

TRASTORN D'ACUMULACIÓ

Lorena Fernández de la Cruz

King's College London, Institute of Psychiatry

El Trastorn d'Acumulació (TA), en anglès Hoarding Disorder, és un nou trastorn inclòs al recentment publicat DSM-5 (5^a edició del Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals; American Psychiatric Association, 2013). Aquest capítol del cdscritic 2.0 ofereix una visió global del TA, repassant breument la seva història fins el moment de la seva inclusió al DSM al maig del 2013, centrant-se en detall en la recerca científica més rellevant publicada durant el darrer any (2013).

Un nou trastorn

Al DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), la incapacitat per llençar els objectes gastats o inútils, fins i tot quan no tenen valor sentimental' és (era) un dels vuit criteris diagnòstics del Trastorn de la Personalitat Obsessivocompulsiu (TPOC). La secció de trastorn diferencial del TPOC també establí el següent: 'S'hauria de considerar el diagnòstic de Trastorn Obsessivocompulsiu (TOC) especialment quan l'acumulació és extrema (p. ex., piles acumulades d'objectes sense valor presenten un perill d'incendi i fan que sigui difícil caminar per la casa)'. Per tant, tot i que l'acumulació no es mencionava explícitament a l'apartat on es descrivia el TOC, els clínics que han fet servir el DSM-IV al llarg d'aquests anys solien diagnosticar aquests casos extrems d'acumulació com a casos de TOC.

Tot i això, la recerca portada a terme durant els darrers anys ha mostrat que, realment, la majoria dels casos d'acumulació no compleixen els criteris diagnòstics per diagnosticar un TOC o un TPOC (veure, per exemple, Mataix-Cols et al., 2010). Si bé no hi ha dubte que l'acumulació pot ser de vegades un símptoma del TOC, secundària a obsessions típiques -com per exemple quan la dificultat per llençar objectes és deguda a pors de contaminació o a fer mal als

altres (Pertusa, Frost, & Mataix-Cols, 2010)- en la majoria dels casos, els símptomes d'acumulació no estan relacionats amb símptomes obsessivocompulsius. Tot i que el 5-10% dels pacients amb TOC presenten símptomes d'acumulació, la majoria dels individus (>80%) amb problemes d'acumulació no presenten altres símptomes de TOC (Frost, Steketee, & Tolin, 2011; Mataix-Cols, Billotti, Fernández de la Cruz, & Nordsetten, 2013). A més, el TA i el TOC presenten altres diferències importants pel que fa a la fenomenologia dels símptomes, el nivell de consciència de malaltia, el curs clínic, els processos cognitivoconductuals i emocionals implicats, els correlats neurocognitius, la base genètica i la resposta al tractament (Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2008).

En el DSM-5, el TA està englobat en un nou capítol anomenat Trastorn Obsessivocompulsiu i Trastorns Relacionats (American Psychiatric Association, 2013) on, a més del TOC i del TA, també s'inclouen el Trastorn Dismòrfic Corporal, la Tricotil·lomania i el Trastorn d'Escoriació (per a més informació sobre aquest nou capítol del DSM-5, podeu consultar Phillips et al., 2010). Les raons per incloure el TA en aquest capítol són bàsicament històriques degut a la conceptualització prèvia de l'acumulació com a criteri del TPOC o com a símptoma del TOC. Tot i que hi ha similituds entre el TA i altres trastorns del grup obsessivocompulsiu (Phillips et al., 2010), el TA també comparteix característiques amb altres trastorns emocionals, del control dels impulsos i del neurodesenvolupament, com el Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH; Tolin & Villavivencio, 2011). És d'esperar que futures investigacions centrades en la nosologia del TA ajudin a dilucidar quin és el millor lloc al DSM pel TA (Mataix-Cols & Fernández de la Cruz, 2014).

