



УДК: 616.894-053.9

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb262939>

## Хординг (патологическое накопительство): новый диагноз против традиционной интерпретации. Случай Артёма Л.

В.Д. Менделевич<sup>1,2</sup>, К.А. Габутдинов<sup>1</sup>, В.В. Руженкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

<sup>2</sup>Белгородский национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Автор, ответственный за переписку: Владимир Давыдович Менделевич, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

В статье представлен случай 20-летнего Артёма Л., в клинической картине заболевания которого доминировало сверхценное увлечение в виде патологического накопительства. Случай проанализирован с позиции выделения нового диагноза — хординга — в международных психиатрических классификациях. Проведена дифференциальная диагностика хординга с шизотипическим и обсессивно-компульсивным расстройствами, а также с расстройством аутистического спектра. Сделан вывод о том, что появление нового диагноза хординга (патологического накопительства) нуждается в формировании у психиатров новых алгоритмов диагностического мышления и отказа от трактовки парадоксального, кажущегося вычурным поведения как относящегося к кругу шизофренических расстройств.

**Ключевые слова:** хординг, патологическое накопительство, шизотипическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства аутистического спектра, психиатрическая диагностика, МКБ-11, DSM-5.

### Для цитирования:

Менделевич В.Д., Габутдинов К.А., Руженкова В.В. Хординг (патологическое накопительство): новый диагноз против традиционной интерпретации. Случай Артёма Л. // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 1. С. 65–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb262939>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb262939>

## Hoarding: a new diagnosis against the traditional interpretation. Case of Artem L.

Vladimir D. Mendelevich<sup>1,2</sup>, Kamil A. Gabutdinov<sup>1</sup>, Viktoria V. Ruzhenkova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia

<sup>2</sup>Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

*Corresponding author:* Vladimir D. Mendelevich, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### ABSTRACT

The article presents the case of twenty-year-old Artem L., whose clinical picture of the disease was dominated by an overvalued hobby in the form of pathological hoarding. The case was analyzed from the standpoint of highlighting a new diagnosis — hording — in international psychiatric classifications. Differential diagnosis of hording with schizotypal and obsessive-compulsive disorder, as well as with autism spectrum disorders was carried out. It is concluded that the emergence of a new diagnosis of hoarding requires the formation of new algorithms of diagnostic thinking in psychiatrists and the rejection of interpretations of paradoxical, seemingly pretentious behavior as belonging to the circle of schizophrenic disorders.

**Keywords:** *hoarding, schizotypal disorder, obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorders, psychiatric diagnosis, ICD-11, DSM-5.*

### For citation:

Mendelevich VD, Gabutdinov KA, Ruzhenkova VV. Hoarding: a new diagnosis against the traditional interpretation. Case of Artem L. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(1):65–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb262939>.

Выделение в классификациях психических и поведенческих расстройств новых диагнозов обусловлено несколькими причинами. Во-первых, это может быть связано с тем, что вслед за социальными изменениями и становлением новых форм деятельности некоторые из них приобретают патологическую выраженность. К таким новым диагнозам относится, к примеру, интернет-зависимое игровое поведение. Во-вторых, появление ранее не существовавшего диагноза может быть связано с тем, что известная дезадаптивная форма поведения выходит за рамки описанных клинических форм психических расстройств, когда старые классификации утрачивают возможность в полной мере отражать суть психогенеза. К таким расстройствам причисляется выделенное в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) и Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) патологическое накопительство (хординг) [1, 2].

Традиционно хординг рассматривали либо в рамках шизофренического процесса как особую парадоксальную форму обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР), либо в структуре деменций, либо в качестве сверхценных увлечений при расстройствах аутистического спектра, либо как разновидность формирующихся личностных расстройств [3–18]. Всегда эту дезадаптивную форму поведения расценивали как вторичный психопатологический симптом. По традиции в современных условиях психиатрической клиники при столкновении врача со случаем патологического накопительства (хординга) диагностический процесс ошибочно ориентирован на старые (прежние) диагностические алгоритмы и поиск традиционных способов интерпретации наблюдаемого феномена.

В связи с вышеперечисленным представляется интересным анализ клинического случая 20-летнего юноши Артёма Л., на протяжении ряда лет строившего собственную жизнь в соответствии с ритуалами накопительства, которые, в свою очередь, создали конфликтную ситуацию в его семье и привели к госпитализации в психиатрический стационар.

**Артём Л. 20 лет.** Доставлен в стационар психиатрической больницы бригадой скорой медицинской помощи с сопроводительным диагнозом «Шизофрения, дебют?». Со слов родственников, после того как они выкинули скопившийся в

комнате Артёма мусор, он стал агрессивным, бранился в их адрес, высказывал угрозы самоубийством. В течение 3 дней не вставал с постели, в знак протеста отказывался от еды и воды, высказывал суицидальные мысли. Жалоб при поступлении не предъявлял, был фиксирован на ситуации, которую воспринимал как невыносимую и непоправимую. Подписал информированное согласие на госпитализацию.

*При поступлении в стационар* выглядел неопрятно — длинные волосы засалены, не расчесаны, ногти на пальцах рук длинные, давно не стриженные, одет в старую и мятую одежду, от него исходил запах немытого тела. Отмечались напряжённость, раздражительность и тревожность — теребил свои волосы, был неусидчив, часто менял позу. При этом соблюдал уместную дистанцию в общении с врачом, не дерзил и не проявлял агрессию, внимательно выслушивал собеседника и подробно описывал ситуацию, из-за которой родственники вызвали скорую помощь.

О событиях, приведших к госпитализации, рассказывал неохотно, но не скрывал сути семейного конфликта. Иногда при воспоминании о произошедшем на глаза наворачивались слёзы. Близких родственников прямо не винил в том, что они настояли на госпитализации, — соглашался, что для этого были основания. Говорил, что будет и дальше после выписки из больницы продолжать жить с бабушкой и дедушкой. На вопрос о причинах слезливости («почему плачете, вам себя жалко?») соглашался, что «возможно, это так».

Фон настроения несколько снижен. Речь тихая, в умеренном темпе, выражение лица ближе к задумчивому. Себя характеризует как тихого, безынициативного и бесконфликтного человека. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Соглашается с тем, что у него были суицидальные мысли после скандала с родственниками, что хотел умереть, но утверждает, что никаких попыток не предпринимал и даже не продумывал как это сделать. При этом сообщает, что в течение 3 дней после трагического для него события был крайне расстроен, лежал в своей кровати, не ел и не пил, думал о том, что «хорошо бы умереть от обезвоживания».

