

Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas

Hoarding Disorder: clinical and epidemiological aspects

Trastorno por Acumulación: características clínicas y
epidemiológicas

Diego Rafael Schmidt¹, Cristina Pilla Della Méa², Marcia Fortes Wagner³
Faculdade Meridional – IMED, Brasil

Forma de citar: Schmidt, D.R., Della Méa, C.P. & Wagner, M.F. (2014). Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. *Revista CES Psicología*, 7(2), 27-43.

Resumo

O Transtorno da Acumulação (TA) caracteriza-se pela aquisição compulsiva de objetos desnecessários, desorganização e dificuldade em desfazer-se das posses. Nas edições anteriores do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*, não existia um diagnóstico específico para sujeitos com esses sintomas, sendo normalmente classificados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC). Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica consultada em bases de indexação internacionais que visa discutir as características clínicas, epidemiológicas e de tratamento no TA. Embora não exista uma consensualidade na literatura, os achados sugerem que o transtorno constitui uma patologia independente e com alta prevalência de comorbidades, sendo necessária a realização de intervenções terapêuticas focadas em aspectos cognitivos e de comportamento do sujeito. Por fim, enfatiza-se a realização de pesquisas com esse perfil de pacientes salientando a realidade brasileira.

Palavras-chave: Transtorno da Acumulação, Acumuladores Compulsivos, Acumuladores de Animais, Diagnóstico.

¹ Psicólogo. Especialista em Avaliação e Diagnóstico Psicológico: Enfoque Clínico pela Faculdade Meridional (IMED) (em andamento). Vinculado ao Grupo de Pesquisa e Extensão: Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED). diego_rspsi@yahoo.com.br

² Psicóloga. Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e em Psicologia Clínica pela Faculdade Meridional (IMED). Professora na Escola de Psicologia da Faculdade Meridional (IMED). cristina.mea@imed.edu.br

³ Psicóloga y Pedagoga. Doutora em Psicologia e mestra em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora e pesquisadora do curso de Psicologia, coordenadora do Projeto de Pesquisa, Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Habilidades Sociais (NEPHS) da Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, mwagner@imed.edu.br

Abstract

Hoarding Disorder (HD) is characterized by the compulsive acquisition of unnecessary objects, clutter, and difficulty in discarding possessions. Previous editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) showed no specific diagnosis for subjects presenting these symptoms, which were usually classified as Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD). This work consists on a literature review based on international indexing databases, and it aims to discuss the epidemiological, clinical, and treatment aspects of HD. Although there is no consensual in the literature, the findings suggest that the disorder is an independent disease, and with high prevalence of comorbidities, requiring therapeutic interventions focused on the cognitive and behavioral characteristics of these subjects. Finally, carrying out researches with this profile of patients, emphasizing the reality of Brazil is suggested.

Keywords: Hoarding Disorder, Hoarding Behavior, Compulsive Hoarding, Animal Hoarding Behavior, Animal Hoarders, Diagnosis.

Resumen

El Trastorno por Acumulación (TA) se caracteriza por la adquisición compulsiva de objetos innecesarios, desorganización y dificultad para descartar lo que se posee. En ediciones anteriores del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* no había diagnóstico específico para sujetos con estos síntomas, clasificándolos con Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo. Este trabajo consiste en una revisión de literatura encontrada en las bases de indexación internacionales con el objetivo de analizar las características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento del TA. Aunque no hay consenso en la literatura, los hallazgos sugieren que el trastorno es un síndrome independiente y con alta prevalencia de comorbilidades, que requiere de intervenciones terapéuticas centradas en aspectos cognitivos y conductuales. Por último, se hace recomienda la realización de investigaciones con estos pacientes destacando la realidad brasileña.

Palavras-chave: Trastorno por Acumulación, Acumuladores Compulsivos, Acumuladores Animales, Diagnóstico.

Introdução

O Transtorno da Acumulação (TA), do inglês *Hoarding Disorder*, refere-se a uma psicopatologia incluída recentemente na nova edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* da American Psychiatric Association (APA) (2013a). Seus principais sintomas remetem à necessidade de coletar intencionalmente objetos ou animais, à dificuldade em desfazer-se dessas posses e, por consequência, a problemas de organização associados ao ambiente de convívio. Os indivíduos que acumulam possuem dificuldade patológica em se desfazer das posses, mesmo que estas não apresentem

mais utilidade ou causem desorganização (Pertusa et al., 2010; Lima, 2011; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; APA, 2013a, 2013b).

O comportamento de colecionar e acumular objetos encontra-se presente em todas as populações, variando entre espectros de normal a patológico. Dessa forma, pacientes com TA tendem a guardar e armazenar itens aleatórios, acreditando que esses objetos poderão ter utilidade futuramente e apresentar algum valor financeiro ou afetivo, sentindo-se mais seguros ao guardá-los (Mataix-Cols et al., 2010; APA, 2013a, 2013b).

Ressalta-se que o comportamento de acumular pode ser considerado adaptativo em momentos de privação, a fim de assegurar a sobrevivência da espécie humana (Pertusa et al., 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012). Contudo, em virtude da gravidade do comportamento, as pessoas que acumulam acabam, frequentemente, envolvendo-se em processos judiciais para reverter o quadro instalado pelo excesso de coisas guardadas no local onde convivem, o que constitui uma fonte de sofrimento e, muitas vezes, de incapacidade. Trata-se de ambientes entulhados e com odores insuportáveis que impedem o desempenho de atividades básicas relacionadas à alimentação, ao sono e à higiene. Em casos mais extremos, inclusive, essas pessoas podem ser ameaçadas de despejo ou tornarem-se legal e psicologicamente impedidas de cuidar de sua prole (Tolin, Frost, Steketee, Gray & Fitch, 2008; Lima, 2011; APA, 2013a, 2013b).

