

Caterina Novara e Susanna Pardini

# IL DISTURBO DA ACCUMULO E LA SUA VALUTAZIONE

Definizione, diagnosi e indicazioni per i familiari



Erickson

Grazie alle evidenze messe in luce da alcuni recenti studi e da quanto è emerso dall'attività clinica dei professionisti della salute mentale, è stato osservato che le persone che presentano un disturbo da accumulo riferiscono elevati livelli di disagio sociale e compromissione del funzionamento osservabili in diversi ambiti: lavorativo, sociale e della salute fisica. I sintomi possono manifestarsi anche all'interno di altre condizioni psicopatologiche, rendendo difficile stabilire un quadro preciso del problema e limitando la possibilità di offrire un trattamento specifico e mirato. Per delineare una modalità di indagine specifica, sono stati realizzati diversi strumenti (questionari, scale e interviste) al fine di agevolare i clinici nel processo di diagnosi differenziale. Dopo un inquadramento teorico, il libro presenta una definizione del disturbo da accumulo e ne descrive le peculiarità, fornendo indicazioni utili ai terapeuti e di supporto ai familiari di persone che ne soffrono. Il volume si conclude con un'analisi dettagliata dei principali strumenti diagnostici utilizzati a livello nazionale e internazionale.

• Parte I – Il disturbo da accumulo: Una presentazione del problema; La relazione con altre psicopatologie; Fattori genetici, neurobiologici, neuropsicologici e il modello cognitivo-comportamentale del disturbo; I familiari di chi presenta il disturbo da accumulo • Parte II – La valutazione del disturbo da accumulo: Il processo di valutazione dei disturbi mentali; Il *Saving Inventory-Revised (SI-R)*; L'*Hoarding Rating Scale (HRS)*; Il *Clutter Image Rating (CIR)*; La *Compulsive Acquisition Scale (CAS)*; La *Structured Interview for Hoarding Disorder (SIHD)*; Il *Saving Cognitions Inventory (SCI)*.



QUADERNI DI

## PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

diretti da Ezio Sanavio

I Quaderni di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale presentano i principali contributi di ricerca nazionali e internazionali e i più aggiornati strumenti clinici e operativi per l'assessment e il trattamento.

ISBN 978-88-590-1591-8



9 788859 015918

€ 22,00

# INDICE

- 7 PRESENTAZIONE
- PARTE PRIMA – Il disturbo da accumulo**
- 13 CAPITOLO PRIMO  
Una presentazione del problema
- 23 CAPITOLO SECONDO  
La relazione con altre psicopatologie e con problemi di carattere medico
- 47 CAPITOLO TERZO  
Fattori genetici, neurobiologici, neuropsicologici  
e il modello cognitivo-comportamentale del disturbo da accumulo
- 63 CAPITOLO QUARTO  
I familiari di chi presenta il disturbo da accumulo
- PARTE SECONDA – La valutazione del disturbo da accumulo**
- 75 CAPITOLO QUINTO  
Il processo di valutazione dei disturbi mentali
- 77 CAPITOLO SESTO  
Il *Saving Inventory-Revised* (SI-R):  
un questionario per l'indagine delle caratteristiche del disturbo
- 87 CAPITOLO SETTIMO  
L'*Hoarding Rating Scale* (HRS):  
la valutazione in fase di screening
- 95 CAPITOLO OTTAVO  
Il *Clutter Image Rating* (CIR):  
un ausilio per l'indagine dei livelli di ingombro
- 107 CAPITOLO NONO  
La *Compulsive Acquisition Scale* (CAS):  
la valutazione dello shopping compulsivo
- 117 CAPITOLO DECIMO  
La *Structured Interview for Hoarding Disorder* (SIHD):  
un'intervista per valutare il disturbo e le sue comorbidità
- 141 CAPITOLO UNDICESIMO  
Il *Saving Cognition Inventory* (SCI):  
un questionario per l'indagine delle credenze disfunzionali
- 149 BIBLIOGRAFIA

