



Научно-исследовательский журнал «International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии»

<https://ijmp.ru>

2025, Том 8, № 5 / 2025, Vol. 8, Iss. 5 <https://ijmp.ru/archives/category/publications>

Научная статья / Original article

Шифр научной специальности: 5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии (психологические науки)

УДК 616.89-008.454

<sup>1</sup> *Ольшевская Н.С.,*

<sup>1</sup> *Боровая О.К.,*

<sup>1</sup> *Егорова Е.Н.,*

<sup>1</sup> *Морговка Д.Д.,*

<sup>1</sup> *Сивак И.Н.,*

<sup>1</sup> *Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского,  
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский*

### **Анализ клинических проявлений синдрома патологического накопительства, его диагностики и принципов лечения**

**Аннотация:** в данной статье рассматривается синдром патологического накопительства (СПН), также известный как синдром Плюшкина или hoarding disorder (HD), включённый в классификации DSM-5 и МКБ-11 (код 6B24). Это психическое расстройство характеризуется навязчивым стремлением к собиранию предметов и выраженными трудностями в расставании с ними, вне зависимости от их реальной ценности. СПН сопровождается социальными, бытовыми и личностными нарушениями, а также может приводить к значительной дезорганизации жизненного пространства. В рамках этой работы акцентируется внимание на отличии СПН от синдрома Диогена, проявляющегося в социальной изоляции, пренебрежении собой и антисанитарии, что чаще наблюдается у пожилых одиноких людей. В то время как при СПН пациенты зачастую сохраняют элементарную опрятность, но проявляют компульсивное накопительство.

Статья содержит анализ этиологии, клинических проявлений и классификаций СПН, исследует его особенности с позиций психологии личности и психопатологии. Также рассматриваются современные диагностические критерии и сложности идентификации данного расстройства в клинической практике. Целью исследования является систематизация научных данных и разработка рекомендаций по эффективной диагностике и лечению СПН с учетом международных подходов и классификаций.

**Ключевые слова:** синдром патологического накопительства, синдром Плюшкина, синдром Диогена, хоардинг

**Для цитирования:** Ольшевская Н.С., Боровая О.К., Егорова Е.Н., Морговка Д.Д., Сивак И.Н. Анализ клинических проявлений синдрома патологического накопительства, его диагностики и принципов лечения // International Journal of Medicine and Psychology. 2025. Том 8. № 5. С. 251 – 258.

Поступила в редакцию: 27 марта 2025 г.; Одобрена после рецензирования: 29 мая 2025 г.; Принята к публикации: 4 июля 2025 г.

<sup>1</sup> Olshevskaya N.S.,

<sup>1</sup> Borovaya O.K.,

<sup>1</sup> Egorova E.N.,

<sup>1</sup> Morgovka D.D.,

<sup>1</sup> Sivak I.N.,

<sup>1</sup> Vernadsky Crimean Federal University,  
Order of the Red Banner of Labor Medical

## Analysis of clinical manifestations of pathological hoarding syndrome, its diagnosis and treatment principles

**Abstract:** this article discusses the syndrome of pathological hoarding (SPH), also known as Plyushkin syndrome or hoarding disorder (HD), included in the classification of DSM-5 and ICD-11 (code 6B24). This mental disorder is characterized by an obsessive desire to collect objects and pronounced difficulties in parting with them, regardless of their real value. SPH is accompanied by social, domestic and personal disorders, and can also lead to significant disorganization of the living space. Within the framework of this work, attention is focused on the difference between SPN and Diogenes syndrome, which manifests itself in social isolation, self-neglect and unsanitary conditions, which are more often observed in elderly single people. While with SPH, patients often maintain basic neatness, but exhibit compulsive hoarding.

