

Obsedantně-kompulzivní a související poruchy

Obsedantně-kompulzivní a související poruchy zahrnují obsedantně-kompulzivní poruchu (obsessive-compulsive disorder, OCD), dysmorfofobii, shromažďovací poruchu, trichotilománii (poruchu vytrhávání vlasů), exkoriaci (poruchu narušování kůže), obsedantně-kompulzivní a související poruchy vyvolané látkami/léky a související poruchy, obsedantně-kompulzivní a související poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním, jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy a nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy (např. stereotypně opakované jednání zaměřené na tělo, obsesivní žárlivost).

OCD se vyznačuje přítomností obsesí a/nebo kompulzí. *Obsese* jsou rekurentní a perzistentní myšlenky, představy či nutkání, které jsou nežádoucí a obtěžující, zatímco *kompulze* jsou repetitivní chování či mentální procesy, jimiž jedinec nutkavě reaguje na obsese nebo pravidla, která musí být pevně dodržována. Některé další obsedantně-kompulzivní a související poruchy se vyznačují zaujetím a repetitivním chováním či duševními procesy zaměřenými na zaujetí. Další obsedantně-kompulzivní a související poruchy se primárně vyznačují repetitivním chováním zaměřeným na tělo (např. vytrhávání vlasů, narušování kůže) a opakovanými pokusy toto chování zmírnit či zastavit.

Zhrnutí kapitoly obsedantně-kompulzivní a související poruchy v DSM-5 poukazuje na zvyšující se počet důkazů o vzájemných vztazích těchto poruch, pokud se jedná o rozsah diagnostických validizátorů, jakož i o klinický užitek ze zahrnutí těchto poruch do stejné kapitoly. Lékaři jsou vyzváni ke kontrole těchto stavů u jedinců, kteří se vyznačují jednou z nich, a také k obezřetnosti v případě, že se některé příznaky překrývají. Také existují významné rozdíly v diagnostických ukazatelích a přístupech k léčení napříč těmito poruchami. Kromě toho jsou známé vztahy mezi úzkostnými poruchami a některými obsedantně-kompulzivními a souvisejícími poruchami (např. OCD), což se projevuje v posloupnosti kapitol DSM-5, kde obsedantně-kompulzivní a související poruchy následují za úzkostnými poruchami.

Obsedantně-kompulzivní a související poruchy se liší od vývojově normálního zaujetí a rituálů tím, že jsou přehnané či vytrvávají i po vývojově vhodném období. Rozlišení mezi přítomností subklinických příznaků a klinické poruchy vyžaduje posouzení několika faktorů, jako je míra nepohody a funkční narušení.

Kapitola začíná OCD. Poté se zabývá dysmorfofobií a shromažďovací poruchou, které jsou charakterizovány kognitivními příznaky, jako jsou domnělé nedostatky ve vzhledu nebo domnělá potřeba zachovat majetek. Kapitola se dále zabývá trichotilománií (poruchou vytrhávání vlasů) a exkoriací (poruchou narušování kůže), které jsou charakterizovány repetitivním chováním zaměřeným na tělo. Na závěr se zaměřuje na obsedantně-kompulzivní poruchu vyvolanou užíváním látek/léků a související poruchy, obsedantně-kompulzivní a související poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním, jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy a nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy.

Zatímco specifický obsah obsesí a kompulzí se liší mezi jedinci, některé příznaky jsou u OCD obvyklé, jako čištění (obsese kontaminace a čistící kompulze); symetrie (obsese symetrie a opakovací, uspořádací a počítací kompulze); zakázané či tabuizované myšlenky (např. agresivní, sexuální či náboženské obsese

a s tím související kompulze); a ublížení (např. strach z ublížení sobě či ostatním a kontrolovací kompulze). Specifikátor pro tikové poruchy u OCD je uveden v případě, že jedinec má současnou či minulou anamnézu tikové poruchy. Dysmorfofobie se vyznačuje zaujetím jednou nebo více domnělými vadami či nedostatky vzhledu, které ostatní nepozorují, nebo se jeví jako velmi nepatrné, a stereotypně opakovaným chováním (např. kontrolování se v zrcadle, přehnaná péče o zevnějšek, narušování kůže nebo vyhledávání potvrzení) nebo duševními aktivitami (např. porovnávání svého vzhledu s ostatními) v reakci na obavy týkající se vzhledu. Přílišné zaujetí vzhledem nemůže být v tomto případě vysvětleno obavami z tloušťky nebo váhy jedince, u kterého příznaky splňují kritéria pro poruchu příjmu potravy. Svalová dysmorfofobie se vyznačuje jedincovým zaujetím myšlenkou, že jeho stavba těla je příliš malá či má nedostatečný objem svalů.

