučením se s majetkem nezávisle na jeho skutečné hodnotě.
- B. Tyto potíže se projevují kvůli domnělé potřebě tyto předměty zachovat a potížím spojeným s jejich vyřazením.
- C. Potíže se zbavováním se majetku ústí v nahromaděné předměty, které zabírají prostory potřebné k žití a výrazně zabraňují jejich využívání. Pokud jsou tyto prostory relativně vyklizené, je to jen díky zásahu třetí strany (např. rodinných příslušníků, uklízečky a úřadů).
- D. Shromažďování způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech (jako je udržování bezpečného prostředí pro sebe i ostatní).
- E. Shromažďování není možno přisoudit jinému somatickému onemocnění (např. poranění mozku, cerebrovaskulární onemocnění či Praderův-Williho syndrom).
- F. Shromažďování nelze lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. ruminacemi u obsedantně-kompulzivní poruchy, sníženou energií u velké depresivní poruchy, bludy u schizofrenie a dalších psychotických poruchách, kognitivním deficitem v závažné neurokognitivní poruše či specifickými zájmy v poruše autistického spektra).

## LITERATURA

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5<sup>®</sup>). American Psychiatric Pub; 2013.
2. International OCD Foundation. Hoarding fact sheet [Internet]. Int. OCD Found 2009; Available from: <https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/10/Hoarding-Fact-Sheet.pdf>
3. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Gray KD, Fitch KE. The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Res* 2008; 160 (2): 200–211.
4. Chromý K. Hromadění věcí a zvířat. *Ces a slov Psychiat* 2008; 104 (1): 22–26.
5. Frost RO, Patronek G, Rosenfield E. Comparison of object and animal hoarding. *Depress Anxiety* 2011; 28 (10): 885–891.
6. Patronek GJ. Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Rep* 1999; 114 (1): 81–87.
7. Cromer KR, Schmidt NB, Murphy DL. Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behav Res Ther* 2007; 45 (11): 2581–2592.
8. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO, Steketee G. Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depress Anxiety* 2010; 27 (9): 829–838.
9. Landau D, Iervolino AC, Pertusa A et al. Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *J Anxiety Disord* 2011; 25 (2): 192–202.
10. Steketee G, Frost R. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Rev* 2003; 23 (7): 905–927.
11. Patronek GJ, Nathanson JN. A theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animal hoarders. *Clin Psychol Rev* 2009; 29 (3): 274–281.
12. Choices NHS. Hoarding disorder – NHS Choices [Internet]. 2015 [citováno 2016]; Available from: <http://www.nhs.uk/Conditions/hoarding/Pages/Introduction.aspx>
13. Valente SM. The Hoarding Syndrome: Screening and Treatment. *Home Healthc Nurse J Home Care Hosp Prof* 2009; 27 (7): 432–440.
14. Symonds A, Janney R. Shining a light on hoarding disorder: *Nursing (Lond)* 2013; 43 (10): 22–28.
15. Samuels JE, Bienvenu OJ, Grados MA et al. Prevalence and Correlates of Hoarding Behavior in a Community-Based Sample. *Behav Res Ther* 2008; 46 (7): 836–844.
16. Grisham JR, Baldwin PA. Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 951–962.
17. Jefferys D, Moore KA. Pathological hoarding. *Aust Fam Physician* 2008; 37 (4): 237–241.