The article contains an analysis of the etiology, clinical manifestations and classifications of SPN, examines its features from the standpoint of personality psychology and psychopathology. Modern diagnostic criteria and the difficulties of identifying this disorder in clinical practice are also considered. The aim of the study is to systematize scientific data and develop recommendations for effective diagnosis and treatment of SPH, taking into account international approaches and classifications.

**Keywords:** pathological hoarding syndrome, Plyushkin syndrome, Diogenes syndrome, hoarding

**For citation:** Olshevskaya N.S., Borovaya O.K., Egorova E.N., Morgovka D.D., Sivak I.N. Analysis of clinical manifestations of pathological hoarding syndrome, its diagnosis and treatment principles. International Journal of Medicine and Psychology. 2025. 8 (5). P. 251 – 258.

The article was submitted: March 27, 2025; Approved after reviewing: May 29, 2025; Accepted for publication: July 4, 2025.

### Введение

Синдром Плюшкина (СП), известный также как синдром патологического накопительства (СПН) или хоардинг, представляет собой расстройство, характеризующееся навязчивым стремлением к собиранию и неспособностью расстаться с вещами, независимо от их ценности или функциональности.

Международная классификация болезней последнего пересмотра (МКБ-11) внесла новое расстройство – компульсивное накопительство. В МКБ-11 синдром компульсивного накопительства, именуемый как синдром Плюшкина, обозначен кодом 6B24.

Согласно МКБ-11, патологическое накопительство характеризуется склонностью к накоплению различных предметов, что приводит к захламлению жилого пространства вплоть до того, что им становится небезопасно пользоваться. Накопление происходит вследствие как повторяющихся побуждений и действий, имеющих отношение к со-

бирательству или накоплению различных вещей, так и трудностей

избавления от накопленного имущества из-за чувства необходимости его сохранения и дистресса в случае расставания с ним [4].

Слово hoarding (хоардинг) означает хранение или накопление, отсылающей к древней форме поведения, которое нацелено на выживание и адаптацию к условиям среды [3].

Данное состояние сопровождается выраженными нарушениями повседневного функционирования, социальной изоляцией, антисанитарными условиями проживания и часто с нарушением критики. В отличие от людей, которые целенаправленно занимаются коллекционированием, пациенты с патологическим накопительством собирают множество предметов домашнего обихода: старую одежду, журналы, диски, письма и т.д.

Важно отличать СП от синдрома Диогена (СД), с которым его часто путают. Согласно данным современных исследований [1, 2], (СД) –

симптомокомплекс, развивающийся у одиноких пожилых людей, не способных ухаживать за собой. Впервые (СД) был описан в медицине в 1975 году Кларком, Мейншиком и Греем [1]. Он проявляется пренебрежением к себе и антисоциальным поведением. При синдроме патологического накопительства (СПН), напротив, люди могут быть чистоплотны, аккуратны, но фанатично привязаны к вещам.

Цель статьи – проанализировать клинические проявления СПН, рассмотреть феномен этого симптомокомплекса в контексте психологии личности и психопатологии, обобщить современные научные данные по теме патологического накопительства.

Задачи данного исследования: изучение современных подходов к диагностике патологического накопительства с использованием международных классификаций болезней (DSM-5 и МКБ-11); проанализировать клинические проявления СП; рассмотреть методы лечения пациентов с этим синдромом.

### **Материалы и методы исследований**

При подготовке исследования были использованы данные теоретические методы: анализ, сравнение и обобщение научных знаний по этиологии, клиники, диагностике и лечению СПН.

### **Результаты и обсуждения**

#### *Этиология*

Этиология данного синдрома до конца остается не изученной, но выделяют различные факторы, такие как биологические, психологические и социально-культурные в развитии данного синдрома.

При исследовании когнитивных процессов у пациентов, страдающих патологическим накопительством, была установлена дезорганизация ряда психических функций, таких как дефицит устойчивости внимания, оперативной памяти, зрительно-пространственной координации, процессов постановки и решения задач [14].