# Presentazione

*La casa di Annamaria era letteralmente invasa da oggetti di ogni tipo, al punto che anche le stanze principali avevano perso la loro funzione d'uso primaria. La sala, ad esempio, pur essendo grande, non poteva essere utilizzata per mangiare o guardare la televisione perché era completamente ingombra di cose disposte su tutto il pavimento. In quella stanza era difficile farsi strada per spostarsi da una parte all'altra e sembrava che tutto quello che conteneva non fosse stato disposto secondo un criterio preciso.*

*Tra gli oggetti conservati da Annamaria prevalevano libri e stampanti che lei, in realtà, non usava ma che preferiva conservare in quanto in futuro, forse, avrebbero potuto servirle.*

*Franco, il compagno di Annamaria, riconosceva la sua difficoltà nel disfarsi degli oggetti e nell'organizzarli; per questo motivo aveva sempre cercato di aiutarla nella gestione della casa anche se negli ultimi tempi non riusciva più a credere che ci fosse una possibile soluzione ed era arrivato al punto di pensare di trasferirsi altrove.*

Il passo sopra citato rappresenta la breve descrizione di una situazione abbastanza emblematica, che le persone con disturbo da accumulo si trovano costantemente a vivere. Infatti, gli oggetti che ingombrano la casa di Annamaria, la necessità di non disfarsene perché in futuro potrebbero rivelarsi utili e la difficoltà nell'organizzarli rappresentano alcune delle possibili manifestazioni di questo problema psicologico che, nel tempo, possono compromettere le relazioni personali e, più in generale, la qualità della vita della persona e di chi le sta vicino.

Nonostante lo studio scientifico e la concettualizzazione condivisa del disturbo da accumulo siano iniziati in tempi abbastanza recenti, è possibile scoprire come se ne parlasse, in varie forme, già a partire da secoli orsono. Ad esempio, nella *Commedia* di Dante vengono descritte le persone che nel corso della vita avevano attribuito eccessiva importanza ai beni materiali. Nella seconda metà dell'Ottocento, Giovanni Verga narra, nel racconto *La roba*, il tema del bisogno

di oggetti («la roba», appunto) attraverso il personaggio di Mazarò, un proprietario terriero che, seppur ricco, conduce una vita fatta di stenti, sacrificando gli agi per accumulare quantità sempre maggiori di beni e vivendo la senilità con la preoccupazione, una volta morto, di separarsi da tutto ciò che possiede.

A prescindere dal messaggio più ampio che tali scritti tramandano, le descrizioni che contengono, in riferimento all'accumulo, forniscono un'indicazione della sofferenza che comporta un problema di questo tipo.

In ogni caso, la testimonianza più nota della difficoltà nel disfarsi degli oggetti si ha, probabilmente, con la descrizione del caso di Homer e Langley Collyer, due fratelli che, nel 1946, perirono nella propria abitazione di New York l'uno a causa del crollo di oggetti e l'altro, dipendente dal fratello in quanto paralizzato, per fame. A fare la scoperta fu la polizia di Harlem che, oltre alle spoglie, rinvennero una quantità imponente di oggetti tra i più svariati (circa 170 tonnellate) che erano stati accumulati e disposti in ogni parte della casa, in modo tale da rendere praticamente inagibile l'accesso alla maggior parte degli spazi. È inutile aggiungere che il caso fu tra i protagonisti delle testate di cronaca del tempo per la sua singolarità. In effetti, risulta difficile capire i processi che predispongono e favoriscono una condotta di questo tipo, che realmente può portare a mettere a repentaglio la propria vita e quella degli altri.

La tragica vicenda dei fratelli Collyer ha avuto, inoltre, un impatto significativo nel destare un interesse per l'approfondimento e lo studio di queste condotte, tale da dare inizio alla conduzione di ricerche sistematiche in relazione al problema. Tra i pionieri dell'indagine del comportamento di accumulo citiamo gli studiosi statunitensi Randy O. Frost e Gail Steketee che hanno messo a punto la maggior parte delle ricerche sostanziali in questo ambito.

Intorno agli anni Duemila la ricerca scientifica ha iniziato a prender piede anche in Italia e ciò ha permesso, oltre all'indagine sistematica di questo disturbo nel nostro territorio, anche la produzione di materiali a scopo divulgativo, finalizzati alla diffusione di informazioni basate su dati di evidenza scientifica.