Na maioria das vezes, o comportamento de acumular prejudica diversos aspectos da vida cotidiana, como o âmbito social e ocupacional, dificultando o convívio com esses indivíduos. Por isso, pessoas com características de TA podem acabar se isolando e, normalmente, relatam não se sentir confortáveis quando outros sujeitos frequentam sua residência (Pogosian, 2010; APA, 2013a, 2013b; DiMauro, Tolin, Frost & Steketee, 2013).

O presente artigo compreende uma revisão integrativa de literatura que visa discutir as características clínicas, nosológicas e epidemiológicas do TA, bem como as principais abordagens de tratamento indicadas para a psicopatologia.

Método

Este é um estudo de revisão bibliográfica elaborado mediante uma pesquisa nas bases de dados internacionais Elsevier,

PubMed e MEDLINE, com o intuito de obter dados de literatura atualizados sobre o TA. Os descritores utilizados foram *hoarding disorder*, *animal hoarding*, *hoarders* e *compulsive hoarding*, limitando-se a trabalhos publicados nos últimos dez anos, entre 2003 e 2013, escritos em Inglês, Português e Espanhol. Os materiais foram selecionados e avaliados, focando-se em aspectos clínicos, epidemiológicos e de tratamento vinculados ao TA.

Resultados

Aspectos clínicos e epidemiológicos do Transtorno da Acumulação

O TA consiste em uma síndrome psiquiátrica não classificada pela quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (APA, 2002) e pela Classificação Internacional de Doenças –CID–10 da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993), chegando a ser recentemente acrescentado à quinta edição deste manual (APA, 2013a). Trata-se de uma psicopatologia caracterizada pela aquisição compulsiva de objetos desnecessários, dificuldade em desfazer-se dessas posses e desorganização do ambiente de convívio, sendo estas consideradas critérios de classificação para diagnóstico. Cabe ressaltar, inclusive, que os sintomas não são melhor explicados devido à existência de outro transtorno mental (isto é, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, autismo, demência) ou de alguma condição médica (isto é, acidente vascular cerebral, Síndrome de Diógenes, Síndrome de Prader-Willi) e causam sofrimento ou interferem de maneira significativa no funcionamento global do sujeito (Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; APA, 2013a, 2013c).

Estudos epidemiológicos sugerem que as pessoas que acumulam normalmente vivem sozinhas, podem ficar sem emprego e com sobrepeso, apresentando, assim, baixa qualidade de vida (Grisham & Norberg, 2010). De acordo com Mueller, Mitchell, Crosby, Glaesmer e Zwaan (2009), não existe uma diferença significativa entre gêneros para esse transtorno, mas pesquisas relatam a presença duas vezes maior de TA em homens (Samuels et al., 2008; Iervolino et al., 2009), estimando sua existência em uma média de 2 a 6% da população em geral (Samuels et al., 2008; Pertusa et al., 2010; APA, 2013a, 2013b).

Mais de 80% dos sujeitos que acumulam referem presença de TA no histórico familiar. Algumas pesquisas apontam que esse comportamento disfuncional pode estar presente desde a infância ou a adolescência, indicando que os seus sintomas, via de regra, intensificam-se a partir da meia-idade e tornam-se mais graves com o passar do tempo (Grisham & Norberg, 2010; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010; APA, 2013a, 2013b).

A sintomatologia do TA distingue-se do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em determinados aspectos. Conforme o *DSM-5* (APA, 2013a), os critérios diagnósticos para essa patologia envolvem a presença de compulsões e obsessões, ou ambas. As obsessões podem ser definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento da perturbação, são experimentadas como intrusivas e indesejadas, causando acentuado sofrimento ou ansiedade na maioria dos indivíduos. Nesses casos, o paciente tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos e imagens, neutralizando-os com algum pensamento ou ação. Já as compulsões abrangem comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, organizar e verificar, entre outros) ou atos

mentais (como orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo sente-se compelido a executar em resposta a uma obsessão, de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade e o sofrimento, evitando algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos e atos mentais não possuem uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar, tornando-se claramente excessivos. Tanto as obsessões quanto as compulsões acarretam sofrimento e prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para confirmar o diagnóstico, esses sintomas não podem ser explicados por outro transtorno mental, nem devem-se a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (Murphy, Timpano, Wheaton, Greenberg & Miguel, 2010; APA, 2013a).

Geralmente, as obsessões possuem como tema: dúvidas, questões de limpeza, contaminações, preocupações sexuais, questões sexuais, agressividade, segurança, pensamentos ligados à saúde e ao bem-estar, próprio ou de pessoas próximas ao sujeito. Já, as compulsões podem ser descritas como comportamentos repetidos a fim de prevenir conteúdos ligados às obsessões, como limpeza, verificação, rituais de repetição e contagem, principalmente. O indivíduo que realiza a compulsão experimenta um alívio imediato na sua ansiedade, mesmo sabendo que esse comportamento é irracional e difícil de evitar (Couto, Rodrigues, Vivan & Kristensen, 2010; Vidal & Wanderley, 2012). As causas do TOC são multifatoriais, porém fatores genéticos e biológicos possuem relevância na expressão da patologia (Sampaio et al., 2013). Trata-se de uma doença crônica que atinge tanto homens quanto mulheres, cujos sintomas iniciam-se na infância ou na adolescência (Sadock & Sadock, 2007; Vidal & Wanderley, 2012).

Embora o diagnóstico do TOC apresente semelhanças com o TA, uma das principais diferenças entre essas duas psicopatologias é que os sujeitos que acumulam não apresentam pensamentos intrusivos, rituais ou sentimentos de ansiedade ao desfazerem-se dos objetos que possuem (Steketee & Frost, 2003; Pertusa et al., 2008; Valente, 2009; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010). Pelo contrário, eles sentem raiva, sintoma que não seria condizente com as características clínicas das obsessões definidas pelo *DSM* (Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010). As pessoas com esse comportamento, normalmente, não realizam a distinção entre a necessidade dos objetos que acumulam e o motivo pelo qual fazem isso (Lima, 2011).