Факторами риска и прогноза данного синдрома, согласно DSM-5, являются: темперамент, а именно - нерешительность является одной из характерных черт людей, страдающих СПН, а также их близких родственников. Играет роль и психогенный компонент: лица с данным расстройством часто указывают, что его возникновению или обострению предшествовали стрессовые или психотравмирующие события в жизни. Генетический (наследственный) фактор является основным: примерно половина страдающих этим расстройством сообщает о наличии родственников с подобным поведением. Исследования близнецов показывают, что около 50% вариативности в

накопительном поведении можно объяснить генетическими факторами [5].

#### *Клиническая картина и коморбидные состояния*

Современное представление о СПН отражает его многогранную клиническую картину. Пациенты, страдающие этим расстройством, демонстрируют устойчивое стремление к собиранию и сохранению различных предметов – как потенциально ценных, так и явно бесполезных (газеты, упаковки, изношенная одежда, бытовые мелочи). К ключевым проявлениям СП относят стойкое собирание вещей – у пациентов наблюдается тенденция к накоплению большого количества самых разнообразных предметов, а также затруднение избавления от них. Главной проблемой становится невозможность расстаться с вещами, что обычно сопровождается выраженной тревогой и психическим дискомфортом [6].

Люди с СПН могут накапливать вещи по одной из следующих причин: 1) верят, что предмет будет полезен или ценен в будущем; 2) считают, что предмет имеет сентиментальную ценность, является уникальным и/или незаменимым; 3) думают, что предмет поможет им запомнить важного человека или событие; 4) не могут решить, куда положить вещь, поэтому оставляют её вместо того, чтобы выбросить [13].

СПН редко существует изолированно; для него характерен широкий спектр психических и личностных сопутствующих расстройств. Он может сочетаться с тревожными и депрессивными расстройствами, обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), расстройствами личности, синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и др. [6].

#### *Современные подходы к диагностике*

Диагностика синдрома патологического накопительства основана на использовании международных классификаций болезней (DSM-5 и МКБ-11).

В классификации DSM-5 СПН относится к ОКР и связанным с ними расстройствами (235), кодируется 300.3 (F42) – «Hoarding Disorder» (247) и определен как: «Расстройство накопительства характеризуется стойкими трудностями с избавлением от вещей или расставанием с ними, независимо от их реальной ценности, что обусловлено сильной субъективной потребностью сохранить эти предметы и переживаниями, связанными с их выбрасыванием. Расстройство накопительства отличается от обычного коллекционирования. Например, симптомы расстройства накопительства приводят к накоплению большого количества предметов, которые загромождают и захламляют жилое пространство в такой степени, что оно теряет свою

функциональность. Форма расстройства накопительства, связанная с чрезмерным приобретением, которая характерна для большинства, но не всех страдающих данным расстройством, проявляется в чрезмерном собирании, покупке или краже предметов, которые не нужны или для которых нет свободного места» [5].

В классификации DSM-5 выделен ряд критериев, характерных для СПН, к которым относятся:

А. Стойкие трудности с избавлением от вещей или расставанием с ними, независимо от их реальной ценности.

В. Эти трудности обусловлены субъективной необходимостью сохранять вещи и испытываемым дискомфортом при мысли об избавлении от них.

С. Трудности с избавлением от имущества приводят к накоплению предметов, которые загромождают и захламляют жилое пространство, существенно ограничивая его использование по назначению. Если жилые зоны не захламлены, это лишь благодаря вмешательству третьих лиц (например, членов семьи, уборщиков, властей).

Д. Накопительство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение функционирования в социальной, профессиональной или других важных сферах (включая поддержание безопасной среды для себя и других).

Е. Накопительство не объясняется другим медицинским состоянием (например, черепно-мозговой травмой, сосудистыми заболеваниями головного мозга, синдромом Прадера–Вилли).