Tra le attività in questa direzione ricordiamo la traduzione dell'opera di Frost e Steketee intitolata *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of things* (2010; trad.it., 2012, *Tengo tutto. Perché non si riesce a buttare via niente*) e il manuale *Il disturbo da accumulo* curato da Perdighe e Mancini (2015).

Nell'ultimo decennio anche i mass-media hanno offerto il loro contributo alla divulgazione di informazioni sul problema, estendendo considerevolmente la consapevolezza della sua esistenza. La diffusione in questo senso è stata trasposta sotto forma di *docu-reality* in cui venivano narrate in prima persona le vicende e le problematiche di persone affette dal disturbo. Seppur tale modalità non consenta una comprensione accurata del problema e delle sue caratteristiche, riconosciamo

il contributo che ha apportato nel sensibilizzare la società, promuovendo consapevolezza e interesse verso il disturbo e identificandolo come una situazione problematica, spesso tragica, pervasiva e compromettente per la vita, non solo di chi ne è direttamente coinvolto, ma anche dell'intera comunità.

Accumulare una grande quantità di oggetti all'interno della propria abitazione conduce a rendere inagibili e pericolosi gli spazi; il rischio è molteplice e va dalla possibilità di rimanere schiacciati dai propri oggetti (come è accaduto a uno dei fratelli Collyer) al contrarre varie forme di patologie a causa della scarsa igiene. Questa condizione predispone al rischio di isolamento sociale, in quanto spesso chi presenta il problema prova vergogna verso il proprio comportamento, limitando la possibilità di ricercare aiuto all'esterno della propria cerchia familiare.

Questo atteggiamento contribuisce ad alimentare un circuito vizioso che porta a sottostimare la prevalenza del disturbo anche da parte dei clinici, tanto che è ricorrente lo stupore di chi vi si interfaccia per la prima volta e scopre che la sua presenza sul territorio non è affatto irrisoria. Data la difficoltà a parlare del proprio problema, non sappiamo se e quanto la divulgazione del disturbo da accumulo avvenuta in questi anni abbia permesso alle persone che ne soffrono di richiedere un aiuto; ci sentiamo di dire, però, che in qualche modo se ne parla di più e, per questo, si auspica che ciò possa rappresentare un percorso possibile verso il contrasto del tabù che da sempre aleggia attorno a tale problematica, frequentemente vista come una modalità bizzarra, inspiegabile, assolutamente da nascondere e da vivere in silenzio all'interno delle proprie mura domestiche.

Gli effetti di una più ampia diffusione delle informazioni sul disturbo da accumulo sono evidenti e hanno preso forma anche attraverso la costituzione di vere e proprie *task force* promosse da Comuni e Ausl presenti sul territorio italiano per arginare l'impatto del problema. Queste organizzazioni collaborano per l'attuazione di interventi preventivi e di gestione rivolti a coloro che subiscono le conseguenze del disturbo, disponendo un lavoro integrato e multidisciplinare tra diversi professionisti (psicologi, psichiatri, assistenti sociali, polizia municipale, vigili del fuoco, ecc.) allo scopo di formare un gruppo di lavoro che si pone come fine ultimo quello di fornire un supporto assistenziale a vari livelli e rivolto, oltre che all'individuo che presenta il problema, anche ai suoi familiari e alla comunità in cui esso è inserito.

Un ulteriore passaggio fondamentale, che ha contribuito in particolar modo alla messa a punto di ricerche epidemiologiche, è avvenuto con il riconoscimento ufficiale del disturbo da accumulo come problematica indipendente all'interno dell'ultima versione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5; APA, 2013). Infatti, ciò ha permesso di prendere in considerazione i più recenti dati epidemiologici che indicano una vasta presenza del disturbo da accumulo a livello mondiale.