No que se refere a essa questão do diagnóstico diferencial, pesquisas apontam que apenas 1 a 2% da população geral apresenta critérios diagnósticos para o TOC (Samuels et al., 2008; Grisham et al., 2011; Wittchen et al., 2011; Fineberg et al., 2013; APA, 2013a). Contudo, de acordo com os estudos, apenas uma parte desses pacientes pode manifestar características significativas de TA, constituindo um total de 0,4% da população geral (Grisham & Norberg, 2010; Frost, Steketee & Tolin, 2011). Esse dado estimado não corresponde à prevalência encontrada na literatura de 4% para o TA (APA, 2013b). Ainda, Saxena (2007) e An et al. (2008) também evidenciaram que a base neurobiológica do TA e do TOC é diferente, compreendendo que esses transtornos constituem síndromes psicopatológicas distintas e com alta prevalência de comorbidade (Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010; Frost et al., 2011).

No que se refere ao diagnóstico diferencial, os sintomas de TOC e Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

(TPOC) podem apresentar-se mais frequentes e intensos em sujeitos que acumulam, tornando difícil o seu tratamento em razão das comorbidades (Pertusa et al., 2010; Frost et al., 2011; Starcevic et al., 2013). O *DSM-5* (APA, 2013a) define o TPOC como um padrão difuso de preocupações relacionadas com ordem, perfeccionismo e controle mental ou interpessoal à custa de flexibilidade, abertura e eficiência, que surge no início da idade adulta e está presente em vários contextos, indicado por pelo menos quatro (ou mais) dos critérios estabelecidos. No caso do TPOC, o sujeito preocupa-se demasiadamente com detalhes, regras, listas, organização ou horários e demonstra perfeccionismo excessivo, interferindo na conclusão de suas tarefas (por exemplo, não consegue completar um projeto porque seus padrões próprios demasiadamente rígidos não são atingidos). Trata-se de sujeitos excessivamente dedicados ao trabalho e à produtividade em detrimento de atividades de lazer e amizades (características não explicadas por uma necessidade financeira óbvia) (Hertler, 2013).

Normalmente, pacientes com TPOC comportam-se de maneira extremamente conscienciosa e inflexível quanto a assuntos de moralidade, ética ou valores (comportamento não explicado por identificação cultural ou religiosa). Da mesma forma, esses sujeitos demonstram dificuldades em descartar objetos usados ou sem importância, mesmo quando não possuem valor sentimental. Essas atitudes podem ser acompanhadas de relutância em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas, a menos que elas se submetam à sua forma exata de fazer as coisas, exibindo comportamentos de rigidez cognitiva e teimosia. Por vezes, inclusive, indivíduos com TPOC adotam um estilo miserável quanto a gastos em relação a si e a outros, de modo que o dinheiro seja percebido

como algo que deve ser acumulado para futuras catástrofes (APA, 2013a; Hertler, 2013).

Nesse sentido, o TPOC refere-se a um padrão extremamente rígido de pensamento, demonstrado por uma atenção intensa a detalhes específicos de uma determinada situação. Essas características fazem com que os sujeitos que apresentam tais peculiaridades consigam perceber os aspectos mais globais de determinados eventos, como desenvolver relações interpessoais. Esses indivíduos, também, concentram-se de forma intensa em tarefas rotineiras ou atividades técnicas, tendo raros momentos de relaxamento. Além disso, manifestam preocupações com coisas absolutamente improváveis de ocorrer, isto é, são rígidos com princípios morais, éticos e comunitários que julgam serem corretos, caracterizando-se como autodisciplinados, perfeccionistas, reservados e pouco afetivos (Caballo, 2008).

Embora o acúmulo de objetos possa estar relacionado clinicamente tanto com o TPOC quanto com o TOC, defende-se a realização de diagnósticos com critérios independentes para esses transtornos, conforme efetuado pela nova edição do *DSM* (Wu & Watson, 2005; Pertusa et al., 2010; Mataix-Cols et al., 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; APA, 2013a; 2013c). A relação entre o TPOC e o TA é, historicamente, explicada pela ausência de clareza com relação aos seus critérios diagnósticos. Para o *DSM-IV-TR*, o comportamento de acumular compreende um sintoma de TPOC, mas que não se encontra na classificação equivalente da CID-10 para o transtorno (OMS, 1993; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010; Lima, 2011).

Pesquisas realizadas com indivíduos cujos sintomas combinavam com a definição de

comportamento acumulador descrita no *DSM-IV-TR* para TPOC confirmaram que nenhum deles preenchia critérios para o diagnóstico de TOC. Pelo contrário, os sintomas de TA relatados associam-se, principalmente, a sujeitos com características de Transtornos da Personalidade (TP) Esquizotípica e Dependente (Grisham, Brown, Liverant & Campbell-Sills, 2005; Grisham, Brown, Savage, Steketee & Barlow, 2007; Abramowitz, Wheaton & Storch, 2008; Samuels et al., 2008; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010). O transtorno da personalidade esquizotípica se caracteriza por um padrão difuso de déficits sociais e interpessoais, evidenciados por sintomas de desconforto agudo e reduzida capacidade para os relacionamentos íntimos. Além disso, percebe-se a presença de distorções cognitivas, perceptivas e comportamentos excêntricos, ideias de referência (excluindo delírios do mesmo conteúdo) e crenças estranhas ou pensamento mágico, que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas culturais do sujeito (por exemplo, crenças de superstições, clarividência, telepatia ou “sexto sentido”). Da mesma forma, pacientes com esse diagnóstico manifestam experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais, pensamento e discurso estranhos (por exemplo, vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado) e sentimentos de desconfiança ou ideação paranoide. Normalmente, evidenciam afeto inadequado ou constrito, aparência ou comportamento esquisito, peculiar ou excêntrico e ansiedade social excessiva, que não diminui com o convívio e que tende a estar mais associada a temores paranoides, ao invés de julgamentos negativos sobre si mesmo (APA, 2013a).