Shromažďovací porucha se vyznačuje přetrvávajícími potížemi rozloučit se s majetkem či vyřadit jej, a to bez ohledu na jeho skutečnou hodnotu. Výsledkem jsou: silně vnímaná potřeba tyto předměty uchránit a nepohoda způsobená jejich odstraněním. Například příznaky poruchy hromadění ústí v nahromadění velkého objemu majetku, který způsobí nepořádek či přeplní aktivní prostor do takové míry, že je pohyb značně omezen. Nadměrné nabývání z poruchy hromadění, které je charakteristické pro většinu, ne však všechny jedince s touto poruchou, se skládá z nadměrného sbírání, kupování či odcizování předmětů, které nejsou potřebné nebo na ně není dostatek místa.

Trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů) se vyznačuje opakujícím se vytrháváním vlasů, ústícím v jejich ztrátu a opakované pokusy zmírnit či zastavit vytrhávání. Exkoriace (porucha narušování kůže) je charakterizovaná opakujícím se narušováním kůže vedoucím ke kožním lézím a opakovanými pokusy o zmírnění či zastavení narušování kůže. Stereotypně se opakující chování zaměřené na tělo, které charakterizuje tyto dvě poruchy, není vyvoláno obsesí či zaujetím; avšak může být předcházeno nebo doprovázeno různými emocionálními stavy, jako je úzkost či nuda. Také mohou být předcházeny zvyšujícím se pocitem napětí nebo mohou vést k pocitu uspokojení či uvolnění, když je vlas vytrhnut či kůže odstraněna. Jedinci s těmito poruchami se mohou lišit ve stupni uvědomění činnosti v průběhu jejího vykonávání, někteří jedinci prožívají činnost s plným vědomím (s předcházejícím napětím a následnou úlevou) a někteří ji vykonávají spíše automaticky (s chováním, které je vykonáváno bez plného uvědomění).

Obsedantně-kompulzivní poruchy vyvolané látkami/léky a související poruchy se skládají z příznaků, které jsou vyvolané intoxikací látkami, odvykacím stavem nebo léky. Obsedantně-kompulzivní poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním obsahují příznaky charakteristické pro obsedantně-kompulzivní a související poruchy způsobené přímým patofyziologickým následkem zdravotních obtíží. Jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy a nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy se skládají z příznaků, které nesplňují podmínky pro specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy díky své atypické prezentaci nebo nejasné etiologii; tyto kategorie jsou použity pro specifické syndromy, které nejsou uvedeny v sekci II a u kterých není k dispozici dostatek informací, aby bylo možné jejich projevy diagnostikovat jako jiné obsedantně-kompulzivní a související poruchy. Mezi příklady specifických syndromů, které nejsou uvedeny v sekci II, a tudíž jsou diagnostikovány jako jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy nebo jako nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy, patří repetitivní chování zaměřené na tělo a obsedantní žárlivost.

Obsedantně-kompulzivní a související poruchy, které mají kognitivní součást, mají náhled jako základ pro použití specifikátorů; každá z těchto poruch se vyznačuje náhledem charakterizovaným jako „dobrý či přiměřený náhled“, „slabý

náhled“, či „chybějící náhled/bludné myšlenky“ s ohledem na myšlenky spojené s poruchou. U jedinců, u kterých jsou příznaky obsedantně-kompulzivní a související poruchy vhodné pro použití specifikátoru „chybějící náhled/bludné myšlenky“, by tyto příznaky neměly být diagnostikovány jako psychotická porucha.