Grazie alle evidenze messe in luce dalle attività in ambito clinico e di ricerca, è stato osservato che le persone che presentano questo problema riferiscono elevati livelli di disagio sociale, compromissione del funzionamento e della qualità della vita, osservabili in diversi ambiti: lavorativo, della salute fisica e sociale (Frost et al., 2000; Tolin et al., 2008a; 2008b; Bottesi e Novara, 2012; Ong et al., 2015); inoltre, le caratteristiche del disturbo possono manifestarsi anche all'interno di altre condizioni psicopatologiche rendendo difficile averne un quadro preciso e limitando la possibilità di offrire un trattamento specifico e mirato in assenza di linee guida da seguire per una valutazione accurata (Hwang et al., 1998; Mueller et al., 2009; Albert et al., 2015).

Tutti questi motivi hanno reso sempre più evidente la necessità di creare modalità di indagine ad hoc. Per ciò, più o meno simultaneamente alla stesura della definizione del disturbo, diversi strumenti (questionari, scale e interviste) sono stati sviluppati per la valutazione delle sue caratteristiche e per agevolare il processo di diagnosi differenziale.

Questo libro vuole essere uno strumento comprensivo di quanto, ad oggi, risulta essere più aggiornato e in linea con le procedure standard proposte dalla letteratura scientifica sulla valutazione e la diagnosi del disturbo da accumulo, al fine di rendere disponibile agli psicologi clinici e agli psicoterapeuti italiani una raccolta di questionari e interviste agevole e completa che permetta la conduzione di un assessment mirato da cui partire per l'eventuale stesura di piani di trattamento.

Il libro si organizza a partire da una descrizione generale atta a fornire delle conoscenze fondate sulla manifestazione e sul funzionamento del problema; l'ultimo capitolo di questa sezione è dedicato e rivolto ai familiari e, più in generale, a chi si prende cura delle persone che soffrono del disturbo da accumulo con l'intento di far emergere quanto l'impatto di questo problema sia pervasivo e come sia fondamentale conoscerlo per affrontarlo attivamente superando il timore di richiedere un aiuto esterno (Parte Prima).

La Parte Seconda è invece dedicata alla presentazione dei principali strumenti diagnostici utilizzati anche in Italia.

# La relazione con altre psicopatologie e con problemi di carattere medico

## Comorbidità e diagnosi differenziale

Le componenti del disturbo da accumulo sembrano coesistere frequentemente con altri disturbi mentali e di natura medica.

A grandi linee tale problema può essere descritto entro tre configurazioni principali di comorbidità diagnostica (Hall et al., 2013).

La *prima configurazione* corrisponde alla condizione in cui il disturbo non è in comorbidità con altre manifestazioni psicopatologiche; questa tipologia riguarda il 42% del campione costituito da persone che si auto-identificano accumulatori. Tuttavia, in questo gruppo sono comunque presenti sintomi depressivi, deficit di attenzione e iperattività, difficoltà nel prendere decisioni e, in generale, nel processamento delle informazioni; è stata, inoltre, segnalata la presenza di una sintomatologia ansiosa e di una capacità inferiore di autocontrollo rispetto a persone che non lamentavano alcun sintomo psicopatologico. Ciò suggerisce che queste manifestazioni devono essere considerate nell'ambito della valutazione del disturbo da accumulo.

La *seconda configurazione* presenta un'elevata comorbidità tra disturbo da accumulo e depressione. Questa condizione descrive il 42% del campione, caratterizzato anche dalla messa in atto di un comportamento impulsivo di acquisizione di oggetti. In linea con i modelli dell'acquisizione «compulsiva», tale comportamento può essere considerato come una strategia per regolare il tono dell'umore (Mick e DeMoss, 1990; Baumeister, 2002). Inoltre, questo gruppo è caratterizzato anche da scarse capacità di regolazione emozionale e di autocontrollo, suggerendo un più probabile utilizzo di strategie esterne e disfunzionali per la gestione del tono dell'umore, e da elevati livelli di perfezionismo e problemi durante il processo decisionale (*decision-making*).

La *terza configurazione* riguarda la comorbidità tra disturbo da accumulo, manifestazioni depressive clinicamente significative e deficit di attenzione afferenti al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Il 16% degli individui del



campione è stato descritto all'interno di questa configurazione. Anche in questo gruppo sono emersi problemi nel prendere decisioni ed è stata messa in luce una difficoltà nel mantenere l'attenzione focalizzata verso un compito (attenzione sostenuta) e nelle funzioni esecutive. Inoltre, sono state messe in evidenza difficoltà nelle attività di vita quotidiana, distress ed elevati livelli di «squallore» domestico, suggerendo come l'alterazione delle capacità attentive possa comportare un incremento della compromissione del funzionamento in relazione con le componenti del disturbo da accumulo.