Por sua vez, o Transtorno de Personalidade Dependente pode ser definido como uma

necessidade excessiva do indivíduo em ser cuidado, levando-o a exibir atitudes de aderência e submissão, principalmente. As características da personalidade dependente são manifestadas através de dificuldades em tomar decisões, expressar discordância e em desenvolver projetos por conta própria, bem como temores exagerados em relação ao abandono e a necessidade de que os outros sejam responsáveis pelo indivíduo. Esses estilos de comportamento fazem com que o indivíduo busque em seus relacionamentos a fonte de carinho, apoio e amparo de que necessita constantemente (Mataix-Cols et al., 2010; APA, 2013a). Por isso, para consolidar o diagnóstico de TP Esquizotípica ou Dependente, os sintomas precisam estar presentes desde o início da idade adulta e não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental ou de alguma condição médica (APA, 2013a). Nesse sentido, entende-se que o hábito de acumular que pode manter relação com transtornos de controle de impulsos, transtornos da personalidade, condições médicas gerais e síndromes genéticas, entre outros (Pertusa et al., 2010; Pogosian, 2010; APA, 2013c).

De acordo com Tolin, Frost e Steketee (2007) e Abramowitz et al. (2008), pacientes com comorbidades de TOC e sintomas de TA não respondem à intervenção com psicofármacos e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) da mesma maneira que pacientes com características de TOC apenas. Aspectos cognitivos e de comportamento disfuncional, aliás, poderiam influenciar negativamente no progresso do tratamento. No estudo de Frost, Tolin, Steketee, Fitch e Selbo-Bruns (2009), compreendeu-se que acumuladores com comorbidade de TOC, Transtornos Depressivos e Transtornos de Ansiedade relatam sintomas mais graves e com início mais precoce quando comparados aos sujeitos sem outro transtorno mental.

Pesquisas concluíram que o comportamento de acumular constitui um diagnóstico cujo curso pode ocorrer concomitantemente a outros transtornos mentais, como TP, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão, Demência, Esquizofrenia, TOC, Transtorno do Humor Bipolar, Fobia Social, entre outros (Steketee & Frost, 2003; Wu & Watson, 2005; Grisham et al., 2007; Pertusa et al., 2008; Samuels et al., 2008; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010; Frost et al., 2011; APA, 2013a, 2013b; Fineberg et al., 2013; Starcevic et al., 2013).

As três principais formas de aquisição de objetos relatadas por indivíduos com TA são compra compulsiva, coleta livre e, até mesmo, furto (Pertusa et al., 2010; APA, 2013a). Destacam-se, ainda, características como o consumismo, o desejo de organização, a falta do controle de impulsos e a ausência de limites e juízo crítico (Grisham et al., 2007; Mueller et al., 2009; Valente, 2009; Mataix-Cols et al., 2010; Frost et al., 2011; Lima, 2011). Pesquisas apontam correlação entre TA e diagnósticos comórbidos de Tricotilomania e Dermatotilexomania (Mataix-Cols et al., 2010), Transtorno Dismórfico Corporal (Nakata et al., 2007), Cleptomania (Steketee & Frost, 2003), Compras Compulsivas (Mueller et al., 2009; Frost et al., 2011), Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (Grisham et al., 2007; Frost et al., 2011; APA, 2013b) e Dependência de Álcool (Samuels et al., 2008; Pertusa et al., 2010; APA, 2013b).

Alguns autores referem que o TA constitui um diagnóstico associado ao espectro obsessivo-compulsivo (EOC) (Nakata et al., 2007; Valente, 2009; Mataix-Cols et al., 2010) ou compulsivo-impulsivo (ECI) do comportamento (Grisham & Norberg, 2010). O EOC corresponde a uma maneira de funcionamento disfuncional, que envolve uma série de psicopatologias caracterizadas

pela presença de pensamentos e comportamentos repetitivos. Em alguns aspectos, inclusive, esse espectro de patologias manifesta particularidades semelhantes ao TOC, justificando a inclusão dessas classificações diagnósticas em uma única categoria ou grupo. No EOC de psicopatologias, estão inseridos os transtornos de ansiedade, o TOC, o TPOC, os somatoformes, e, conforme sugerido, o TA (Murphy et al., 2010; Phillips et al., 2010). Por sua vez, o ECI refere-se a um conjunto de distúrbios, inseridos num contínuo de comportamentos disfuncionais, que envolvem características predominantemente compulsivas e impulsivas de funcionamento ou enfrentamento. Esse último espectro abrange classificações diagnósticas específicas em que percebem-se dificuldades no controle dos impulsos e a presença de comportamentos repetitivos, como a Tricotilomania, Compras Compulsivas, Transtornos Alimentares, Dependência Química, Cleptomania e TA, entre outros (Murphy et al., 2010).

A partir das definições de espectros, os grupos de estudos responsáveis pela organização do *DSM-5* (APA, 2013a) sugeriram a classificação de determinadas psicopatologias de acordo com as suas principais características (Phillips et al., 2010). No caso do TA, um artigo encomendado pelo Grupo de Estudos em Espectro Obsessivo-Compulsivo do *DSM-5* (Mataix-Cols et al., 2010) recomendou a inclusão do diagnóstico para a próxima edição do manual. Em 2013, observou-se que esse procedimento fora realizado, conforme sugerido, incluindo-se essa psicopatologia no capítulo destinado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos relacionados (APA, 2013a, 2013c).