Мышление при поступлении в стационар последовательное, без признаков паралолии, разорванности и других качественных нарушений мышления. Интеллектуальный уровень высокий, мнестические функции не нарушены. Обманов

восприятия, бредовых идей или иных психотических симптомов не обнаружено.

*Анамнез (со слов пациента, его матери и однокурсников).* Наследственность отягощена — бабушка со стороны матери состояла на учёте у психиатра с диагнозом «шизофрения» и покончила жизнь самоубийством, дедушка со стороны отца находился на учёте у нарколога в связи со злоупотреблением алкоголем, также имел попытки суицида.

Родители находятся в разводе с 13-летнего возраста Артёма. Кроме него, в семье есть ещё младшая родная сестра 10 лет. Развод родителей, со слов пациента, перенёс спокойно, глубоких переживаний не испытывал, поскольку отношения с отцом были сложными.

Родился от второй беременности первым ребёнком, первых срочных родов (масса тела при рождении 2970 г, рост 51 см, выписан на 5-й день). Раннее развитие без особенностей — голову стал держать в 2 мес, сел в 6,5 мес, пошёл в 1 год и 1 мес.

Детские дошкольные учреждения посещал с 3-летнего возраста, не имея трудностей адаптации. Ходил с желанием, хорошо общался с другими детьми. В возрасте 7 лет поступил в общеобразовательную школу, где до 7-го класса учился хорошо, затем стал пропускать уроки по причине того, что после развода родителей его учёбу никто не контролировал. Маму по поводу посещения школы обманывал, говоря, что ему на учёбу во вторую смену. Вместо посещения школы уходил к бабушке с дедушкой, сообщая, что уже отучился в первую смену.

Круг приятелей в школе был небольшой, но сверстников не сторонился. При этом лидером и активистом не был. Свободное от учёбы время посещал кружок народных танцев, участвовал в концертах и выступлениях. В старших классах прекратил эту деятельность.

Окончил 9 классов школы на «удовлетворительно» и поступил в колледж. С этого времени полностью переехал жить в дом бабушки и дедушки (со стороны отца), объясняя это тем, что ему стало тесно в родительской однокомнатной квартире, где проживали, кроме него, мама и младшая сестра. С новой семьёй отца жить не хотел, отношения с отцом оставались плохими. Характеризовал отца как грубого, жёсткого человека, склонного оскорблять сына. Однако периодически по его просьбе помогал отцу по хозяйству.

Свободное от учёбы время мог проводить за выполнением хозяйственных дел — мыл посуду, по просьбе бабушки занимался огородом, но большую часть времени предпочитал находиться в своей комнате за компьютером. Общался в социальных сетях, интересовался новостями, особенно, политическими событиями, был частым посетителем социальных сообществ националистического содержания. На канале YouTube предпочитал «страшный» контент, в частности видео с изображением убийств и насилия. В качестве кумира выбрал себе националиста «Тесака», который «боролся с педофилией», через какое-то время разочаровался в нём. Ещё одним увлечением были видео порнографического содержания.

В колледже, обучаясь информатике и компьютерной грамотности, часто пропускал занятия, доучился до 4-го курса, но окончить колледж не смог, так как не подготовил и не написал курсовую работу. Был отчислен за полгода до госпитализации. Нигде не работал, жил на средства бабушки и дедушки, большую часть времени проводил дома, периодически встречаясь с одногруппниками в кафе, на улице. Эти встречи ему нравились, поскольку позволяли обсудить разнообразные темы. Общением со знакомыми не тяготился, но легко переносил и одиночество.

Одноклассники характеризуют Артёма как «дружелюбного, общительного спокойного, шутивого парня, который учился неважно и был даже согласен получать на зачётах и экзаменах удовлетворительные, а не хорошие отметки, не расстраиваясь из-за этого». Часто, по словам одноклассников, помогал другим, например с лекциями («даже другим больше, чем себе»). Окружающие отмечали, что у него была страсть к употреблению энергетиков — часто покупал их и рассказывал о них. Артём, по мнению одноклассников, не был замкнутым, иногда с грустью рассказывал о своей семье, семейных проблемах и отношениях с отцом. После того как был отчислен из колледжа, «перестал выходить на связь и отвечать на звонки».

Сам себя характеризует как весёлого человека, который может легко и без стеснения познакомиться с новыми людьми, склонен к совместным занятиям со сверстниками — «ребята в шутку называли меня клоуном», мог дурачиться, веселиться, с ребятами часто шутили и рифмовали тексты на разные неприличные темы. При этом не чувствовал дискомфорта, когда оставался один («спокойно думаю о своих делах, и мне никто не

нужен»). Потребности в общении оценивает как небольшие. Себя считает экономным, например, когда чистит зубы, то включает и выключает водопроводный кран, чтобы просто так вода не текла. Не склонен к идеальному порядку, и в его шкафу или портфеле нередко вещи лежали вперемежку.

С родственниками поддерживает формальное общение, не испытывает к ним глубоких родственных чувств, особенно после того, как они стали критиковать стиль его жизни. Свою мать характеризует как понимающую, чуткую женщину. Интерес к девушкам активно не проявлял, как и к лицам мужского пола. Сексуальная активность исчерпывается эпизодами мастурбации. Рассказал, что в 14-летнем возрасте имел многократную интимную (анальную) близость с ровесницей. После этого опыта сексуальных отношений не было.

Имеет категорию здоровья, не годную для службы в армии по причине миопии тяжёлой степени. Из перенесённых заболеваний — в 13 лет дважды за год госпитализировался в отделение колопроктологии и был оперирован по поводу парапроктита.

*История болезни.* К психиатрам до госпитализации никогда не обращался, и никто из родственников не ставил вопрос о необходимости психиатрического обследования. В возрасте 13–14 лет были навязчивости в виде частого и тщательного мытья рук (по 20–30 мин несколько десятков раз в день). «Дотронусь до своей одежды — нужно помыть руки, задену ручку холодильника — нужно помыть руки. Казалось, что от любого прикосновения руки становились грязными». Идей о том, что может чем-то заразиться, не было — всё делал почти автоматически. Однако всё же воспринимал это как что-то тягостное, мешающее ему спокойно жить, с чем усилием воли справиться не мог. Подобное состояние продолжалось около года и само по себе прошло. Повторно навязчивости в виде мытья рук появились после переживаний по поводу возможности мобилизации (в сентябре 2022 г.), но также самостоятельно прошли через 4 мес.