Complessivamente, nonostante si registri una comorbilità cospicua con sintomi depressivi e difficoltà attentive, sono emerse anche altre alterazioni di tipo cognitivo e comportamentale; diversi studi si sono inoltre posti l'obiettivo di indagare la presenza di comportamenti di accumulo come manifestazione fenomenologica di altri disturbi e hanno contribuito all'indagine della frequenza di comorbilità con altre manifestazioni psicopatologiche. Ciò che è emerso viene descritto all'interno dei prossimi sottoparagrafi.

### *Disturbo da accumulo e disturbo ossessivo-compulsivo*

La questione se il disturbo da accumulo sia o meno indipendente dal disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è già stata in parte affrontata nel Capitolo 1. In questo contesto l'intento è quello di approfondire le caratteristiche del disturbo da accumulo come sintomo del disturbo ossessivo-compulsivo e quali aspetti, invece, permettono di affermarne l'indipendenza.

#### CARATTERISTICHE DEL DISTURBO DA ACCUMULO SECONDARIE AL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Un'importante rassegna di Albert e colleghi (2012) ha raccolto i risultati delle ricerche che hanno descritto le condizioni in cui il comportamento di accumulo può essere considerato epifenomeno del disturbo ossessivo-compulsivo. Nel gruppo dei pazienti che presentavano i sintomi di entrambi i disturbi, approssimativamente un partecipante su quattro mostra un profilo psicopatologico caratterizzato dall'accumulo di oggetti bizzarri e dalla presenza di altre ossessioni e compulsioni associate al disturbo da accumulo (come anche la necessità di mettere in atto rituali di controllo) e il 28% dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e comportamento di accumulo manifesta sintomi di accumulo patologico secondari al DOC (Pertusa et al., 2008).

È stato messo in evidenza che alcune caratteristiche del disturbo da accumulo segnalano la presenza di disturbo ossessivo-compulsivo; un esempio può essere

l'incapacità di disfarsi di vestiti usati, della spazzatura, o di qualsiasi oggetto che è stato toccato con le proprie mani per prevenire la possibilità che altre persone entrino in contatto con essi e ne vengano contaminati (comportamento di accumulo conseguente a un'ossessione di contaminazione). Inoltre, quando il comportamento di accumulo è indice della presenza di disturbo ossessivo-compulsivo, sembra più grave e disabilitante rispetto ai casi in cui viene diagnosticato in modo indipendente (Albert et al., 2012).

Per facilitare la distinzione, elenchiamo alcuni criteri utili al fine di identificare i casi in cui le manifestazioni del disturbo sono riconducibili a una diagnosi primaria di disturbo ossessivo-compulsivo (Mataix-Cols et al., 2010):

- a) il comportamento di accumulo è principalmente guidato da ossessioni prototipiche (ad esempio, paura di contaminazione) o è messo in atto per evitare condotte compulsive onerose (ad esempio, non disfarsi degli oggetti per evitare ripetute attività di decontaminazione o rituali di controllo);
- b) il comportamento di accumulo è indesiderato e particolarmente angosciante: gli individui non mostrano interesse per la maggior parte degli oggetti accumulati in quanto questi ultimi hanno assunto un valore affettivo o intrinseco per essi (Steketee e Frost, 2003; Frost e Gross, 1993; Frost et al., 1995; Grisham, Steketee e Frost, 2008);
- c) normalmente non viene riscontrata la componente di acquisizione eccessiva di oggetti che, se presente, può essere associata all'acquisto in relazione a qualche ossessione specifica (ad esempio, comprare oggetti in determinati numeri, comprare oggetti che sono stati accidentalmente toccati al fine di evitare che altre persone vengano contaminate) e non per il desiderio di possederli.