Lervolino et al. (2009), em um estudo realizado com gêmeos, concluíram que 50%

da questão genética é corresponsável pela etiologia do transtorno, sem descartar a importância dos eventos negativos de vida (Grisham & Norberg, 2010; Pertusa et al., 2010; APA, 2013a; Mills, 2013). Contudo, Samuels et al. (2008) constataram a presença de alguns eventos de infância em comum nos sujeitos com comportamento de acumular, como uso da disciplina física e presença de transtornos psiquiátricos por parte dos pais, seguidos de situações envolvendo arrombamentos. Além disso, indivíduos com TA que vivenciaram situações de trauma na infância desenvolvem seus sintomas em idades mais precoces quando comparados a pacientes com o mesmo diagnóstico (Mills, 2013). Normalmente, a dificuldade em se desfazer de objetos e a desorganização consistem nos primeiros sintomas apresentados, seguidos da necessidade de aquisição de novos objetos e, por fim, do reconhecimento do sintoma como disfuncional (Grisham, Frost, Steketee, Kim & Hood, 2006).

Em virtude de seu juízo crítico limitado, pessoas que acumulam, frequentemente, podem justificar seus comportamentos disfuncionais, negando-se a aceitar ajuda ou diminuindo a intensidade de seus sintomas (Pertusa et al., 2010; DiMauro et al., 2013). Para Nakata et al. (2007) e Tolin et al. (2007), pacientes acumuladores que apresentam comorbidades de TOC possuem melhor capacidade de *insight*. Entretanto, tal dado não confirma a informação de que esses indivíduos possuem um funcionamento global prejudicado, em comparação com a população geral (Samuels et al., 2008).

A presença de peculiaridades no TA faz pensar na existência de subtipos para esse comportamento, dando origem a classificações nosológicas específicas para essa psicopatologia. Embora o *DSM-5* (APA, 2013a) não especifique os subtipos

dessa psicopatologia para diagnóstico diferencial, dados da literatura fazem referência à existência de classificações para o TA, como os acumuladores compulsivos, acumuladores de animais e colecionadores (Frost, Patronek & Rosenfield, 2011).

Classificações para o TA

Acumuladores compulsivos

Para os acumuladores compulsivos (*compulsive hoarders*), a obtenção de objetos desnecessários torna-se um comportamento repetitivo, constituindo uma forma de investimento, em uma tentativa de preservar o valor afetivo subjacente às coisas (Lima, 2011). Esses sujeitos apresentam enorme medo de perderem ou desfazerem-se de objetos que possam vir a ser importantes no futuro, ou pela sua conexão emocional associada (Mataix-Cols et al., 2010; APA, 2013a). Por isso, desenvolvem determinadas crenças acerca da posse e privação de objetos (Valente, 2009), que levam a comportamentos de indecisão, evitação de contatos sociais e perfeccionismo (Tolin, Kiehl, Worhunsky, Book & Maltby, 2009; APA, 2013b; Fernández de la Cruz et al., 2013).

Acumuladores compulsivos, normalmente, encontram dificuldades na organização de seu espaço físico, tornando o seu ambiente de convívio praticamente inabitável. Trata-se de sujeitos que perderam o senso de autocontrole, tornando impossível a classificação e organização de seus itens (Pertusa et al., 2010; Lima, 2011), possivelmente em virtude de déficits cognitivos relacionados à atenção e organização espacial (Grisham et al., 2007; APA, 2013b). Os acumuladores cuja principal característica compreenda o consumismo compulsivo obtêm mais satisfação no acúmulo propriamente dito

do que na possibilidade de desfrutar dos objetos adquiridos (Lima, 2011). Ainda, considera-se comum entre os pesquisadores a ideia de que acumuladores compulsivos teriam, necessariamente, passado por experiências de privação material em algum momento de suas vidas. No entanto, como sugerem Alonso et al. (2004) e Mataix-Cols et al. (2010), o TA está relacionado, sobretudo, com experiências de privação emocional na infância.

Acumuladores de animais

Os acumuladores de animais (*animal hoarders*) caracterizam-se como indivíduos que adquirem uma grande quantidade de animais (dezenas ou centenas), os quais podem ser mantidos em espaços inadequados ou em condições inseguras e insalubres (APA, 2013b). Por vezes, os sujeitos que manifestam essa forma específica do TA não conseguem satisfazer os cuidados básicos de que um animal precisa, mas continuam a mantê-los consigo (APA, 2013a). Essa classe de indivíduos que acumulam é movida por sentimentos de dó e compaixão para com animais em situação de abandono ou maus-tratos, apresentando, inclusive, dificuldades em livrar-se deles mesmo após a morte dos bichos (Pertusa et al., 2010; Lima, 2011). Normalmente, trata-se de mulheres solteiras, na meia-idade, vivendo sozinhas e com possíveis traços de TP. Essas pessoas não percebem os efeitos negativos que tal comportamento produz em sua vida e permanecem alimentando sua necessidade de cuidar e de controlar (Patronek & Nathanson, 2009; Pertusa et al., 2010).

Eventos traumáticos e dificuldades de relacionamento podem estar associados com o início dos sintomas no TA (Mills, 2013). A Teoria do Apego foi utilizada para compreender o desenvolvimento clínico dessa forma de comportamento

desadaptativo. Segundo os autores, pacientes que acumulam animais, comumente, passaram por experiências de apego disfuncional e, na vida adulta, vinculam-se com animais quando o apego humano torna-se um problema. Esses sujeitos desenvolvem a crença de que ninguém pode cuidar tão bem de um animal quanto eles mesmos. No entanto, muitas vezes, as condições desse cuidado apresentam-se inadequadas, em virtude da quantidade de animais acumulados, comprometendo a própria saúde (Patronek & Nathanson, 2009).