Был период, когда коллекционировал засохшие выделения из слизистой оболочки носа, постриженные ногти. Складывал их пакет или в ящик стола. Тот факт, что не выбрасывал салфетки с выделениями из носа, объяснял экономностью, считая, что правильнее использовать их несколько раз. Мотивы сохранения постриженных ногтей никак себе не объяснял — «просто не хотелось их

выбрасывать, как, впрочем, и многие другие предметы».

С лета 2019 г. (за 3 года до госпитализации в психиатрический стационар) количество предметов, которые Артём стал складировать в своей комнате, существенно увеличилось. Через некоторое время, когда в комнате не осталось места для всех сохранявшихся Артёмом предметов, и он стал переносить их на чердак.

Сам Артём связал изменение своего поведения и появление страсти к «коллекционированию» использованных вещей со стрессом, который он испытал незадолго до этого. Сообщил, что получил известие, о котором подробно говорить не захотел, но которое касалось каких-то глобальных перемен. В это время почувствовал себя «лишённым безопасности, и в попытках спрятаться начал собирать мусор... хотел укрыться в этом мирке».

Сначала собирал использованные им пустые банки из-под энергетиков и коробки из-под соков, количество которых через некоторое время превысило 200 штук. Помимо этого, собирал упаковки от чипсов, нагетсов и других продуктов. Складывал у себя в комнате мусор, неорганические изделия, бывшие в употреблении лично у него или у людей, с которыми он проживал (бабушка и дедушка). Иногда вынимал из мусорного пакета, подготовленного для выкидывания, бутылки, старую одежду, тряпки.

Органический мусор, у которого была упаковка с надписями и описанием состава, выкидывал в короткие сроки («чтобы не испортились»). Неорганический мусор (бутылки, упаковки от чипсов, пакеты, старую одежду, тряпки) тоже мог выкинуть через какое-то время, но только после многократных просьб или требований со стороны родственников. Для совершения этого действия ему нужно было предварительно сфотографировать упаковку, прочитать состав продуктов, изучить описание, вспомнить запах и вкус. Фотографии переносил на компьютер, сохраняя в специальной папке, куда с периодичностью несколько раз в месяц возвращался и пересматривал фото. В его телефоне сохранено около 6000 подобных фотографий.

Для того чтобы коллекционируемые бутылки не падали и не издавали шума, который напоминал бы дедушке о беспорядке в комнате внука, оставлял на дне каждой бутылки незначительное количество жидкости. Кроме того, это содержимое использовал для того, чтобы вспомнить

вкус и запах выпитого напитка. Новые продукты, например энергетики, покупал по принципу новизны, разнообразия и расширения коллекции.

Помимо бутылок из-под напитков и пустых пакетов, собирал чеки из магазинов и оставшуюся сдачу. Периодически просматривал эти чеки, сверял потраченную сумму и сдачу. Если не понимал, откуда взялась сдача (монеты, мелкие купюры), откладывал её в сторону и не пользовался ей. Если же суммы сходились, то мог монеты и банкноты положить вместе с другими имевшимися у него деньгами. Собственных денег на покупки не имел, поскольку нигде не работал и не учился, — пользовался средствами, которые давал ему дед.

Кроме того, собирал семенную жидкость, выделяющуюся при мастурбировании. Объяснял это тем, что у него «был период, когда болел, и осталось много использованных бумажных салфеток, чтобы они просто так не лежали, использовал их повторно». Салфетки с семенной жидкостью складывал на полку рядом с другими предметами (берушами, ушными палочками).

Вся его комната за два с половиной года постепенно превратилась в склад мусора, но Артём категорически не пускал кого бы то ни было убираться в своей комнате. Сам же выбрасывал кое-что из скопившихся вещей крайне неохотно и нечасто. В связи с этим в доме бывали скандалы, когда бабушка или дедушка настаивали на том, чтобы он вынес мусор, выкинул пустые бутылки и убрался в комнате. В тех случаях, когда без его согласия выкидывали часть его «коллекции» или вытирали пыль, он мог «устраивать истерики», материться (что было для него нетипично), высказывать угрозы суицида. В процессе ссор дедушка упрекал Артёма в том, что он «нахлебник» («кто не работает, тот не ест»). Из-за этих упреков Артём начал ограничивать себя в еде («заедал всё хлебом, вареньем, запивал водой, старался много не кушать, но иногда по ночам вставал, чтобы поесть сухарей»).

Из других особенностей поведения родственники отметили нежелание Артёма что-либо менять в своём внешнем виде и окружающей его домашней обстановке. В частности, он мог не мыться больше месяца, объясняя это тем, что «не хотел мыться в новой бане, которую недавно построили, а готов был мыться только в привычной старой, уже снесённой бане».

За 3 дня до госпитализации, после того как родственники без его ведома выкинули весь имев-

шийся в его комнате мусор, заперся в комнате, плакал, отказался от общения и еды. Говорил, что хочет умереть «от обезвоживания или сброситься с девятого этажа», но при этом никаких активных действий не предпринимал, в частности, потому что считал, что при падении с крыши многоэтажки высока вероятность остаться в живых. Учитывая тяжёлое психическое состояние Артёма, его мать рекомендовала ему пойти к психиатрам или психологам, но он категорически отказался.

Обеспокоенная состоянием сына мама вызвала бригаду скорой медицинской помощи, и Артём был госпитализирован в психиатрический стационар.

*Психический статус.* В отделении довольно быстро адаптировался. Познакомился с соседями по палате, стал общаться со сверстниками на разные темы. Раздражительности, агрессивности, перепадов настроения не проявлял. Смотрел телепередачи, прогуливался по коридору. От еды не отказывался, аппетит был достаточный. Разговаривая с другими пациентами, мог садиться на чужую кровать и позволял ребятам садиться на его кровать.

Другие пациенты спрашивали его о причинах госпитализации, о его страсти к коллекционированию, задавали вопрос, зачем он это делает, на что Артём отвечал, что сам не знает, почему так.

Практически с первых дней пребывания в стационаре завёл определённый ритуал в раскладывании вещей на прикроватной тумбочке — всегда бумагу располагал справа, а бутылки с водой слева, по центру помещал зубную щётку и мыльницы. При другом порядке вещей испытывал дискомфорт и старался максимально быстро всё вернуть на свои места.

С первых дней госпитализации складывал в пакет фантики от конфет, но бутылки, упаковки от напитков и еды не собирал, а выкидывал. Перед тем как избавиться от ненужной вещи, тщательно изучал информацию, размещённую на упаковке, и записывал её в тетрадь. Таким образом, он компенсировал отсутствие возможности фотографировать выбрасываемый мусор на телефон. В тетради, в частности, написано: «12.01 — вода “Пилигрим”, малая, негаз., принесли, сделано 07.01 или раньше, 1 л.; 31.01 — печенье крекер, “классический”, от “Сладил”, в жёлто-красной упаковке, 400 г. Вода “Черноголовка”, вкусная, артезианская, негаз., 2,5 л». Учитывая, что в отделении периодически проверяют содержимое тумбочек и просят выкинуть ненужное, Артём

заранее записал в тетрадь основную информацию, связанную с подаренными вещами, — «один пациент оставил бутылку воды, хочу её при выписке унести с собой, подаренный рисунок тоже».