Obsedantně-kompulzivní porucha 300.3 (F42)

Diagnostická kritéria

A. Přítomnost obsesí, kompulzí nebo obojí:

Obsese jsou definovány jako (1) a (2):

1. Opakující se perzistentní myšlenky, představy či nutkání, které jsou během určité doby této poruchy definovány jako nežádoucí a obtěžující a které u většiny jedinců způsobují významnou úzkost nebo nepohodu.
2. Jedinec se pokouší o ignorování či potlačení těchto myšlenek, představ či nutkání, nebo se je snaží neutralizovat jinými myšlenkami nebo činy (tj. provedením kompulzí).

Kompulze jsou definovány jako (1) a (2):

1. Stereotypně se opakující chování (např. mytí rukou, rovnání a kontrolování věcí), nebo duševní procesy (např. modlení, počítání, tiché opakování slov), které se jedinec cítí nucen provádět jako reakci na obsese nebo pravidla, která musí být pevně dodržována.
 2. Chování nebo duševní procesy jsou zaměřené na předcházení či zmírnění úzkosti či nepohodě nebo zabránění obávané situaci; avšak toto chování a tyto duševní procesy nejsou realisticky propojeny s tím, čemu mají zabránit, nebo jsou výrazně přehnané.
- B. Obsese či kompulze zabírají hodně času (např. více než hodinu denně) nebo způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.
- C. Obsedantně-kompulzivní příznaky se nedají přičíst fyziologickým dopadům látky (např. zneužívané drogy či léky) nebo jinému somatickému onemocnění.
- D. Tuto poruchu nelze lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. nadměrné obavy u generalizované úzkostné poruchy; zaujetí vzhledem u dysmorfofobie; problémy s vyřazením či rozloučením se s majetkem u shromažďovací poruchy; vytrhávání vlasů u trichotilománie [porucha vytrhávání vlasů]; narušování kůže u exkoriace [porucha narušování kůže]; stereotypie při stereotypní motorické poruše; rituální stravovací chování u poruch příjmu potravy; zaujetí pro látky či hazard u poruch spojených užíváním látek a poruch se závislostmi; obavy z nemoci u nozofobie; sexuální nutkání či fantazie u parafilí; impulzy u poruch chování a emocí; ruminace o vině u depresivní epizody; bludné zaujetí jako u poruch schizofrenního spektra a dalších psychotických poruch; nebo stereotypně se opakující chování u poruchy autistického spektra).

Specifikujte poruchu:

S dobrým či přiměřeným náhledem. Jedinec připouští, že myšlenky spojené s obsedantně-kompulzivní poruchou jsou určité či pravděpodobně nepravdivé nebo že mohou být pravdivé, nebo nepravdivé.

Se slabým náhledem. Jedinec je z velké části přesvědčen, že myšlenky, spojené s obsedantně-kompulzivní poruchou, jsou pravdivé.

S chybějícím náhledem/bludnými myšlenkami. Jedinec je přesvědčen, že myšlenky, spojené s obsedantně-kompulzivní poruchou, jsou pravdivé.

Spojená s tiky. Jedinec v současnosti trpí či v minulosti trpěl tikovou poruchou.

Specifikátory

Mnoho jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) má dysfunkční přesvědčení. Tato přesvědčení obsahují zvýšený pocit zodpovědnosti a tendence přeceňovat ohrožení; perfekcionismus a malá tolerance k nejistotě; přikládají přehnaný význam myšlenkám (např. víra, že mít zakázanou myšlenku je stejné, jako na základě této myšlenky jednat) a mají potřebu myšlenky ovládat.

Jedinci s OCD se liší ve stupni náhledu, který mají ohledně reálnosti svých přesvědčení při obsedantně-kompulzivní poruše. Mnoho jedinců má dobrý či přiměřený náhled (např. jedinec věří, že jeho dům nevyhoří, pravděpodobně nevyhoří anebo může, či nemusí vyhořet v případě, že se třicetkrát nekontroluje trouba). Někteří mají slabý náhled (např. jedinec věří, že jeho dům pravděpodobně vyhoří, pokud třicetkrát nekontroluje troubu) a několik (méně než 4 %) jich má chybějící náhled/bludné myšlenky (např. jedinec je přesvědčen, že mu dům shoří, pokud troubu třicetkrát nekontroluje). Náhled se může lišit u jedince během průběhu nemoci. Horší náhled je svázán s horším dlouhodobou prognózou.