18. Anderson SW, Damasio H, Damasio AR. A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain J Neurol* 2005; 128 (1): 201–212.
19. Saxena S. Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectr* 2008; 13 (9 Suppl. 14): 29–36.
20. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 1996; 34 (4): 341–350.
21. Gilliam CM, Tolin DF. Compulsive hoarding. *Bull Menninger Clin* 2010; 74 (2): 93–121.
22. Rodriguez CI, Herman D, Alcon J et al. Prevalence of Hoarding Disorder in Individuals at Potential Risk of Eviction in New York City. *J NervMent Dis [Internet]* 2012 [citováno 2016]; 200 (1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833068/>
23. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2007; 41 (6): 481–487.
24. Saxena S. Pharmacotherapy of compulsive hoarding. *J ClinPsychol* 2011; 67 (5): 477–484.
25. Saxena S, Sumner J. Venlafaxine Extended-Release Treatment of Hoarding Disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2014; 29 (5): 266–273.
26. Rodriguez CI, Bender J, Morrison S et al. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder?: a case series. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33 (3): 444–447.
27. Tolin DF, Villavicencio A. Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. *Behav Res Ther* 2011; 49 (2): 120–125.
28. Bogan AM, Koran LM, Chuong HW, Bystritsky A. Quetiapine Augmentation in Obsessive-Compulsive Disorder Resistant to Serotonin Reuptake Inhibitors: An Open-Label Study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (1): 1, 478–479.
29. Matsunaga H, Nagata T, Hayashida K et al. A long-term trial of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI-refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (6): 863–868.
30. Salomoni G, Grassi M, Mosini P et al. Artificial neural network model for the prediction of obsessive-compulsive disorder treatment response. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29 (4): 343–349.
31. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An Open Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Compulsive Hoarding. *Behav Res Ther* 2007; 45 (7): 1461–1470.
32. Frost RO, Steketee G, Greene KAI. Cognitive and Behavioral Treatment of Compulsive Hoarding. *Brief Treat Crisis Interv* 2003; 3 (3): 323.
33. Steketee G, Frost RO, Tolin DF, Rasmussen J, Brown TA. Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety* 2010; 27 (5): 476–484.
34. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther* 2004; 42 (10): 1163–1182.
35. Ayers CR, Wetherell JL, Golshan S, Saxena S. Cognitive-behavioral therapy for geriatric compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 2011; 49 (10): 689–694.
36. Muroff J, Steketee G, Himle J, Frost R. Delivery of internet treatment for compulsive hoarding (DITCH). *Behav Res Ther* 2010; 48 (1): 79–85.
37. Medard E, Kellett S. The Role of Adult Attachment and Social Support in Hoarding Disorder. *Behav Cogn Psychother* 2014; 42 (5): 629–633.
38. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Res* 2010; 178 (1): 147–152.
39. Frost RO, Steketee G, Tolin DF, Renaud S. Development and Validation of the Clutter Image Rating. *J Psychopathol Behav Assess* 2007; 30 (3): 193–203.
40. Saxena S, Ayers CR, Dozier ME, Maidment KM. The UCLA Hoarding Severity Scale: Development and validation. *J Affect Disord* 2015; 175: 488–493.

## referáty z literatury

### **Bram D, Bubrovsky N, Durand J-P et al. Pernicious anemia presenting as catatonia: correlating vitamin B12 levels and catatonic symptoms**

(Zhoubná anémie prezentující se jako katatonie: hladiny vitamínu B12 a katatonní příznaky ve vzájemném vztahu) *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37 (3): 273e5–e7.

Zhoubná anémie je spojována s různými psychiatrickými projevy, jako jsou deprese, mánie a psychóza. Psychické příznaky se mohou někdy vyskytnout bez hematologických a neurologických abnormalit a mohou být prodromem nedostatku vitamínu B12.

Šestičlenný autorský tým z Francie (pracoviště Lille a Bailleul) referuje o případu autoimunitního deficitu vitamínu B12 prezentujícího se jako katatonie bez známek anémie nebo makrocytózy. Byla nalezena korelace mezi hladinami vitamínu B12 v krvi pacienta a jeho katatonními příznaky. K léčbě této katatonní epizody byly s úspěchem použity pouze lorazepam a přiměřené dávky cyanokobalaminu.

### **Allgulander Ch. Anxiety as a risk factor in cardiovascular disease**

(Úzkost jako rizikový faktor u kardiovaskulární choroby) *Current Opinion in Psychiatry* 2016; 29 (1): 13–17.

Tento přehled pokrývá nové studie o úzkosti, která provází kardiovaskulární chorobu. Úzkost se objevila jako snad nejdůležitější rizikový faktor pro kardiovaskulární chorobu, vymezující jiné známé rizikové faktory, jako jsou deprese, zneužívání návykových látek, nadváha a sedavý způsob života. Úzkost také zvyšuje riziko větších srdečních příhod u ischemické choroby srdeční. Je zapotřebí prozkoumat a vysvětlit vliv úzkosti u tzv. Takotsubo kardiopatie (duševním stresem navozená ischemie myokardu) a u hypertenze při pohledu na bílý plášť. Zvládnutí úzkosti je životně důležité u pacientů po srdečních transplantacích s ohledem na jejich ochotu spolupracovat při užívání imunosupresiv.

MUDr. Jaroslav Veselý