Кроме этого, завёл правило, в соответствии с которым очки снимал только стоя. Если же уже успевал лечь в кровать в очках, то обязательно вставал и снимал очки в соответствии с заведённым правилом. Раздевался же только в положении лёжа в постели. Не испытывал затруднений при выполнении гигиенических процедур, стал выглядеть более опрятно, несколько раз в неделю мыл волосы, расчёсывал их, стриг ногти, менял одежду.

Был представлен на консультацию и консилиум через полтора месяца после госпитализации. Учитывая выставленный при госпитализации предварительный диагноз шизофрении, за время нахождения в стационаре принимал атипичные антипсихотики (карипразин 1,5 мг, затем 3 мг). Изменений психического состояния не наблюдалось.

*При проведении консилиума* в контакт вступает охотно, говорит тихим голосом, периодически плачет, особенно когда речь заходит о скандале, произошедшем дома. Расстраивается, что теперь ему некуда возвращаться, поскольку дома «выжженная земля». Поясняет, что имеет в виду то обстоятельство, что из его комнаты выкинуты все предметы, которые он несколько лет собирал и без которых чувствует себя сиротливо. В связи с этим считает, что ему лучше как можно дольше оставаться в психиатрическом стационаре, нахождением в котором не тяготится. Испытывает чувство стыда за своё поведение и за то, что «не оправдал надежд родителей».

Не может объяснить мотивы коллекционирования пустых бутылок, пакетов и прочих ненужных вещей. При этом соглашается, что подобное коллекционирование ненормально, и он был бы рад избавиться от него. С осторожностью и без особой надежды воспринимает слова врача о том, что это состояние поддаётся терапии с помощью лекарств. Сообщает, что никогда самостоятельных попыток справиться с этим не предпринимал, поскольку коллекционирование не носило тягостного характера («даже радовало»), и самым идеальным было бы, если родственники «оставили его в покое».

Сам считает, что у него все признаки синдрома Плюшкина. Сравнивая процесс коллекциони-

рования с навязчивым желанием мыть руки, отмечает их существенные различия — первое он совершал почти автоматически, не задумываясь о том, правильно это или нет, второе всегда сопровождалось тягостным чувством ненужности подобных действий. Выработанные в больнице правила размещения вещей в прикроватной тумбочке рассматривает как способ успокоиться и упорядочить свою жизнь.

В беседе полно рассказывает о своём психическом состоянии, уточняет детали. Мышление последовательное, в умеренном темпе, ясно и по сути отвечает на вопросы, при необходимости уточняя свой ответ. Интеллектуально-мнестических нарушений не выявлено. Наличие суицидальных мыслей, намерений за время пребывания в отделении не отмечено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. При прощании с врачом в ответ на протянутую для рукопожатия руку смутился и, прежде чем пожать руку, вытер свою потную ладонь о край футболки.

*Экспериментально-психологическое исследование.* Во время обследования испытуемый контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного, проявляя сосредоточенность на субъективно-значимых темах. Инструкции к предлагаемым методикам понимает достаточно. Работает в равномерном темпе, не заинтересованно.

В процессе тестирования нарушений механического запоминания опосредованной памяти не выявлено (из 10 слов — 6-7-8-10, из 10 образов правильно воспроизвёл 9). Концентрация и устойчивость внимания (по таблицам Шульте: 55-46-44-45) — признаки лёгкой неустойчивости, замедленного вырабатывания. В пиктограмме преобладают индивидуально-значимые образы, склонность к детализации, стереотипии, признаки эмоциональной неустойчивости.

В методике дискриминации свойств понятий — некоторое расширение числа привлекаемых признаков по всем трём ключам, что указывает на снижение селективной направленности в мышлении, связанной с ослаблением дискриминирования признаков по степени существенности. В субтестсах «понятливость» и «сходство» теста Векслера проявляет искажение процессов обобщения, опору в единичных случаях на конкретные и малосущественные признаки. Мышление с элементами субъективности, нечёткости, с неустойчивостью мотивационной направленности.

*По результатам проективного тестирования.* Метод цветковых выборов: смешанный тип реагирования, противоречивая позиция — активно-пассивная, связанная с противодействием разнонаправленных позиций. В ситуации личностно значимой ведущими являются тенденции стенического круга, проявляется повышенная эмотивность. В социально значимой ситуации эти характеристики от поднятого экзальтированного настроения до грустного. Выраженная зависимость от средовых воздействий и ситуации успеха-неуспеха. Сокращённый многофакторный опросник для исследования личности: код 89 (74-68 T) — иррациональность, своеобразие поведения и высказываний, восприятия и суждений. Трудности адаптации.

Таким образом, по результатам проведения экспериментально-психологического исследования отмечены признаки субъективизма в суждениях, неустойчивость уровня обобщений, снижение целенаправленности в мышлении, а также своеобразие мотивов поведения и высказываний, трудности адаптации.

*Невролог.* Резидуальная энцефалопатия с двусторонней микроочаговой симптоматикой. Вегетативная лабильность.

*Терапевт.* Недостаточность питания 1-й степени.

*Электроэнцефалография.* Биоэлектрическая активность головного мозга в пределах вариабельности возрастной нормы. Ориентировочная реакция на афферентные раздражители достаточная. Очаговой медленноволновой активности и значимой межполушарной асимметрии не выявлено. Эпилептиформной активности за время проведения записи не зарегистрировано.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай Артёма Л. представляется сложным в плане как «нозологической», так и синдромальной психопатологической диагностики. Выставленный врачами при поступлении Артёма в стационар диагноз шизофрении отражает традиционную интерпретацию случаев, в которых преобладает недоступная пониманию и объяснению симптоматика, характеризующаяся терминами «нелепость», «вычурность».

Нередко психиатры в таких случаях используют понятие «фершробен» [19], в которое включается поведение пациента, характеризующееся чудаковатостью, эмоциональной парадоксальностью, эксцентричностью. В большинстве исследований данный феномен причисляют к категории

шизотипического расстройства, в российских реалиях — к кругу так называемой «валютящей шизофрении». Однако в силу неоднозначности понятия «фершробен» его неправомерно связывать исключительно с шизофреническим спектром расстройств или шизофреническим дефектом. В настоящее время ставится вопрос о необходимости сужения его границ и поиска более чётких критериев его дифференциации от шизофрении [20].