Els criteris diagnòstics pel TA del DSM-5 es basen en la definició original d'acumulació compulsiva proposada fa quasi 20 anys per Frost i Hartl (1996). En ambdós grups de criteris, els originals i els actuals del DSM-5, les dificultats per desfer-se de pertinences, el fet de tenir estances de la casa abarrotades d'objectes i la presència de malestar o deteriorament, són el nucli del trastorn. Els antics criteris s'han modificat per incorporar els resultats de les darreres troballes científiques (Mataix-Cols, Fernández de la Cruz, Nakao & Pertusa, 2011; Mataix-Cols et al., 2013). Aquests esforços de recerca internacionals, juntament amb el treball dels diferents grups i comitès del DSM-5, han donat lloc a l'actual

redacció dels criteris diagnòstics pel TA (Taula 1) (Els criteris diagnòstics aquí presentats són una traducció lliure de l'autora d'aquest capítol (LFC) dels criteris originals en anglès publicats al DSM-5 (American Psychiatric Association [2013]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revised. Washington, DC: APA). A data d'avui no hi ha traduccions oficials del manual. Els criteris en anglès també els podeu trobar a Mataix-Cols et al. (2013). The London Field Trial for Hoarding Disorder. Psychological Medicine, 43, pàgina 839.)

Taula 1. Criteris Diagnòstics del Trastorn d'Acumulació al DSM-5

- A. Dificultat persistent per llençar o per desfer-se de pertinences, independentment del seu valor real.
- B. Aquesta dificultat es deu a una necessitat percebuda de guardar els objectes o al malestar associat amb el fet de desfer-se d'ells.
- C. La dificultat per desfer-se de les pertinences dóna lloc a l'acumulació de possessions que congestionen i abarroten estances de la casa d'ús regular i comprometen la seva funció prevista. Si les estances no estan abarrotades és només degut a la intervenció de tercers (p. ex., membres de la família, empreses de neteja, autoritats).
- D. L'acumulació causa malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu (incloent la capacitat de mantenir un entorn segur per un mateix i pels altres).
- E. L'acumulació no es pot atribuir a una altra condició mèdica (p. ex., lesió cerebral, malaltia cardiovascular, Síndrome de Prader-Willi).
- F. L'acumulació no és pot explicar millor pels símptomes d'un altre trastorn mental (p. ex., obsessions en el trastorn obsessivocompulsiu, pèrdua d'energia en el trastorn depressiu major, deliris en l'esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic, dèficits cognitius en el trastorn neurocognitiu major, interessos restringits en els trastorns de l'espectre autista)

Taula 1. Criteris Diagnòstics del Trastorn d'Acumulació al DSM-5

Especificar si:

Amb adquisició excessiva: Si la dificultat per desfer-se de pertinences va acompanyada de l'excessiva adquisició d'objectes que no es necessiten o pels quals no hi ha espai disponible.

Indicar si les creences i conductes relacionades amb l'acumulació es caracteritzen actualment per:

Bona o adequada consciència de malaltia: L'individu reconeix que les creences i conductes relacionades amb l'acumulació (pertanyents a la dificultat per desfer-se de pertinences, l'abarroament o l'adquisició excessiva) són problemàtiques.

Pobra consciència de malaltia: L'individu està majoritàriament convençut de que les creences i conductes relacionades amb l'acumulació (pertanyents a la dificultat per desfer-se de pertinences, l'abarroament o l'adquisició excessiva) no són problemàtiques, tot i tenir evidència del contrari.

Absent o delirant consciència de malaltia: L'individu està completament convençut de que les creences i conductes relacionades amb l'acumulació (pertanyents a la dificultat per desfer-se de pertinences, l'abarroament o l'adquisició excessiva) no són problemàtiques, tot i tenir evidència del contrari.

©American Psychiatric Association, 2013

Validació dels criteris diagnòstics

Tot i que l'American Psychiatric Association va organitzar estudis de camp (field trials) "oficials" per validar els criteris diagnòstics dels trastorns que anaven a ser inclosos al DSM-5 (Clarke et al., 2013), en el cas del TA només es va reclutar una petita mostra de 32 casos potencials d'acumulació per validar el diagnòstic. El principal objectiu de l'estudi de camp era determinar en quin grau dos avaluadors independents estarien d'acord en la presència o absència del trastorn en entrevistar el mateix pacient en dues ocasions diferents. Dels 32 casos potencials de TA mencionats, només 16 van completar les dues entrevistes diagnòstiques als dos moments temporals. El coeficient de fiabilitat (kappa interclasse) pel diagnòstic de TA entre aquestes dues mesures va ser de .59 (IC 95% = .17 - .83). Desafortunadament, donats la petita grandària de la mostra i l'ampli interval de confiança, la fiabilitat del diagnòstic de TA no va poder ser avaluada en aquest estudi (Regier, Narrow, Clarke et al., 2013).