#### DISTURBO DA ACCUMULO COME PROBLEMATICA INDIPENDENTE O IN COMORBILTÀ CON IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Nella maggior parte dei casi il disturbo da accumulo è diagnosticato indipendentemente dal disturbo ossessivo-compulsivo e può essere con esso in comorbilità, come anche con altri disturbi psicologici (Pertusa et al., 2008; Samuels et al., 2008; Abramowitz, Wheaton e Storch, 2008). Di seguito ne vengono descritte le caratteristiche principali:

- nel disturbo da accumulo i pensieri non sono esperiti come intrusivi ma piuttosto come parte del normale flusso di pensiero, non sono ripetitivi e sono raramente definiti come sgradevoli e angoscianti. Inoltre, i pazienti con questo problema non riferiscono convinzioni esagerate in relazione all'importanza di esercitare un

controllo sui propri pensieri (Frost et al., 1995; Steketee, Frost e Kyrios, 2003; Kyrios et al., 2004; Tolin, Brady e Hannan, 2008);

- nel disturbo da accumulo non disfarsi degli oggetti può rappresentare un modo per evitare l'esperienza di perdita, per evitare di prendere una decisione che comporterebbe ansia, o per evitare emozioni di ansia e paura legate alla preoccupazione di compiere un errore (Steketee e Frost, 2003; Frost e Hartl, 1996; Grisham, Steketee e Frost, 2008);
- nel disturbo da accumulo gli oggetti conservati assumono un significato emotivo o sono investiti di un valore pratico e intrinseco (Frost et al., 1995; Frost e Hartl, 1996; Pertusa et al., 2008);
- quando i pazienti con disturbo da accumulo sono posti di fronte alla condizione di doversi disfare dei propri oggetti, tendono a provare emozioni come tristezza, dolore, rabbia o ansia, emozioni raramente associate alle ossessioni (Steketee e Frost, 2003; Kyrios, Frost e Steketee, 2004). Di converso il non disfarsi degli oggetti e la messa in atto di comportamenti di acquisizione sono associati a emozioni positive di eccitazione, piacere ed euforia, di rado esperite dai pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (Steketee e Frost, 2003);
- normalmente il comportamento di accumulo è percepito in modo egosintonico ed è frequentemente accompagnato dalla mancanza di *insight* (Tolin, Frost e Steketee, 2007; si veda figura 2.1).

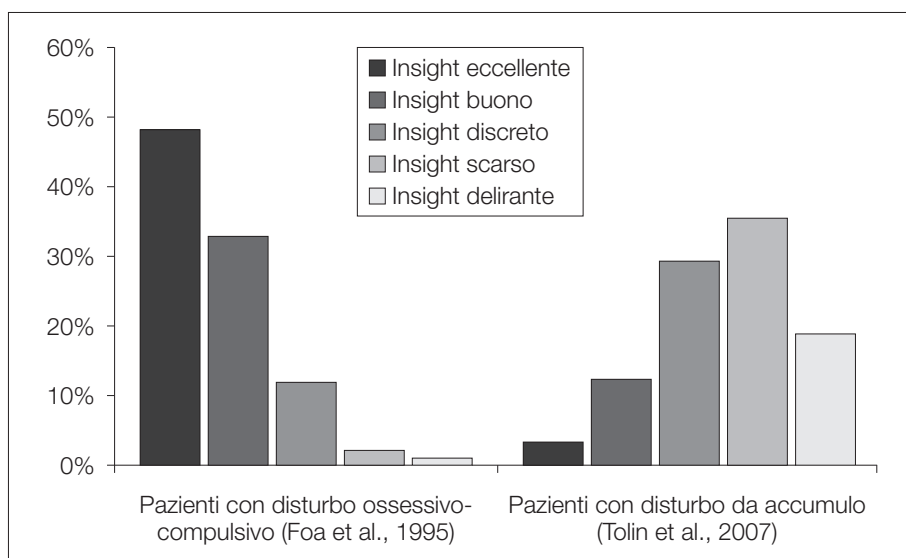


Fig. 2.1 Livelli di insight in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da accumulo a confronto.

Al fine di sintetizzare i concetti sopra esposti è stata riportata di seguito una tabella riassuntiva (tabella 2.1).