При поступлении в стационар психическое состояние Артёма Л. психиатры расценивали как отвечающее диагностическим критериям невротоподобной шизофрении, или шизотипического расстройства. Врачи в клинической картине заболевания усматривали признаки отчуждённости, эмоциональной холодности, «выхожденности», с обеднением контактов и тенденцией к социальной аутизации. Отмечали признаки «обсессивной жвачки без внутреннего сопротивления» и парадоксальные увлечения. Исходя из этого, Артёму была назначена антипсихотическая терапия.

В дальнейшем психопатологический анализ синдромов, обнаруживаемых у Артёма Л., показал, что мы имеем дело со специфическими и разнообразными симптомокомплексами, не соответствующими диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра.

Особый интерес представлял анализ сверхценных увлечений Артёма, расцененный психиатрами, осматривавшими его при поступлении в стационар, как проявления шизофренических obsessions. Поведение, которое правомерно назвать патологическим накопительством (хордингом), по основным параметрам отличалось от классических представлений об obsessions. В частности, в клинической картине отсутствовала типичная для obsessions «борьба мотивов», когда пациент, осознавая чуждость навязчивостей, пытается им противостоять и не выполнять ритуальные действия, но в конце концов «сдаётся на милость» ананказмам. Кроме того, obsessive-компульсивные симптомы обычно базируются на проявлениях тревожного ряда, а ритуалы служат способом компенсации выраженного беспокойства.

Поведение Артёма, обозначенное им как «коллекционирование», не сопровождалось «борьбой мотивов» — пациент выполнял эти действия без внутреннего сопротивления и не испытывал неприятных эмоциональных переживаний в связи имевшейся склонностью к

сохранению мусора и его систематизации. Таким образом, данный феномен должен быть обозначен как сверхценное психопатологическое увлечение [21, 22], основанное на сверхценных идеях, а не на obsссиях.

Считают, что сверхценные (аномальные) увлечения, или патологические хобби, могут встречаться у подростков и молодых людей в рамках различных психических расстройств — при формировании личностной патологии, расстройствах аутистического спектра, в структуре шизофрении и шизотипического расстройства [23]. Утверждают, что данный клинический феномен проявляется односторонним характером увлечений, доминированием идей коллекционирования в сознании пациентов, их чрезмерной аффективной окраской, непродуктивностью, а также стойкостью и ригидностью [24].

По мнению С.А. Малиночка [25], для патологических увлечений больных с расстройствами шизофренического спектра типичны: доминирование в сознании и деятельности, выраженная эмоциональная насыщенность и стойкость, недостаточная критичность с ограниченной возможностью коррекции, необычность, вычурность, несоответствие хобби предшествующему жизненному опыту человека, недостаточная, узконаправленная продуктивность, тесная связь с другими психическими расстройствами, хронологическое совпадение их появления с дебютом расстройств шизофренического спектра, а также склонность к прогрессирующей динамике и отчётливая социальная дезадаптация.

Если сравнить выделенные диагностические критерии патологических (аномальных) хобби при шизофрении с клиническими проявлениями сверхценных увлечений Артёма Л. (коллекционированием мусора), то следует признать, что по многим параметрам они не совпадают. Основным следует признать отсутствие каких бы то ни было «иных расстройств шизофренического спектра». Поведение Артёма нельзя отнести к вычурному, тем более что понятие «вычурность» не относится к кругу «семантически однозначных» [22]. Оно у Артёма было необычным, но не выходило за рамки традиционных представлений о парадоксальности.

Сверхценное патологическое коллекционирование всегда внешне может выглядеть парадоксальным, но в этом и есть его характеристика. Из всех имевшихся у Артёма аномальных увлечений подозрение в вычурности могло относиться лишь

к страсти не выкидывать (хранить) салфетки с выделениями из носа и семенной жидкости. Однако Артём Л. объяснил подобное поведение стремлением экономить бумажные салфетки, а не какими-либо паралогичными бредовыми интерпретациями.

С нашей точки зрения, для постановки диагноза шизотипического расстройства у Артёма Л. не было и нет веских клинических оснований — у него отсутствуют качественные расстройства мышления, нет ни аморфности, ни разноплановости, ни резонёрства. Помимо этого, не отмечено классической аутизации, эмоциональной холодности и выхолощенности.

В беседе с психиатром и общении с пациентами отделения он демонстрировал учтивость, тонкое понимание оттенков отношений. Последний феномен ярко проявил себя при завершении разговора с врачом, когда Артём Л., прежде чем пожать протянутую ему руку, деликатно вытер пот со своей ладони. В этом жесте проявились, по крайней мере, две особенности — наличие активного вегетативного сопровождения эмоций и улавливание тонкостей человеческих отношений.

Считают, что пациенты с шизотипическим расстройством, для которых характерен сниженный уровень эмоционального реагирования (холодность, выхолощенность), частично утрачивают понимание тонкостей человеческих взаимоотношений и форм приличий. Кроме того, репертуар их вегетативных реакций сужается [26].

Таким образом, диагноз шизотипического расстройства или иного расстройства шизофренического спектра у Артёма Л. был нами отвергнут, и основной проблемой дифференциальной диагностики оказалась проблема разграничения ОКР и сверхценных увлечений в рамках иных психических расстройств.

Было обращено внимание на то обстоятельство, что в клинической картине заболевания Артёма Л. присутствовали явные психопатологические феномены, отражавшие обсессивно-компульсивный спектр, к которым были отнесены периоды навязчивого мытья рук, возникавшие непосредственно после психотравм и длившиеся в течение полугода.

Помимо этого, нами были обнаружены особые фиксированные формы поведения, не отражавшие ни сверхценных увлечений, ни обсессивно-компульсивного симптомокомплекса. Речь идёт о так называемой «мотивационной ригидности», проявлявшейся в нежелании Артёма Л.