Paral·lelament a l'estudi de camp oficial, Mataix-Cols et al. (2013) van portar a terme el London Field Trial for Hoarding Disorder. Aquest estudi va avaluar la sensibilitat, especificitat i fiabilitat entre-avaluadors dels criteris de TA. Des de la perspectiva dels pacients, també va avaluar l'acceptabilitat percebuda, utilitat i estigma associats al nou diagnòstic. Finalment, entre els seus objectius també estava el d'establir si els criteris eren prou conservadors per tal d'evitar falsos positius o la sobre-patologització d'altres conductes d'acumulació normals, com per exemple el col·leccionisme. Els autors van reclutar una mostra d'individus que s'auto-definien com a acumuladors (N=50), sense tenir en compte l'etiologia, diagnòstic i gravetat dels seus símptomes. A més, també es va reclutar com a control una mostra d'individus que s'auto-definien com a col·leccionistes (N=20). Tots els participants van completar una sèrie de qüestionaris i una entrevista psicopatològica que, en la majoria de casos, es va realitzar a casa dels individus per tal d'avaluar de manera acurada fins a quin punt l'acumulació d'objectes era problemàtica. Quan les entrevistes no es van poder realitzar als domicilis, es van demanar fotografies representatives de les diferents habitacions. S'ha vist que examinar fotografies reals de les cases pot servir per discriminar, de manera fiable, l'acumulació patològica de pertinences de l'acumulació normal (Fernández de la Cruz, Nordsletten, Billotti, & Mataix-Cols, 2013). A més, les fotografies poden ajudar a avaluar altres característiques relacionades amb l'acumulació que poden proporcionar pistes diagnòstiques útils, com la quantitat d'objectes acumulats, la desorganització dels mateixos, la funcionalitat de les habitacions, el nombre de classes d'objectes acumulats i les condicions de salubritat en les que viu l'individu. Tot i això, les fotografies no haurien de substituir les entrevistes psicopatològiques, sinó ser una eina més del procés diagnòstic (Fernández de la Cruz et al., 2013).

Les avaluacions del London Field Trial les van portar a terme dos entrevistadors que van arribar a les seves conclusions diagnòstiques de manera independent. La fiabilitat entre-avaluadors dels criteris diagnòstics de TA va ser excel·lent. Vint-i-nou (58%) dels 50 individus en el grup d'acumuladors van complir criteris pel diagnòstic de TA. Cinc (10%) participants no complien criteris de TA perquè els seus símptomes d'acumulació eren causats per un TOC (Criteri F). Setze (32%) individus no complien criteris perquè els objectes que acumulaven no impedièien l'ús de les diferents estances de la casa (Criteri C). A més, d'aquests 16 individus, sis no sentien malestar quan es desfeien dels objectes (Criteri B) i/o

tenien nivells insuficients de malestar o deteriorament degut a aquests símptomes (Criteri D). Cap dels 20 col·leccionistes complia criteris per TA. Els criteris de TA van mostrar que podien discriminar amb molt elevada sensibilitat i especificitat entre TA i altres formes d'acumulació d'objectes com l'acumulació deguda al TOC, l'acumulació subclínica i el col·leccionisme (Mataix-Cols et al., 2013).

A més, la majoria de participants (>95%) que complien criteris per TA van trobar el diagnòstic molt o bastant acceptable i útil per al desenvolupament de nous tractaments. Pel que fa a l'estigma, les opinions van estar més repartides, però la majoria d'individus amb TA (59%) van considerar que el diagnòstic no era massa estigmatitzant. Tot i ser moderadament estigmatitzant per alguns individus, la majoria va indicar que els beneficis de ser diagnosticats (per exemple, l'accés al tractament) estaven per davant dels desavantatges (per exemple, l'estigma).