Až 30 % jedinců s OCD má celoživotní tikovou poruchu. Toto je nejčastější u mužů v nástupem OCD v dětství. Tito jedinci se liší od jedinců bez anamnézy tikové poruchy v příznacích OCD, komorbiditě, průběhu a v tom, jakým způsobem se nemoc dědí v rodině.

Diagnostické znaky

Charakteristické příznaky OCD jsou přítomnost obsesí a kompulzí (kritérium A). *Obsese* jsou repetitivní a pervazivní myšlenky (např. kontaminace), představy (např. násilné či hrůzné scény) nebo nutkání (např. někoho pobodat). Je důležité podotknout, že obsese nejsou příjemné a jedinec je neprožívá dobrovolně: jsou nežádoucí, obtěžující a u většiny jedinců způsobují významnou nepohodu a úzkost. Jedinec se snaží potlačit či zastavit tyto obsese (např. vyhýbáním se spouštěčům nebo potlačováním myšlenek) nebo je neutralizují jiným činem či myšlenkou (např. provedením kompulze). *Kompulze* (nebo rituály) jsou repetitivní chování (např. mytí, kontrolování) nebo duševní procesy (např. počítání, tiché opakování slov), které se jedinec cítí nucen vykonávat jako reakci na obsese nebo pravidla, která musí být pevně dodržována. Většina jedinců s OCD trpí obojím, obsesemi i kompulzemi. Kompulze jsou obvykle prováděny jako reakce na obsese (např. myšlenky na kontaminaci následované rituálem mytí, nebo něco, co není v pořádku, vede k opakovaným rituálům, dokud jedinec necítí, že je vše „v úplném pořádku“). Cílem je omezit nepohodu, která je vyvolána obsesemi, nebo zabránit obávané události (např. nemoci). Avšak tyto kompulze nemají žádný reálný vztah k obávané situaci (např. symetricky skládat předměty, aby se zabránilo ublížení milované osobě) nebo jsou významně přehnané (např. sprchovat se celé hodiny každý den). Kompulze nejsou vykonávány pro potěšení, přestože někteří jedinci pociťují úlevu od úzkosti či nepohody.

Kritérium B zdůrazňuje, že obsese a kompulze musí zabírat hodně času (např. více než jednu hodinu denně) nebo musí způsobovat klinicky významnou nepohodu, aby byla naplněna diagnóza OCD. Toto kritérium pomáhá rozlišit poruchu od občasných rušivých myšlenek nebo opakovaného chování, které je obvyklé i v běžné populaci (např. podruhé zkontrolovat, jestli jsou dveře opravdu zamčené). Četnost a závažnost obsesí a kompulzí se liší u jedinců s OCD (např. někteří mají

mírné až střední příznaky, tráví 1–3 hodiny denně obsesemi nebo kompulzemi, zatímco jiní mají téměř stále rušivé myšlenky a kompulze, které mohou být zneschopňující).

Přidružené znaky podporující diagnózu

Specifický obsah obsesí a kompulzí se mezi jedinci liší. Avšak některá témata jsou často společná, například čištění (kontaminační obsese a čistící kompulze); symetrie (symetrické obsese a opakovací srovnávací kompulze); zakázané či tabuizované myšlenky (např. agresivní, sexuální či náboženské obsese a s tím související kompulze); a ublížení (např. strach z ublížení sobě či ostatním a kontrolovací kompulze). Někteří jedinci mohou mít také potíže se zbavením se majetku a jeho hromaděním jako následek typické obsese a kompulze, jako je strach z ublížení ostatním. Tato témata se objevují napříč kulturami, jsou relativně neměnná u dospělých s touto poruchou a mohou být spojena s různými nervovými substráty. Je důležité dodat, že jedinci mají příznaky často ve více než jedné dimenzi.

Jedinci s OCD zažívají škálu afektivních reakcí, když jsou konfrontováni se situací, která vyvolává obsese a kompulze. Například mnoho jedinců prožívá významnou úzkost, která může obsahovat i opakované panické ataky. Další jedinci uvádějí silné pocity znechucení. Během provádění kompulzí někteří jedinci uvádějí pocit „neúplnosti“ nebo znepokojení, dokud věci nevypadají a nepůsobí jako „v naprostém pořádku“ a plně nevyhovují.