Таблица 1. Дифференциация хординга как самостоятельного диагноза и хординга как дименсии обсессивно-компульсивного расстройства [4]

Диагностические критерии	Хординг	Хординг как дименсия ОКР
Связь хординга с обсессиями и компульсиями	Не имеет связи с обсессиями и компульсиями	В основном обусловлен прототипическими навязчивыми идеями или бывает результатом постоянного избегания обременительных принуждений
Проверка поведения, связанного с накопительством	Редкая	Частая и тяжёлая
Навязчивые идеи, связанные с накопительством (например, катастрофические последствия или магическое мышление)	Нет	Есть
Психические принуждения, связанные с накоплением (например, потребность запоминать и вспоминать выброшенные предметы)	Нет	Есть
Эгосинтония/эгодистония	Обычно эгосинтония: существование мыслей связано с приятными чувствами безопасности	Обычно эгодистония: навязчивые или нежелательные, повторяющиеся мысли
Наличие других обсессивно-компульсивных симптомов, кроме накопительства	Нет	Есть
Дистресс	Происходит из беспорядка	Следствие навязчивостей
Основная причина хординга	Внутренняя, связанная с субъективной ценностью	Другие навязчивые темы
Тип хординга		
Общие предметы	Да	Да
Странные предметы	Нет	Да
Чрезмерное приобретение	Обычно присутствует	Обычно не присутствует
Возраст начала	До 30 лет	Около 20 лет
Понимание (осознание)	Плохое или отсутствующее	Обычно хорошее
Курс накопительства	Имеет тенденцию усиливаться по мере взросления	Обычно не усиливается по мере взросления
Глобальное влияние на адаптацию	Обычно умеренное	Обычно тяжёлое

менять привычную бытовую обстановку, в частности отказ мыться в новой бане, стричь ногти и волосы.

Исходя из доминирования в клинической картине заболевания Артёма Л. сверхценных увлечений, определявших стиль жизни молодого человека, нами выставлен диагноз «патологическое накопительство (хординг)», вошедший в МКБ-11 как самостоятельный диагноз в рубрике «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» [1]. В соответствии с МКБ-11, диагноз «Патологическое накопительство» (6B24) выставляют при выявлении у человека склонности к накоплению различных предметов, приводящему к захламлению жилого пространства вплоть до того, что им становится небезопасно пользоваться. Накопление происходит вследствие как повторяющихся побуждений и действий, имеющих отношение к собирательству или накоплению

различных вещей, так и трудностей избавления от накопленного имущества из-за чувства необходимости его сохранения и дистресса в случае расставания с ним. Психопатологические симптомы приводят к выраженному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других сферах функционирования.

Данный диагноз был выделен как отличающийся психическое состояние пациентов, с одной стороны, от шизофренического спектра расстройств, с другой — от классического ОКР. При этом подразумевается, что хординг может и представлять собой новый самостоятельный диагноз, и быть вторичным психопатологическим синдромом в рамках других психических и поведенческих расстройств.

По данным U. Albert и соавт. [4], хординг может сочетаться или быть проявлением таких психи-

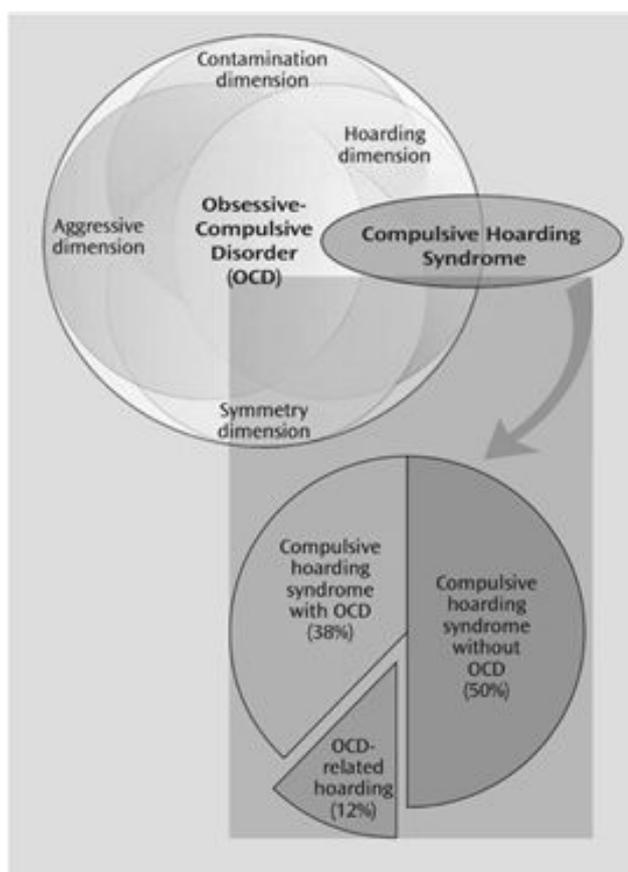


Рис. 1. Соотношение частоты коморбидности хординга и обсессивно-компульсивного расстройства [8]

ческих расстройств, как умеренно выраженная или тяжёлая деменция (15–25%), шизофрения (5–40%), социальная фобия (15%), генерализованное тревожное расстройство (29%), компульсивный шопинг (62%), синдром Прадера–Вилли (37–58%).

Известно, что хординг в виде увлечения странными видами коллекционирования типичен для людей с расстройствами аутистического спектра [11, 27] и, особенно, для пациентов с синдромом Аспергера. В статье с громким названием «Я собираю, следовательно, я существую» [28] авторы отмечают, что поведение коллекционирования и накопления на протяжении всей жизни людей с синдромом Аспергера, по-видимому, служит функции создания и поддержания их самооощения, чувства преимущества и свободы действий. Поведение таких людей, связанное со сбором и накоплением, может отражать трудности в их самооощении, а не быть симптомами сопутствующего психического заболевания.

В особенностях поведения Артёма Л. можно было обнаружить черты, сходные с теми, которые возникают при синдроме Аспергера, в частности

он проявлял так называемую «мотивационную ригидность», отказываясь что-либо менять в стиле своей жизни (мыться в новой бане, стричь ногти и волосы), был склонен к накопительству и коллекционированию странных вещей (выделений из носа и при мастурбации). Однако основополагающих диагностических критериев синдрома Аспергера у Артёма Л. не было.

Несмотря на то обстоятельство, что в МКБ-11 хординг рассмотрен в разделе «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства», значимым является дифференциация между этими состояниями (табл. 1).

На основании соотнесения перечисленных дифференциально-диагностических критериев с имевшимися у Артёма клиническими проявлениями можно сделать вывод, что мы имеем дело с хордингом как самостоятельным расстройством, а не дименсией ОКР. При этом приходится констатировать, что у Артёма, помимо хординга, были и клинические проявления ОКР, то есть имела место коморбидность данных расстройств.

По данным А. Petruso и соавт. [8], от 15 до 40% пациентов с ОКР имеют также симптомы хординга, и наоборот, примерно у половины пациентов с хордингом обнаруживается сопутствующее ОКР (рис. 1). Подавляющее большинство пациентов с хордингом в сочетании с ОКР феноменологически сопоставимы с теми, у кого нет коморбидного ОКР. Однако у небольшой группы пациентов с хордингом при ОКР накопительное поведение может иметь особые характеристики и связанность с навязчивыми темами.