Pel que fa a les diferències entre col·leccionisme i TA, es va veure que els col·leccionistes eren homes en una major proporció, era més probable que estiguessin emparellats, i menys probable que patissin un trastorn psiquiàtric o prenguessin medicació. A l'igual que els individus amb TA, els col·leccionistes informaven de que adquirien objectes, tenien una vinculació amb ells, i es mostraven reticents a llençar-los. No obstant això, l'abarroament d'aquests objectes i el deteriorament resultant eren mínims en aquest grup i, en última instància, insuficients per complir criteris diagnòstics per TA. A més, la conducta d'acumulació dels col·leccionistes estava més focalitzada, eren més selectius, tenien més tendència a organitzar aquestes pertinences un cop adquirides i era menys probable que aquestes s'acumulessin de manera excessiva. Els autors conclouen que hi ha diferències quantitatives i qualitatives importants entre TA i col·leccionisme normatiu. Per aquesta raó, és poc probable que els col·leccionistes acabin sent inadequadament diagnosticats de TA (Nordsletten, Fernández de la Cruz, Billotti, & Mataix-Cols, 2013).

El London Field Trial va proporcionar evidència preliminar de que els criteris diagnòstics per TA són vàlids, fiables i, a més, percebuts com a acceptables i útils per part dels que el pateixen, almenys en la mostra que va participar en l'estudi, formada per individus que s'identificaven com a acumuladors. Aquesta

investigació també va mostrar que els criteris de TA són prou conservadors i que no patologitzen conductes d'acumulació que són normatives, com per exemple el col·leccionisme.

Epidemiologia

Aquest any també s'ha publicat el primer estudi epidemiològic que fa servir els nous criteris del DSM-5 per establir la prevalença del TA (Nordsletten et al., 2013). L'estudi va incloure 1,698 adults del sud-est de Londres i es va estructurar en dues fases. Els participants que van manifestar tenir dificultats amb l'acumulació a la fase de triatge i van acceptar ser re-contactats (N=99), van passar a una segona fase en la que van realitzar una entrevista psiquiàtrica en profunditat al seu domicili i van completar una bateria de qüestionaris. En total, 19 individus van complir criteris per TA, corresponent a una prevalença de l'1.5% (IC95% = .7 - 2.2). El trastorn va resultar igual de prevalent en dones i en homes. Els autors assenyalen que aquesta prevalença de l'1.5% és probable que sigui una estimació a la baixa de la prevalença real, donat que la majoria dels participants d'aquest estudi tenien bona consciència de malaltia. És possible que aquells amb una consciència de malaltia més pobre hagin subestimat els seus símptomes quan van ser avaluats a la primera fase. En qualsevol cas, el que es pot concloure és que el TA és almenys tan prevalent com altres trastorns mentals com el TOC o l'Esquizofrènia.

D'altra banda, sovint s'assumeix que el TA és un problema de gent gran però, de fet, molts individus diagnosticats de TA expliquen, de manera retrospectiva, que els seus símptomes van començar a la infantesa o a l'adolescència. Ivanov et al. (2013) estudien, per primer cop, la presència de símptomes d'acumulació en adolescents, fent servir una mostra poblacional de 3,973 bessons de 15 anys. Els autors conclouen que la prevalença d'acumulació clínicament significativa, avaluada amb una escala auto-informada, és del 2% (IC 95% = 1.6 - 2.5), sent aquesta proporció significativament més elevada en les noies que en els nois. Quan el criteri d'abarroament es va excloure (donat que els adolescents no tenen control total sobre el seu ambient), la prevalença es va incrementar fins al 3.7% (IC 95% = 3.1 - 4.3). Sembla doncs que els símptomes d'acumulació són prou freqüents en adolescents, particularment en les noies, i que aquests causen malestar i deteriorament. A més, en aquest estudi l'acumulació rarament va

aparèixer associada a altres trastorns del desenvolupament com el TDAH o els Trastorns de l'Espectre Autista, donant suport al fet de que el TA sigui un trastorn independent al DSM-5.