Jedinci s touto poruchou se často vyhýbají lidem, místům a věcem, které vyvolávají obsese a kompulze. Například jedinci s obavami z kontaminace se mohou vyhýbat veřejným prostorům (např. restauracím, veřejným toaletám), aby snížili vystavení obávané kontaminaci; jedinci s vtíravými myšlenkami o způsobení ublížení se mohou vyhýbat sociálním interakcím.

Prevalence

Dvanáctiměsíční výskyt OCD ve Spojených státech je 1,2 %, podobná prevalence se udává mezinárodně (1,1–1,8 %). Ženy jsou touto poruchou postiženy častěji než muži v dospělosti, zatímco muži jsou častěji postiženi v dětství.

Vývoj a průběh

V USA je průměrný věk nástupu OCD 19,5 let a 25 % případů začne okolo 14. roku. Nástup po 35. roce je neobvyklý, ale vyskytuje se. Muži mají časnější věk nástupu než ženy: téměř 25 % mužů zažívá nástup této poruchy před 10. rokem. Počátek příznaků je většinou postupný; avšak akutní nástup se vyskytuje také.

Pokud OCD zůstává neléčena, průběh je chronický a má často tendence přicházet a odcházet ve vlnách. Někteří jedinci prožívají epizodický průběh a u některých se porucha zhoršuje. Bez léčby je šance na zotavení velice nízká (např. 20 % pro ty, kteří byli znovu ohodnoceni po čtyřiceti letech). Nástup v dětství či během dospívání může vést k celoživotní OCD. Avšak 40 % jedinců s nástupem OCD v dětství či během dospívání může dosáhnout remise v rané dospělosti. Průběh OCD je často komplikován výskytem dalších poruch (viz oddíl „Komorbidita“ u této poruchy).

Kompulze jsou u dětí mnohem snadněji diagnostikovány než obsese, jelikož je lze pozorovat. Avšak většina dětí trpí obsesemi i kompulzemi (stejně jako většina dospělých). Struktura příznaků u dospělých se může postupem času stabilizovat, ale je více odlišná u dětí. Určité rozdíly v obsahu obsesí a kompulzí byly zaznamenány, když byly skupiny dětí a dospívajících porovnány se skupinami dospělých. Tyto rozdíly odrážejí rozdílný obsah odpovídající rozdílnému vývojovému stadiu (např. vyšší výskyt sexuální a náboženské obsese u dospívajících než u dětí; vyšší frekvence obsesí ublížení u dětí [např. obavy z katastrofických situací, jako je vlastní nemoc či smrt nebo nemoc a smrt u milovaných osob] než u dospívajících a dospělých).

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Větší internalizační příznaky, vyšší negativní emocionalita a inhibice chování v dětství jsou možné temperamentové rizikové faktory.

Environmentální. Fyzické a sexuální zneužívání v dětství a další stresující či traumatické události mohou být spojené se zvýšeným rizikem rozvinutí OCD. U některých dětí se může objevit náhlý nástup obsedantně-kompulzivních příznaků, které jsou spojované s různými environmentálními faktory, jako jsou různé infekce a poinfekční autoimunní syndrom.

Genetické a fyziologické. Četnost jedinců s OCD u příbuzných 1. stupně dospělých s OCD je přibližně dvakrát vyšší než u přímých příbuzných jedinců, kteří nemají tuto poruchu; avšak u přímých příbuzných jedinců s nástupem OCD v dětství či dospívání je riziko desetinasobně zvýšeno. Rodinný přenos je zapříčiněn z části genetickými faktory (např. shoda 0,57 u jednovaječných proti 0,22 u dvojvaječných dvojčat). Dysfunkce v orbitofrontálním kortexu, kortexu předního cingula a striatu může být také rizikem.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

OCD se vyskytuje po celém světě. Podobnosti napříč kulturami jsou v oblasti pohlaví, věku nástupu a komorbidit OCD. Kromě toho existuje na světě podobná struktura symptomů obsahující mytí, symetrii, shromažďování, tabuizované myšlenky nebo obavy či ublížení. Avšak regionální rozdíly v příznacích existují a kulturní faktory mohou ovlivňovat obsah obsesí a kompulzí.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Muži mají dřívější nástup OCD než ženy a také je u nich větší pravděpodobnost komorbidních poruch. Rozdíly v symptomatologii existují, například ženy mají mnohem častěji příznaky obsahující uklízení a muži mají častěji příznaky tabuizovaných myšlenek a symetrie. Nástup či zhoršení OCD stejně jako příznaky, které mohou narušovat vztah matka-dítě (např. agresivní obsese vedoucí k vyhýbání se dítěti), se mohou vyskytovat v peripartálním období.