В настоящее время неясно, следует в этих случаях считать патологическое накопительство первичным симптомом ОКР или поведением, вторичным по отношению к другим параметрам симптомов ОКР. Сложным остаётся и вопрос о том, следует ли параметры симптомов ОКР определять на основе специфического поведения, например проверок накопления или мотивации, управляющей этим поведением, к примеру страха причинения вреда, страха потери вещей и т.д.

Представленный клинический случай 20-летнего Артёма Л. демонстрирует типичные проявления нового для современной психиатрии диагноза хординга (патологического накопительства), в отношении которого необходимо формирование у психиатров новых алгоритмов диагностического мышления и отказа от трактовки парадоксального, кажущегося вычурным поведения как относящегося к кругу шизофренических расстройств.

Терапия хординга, как и любого иного расстройства, относимого к обсессивно-компульсивному спектру, представляет собой нелёгкую задачу. К основным методам терапии относят когнитивно-поведенческую терапию и применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [29]. Назначение Артёму Л. одного из антидепрессантов, относимых к этой группе ингибиторов (флувоксамина в дозе 150 мг), в течение 3 нед привело к некоторому смягчению психопатологической симптоматики. Дальнейшее наблюдение за изменениями психического состояния Артёма Л. позволит уточнить возможности коррекции наблюдаемого у него хординга в процессе терапии.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: КДУ, Университетская книга; 2022. 432 с. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (access date: 19.02.2023).
3. Kanat B.B., Altunöz U., Kırıcı S. et al. Hoarding behaviour in three different types of dementia cases // Turk. Psikiyatri. Derg. 2016. Vol. 27. N. 2. P. 1–5. DOI: 10.5080/u7992.
4. Albert U., De Cori D., Barbaro F. et al. Hoarding disorder: A new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5 // Journal of Psychopathology. 2015. Vol. 21. P. 354–364.
5. Mataix-Cols D., Fernández de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead // World Psychiatry. 2018. Vol. 17. N. 2. P. 224–225. DOI: 10.1002/wps.20531.
6. Schou M.L., Urfer-Parnas A., Parnas J. The hoarding phenomenon in schizophrenia spectrum disorders // Psychopathology. 2020. Vol. 53. P. 111–117. DOI: 10.1159/000508453.
7. Pertusa A., Bejerot S., Eriksson J. et al. Do patients with hoarding disorder have autistic traits? // Depress. Anxiety. 2012. Vol. 29. N. 3. P. 210–218. DOI: 10.1002/da.20902.
8. Pertusa A., Fullana M.A., Singh S. et al. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? // Am. J. Psychiatry. 2008. Vol. 165. P. 1289–1298.
9. Bratiotis Ch., Muroff J., Lin N.X.Y. Hoarding disorder: Development in conceptualization, intervention, and evaluation // Focus. 2021. Vol. 19. P. 392–404. DOI: 10.1176/appi.focus.20210016.
10. Postlethwaite A., Kellett S., Mataix-Cols D. Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis // Journal of Affective Disorders. 2019. Vol. 256. P. 309–316. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.004.
11. Pertusa A., Bejerot S., Eriksson J. et al. Do patients with hoarding disorder have autistic traits? // Depression and Anxiety. 2012. Vol. 29. P. 210–218. DOI: 10.1002/da.20902.
12. Ivanov V.Z., Mataix-Cols D., Serlachius E. et al. Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: A population based twin study in 15-year olds //

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Менделевич В.Д. — обследование пациента, обзор литературы, анализ клинического случая; Габутдинов К.А. — обследование пациента; Руженкова В.В. — обзор литературы, анализ клинического случая.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The author declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** V.D. Mendelevich — examination of the patient, literature review, analysis of the clinical case; K.A. Gabutdinov — examination of the patient; V.V. Ruzhenkova — literature review, analysis of a clinical case.

PLoS ONE. 2013. Vol. 8. N. 7. P. e69140. DOI: 10.1371/journal.pone.0069140.

13. Lin N., Bacala L., Martin S. et al. Hoarding disorder: The current evidence in conceptualization, intervention, and evaluation // Psychiatr. Clin. North Am. 2023. Vol. 46. N. 1. P. 181–196. DOI: 10.1016/j.psc.2022.10.007.

14. Pertusa A., Frost R.O., Mataix-Cols D. When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V // Behav. Res. Ther. 2010. Vol. 48. P. 1012–1020.

15. Novara C., Bottesi G., Dorz S., Sanavio E. Hoarding symptoms are not exclusive to hoarders // Front. Psychol. 2016. Vol. 7. P. 1742. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01742.

16. Frank H., Stewart E., Walther M. et al. Hoarding behavior among young children with obsessive-compulsive disorder // J. Obsessive Compuls. Relat. Disord. 2014. Vol. 3. N. 1. P. 6–11. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.11.001.

17. Worden B.L., Tolin D.F. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and hoarding disorder: A review of the current literature // J. Cogn. Psychother. 2022. Vol. 36. N. 4. P. 271–286. DOI: 10.1891/jcp-2021-0010.

18. Sordo Vieira L., Guastello A., Nguyen B. et al. Identifying psychiatric and neurological comorbidities associated with hoarding disorder through network analysis // J. Psychiatr. Res. 2022. Vol. 156. P. 16–24. DOI: 10.1016/j.jpsy.2022.09.037.

19. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Атаджикова Ю.А. Феномен фершробен при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. №1. С. 5–16.

20. Атаджикова Ю.А., Ениколопов С.Н. От феномена шизотипии к синдрому «фершробен»: историческая перспектива и актуальные проблемы // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2016. Т. 4. №14. <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 19.02.2023).

21. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец; 2016. 128 с.

22. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М.: Городец; 2016. 386 с.

23. Дейч Р.В. Клинико-динамические аспекты феномена аномальных увлечений у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 6. С. 16–21.
24. Сергеев И.И., Малиночка С.А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 5. С. 54–67.
25. Малиночка С.А. Патологические увлечения у больных с расстройствами шизофренического спектра и их влияние на социальное функционирование больных. Автореф. дис. ... канд. мед наук. М.; 2009. 26 с.
26. Алфимова М.В., Мельникова Т.С. Психофизиология эмоциональных реакций при шизофрении // Журнал невро-

- логии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112. №1. С. 106–113.
27. Ребер М.Е. Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии. М.: Бином; 2017. 424 с.
28. Skirrow P, Jackson P, Perry E, Hare D.J. I collect therefore I am — Autozoetic consciousness and hoarding in Asperger syndrome // Clin. Psychol. Psychother. 2015. Vol. 22. N. 3. P. 278–284. DOI: 10.1002/cpp.1889.
29. Van Roessel P.J., Grassi G., Aboujaoude E.N. et al. Treatment-resistant OCD: Pharmacotherapies in adults // Compr. Psychiatry. 2023. Vol. 120. P. 152352. DOI: 10.1016/j.comppsy.2022.152352.