TABELLA 2.1  
**Differenze tra comportamento di accumulo come dimensione sintomatologica del disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo da accumulo come sindrome indipendente**

<b>Disturbo da accumulo come manifestazione del disturbo ossessivo-compulsivo</b>	<b>Disturbo da accumulo indipendente dal disturbo ossessivo-compulsivo</b>
Il comportamento di accumulo si manifesta secondariamente alle ossessioni del disturbo ossessivo-compulsivo.	Le componenti del disturbo da accumulo sono presenti indipendentemente dai sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo.
Il comportamento di accumulo è percepito come intrusivo e interferente e provoca livelli di ansia e disagio clinicamente significativi.	Le componenti del disturbo da accumulo sono egosintoniche. Ansia e disagio non sono dovuti al comportamento di accumulo ma sono conseguenti all'ingombro degli spazi domestici; inoltre, sono frequenti le manifestazioni di rabbia, disagio e dolore quando le persone devono disfarsi degli oggetti.
Generalmente non vengono esperite emozioni positive in relazione al comportamento da accumulo.	Al disturbo da accumulo sono talvolta associate anche emozioni positive (piacere, eccitazione, euforia).
Le persone attribuiscono normalmente uno scarso valore sia materiale che affettivo agli oggetti che conservano.	Gli oggetti conservati sono investiti di un significato emotivo/pratico/intrinseco.
Sono per lo più conservati oggetti «bizzarri» (come spazzatura, feci, urina, unghie, capelli, pannolini usati, cibi scaduti).	Non vengono conservati oggetti «bizzarri».
L'insight è buono nella maggior parte dei casi.	L'insight è di norma scarso o assente.
Il comportamento di accumulo non ha sempre un decorso ingravescente con il passare del tempo.	Il disturbo da accumulo ha un decorso ingravescente.

Fonte: Albert et al. (2012); Pertusa et al. (2008); Rachman et al. (2009); Pertusa et al. (2010).

L'elemento che permette di delineare meglio se una certa configurazione fenomenologica sia riconducibile al disturbo da accumulo piuttosto che al disturbo

ossessivo-compulsivo è l'analisi dei processi sottostanti che guidano e motivano la messa in atto di un certo comportamento. Infatti, sia una persona che presenta il disturbo ossessivo-compulsivo che colei che manifesta il disturbo da accumulo possono evitare di disfarsi degli oggetti arrivando a conservarne così tanti da ingombrare eccessivamente la propria casa. Le motivazioni, però, possono essere diverse: mentre la persona con disturbo da accumulo spiega il proprio comportamento con la necessità di conservare i suoi oggetti per tenere in mente alcuni specifici ricordi che altrimenti è sicuro che andrebbero persi, la persona che presenta il disturbo ossessivo-compulsivo potrebbe adottare la stessa modalità guidata da una distorta attribuzione di responsabilità, per cui potrebbe credere che conservare tutta una serie di oggetti gli consenta di tutelare la sicurezza di altri per i quali gli stessi potrebbero essere nocivi.

### DISTURBO DA ACCUMULO, DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE E DISTURBI D'ANSIA

Già Samuels e colleghi (2002) e Lochner e colleghi (2005) avevano messo in luce un'elevata frequenza del disturbo depressivo maggiore (50-75% dei casi) e di alcuni disturbi d'ansia in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e comportamento di accumulo (disturbo d'ansia generalizzata: 23-39% dei casi; disturbo da panico: 15% dei casi; agorafobia: 14% dei casi; fobia specifica: 26-29% dei casi; fobia sociale: 14-71% dei casi).