Genètica

Durant el 2013 també hi ha hagut troballes interessats pel que fa a la genètica del TA. En primer lloc, Monzani, Rijdsdijk, Harris i Mataix-Cols (2013) han estudiat la relació etiològica entre els trastorns inclosos al nou capítol de Trastorn Obsessivocompulsius i Trastorns Relacionats del DSM-5. Utilitzant una mostra de 5,409 bessones adultes, han trobat que, mentre els factors genètics són comuns a tots els trastorns (tot i que també específics pel grup que inclou el TOC, el TA i el Trastorn Dismòrfic Corporal), els factors ambientals són específics per cadascun dels trastorns de l'espectre obsessivocompulsiu. Aquests resultats ajuden a explicar les similituds aparents entre aquest grup de trastorns, així com les seves diferències.

Aquests resultats es poden complementar amb l'estudi d'Ivanov et al. (2013), citat anteriorment. Ells troben que la importància relativa dels factors genètics i els factors ambientals compartits en el TA difereix entre sexes en la seva mostra d'adolescents. En els nois, els factors genètics i els factors ambientals no compartits explicaven la major part de la variància. En canvi, en les noies, els factors ambientals compartits i no compartits explicaven la major part de la variància, mentre que els factors genètics tenien un paper insignificant. Aquestes troballes suggereixen que en l'etapa que va de l'adolescència a l'edat adulta tenen lloc processos genètics i ambientals que són dinàmics.

D'altra banda, un altre estudi de bessons ha intentat respondre a la pregunta de si l'adquisició excessiva i les dificultats per desfer-se de les pertinences comparteixen un substrat etiològic comú, donat que aquests dos fenòmens apareixen molt sovint plegats (Nordsletten et al., 2013). Més de cinc mil bessones (2,529 parells) van participar en aquest estudi. Com era d'esperar, es va trobar una correlació fenotípica elevada (.63) entre adquisició excessiva i dificultats per desfer-se de les pertinences. Ambdós trets van mostrar ser moderadament heretables. La correlació genètica entre els dos trets va ser .77 (IC 95% = .69 - .85), indicant una superposició genètica important però

imperfecta. La correlació ambiental no compartida (.50; IC 95% = .42 - .57), tot i que més baixa, també és significativa. Aquestes troballes demostren una superposició etiològica (on la part genètica és més substancial que l'ambiental) entre l'adquisició excessiva i les dificultats per desfer-se de pertinences, la qual cosa pot explicar perquè aquests trets apareixen junts de manera tan freqüent en el TA. Tot i això, donat que la superposició etiològica no és perfecta, sembla plausible assumir que hi hagi altres influències etiològiques, particularment ambientals, que són específiques per cadascun d'aquests fenotips.

Avaluació i diagnòstic

Algunes de les mesures amb millors propietats psicomètriques i més ampliment utilitzades per avaluar el TA inclouen la Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I; Tolin, Fitch, Frost, & Steketee, 2010), així com la seva versió auto-administrada, la Hoarding Rating Scale-Self Report (HRS-SR; Tolin, Frost, & Steketee, 2010), i el Clutter Image Rating (CIR; Frost, Steketee, Tolin, & Renaud, 2008). Aquestes són mesures breus i amb molt bones propietats psicomètriques que són capaces d'identificar quan l'individu pateix de símptomes d'acumulació que són clínicament significatius fent servir punts de tall derivats empíricament. Tot i això, aquests instruments no permeten el diagnòstic clínic de TA, bàsicament perquè no permeten descartar altres trastorns que també poden cursar amb l'acumulació excessiva de pertinences.

El diagnòstic del TA requereix d'una entrevista psicopatològica (idealment a casa de la persona que acumula) per tal d'avaluar que es compleixen els criteris, descartar altres causes mèdiques i poder fer el diagnòstic diferencial amb altres trastorns en els que també es pot donar l'acumulació d'objectes. L'entrevista diagnòstica també ofereix l'oportunitat de portar a terme una avaluació del risc ambiental (risc d'incendi, risc d'allaus dels objectes acumulats, infestacions de rosegadors o insectes, condicions de salubritat que posen en risc la salut, etc.). En alguns casos, és important determinar si cal la intervenció d'altres parts com els bombers o els serveis socials.