Acumulador colecionador

Os acumuladores colecionadores constituem a classificação nosológica que pode ser considerada a mais sadia ou na qual o lado saudável da personalidade comumente prevalece. Pelo que se sabe, os colecionadores de caráter compulsivo conseguem manter um nível de organização maior relacionado ao ambiente onde vivem (Lima, 2011; APA, 2013a). Pessoas que colecionam buscam objetos para completar sua coleção, organizam-nos ou procuram exibi-los. Contudo, a grande diferença entre os colecionadores e os acumuladores compulsivos reside no fato de que os primeiros escolhem objetos específicos, como camisetas, carros, selos de cartas para acumular, enquanto os segundos selecionam coisas em geral e apresentam dificuldades de organizar o ambiente onde convivem (APA, 2013a, 2013b).

Abordagens de intervenção

O TA é compreendido como uma doença crônica, cujos sintomas tendem a agravar-se com o passar do tempo e à medida que mais objetos e/ou animais vão sendo acumulados (Grisham et al., 2006). Em função da sua recente inclusão do *DSM-5* (APA, 2013a), ainda não existem pesquisas empíricas sobre a avaliação e os resultados

de tratamento para esse perfil de pacientes, considerando os critérios diagnósticos estabelecidos no manual. Nesse sentido, faz-se importante identificar os sintomas precocemente, a fim de orientar o indivíduo na busca por ajuda especializada (APA, 2013c). No entanto, muitos pacientes que acumulam podem apresentar baixa motivação para realizar algum tipo de tratamento, ou pouco juízo crítico e baixa capacidade de *insight* acerca do seu problema. Normalmente, esses sujeitos tendem a omitir seus sintomas ou apresentam dificuldade em tomar decisões, o que acaba dificultando a sua aderência às intervenções psicológicas (Tolin et al., 2007; Pogosian, 2010; Maher et al., 2012; APA, 2013a).

Na literatura, não foram encontrados artigos ou estudos de caso que relatassem a utilização de abordagens psicodinâmicas para o tratamento do TA. Contudo, a abordagem de psicoterapia mais aplicada atualmente e com resultados promissores é a TCC, tornando-se necessária a explicitação de suas técnicas e ferramentas no manejo com pacientes que acumulam. Trata-se de uma modalidade de tratamento que consiste em um método focado, de caráter breve e com sessões estruturadas, cujo objetivo compreende a reestruturação do pensamento e mudanças cognitivas e comportamentais (Beck, 2013; Schmidt & Della Méa, 2013). Nesse sentido, o enfoque da TCC para pacientes que acumulam consiste em modificar as crenças dessas pessoas sobre as suas posses, auxiliando-as na tomada de decisões e no desenvolvimento de estratégias para diminuir a frequência dos hábitos de coleta (Frost, Steketee & Greene, 2003; Mills, 2013).

Essas pessoas apresentam, em sua maioria, pensamentos mágicos, distorcidos ou catastróficos acerca de desfazerem-se de suas posses, o que pode aumentar a recusa

em abandonar os objetos coletados. Por isso, as intervenções psicoterapêuticas são focadas na diminuição do sofrimento apresentado pelo indivíduo ao descartar as coisas que acumulam. Esses sujeitos creem que qualquer item coletado servirá para algum propósito futuramente, justificando a importância de se utilizarem intervenções que contemplem as suas crenças disfuncionais sobre os objetos acumulados (Tolin et al., 2007; Pertusa et al., 2008; Valente, 2009; Pogosian, 2010; Mataix-Cols et al., 2010).

Nos casos em que são relatados eventos de vida negativos pelos indivíduos que acumulam, a utilização de uma abordagem ampliada de psicoterapia pode ser necessária, como é o caso da Terapia do Esquema. Trata-se de uma metodologia que vai além do modelo cognitivo tradicional (Beck, 2013), fazendo uso de técnicas cognitivas, comportamentais e vivenciais para trabalhar as crenças e experiências de privação emocional manifestadas pelos indivíduos (Martin & Young, 2010). A Terapia do Esquema visa à flexibilização das estruturas mentais responsáveis pela percepção do sujeito acerca da realidade, denominadas por Young, Klosko e Weishaar (2008) de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs). No caso da TE, entende-se que essas estruturas cognitivas podem estar relacionadas a determinados conteúdos do pensamento, responsáveis pela manutenção de psicopatologias específicas, como o TA.

Em termos de TCC, as abordagens comumente citadas consistem na psicoeducação, no estabelecimento das metas e no uso de técnicas específicas, como reestruturação cognitiva, exposição gradual, treino de habilidades sociais e emprego de estratégias motivacionais (Pertusa et al., 2010; Pogosian, 2010). O foco da psicoterapia consiste em auxiliar o

sujeito que acumula a contestar seus pensamentos distorcidos e a modificar as suas crenças acerca do perfeccionismo, da organização e do acúmulo de objetos (Tumur, Kaltenthaler, Ferriter, Beverley & Parry, 2007). Pelo uso de *feedbacks*, o terapeuta auxilia o paciente a promover a reestruturação cognitiva e aprimorar a sua habilidade em tomar decisões, expondo-o, gradualmente, a estímulos que provocam sofrimento, de modo que o descarte de itens seja menos custoso (Grisham & Barlow, 2005; Pogosian, 2010).

Estudos de caso relatados por Frost, Steketee e Greene (2003) e Pogosian (2010) apresentam as principais dificuldades no tratamento de abordagem cognitivo-comportamental para pacientes com TA. Embora a literatura indique a necessidade mínima de um ano de TCC para esses pacientes, pesquisas realizadas nos Estados Unidos relataram que, após 26 sessões, aproximadamente 70% dos 40 pacientes submetidos à psicoterapia apresentaram melhoras significativas dos seus sintomas de acumulação e desorganização (Steketee, Frost, Tolin, Rasmussen & Brown, 2010). Através do uso de técnicas específicas de intervenção, verificou-se a eficácia da TCC no trabalho clínico com esses pacientes (Grisham & Barlow, 2005).