Ф. Накопительство не объясняется лучше симптомами другого психического расстройства (например, навязчивыми мыслями при ОКР, снижением энергии при депрессии, бредовыми идеями при шизофрении или других психотических расстройствах, когнитивными нарушениями при нейрокогнитивных расстройствах, ограниченными интересами при расстройствах аутистического спектра) [5].

В классификации МКБ-11 синдром патологического накопительства входит в блок L1-6B6 (Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства) и кодируется как 6B24. Согласно МКБ-11, выделяются следующие формы:

1) 6B24.0 Патологическое накопительство с удовлетворительной или сохранной критичностью: Выполняются все требования, соответствующие определению Патологического накопительства. Большую часть времени человек способен допустить возможность, что его убеждения по поводу накопления различных вещей и соответствующее поведение (приводящее к избыточному приобретению, отказу избавляться от лишнего, захламленности помещения) являются проблемны-

ми. Использование этого указателя также допустимо, даже если в определенных условиях (например, при принуждении к избавлению от вещей) критичность не наблюдается.

2) 6B24.1 Патологическое накопительство со снижением или отсутствием критичности: Все требования также выполняются. Большую часть времени человек уверен, что его убеждения по поводу накопления предметов и соответствующее поведение (приводящее к избыточному приобретению, отказу избавляться от лишнего, захламленности помещения) не являются проблемными, несмотря на очевидность обратного. Отсутствие критичности в данном случае существенно не меняется в зависимости от уровня тревоги.

3) 6B24.Z Патологическое накопительство, неуточненное [4].

Также, для диагностики СПН можно использовать иллюстрированную шкалу захламленности (Clutter Image Rating Scale), которая была разработана группой американских авторов

(Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F., Renaud S., 2008) [21], которая является наиболее простым инструментом для первичной диагностики патологического накопительства. Методика представляет собой набор иллюстраций, изображающих последовательно нарастающую захламленность в ванной, гостиной, спальне и кухне. Респондентам предлагается выбрать из четырех серий картинок номера тех, которые ближе

всего, пусть даже и не один в один, описывают их ситуацию с захламленностью жилого пространства. Выбор картинок указывает на тенденцию к патологическому накопительству, а также нарастающую степень его выраженности [3].

На сегодняшний день нейробиологические механизмы синдрома патологического накопительства (НД) остаются недостаточно изученными. Некоторые работы указывают на связь между отдельными симптомами накопительства и функциональной активностью определенных зон головного мозга. Например, исследования с применением позитронно-эмиссионной томографии выявили снижение потребления глюкозы в задней поясной извилине и клинья у пациентов с (ОКР) и выраженными проявлениями накопительства. По данным функциональной МРТ, при провокации тревоги у пациентов с ОКР и выраженными симптомами накопительства наблюдалась повышенная активация обеих передних вентромедиальных областей префронтальной коры по сравнению с группами без симптомов накопительства и здоровыми испытуемыми [7].

Структурные нейровизуализационные исследования методом воксельной морфометрии выявили

связь между выраженностью симптомов накопительства и объемом серого вещества в ряде зон, включая левое хвостатое ядро, левую область Бродмана 6, левую латеральную орбитофронтальную кору и правую парагиппокаммальную извилину. Однако данные по этим изменениям остаются неоднозначными: большинство работ рассматривали патологическое накопительство как подтип ОКР, что затрудняет интерпретацию полученных результатов. В то же время единичные исследования с использованием фМРТ с выделением пациентов согласно критериям HD по DSM-5 показали, что у таких пациентов отмечается значительное усиление активности в передней поясной и правой дорсолатеральной префронтальной коре при выполнении задачи «Иди/ не иди», отражающей процессы контроля конфликтов и подавления ответов [20]. Стоит отметить, что на сегодняшний день практически отсутствуют работы, оценивающие структурные изменения головного мозга у пациентов с HD, диагностированным на основании критериев DSM-5. Недавно было проведено исследование с применением воксельной морфометрии, в котором группа пациентов с HD продемонстрировала статистически значимое увеличение объема серого вещества в орбитофронтальной коре (в обеих областях Бродмана 10 и 11) по сравнению как с пациентами с ОКР, так и со здоровыми участниками. Эти результаты позволяют предположить, что увеличение объема серого вещества в префронтальных структурах может быть характерной особенностью при HD, в отличие от ОКР без симптомов накопительства [7].