## REFERENCES

1. МКБ-11. Glava 06. Psihicheskie i povedencheskie rasstrojstva i narusheniya nejropsihicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikaciya. 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. M.: KDU, Universitetskaya kniga; 2022. 432 p. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (access date: 19.02.2023).
3. Kanat BB, Altunöz U, Kırıcı S et al. Hoarding behaviour in three different types of dementia cases. *Turk Psikiyatri Derg.* 2016;27(2):1–5.
4. Albert U, De Cori D, Barbaro F et al. Hoarding disorder: A new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5. *Journal of Psychopathology*. 2015;21:354–364.
5. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead. *World Psychiatry*. 2018;17(2):224–225. DOI: 10.1002/wps.20531.
6. Schou ML, Urfer-Parnas A, Parnas J. The hoarding phenomenon in schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*. 2020;53:111–117. DOI: 10.1159/000508453.
7. Pertusa A, Bejerot S, Eriksson J et al. Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depress Anxiety*. 2012;29(3):210–218. DOI: 10.1002/da.20902.
8. Pertusa A, Fullana MA, Singh S et al. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry*. 2008;165:1289–1298.
9. Bratiotis Ch, Muroff J, Lin NXY. Hoarding disorder: Development in conceptualization, intervention, and evaluation. *Focus*. 2021;19:392–404. DOI: 10.1176/appi.focus.20210016.
10. Postlethwaite A, Kellett S, Mataix-Cols D. Prevalence of hoarding disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;256:309–316. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.004.
11. Pertusa A, Bejerot S, Eriksson J et al. Do patients with hoarding disorder have autistic traits? *Depression and Anxiety*. 2012;29:210–218. DOI: 10.1002/da.20902.
12. Ivanov VZ, Mataix-Cols D, Serlachius E et al. Prevalence, comorbidity and heritability of hoarding symptoms in adolescence: A population based twin study in 15-year olds. *PLoS ONE*. 2013;8(7):e69140. DOI: 10.1371/journal.pone.0069140.
13. Lin N, Bacala L, Martin S et al. Hoarding disorder: The current evidence in conceptualization, intervention, and evaluation. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(1):181–196. DOI: 10.1016/j.psc.2022.10.007.
14. Pertusa A, Frost RO, Mataix-Cols D. When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behav Res Ther*. 2010;48:1012–1020.
15. Novara C, Bottesi G, Dorz S, Sanavio E. Hoarding symptoms are not exclusive to hoarders. *Front Psychol*. 2016;7:1742. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01742.
16. Frank H, Stewart E, Walther M et al. Hoarding behavior among young children with obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(1):6–11. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.11.001.
17. Worden BL, Tolin DF. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and hoarding disorder: A review of the current literature. *J Cogn Psychother*. 2022;36(4):271–286. DOI: 10.1891/jcp-2021-0010.
18. Sordo Vieira L, Guastello A, Nguyen B et al. Identifying psychiatric and neurological comorbidities associated with hoarding disorder through network analysis. *J Psychiatr Res*. 2022;156:16–24. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.09.037.
19. Smulevich AB, Romanov DV, Muhorina AK, Atadzhikova YuA. Fenomen fershroben pri shizofrenii i rasstrojstvah shizofrenicheskogo spektra (tipologicheskaya differenciaciya). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2017;117(1):5–16. (In Russ.)
20. Atadzhikova YuA, Enikolopov SN. Ot fenomena shizotipii k sindromu “fershroben”: istoricheskaya perspektiva i aktual'nye problemy. *Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika*. 2016;4(14). (In Russ.) <http://medpsy.ru/climp> (access date: 19.02.2023).
21. Mendelevich VD. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psikiatrii*. M.: Gorodec; 2016. 128 p. (In Russ.)
22. Mendelevich VD. *Psihologiya deviantnogo povedeniya*. M.: Gorodec; 2016. 386 p. (In Russ.)
23. Dejch RV. Kliniko-dinamicheskie aspekty fenomena anomal'nyh uvlechenii u detei i podrostkov. *Social'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2011;6:16–21. (In Russ.)
24. Sergeev II, Malinochka SA. Patologicheskie interesy i uvlecheniya pri shizofrenii. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2008;5:54–67. (In Russ.)
25. Malinochka SA. *Patologicheskie uvlecheniya u bol'nyh s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra i ih vliyanie na social'noe funkcionirovanie bol'nyh*. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M.; 2009. 26 p. (In Russ.)
26. Alfimova MV, Mel'nikova TS. Psihofiziologiya emocional'nyh reakcij pri shizofrenii. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2012;112(1):106–113. (In Russ.)
27. Reber ME. *Rasstrojstva autisticheskogo spektra. Nauchnye podhody k terapii*. M.: Binom; 2017. 424 p. (In Russ.)
28. Skirrow P, Jackson P, Perry E et al. I collect therefore I am — Autozoetic consciousness and hoarding in Asperger syndrome. *Clin Psychol Psychother*. 2015;22(3):278–284. DOI: 10.1002/cpp.1889.
29. Van Roessel PJ, Grassi G, Aboujaoude EN et al. Treatment-resistant OCD: Pharmacotherapies in adults. *Compr Psychiatry*. 2023;120:152352. DOI: 10.1016/j.comppsy.2022.152352.

**ОБ АВТОРАХ**

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

**Габутдинов Камиль Айратович**, ординатор;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0253-0622>;  
e-mail: [gabkamil1997@gmail.com](mailto:gabkamil1997@gmail.com)

**Руженкова Виктория Викторовна**, докт. мед. наук, зав. каф., каф. психиатрии, наркологии и клинической психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1740-4904>;  
eLibrary SPIN: 8424-7632;  
e-mail: [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)

**AUTHOR'S INFO**

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

**Kamil A. Gabutdinov**, Resident;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0253-0622>;  
e-mail: [gabkamil1997@gmail.com](mailto:gabkamil1997@gmail.com)

**Viktoria V. Ruzhenkova**, M.D., D. Sci. (Med.), Head of *Depart.*, Depart. of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1740-4904>;  
eLibrary SPIN: 8424-7632;  
e-mail: [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)