L'Entrevista Estructurada pel Trastorn d'Acumulació (Structured Interview for Hoarding Disorder, SIHD; Nordsletten, Fernández de la Cruz, Pertusa, Reichenberg, Hatch, & Mataix-Cols, 2013) és una entrevista diagnòstica semi-

estructurada que cobreix aquestes necessitats. La SIHD pregunta de manera detallada per cada criteri diagnòstic i, ajudant-se de regles lògiques, també ajuda als clínics a excloure altres causes possibles per l'acumulació, amb un èmfasi especial en la diferència amb el diagnòstic de TOC i en els Trastorns de l'Espectre Autista. A més, també està pensada per avaluar el risc. La SIHD és l'instrument diagnòstic que es va utilitzar al London Field Trial for Hoarding Disorder (Mataix-Cols et al., 2013), descrit anteriorment, i va mostrar ser un instrument fiable per discriminar de manera vàlida i fiable el TA d'altres formes d'acumulació (com l'acumulació secundària al TOC), l'acumulació subclínica i el col·leccionisme.

Altres instruments, en aquest cas auto-administrats, per avaluar el TA i les seves característiques (o conseqüències) que també han estat publicats durant el darrer any són el qüestionari d'Activitats de la Vida Quotidiana en el Trastorn d'Acumulació (Activities of Daily Living Scale in Hoarding Disorder, ADL-H; Frost, Hristova, Steketee, & Tolin, 2013) i un índex que mesura les condicions de salubritat en les que es troba la llar de l'individu (Home Environment Index, HEI; Rasmussen, Steketee, Frost, Tolin, & Brown, 2013). Ambdós instruments han mostrat bones propietats psicomètriques en les seves validacions inicials.

Tractament

El tractament del TA es troba encara a les beceroles. Són molt pocs els estudis que han analitzat, de manera sistemàtica i controlada, les intervencions disponibles pel TA, tant farmacològiques com psicològiques. Un dels poquíssims estudis controlats aleatoritzats en TA és el d'Steketee, Frost, Tolin, Rasmussen i Brown (2010), que van estudiar la resposta al tractament d'un grup de 46 individus amb TA aleatoritzats a un grup de 26 sessions individuals de tractament cognitivoconductual o a una llista d'espera. El tractament va incloure psicoeducació i formulació del cas, entrevista motivacional, entrenament en habilitats per organitzar i per solucionar problemes, exposició a no adquirir objectes i a desfer-se'n i teràpia cognitiva. Al final d'aquest tractament multicomponent, els participants van mostrar una reducció significativa dels seus símptomes d'acumulació (Steketee et al., 2010).

Aquest any s'ha publicat el seguiment a un any d'aquest estudi, així com els predictors de resposta al tractament. Muroff, Steketee, Frost i Tolin (2013) assenyalen que les millores es van mantenir en el seguiment a un any. El patró de resposta més prevalent va ser una millora inicial seguida de guanys estables o poca millora en tots els moments de l'avaluació durant el seguiment. La gravetat pre-tractament de l'acumulació, l'estat clínic general de l'individu, ser home, el perfeccionisme i l'ansietat social es van associar amb una pitjor resposta al tractament. Quan es va controlar per la gravetat de l'acumulació a l'inici, només el perfeccionisme i el gènere van emergir com a predictors significatius de mala resposta al tractament.

Conclusions i línies futures

És d'esperar que l'entrada del TA al DSM-5 contribueixi a incrementar la investigació en les seves causes i en millors intervencions, i a més estimuli la creació de serveis i l'elaboració de guies de tractament. A més, també és d'esperar que el públic general comenci a sensibilitzar-se sobre l'existència d'aquest trastorn i les seves conseqüències, ajudant a reduir l'estigma.

Pel que fa a la recerca, encara queda molt per fer. La majoria dels estudis realitzats fins el moment han fet servir mostres d'individus que s'auto-defineixen com a acumuladors, que normalment tenen una bona consciència de malaltia i tenen la capacitat d'identificar que necessiten ajuda i cercar-la. Es necessiten més estudis que investiguin la validesa dels actuals criteris diagnòstics en individus amb poca consciència de malaltia. De la mateixa manera, també és important establir si els criteris són igual d'útils i vàlids en altres contextos culturals i en altres grups d'edat. Fins ara, la majoria d'estudis s'han portat a terme en països industrialitzats, tot i que ara comencen a haver grups investigant el TA en diferents parts del món. Igualment, encara sabem molt poc sobre la fenomenologia de l'acumulació en els nens i els adolescents i es fa necessari estudiar aquest grup per determinar si els nous criteris diagnòstics requereixen de modificacions per adaptar-se al diferent moment evolutiu.