#### *Методы лечения пациентов с синдромом патологического накопительства*

Лечение пациентов с синдромом патологического накопительства требует комплексного подхода, направленного на достижение длительных результатов и стойкой ремиссии. Эти подходы включают в себя когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), экспозицию с предотвращением реакции, тренировку организационных навыков, а также фармакотерапию.

КПТ является наиболее эффективным методом лечения СП. Основные компоненты данной терапии включают в себя когнитивную реструктуризацию, т.е. коррекцию дисфункциональных убеждений, таких как: «Эта вещь может когда-нибудь пригодиться», «Если я выброшу это, случится что-то плохое», «Эта вещь – часть моей личности». [8] Согласно мета-анализу опубликованному в журнале «Обсессивно-компульсивных и связанных с ними расстройств», 2014, – КПТ приводит к снижению симптомов на 30–50% у пациентов с хоардингом [9].

Терапия экспозиции с предотвращением реакции (ERP) включает в себя постепенное обучение пациента расставанию с накопленными предметами. [10] Тренировка организационных навыков представляет собой обучение систематизации, сортировке и поддержанию порядка, что также является важным компонентом в лечении СПН [11].

Фармакотерапия синдрома Плюшкина включает в себя применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), атипичные антипсихотики (АА).

Исследования медикаментозного лечения СПН были в первую очередь посвящены СИОЗС, поскольку эти препараты продемонстрировали эффективность при ОКР, с которым СП объединён в одну категорию в DSM-5. Однако существует неоднозначное мнение относительно того, действительно ли серотонинергические средства уменьшают проявления накопительства. Согласно ряду недавних исследований, СИОЗС могут оказывать аналогичное воздействие на симптомы СПН и на классические симптомы ОКР.[15]

Испытание пароксетина (СИОЗС), (торговое название- Паксил®) показали, что как у пациентов с СПН, так и у лиц без него отмечались схожие результаты [16]. 28% пациентов с СП и 32% пациентов с ОКР, но без СПН, полностью отреагировали на лечение пароксетином. Примерно у половины пациентов из каждой группы наблюдалась хотя бы частичная положительная динамика. Однако у некоторых пациентов были трудности с переносимостью пароксетина. Чтобы протестировать препарат, который лучше переносится, 24 пациента, соответствующих критериям DSM-5 для расстройства накопительства, получали препарат СИОЗСН – венлафаксин пролонгированного действия (дозировкой от 37,5 мг до 225 мг в день) в течение 12 недель. Венлафаксин хорошо переносился; симптомы улучшились в среднем на 36% по шкале UHSS и на 32% по шкале Inventory-Revised (SI-R) (17-18). Из числа пациентов 70% ответили, что у них минимизировались симптомы накопительства, такие как трудности с избавлением от ненужных вещей, чрезмерное накопление, беспорядок и функционирование [12].

Фармакологические методы лечения синдрома накопительства направлены на устранение конкретных симптомов, которые приводят к инвалидности. Например, 12-недельное открытое исследование с применением препарата селективного ингибитора обратного захвата норадреналина – атомоксетина в дозировке 40–80 мг/день (в среднем

62,72 мг) (препарат, используемый для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности) привело к снижению тяжести компульсивного накопительства на 41,3% по шкале UHSS (на 39,9% по шкале SI-R) у участников с компульсивным накопительством, у которых наблюдались симптомы невнимательности и импульсивности, которые, как предполагается, лежат в основе компульсивного накопительства [19].