Uno dei pochi studi che ha considerato la relazione tra comportamento di accumulo e disturbi diversi dal disturbo ossessivo-compulsivo è stato quello messo a punto da Tolin, Meunier, Frost e Steketee (2011a), in cui era stato valutato un gruppo di pazienti che avevano in corso un trattamento per i disturbi d'ansia. È emerso che il 28% dei pazienti con disturbo d'ansia generalizzata, il 16,6% dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e il 14,8% di coloro che avevano ricevuto una diagnosi di fobia sociale presentavano un comportamento di accumulo reputato clinicamente significativo. Questi dati sono stati confermati in un campione di pazienti con diagnosi di disturbo da accumulo dei quali più del 50% aveva anche disturbo depressivo maggiore, il 24,4% manifestava disturbo d'ansia generalizzata, il 23,5% fobia sociale e il 18% disturbo ossessivo-compulsivo (Frost, Patronek e Rosenfield, 2011). Ancora, il disturbo depressivo maggiore è risultato il problema più comune tra i pazienti con disturbo da accumulo rispetto ai pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. Questa consistente relazione di comorbilità è stata confermata in un campione di 363 persone che si auto-identificavano accumulatori: il 42% degli individui mostravano i sintomi afferenti alla depressione utilizzando come strumento di indagine la *Depression and Anxiety Stress Scale* (DASS; Lovibond e Lovibond, 1995) e hanno riscontrato che tali manifestazioni

# Il processo di valutazione dei disturbi mentali

In generale, la valutazione dei disturbi mentali è un processo che si basa sulla raccolta del maggior numero di informazioni utili e necessarie per individuare i fattori che predispongono, scatenano, aggravano e mantengono i problemi psicologici presentati da una persona. Essa si pone lo scopo di valutare la possibilità di impostare e implementare successivamente un trattamento personalizzato ed efficace. Data la sua complessità, è necessario ottenere molte informazioni non derivate da una sola fonte e per questo la valutazione si basa su un approccio multidimensionale in modo che le problematiche vengano indagate attraverso più canali informativi, quali quello cognitivo-verbale (ciò che la persona riferisce verbalmente durante il colloquio o con la somministrazione di questionari e interviste), comportamentale-motorio (ciò che osserviamo dal comportamento e dall'atteggiamento della persona e che possiamo registrare con l'ausilio di griglie e grafici) e psicofisiologico (che permette di ottenere informazioni sulle risposte psicofisiologiche associate alla presenza di un determinato quadro psicodiagnostico) (per un approfondimento: Sanavio, 1991).

Durante la fase di *assessment*, il clinico programma dei colloqui per comprendere come il disturbo si presenta, per escludere la presenza di altri problemi psicologici che possono spiegare alcune manifestazioni (ad esempio, la presenza di accumulo conseguente a una malattia neurologica) e per identificare altri problemi co-esistenti.

Come per altri disturbi, anche per il disturbo da accumulo è necessario considerare chi ha fatto la richiesta di aiuto (chi ne soffre o i familiari), se e quanto la persona riconosce la presenza del problema e delle sue conseguenze, se e quanto è motivata a cambiare e a risolvere la situazione e se esprime o manifesta disagio. Per fare questo si rende necessaria anche la collaborazione dei familiari che danno una loro versione dei fatti e contribuiscono alla comprensione del grado di consapevolezza del proprio caro in relazione al problema.

Oltre alla raccolta di informazioni tramite i colloqui ci si avvale di questionari auto-somministrati e di interviste che permettono di integrare e approfondire la

condizione della persona; questi costituiscono un ausilio nella comprensione di altri problemi che possono meglio spiegare la presenza del comportamento di accumulo.

È utile svolgere parte della valutazione presso l'abitazione della persona in modo da rilevare informazioni sul grado di ingombro, il tipo di oggetti conservati, la presenza di una situazione di squallore, se vi sono precarie condizioni igieniche e di sicurezza e per valutare se ciò che viene riferito dalla persona rispetto allo stato della propria abitazione corrisponde a quanto osservato direttamente dal clinico. Quest'ultimo elemento permette di aggiungere informazioni sul livello di consapevolezza dell'individuo verso il problema. In generale, la visita a casa permette di stimare anche il grado di funzionamento considerando vari ambiti della vita di chi accumula e può essere un indicatore utile per definire una linea di base da cui partire per stabilire insieme alla persona i sotto-obiettivi di trattamento durante la fase di esposizione.

Di seguito riportiamo la descrizione dei principali questionari, interviste e scale per l'inquadramento del disturbo da accumulo utili per un'indagine approfondita. Le informazioni raccolte attraverso la somministrazione di questi ausili devono comunque essere sempre integrate con quanto emerso dai colloqui, dall'osservazione del comportamento e degli ambienti in cui vive la persona, oltre che dalle testimonianze riportate dei familiari.