Em muitos casos, a realização de sessões na casa do paciente pode promover o surgimento de resultados terapêuticos benéficos, o que pode ser considerado uma opção alternativa viável para esses quadros.

Outra possibilidade de tratamento para pacientes com TA consiste na terapia de grupo. Um estudo realizado em 45 pacientes utilizando a TCC de grupo com duração de 16 a 20 sessões relatou que, praticamente, 80% dos indivíduos com TA apresentaram redução dos seus sintomas após a terapia. Observou-se, inclusive, que

além da diminuição dos comportamentos de acumulação evidenciados, os indivíduos da pesquisa também manifestaram redução significativa nos seus sintomas depressivos e ansiosos, promovendo o aumento da sua qualidade de vida (Gilliam et al., 2011).

Um estudo experimental desenvolvido por Tolin et al. (2007) avaliou a eficácia da TCC em uma amostra de quatorze indivíduos com traços de TA, dos quais apenas dez concluíram o tratamento. Em um período de 7-12 meses, foram realizadas 26 sessões individuais com os sujeitos, seguidas de um processo de avaliação antes, durante e após a intervenção. Trata-se de um modelo próprio que utiliza sessões em casa, enfatizando a reestruturação das crenças e suposições acerca das posses, a resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades de organização. Por meio desse trabalho, constatou-se mudanças significativas, especialmente nos pacientes comprometidos com a execução das tarefas de casa, possibilitando a manutenção dos ganhos obtidos com a psicoterapia.

Entretanto, é necessário destacar que a presença de aspectos como a baixa motivação para o tratamento e a pouca capacidade de *insight* encontram-se diretamente relacionados a resultados insatisfatórios de tratamento (Steketee et al., 2010). Ainda, a recente inclusão do TA no *DSM-5* levanta questionamentos acerca da credibilidade desses estudos, considerando as novas classificações diagnósticas vigentes (APA, 2013a). Cabe ressaltar, inclusive, que intervenções psicofarmacológicas focadas nos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), benzodiazepínicos e antidepressivos atípicos também produzem melhoras significativas nos traços de TA, possibilitando a manutenção dos ganhos obtidos com a psicoterapia. No entanto, normalmente, nesses quadros faz-se necessária a realização de um trabalho

multiprofissional, contando com o auxílio de profissionais psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e organizadores (Steketee & Frost, 2003; Valente, 2009; Gilliam et al., 2011).

Considerações finais

A incapacidade em se libertar de objetos e a constante necessidade de adquirir coisas constituem, de certa forma, uma dificuldade associada ao controle de impulsos e em lidar com a ansiedade. Diversas pesquisas elencam os aspectos comórbidos, evidenciando a importância de fatores genéticos e ambientais, bem como de eventos associados à história de vida para o desenvolvimento do TA.

As abordagens psicoterapêuticas a serem utilizadas incluem, obrigatoriamente, o trabalho com cognições e comportamentos. Por isso, torna-se necessária a utilização de um modelo terapêutico adaptado para esses pacientes, evitando-se as situações que ativam sua compulsão por acumular coisas ou animais, com o objetivo de prevenir recaídas e atingir resultados promissores. Nesse sentido, ressalta-se a importância e sugere-se a necessidade da formulação de um modelo cognitivo específico para o TA, a partir do qual será desenvolvido um plano terapêutico que inclua a utilização de técnicas cognitivo-comportamentais adequadas para essa patologia.

Recentemente, percebeu-se um aumento no interesse dos pesquisadores, sobretudo no âmbito internacional, pelo TA. É possível que o número de estudos envolvendo pacientes com essa psicopatologia aumente em virtude da inclusão desse diagnóstico recentemente no *DSM-5* (APA, 2013a). Por fim, é necessário ressaltar a importância da

realização de novos estudos com esse perfil de pacientes, principalmente no que se refere à intervenção terapêutica a ser utilizada, também enfatizando a realidade

brasileira, uma vez que os dados acerca de relatos de casos de Acumuladores Compulsivos ainda não foram publicados no Brasil.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G. & Storch, E. A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1026-33. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796708001253>
- Alonso, P., M Menchón, J., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., ... & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in Obsessive-Compulsive Disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127(3), 267-78. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/15296826>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (APA). (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013b). Hoarding Disorder. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/mental-health/key-topics/hoarding-disorder>
- American Psychiatric Association (APA). (2013c). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/dsm5>
- An, S. K., Mataix-Cols, D., Lawrence, N. S., Wooderson, S., Giampietro, V., Speckens, A. et al. (2008). To discard or not to discard: the neural basis of hoarding symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Molecular Psychiatry*, 14(3), 318-331. Recuperado de <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n3/abs/4002129a.html>
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de transtornos da personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos.
- Couto, L. S. R. B., Rodrigues, L., Vivan, A. S. & Kristensen, C. H. (2010). A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínicos*, 3(2), 132-140.
- DiMauro, J., Tolin, D. F., Frost, R. O. & Steketee, G. (2013). Do people with hoarding disorder under-report their symptoms?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 130-6. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364913000031>

- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S. et al. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 204-9. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513000169>
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Rössler, W. & Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 188-96. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/23428236>
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K. E. & Selbo-Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 632-9. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618509000279>
- Frost, R. O., Steketee, G. & Greene, K. A. (2003). Cognitive and behavioral treatment of compulsive hoarding. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 323-337. Recuperado de <http://btci.stanford.clockss.org/cgi/content/abstract/3/3/323>
- Frost, R. O., Steketee, G. & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 876-84. Recuperado de <http://europepmc.org/articles/PMC3188689>
- Frost, R. O., Patronek, G. & Rosenfield, E. (2011). Comparison of object and Animal Hoarding. *Depression and Anxiety*, 28(10), 885-91. Recuperado de <http://europepmc.org/articles/PMC3175020>
- Gilliam, C. M., Norberg, M. M., Villavicencio, A., Morrison, S., Hannan, S. E. & Tolin, D. F. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 802-807. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796711001872>
- Grisham, J. R. & Barlow, D. H. (2005). Compulsive hoarding: Current research and theory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 45-52. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10862-005-3265-z#page-1>
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I. & Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 767-79. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618504000842>
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H. J. & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 675-86. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618505000824>
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Savage, C. R., Steketee, G. & Barlow, D. H. (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1471-83. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796707000034>
- Grisham, J. R. & Norberg, M. M. (2010). Compulsive Hoarding: current controversies and new directions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 233-40. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181962/>

- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 41(12), 2495-2506. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/21672296>
- Hertler, S. C. (2013). Understanding Obsessive-Compulsive Personality Disorder reviewing the specificity and sensitivity of DSM-IV diagnostic criteria. *SAGE Open*, 3(3), 1-10. Recuperado de <http://sgo.sagepub.com/content/3/3/2158244013500675>
- Iervolino, A., Perroud, N., Fullana, M., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. et al. (2009). Prevalence and heritability of Compulsive Hoarding: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1156-61. Recuperado de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101221>
- Lima, R. (2011). Acumuladores compulsivos: uma nova patologia psíquica. *Rev. Espaço Acadêmico*, 11(126), 208-15.
- Maher, M. J., Wang, Y., Zuckoff, A., Wall, M. M., Franklin, M., Foa, E. B. et al. (2012). Predictors of patient adherence to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(2), 124-6. Recuperado de <http://europepmc.org/articles/PMC3701446>
- Martin, R. & Young, J. E. (2010). Schema therapy. In: K. S. Dobson (Org.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 317-346). London: The Guilford Press.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F.,... Wilhelm, S. (2010). Hoarding Disorder: a new diagnosis for DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27(6), 556-72. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20693/full>
- Mataix-Cols, D. & Pertusa, A. (2012). Annual research review: Hoarding Disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 608-18. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/21895651>
- Mills, H. (2013). *The role of trauma in hoarding disorder*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <https://dspace.smith.edu/handle/11020/24225>
- Mueller, A., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Glaesmer, H. & Zwaan, M. (2009). The prevalence of Compulsive Hoarding and its association with Compulsive Buying in a German population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 705-9. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796709001065>
- Murphy, D. L., Timpano, K. R., Wheaton, M. G., Greenberg, B. D. & Miguel, E. C. (2010). Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 131-148. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/20623919>
- Nakata, A. C., Diniz, J. B., Torres, A. R., Mathis, M. A., Fossaluza, V., Braganças, C. A.,... Miguel, E. C. (2007). Level of insight and clinical features of Obsessive-Compulsive Disorder with and without Body Dysmorphic Disorder. *CNS Spectrums*, 12(4), 295-303. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/17426667>

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Patronek, G. J. & Nathanson, J. N. (2009). A theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animal hoarders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 274-81. Recuperado em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809000087>
- Pertusa, A., Fullana, M., Singh, S., Alonso, P., Menchón, J. & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive Hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both?. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1289-98. Recuperado de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=100225&atab=7>
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D.... Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of Compulsive Hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 371-86. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735810000206>
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., ... & Leckman, J. (2010). Should an obsessive–compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 528-555. Recuperado de <http://europepmc.org/articles/PMC3985410>
- Pogosian, L. (2010). Treatment of compulsive hoarding: a case study. *The Einstein Journal of Biology and Medicine*, 25(1), 8-11. Recuperado de http://www.einstein.yu.edu/uploadedfiles/ejbm/page8_page11.pdf
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y.,... Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of Hoarding Behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 836-44. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796708000867>
- Sampaio, A. S., Lins, R. M. P., Daltro-Oliveira, R., Quarantini, L. C., Rosário, M. C., Miguel, E. C. & Hounie, A. G. (2013). Estudos de associação genética no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(5), 177-190. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n5/03.pdf>
- Saxena, S. (2007). Is Compulsive Hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 5(3), 334-7. Recuperado de <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=98001>
- Schmidt, D. R. & Della Mía, C. P. (2013). Transtorno de Personalidade Paranoide dentro do Enfoque Cognitivo-Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 77-83.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D. et al. (2013). Obsessive-compulsive personality disorder co-occurring with obsessive-compulsive disorder: conceptual and clinical implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 65-73. Recuperado de <http://anp.sagepub.com/content/47/1/65.short>

- Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J. & Brown, T. A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 27(5), 476-484. Recuperado de <http://europepmc.org/articles/PMC2922687>
- Steketee, G. & Frost, R. (2003). Compulsive Hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 905-27. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735803000916>
- Tolin, D. F., Frost, R. O. & Steketee, G. (2007). An open trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Compulsive Hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1461-70. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796707000046>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D. & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160(2), 200-11. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178107002922>
- Tolin, D. F., Kiehl, K. A., Worhunsky, P., Book, G. A. & Maltby, N. (2009). An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychological Medicine*, 39(2), 325. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/18485263>
- Tumur, I., Kaltenthaler, E., Ferriter, M., Beverley, C. & Parry, G. (2007). Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 196-202. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/17570957>
- Valente, S. M. (2009). The Hoarding Syndrome: screening and treatment. *Home Healthcare Nurse*, 27(7), 432-40. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609148>
- Vidal, C. E. L. & Wanderley, R. G. (2012). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In C. N. Abreu & M. Roso (Cols.). *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista Novas Fronteiras da Prática Clínica* (pp. 139-148). Porto Alegre: Artmed.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X11001726>
- Wu, K. D. & Watson, D. (2005). Hoarding and its relation to Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 897-921. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796704001421>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Recibido: Abril 19-2014 Revisado: Septiembre 20-2014 Aceptado: Octubre 29-2014