### Выводы

Синдром патологического накопительства является актуальной и все более широко признанной проблемой современной психиатрии и психологии. Это расстройство, вошедшее в последние международные классификации как самостоятельная нозологическая единица, сопровождается патологическим накоплением предметов, трудностями с их выбрасыванием вне зависимости от их реальной ценности и разрушительными последствиями для социальной, бытовой и личной сферы жизни пациента, а также окружающих лиц.

Анализ современных исследований свидетельствует о комплексной многофакторной природе данного синдрома. В его развитии сочетаются генетические, нейробиологические, когнитивные, а также социальные и семейные факторы. Одной из ключевых особенностей пациентов с синдромом накопительства является значительно сниженная способность к критической самооценке своего состояния и выраженное сопротивление лечению, что требует особого подхода как в диагностике, так и в организации помощи. Диагностика синдрома осложняется высокой коморбидностью с депрессивными, тревожными расстройствами, ОКР и расстройствами личности, что затрудняет раннее выявление и своевременное начало терапии. Тем не менее, внедрение структурированных опросников, клинических шкал и стандартизированных диагностических критериев значительно облегчает распознавание СП, а дифференцировать его помогают оценка мотивации к накопительству, уровня контроля и выраженности межличностных и функциональных нарушений.

Патологическое накопительство оказывает существенное негативное влияние на качество жизни, социальную интеграцию и эмоциональное со-

стояние пациентов, нередко приводит к изоляции, семейным и социальным конфликтам, снижает работоспособность и может представлять угрозу для здоровья и жизни как самих больных, так и окружающих, вплоть до вспышек опасных инфекций.

Современные подходы к лечению СПН предполагают преимущественно использование КПТ, направленной на формирование навыков сортировки и расставания с вещами, повышение критичности и преодоление тревоги. Однако достижение стойкого терапевтического результата требует длительной и многокомпонентной работы, часто с привлечением близких родственников и социальных служб. Фармакотерапия применяется в основном для коррекции сопутствующих расстройств, поскольку эффективность препаратов в отношении собственно накопительства весьма ограничена.

К числу сложностей относятся низкая мотивация пациентов обращаться за психиатрической помощью, выраженный стыд и стигматизация данного расстройства в обществе, недостаточная информированность специалистов и отсутствие специализированных программ поддержки лиц, страдающих СПН. В связи с этим остро стоит задача просвещения населения, повышения квалификации медицинских и социальных работников, налаживания междисциплинарного взаимодействия.

Таким образом, синдром патологического накопительства – сложное, хроническое и текущее с тяжелыми последствиями психическое расстройство, требующее ранней диагностики, комплексного индивидуализированного подхода к лечению, долгосрочного наблюдения и межведомственного сотрудничества. Для повышения эффективности профилактики и реабилитации необходимы дальнейшие фундаментальные и прикладные исследования, совершенствование методик психотерапии, а также создание целевых программ поддержки пациентов и их семей. Лишь совместные усилия специалистов, семьи и общества способны существенно улучшить прогноз при данном расстройстве и качество жизни затронутых им людей.

### Список источников

1. Иванова И.Г., Самадова М.С. Образы античной мифологии в психиатрических терминах // Студент года 2020: сб. ст. Междунар. науч.-исслед. конкурса, Петрозаводск, 11 мая 2020 г. Петрозаводск: Междунар. центр науч. партнёрства «Новая Наука», 2020. С. 295 – 301.
2. Королева Е.Г. Редкие заболевания: синдром Диогена // Журнал Гродненского гос. мед. ун-та. 2012. № 2 (38). С. 86 – 88.
3. Толкачева О.Н. Психология патологического накопительства: учеб. пособие для вузов. М.: Юрайт, 2024. С. 178 – 180.

4. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Гл. 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития: статист. классификация. 2-е изд., перераб. и доп. М.: КДУ, Университетская книга, 2022. С. 432 – 445. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172. ISBN 978-5-91304-985-8
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2022. P. 624 – 632.
6. Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F. Comorbidity in hoarding disorder // *Depression and Anxiety*. 2021. Vol. 28. № 10. P. 876 – 884.
7. Nakao T., Kanba S. Pathophysiology and treatment of hoarding disorder // *CNS Drugs*. 2020. Vol. 33. № 6. P. 553 – 563. DOI: 10.1007/s40263-019-00642-0
8. Frost R.O., Steketee G. *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of things*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2010. P. 115 – 120.
9. Ayers C.R., Saxena S., Golshan S., Wetherell J.L. Age at onset and clinical features of late-life compulsive hoarding // *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014. Vol. 3. № 3. P. 303 – 308.
10. Tolin D.F., Frost R. O., Steketee G. An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding // *Behaviour Research and Therapy*. 2020. Vol. 45. № 7. P. 1461 – 1470.
11. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Baxter L.R. Paroxetine treatment of compulsive hoarding // *Journal of Psychiatric Research*. 2007. Vol. 41. № 6. P. 481 – 487.
12. Park J., Sohn J.H., Yoon H., Lee S.M., Kim M.D. Hoarding symptoms are not exclusive to hoarding disorder – A longitudinal study on symptom profiles and prognosis in a clinical sample // *Psychiatry Investigation*. 2022. Vol. 19. № 5. P. 343 – 352. DOI: 10.30773/pi.2021.0385
13. Takahashi T., Nakayama K. Hoarding disorder: Current understanding and future directions // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019. Vol. 73. № 9. P. 493 – 500. DOI: 10.1111/pcn.12853
14. Woody S.R., Kellman K. Review of cognitive performance in hoarding disorder // *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34. № 4. P. 324 – 336.
15. International OCD Foundation. Treatment of HD – Medication [Электронный ресурс]. URL: <https://hoarding.iocdf.org/professionals/treatment-of-hoarding-disorder/>
16. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Baxter L.R. Paroxetine treatment of compulsive hoarding // *Journal of Psychiatric Research*. 2007. Vol. 41. № 6. P. 481 – 487.
17. Frost R.O., Steketee G., Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised // *Behaviour Research and Therapy*. 2004. Vol. 42. P. 1163 – 1182. DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.006
18. Ayers C.R., Dozier M.E., Mayes T.L. Psychometric evaluation of the Saving Inventory-Revised in older adults // *Clinical Gerontologist*. 2017. Vol. 40. P. 191 – 196. DOI: 10.1080/07317115.2016.1267056
19. Grassi G., Micheli L., Di Cesare Mannelli L., et al. Atomoxetine for hoarding disorder: a pre-clinical and clinical investigation // *Journal of Psychiatric Research*. 2020. Vol. 83. P. 240 – 248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.012
20. Hough C.M., Luks T.L., Lai K. et al. Comparison of brain activation patterns during executive function tasks in hoarding disorder and non-hoarding OCD // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 255. P. 50 – 59.
21. Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F., Renaud S. Development and validation of the Clutter Image Rating // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2008. Vol. 30. № 3. P. 193 – 203. DOI: 10.1007/s10862-007-9068-7

## References

1. Ivanova I.G., Samadova M.S. Images of ancient mythology in psychiatric terms. Student of the Year 2020: Coll. Art. of the International Research Competition, Petrozavodsk, May 11, 2020. Petrozavodsk: International Scientific Partnership Center "New Science", 2020. P. 295 – 301.
2. Koroleva E.G. Rare diseases: Diogenes syndrome. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2012. No. 2 (38). P. 86 – 88.
3. Tolkacheva O.N. *Psychology of pathological hoarding: textbook for universities*. M.: Yurait, 2024. P. 178 – 180.
4. International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11). Ch. 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychic development: statistical. classification. 2nd ed., revised and enlarged. M.: KDU, University Book, 2022. P. 432 – 445. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172. ISBN 978-5-91304-985-8
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2022. P. 624 – 632.

6. Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F. Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*. 2021. Vol. 28. No. 10. P. 876 – 884.
7. Nakao T., Kanba S. Pathophysiology and treatment of hoarding disorder. *CNS Drugs*. 2020. Vol. 33. No. 6. P. 553 – 563. DOI: 10.1007/s40263-019-00642-0
8. Frost R.O., Steketee G. *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of things*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2010. P. 115 – 120.
9. Ayers C.R., Saxena S., Golshan S., Wetherell J.L. Age at onset and clinical features of late-life compulsive hoarding. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014. Vol. 3. No. 3. P. 303 – 308.
10. Tolin D.F., Frost R.O., Steketee G. An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*. 2020. Vol. 45. No. 7. P. 1461 – 1470.
11. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Baxter L.R. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*. 2007. Vol. 41. No. 6. P. 481 – 487.
12. Park J., Sohn J.H., Yoon H., Lee S.M., Kim M.D. Hoarding symptoms are not exclusive to hoarding disorder – A longitudinal study on symptom profiles and prognosis in a clinical sample. *Psychiatry Investigation*. 2022. Vol. 19. No. 5. P. 343 – 352. DOI: 10.30773/pi.2021.0385
13. Takahashi T., Nakayama K. Hoarding disorder: Current understanding and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019. Vol. 73. No. 9. P. 493 – 500. DOI: 10.1111/pcn.12853
14. Woody S.R., Kellman K. Review of cognitive performance in hoarding disorder. *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34. No. 4. P. 324 – 336.
15. International OCD Foundation. Treatment of HD – Medication [Electronic resource]. URL: <https://hoarding.iocdf.org/professionals/treatment-of-hoarding-disorder/>
16. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Baxter L.R. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of Psychiatric Research*. 2007. Vol. 41. No. 6. P. 481 – 487.
17. Frost R.O., Steketee G., Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised. *Behavior Research and Therapy*. 2004. Vol. 42. P. 1163 – 1182. DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.006
18. Ayers C.R., Dozier M.E., Mayes T.L. Psychometric evaluation of the Saving Inventory-Revised in older adults. *Clinical Gerontologist*. 2017. Vol. 40. P. 191 – 196. DOI: 10.1080/07317115.2016.1267056
19. Grassi G., Micheli L., Di Cesare Mannelli L., et al. Atomoxetine for hoarding disorder: a preclinical and clinical investigation. *Journal of Psychiatric Research*. 2020. Vol. 83. P. 240 – 248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.09.012
20. Hough C.M., Luks T.L., Lai K. et al. Comparison of brain activation patterns during executive function tasks in hoarding disorder and non-hoarding OCD. *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 255. P. 50 – 59.
21. Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F., Renaud S. Development and validation of the Clutter Image Rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2008. Vol. 30. No. 3. P. 193 – 203. DOI: 10.1007/s10862-007-9068-7

### Информация об авторах

**Ольшевская Н.С.**, кандидат медицинских наук, доцент, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, [mi-office@cfuv.ru](mailto:mi-office@cfuv.ru), [olshevskaya.natalya@gmail.com](mailto:olshevskaya.natalya@gmail.com)

**Боровая О.К.**, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена трудового красного знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, [borovaya03@list.ru](mailto:borovaya03@list.ru)

**Егорова Е.Н.**, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена трудового красного знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, [eegorova200@mail.ru](mailto:eegorova200@mail.ru)

**Морговка Д.Д.**, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена трудового красного знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, [morgovka@bk.ru](mailto:morgovka@bk.ru)

**Сивак И.Н.**, Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Ордена трудового красного знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, [0707b0707b@gmail.com](mailto:0707b0707b@gmail.com)

© Ольшевская Н.С., Боровая О.К., Морговка Д.Д., Сивак И.Н., 2025