Referències

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, text revised. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington, DC: APA.
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., et al. (2013). DSM-5 field trials in the united states and canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*, 170(1), 43-58.
- Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Billotti, D., & Mataix-Cols, D. (2013). Photograph-aided assessment of clutter in hoarding disorder: Is a picture worth a thousand words? *Depress Anxiety*, 30(1), 61-66.
- Frost, R. O. & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther*, 34(4), 341-350.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety*, 28(10), 876-884.
- Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(3), 193-203.
- Frost, R. O., Hristova, V., Steketee, G., Tolin, D. F. (2013). Activities of Daily Living Scale in Hoarding Disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2(2), 85-90.
- Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Serlachius, E., Lichtstein, P., Anckarsäter, H., Chang, Z., et al. (2013). Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: a population based twin study in 15-year olds. *PLoS One*, 8(7), e69140.
- Mataix-Cols, D., Billotti, D., Fernández de la Cruz, L., & Nordsletten, A. E. (2013). The London Field Trial for Hoarding Disorder. *Psychol Med*, 43(4), 837-47.

- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nakao, T., & Pertusa, A. (2011). Testing the validity and acceptability of the diagnostic criteria for hoarding disorder: A DSM-5 survey. *Psychol Med*, 41(12), 2475-2484.
- Mataix-Cols & Fernández de la Cruz (2014). *Diagnosis of Hoarding Disorder*. A R. O. Frost i G. Steketee (Eds.), *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*. New York, NY: Oxford University Press.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., et al. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety*, 27(6), 556-572.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2013). Cognitive behavior therapy for Hoarding Disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depress Anxiety*, in press.
- Nordsletten, A. E., Fernández de la Cruz, L., Billotti, D., & Mataix-Cols, D. (2013). Finders keepers: The features differentiating hoarding disorder from normative collecting. *Compr Psychiatry*, 54(3), 229-37.
- Nordsletten, A. E., Fernández de la Cruz, L., Pertusa, A., Reichenberg, A., Hatch, S. L., & Mataix-Cols, D. (2013). The Structured Interview for Hoarding Disorder (SIHD): Development, usage and further validation. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2(3), 346-350.
- Nordsletten, A. E., Monzani, B., Fernández de la Cruz, L., Iervolino, A. C., Fullana, M. A., Harris, J., et al. (2013). Overlap and specificity of genetic and environmental influences on excessive acquisition and difficulties discarding possessions: Implications for hoarding disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 162B(4), 380-7.
- Nordsletten A. E., Reichenberg, A., Hatch, S. L., Fernández de la Cruz, L., Pertusa, A., Hotopf, M., et al. (2013). Epidemiology of Hoarding Disorder. *Br J Psychiatry*, 203(6), 445-52.
- Pertusa, A., Frost, R. O., & Mataix-Cols, D. (2010). When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behav Res Ther*, 48(10), 1012-1020.

- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchón, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry*, 165(10), 1289-1298.
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Baskin, A., et al. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety*, 27(6), 528-555.
- Rasmussen, J. L., Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., & Brown, T. A. (2013). Assessing squalor in hoarding: The Home Environment Index. *Community Ment Health J*, in press.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., et al. (2013). DSM-5 field trials in the united states and canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*, 170(1), 59-70.
- Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J., & Brown, T. A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety* 27(5), 476-484.
- Tolin, D. F., Fitch, K. E., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Family informants' perceptions of insight in compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 34(1), 69-81.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The hoarding rating scale-interview. *Psychiatry Res*, 178(1), 147-152.
- Tolin, D. F. & Villavicencio, A. (2011). Inattention, but not OCD, predicts the core features of hoarding disorder. *Behav Res Ther*, 49(2), 120-125.