Riziko sebevraždy

Sebevražedné myšlenky se mohou objevit dříve či později asi u poloviny jedinců s OCD. Pokusy o sebevraždu byly udávány až čtvrtinou jedinců s OCD; přítomnost komorbidní depresivní epizody toto riziko zvyšuje.

Funkční důsledky obsedantně-kompulzivní poruchy

OCD je spojeno se sníženou kvalitou života, stejně jako s vysokou mírou narušení v sociální a pracovní oblasti. Narušení se projevuje v různých oblastech života a souvisí se závažností příznaků. Narušení může být způsobeno časem stráveným obsesemi a kompulzemi. Vyhýbání se situacím vyvolaným obsesemi a kompulzemi může vést k velmi závažnému funkčnímu omezení. Kromě toho mohou specifické příznaky vytvořit specifické překážky. Například obsese ublížení mohou způsobit ohrožení vztahu s rodinou a přáteli; a výsledkem může být vyhýbání se těmto vztahům. Symetrické obsese mohou bránit včasnému dokončení pracovních či školních úkolů, protože nejsou „v naprostém pořádku“, což může vést k propuštění z práce či vyloučení ze školy. Mohou se objevit i zdravotní následky. Například jedinci s obavami z kontaminace se mohou vyhýbat lékařským ordinacím a nemocnicím (např. protože se bojí vystavení bakteriím), nebo se u nich mohou objevit kožní problémy (např. kožní léze z nadměrného mytí). V některých případech mohou příznaky narušovat léčbu samotné poruchy (např. pokud se jedinec bojí, že léky jsou kontaminované).

Pokud porucha začne v dětství či dospívání, jedinci mohou prožívat vývojové obtíže. Například dospívající jedinci se mohou vyhýbat svým vrstevníkům; mladí dospělí mohou mít obtíže s osamostatněním a nezávislostí. Výsledkem mohou být jen ojedinělé vztahy mimo rodinu a nedostatek autonomie a finanční nezávislosti na své rodině. Kromě toho se někteří jedinci s OCD snaží kvůli své poruše přenést svá pravidla a zákazy na rodinné příslušníky (např. nikdo nemůže mít v domě návštěvu kvůli strachu z kontaminace), což může vést k rodinným problémům.

Diferenciální diagnóza

Úzkostné poruchy. Opakující se myšlenky, vyhýbavé chování a opakované žádosti o ujištění se mohou též vyskytovat u úzkostných poruch. Avšak opakující se myšlenky, které jsou přítomné u generalizované úzkostné poruchy (tj. obavy), jsou obvykle reálné obavy, zatímco obsese v OCD obvykle neobsahují reálné obavy a jejich obsah může být zvláštní, iracionální, nebo zdánlivě magické povahy; navíc u obsesí často existují přidružené kompulze. Stejně jako jedinci s OCD mohou být i jedinci se specifickou fobií vystrašení specifickým objektem či situací; avšak u specifické fobie je obávaný předmět mnohem přesněji určený a nevyskytují se žádné rituály. U sociální fobie se obávané objekty či situace omezují na sociální interakce a na vyhýbání se či vyhledávání ujištění zaměřené na zmírnění sociálních obav.

Velká depresivní porucha. OCD lze odlišit od ruminací u velké depresivní poruchy, u které jsou myšlenky kongruentní s náladou a nejsou nezbytně zakoušené jako rušivé nebo přinášející nepohodu; navíc ruminace nejsou spojené s kompulzemi, jež jsou typické u OCD.

Další obsedantně-kompulzivní a související poruchy. U dysmorfofobie jsou obsese a kompulze omezené pouze na oblast vzhledu; u trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů) se kompulzivní chování omezuje na vytrhávání vlasů a neobjevují se zde obsese. Příznaky shromažďovací poruchy se zaměřují pouze na přetrvávající potíže s vyřazením či opuštěním majetku a nadměrné hromadění předmětů. Pokud má jedinec obsese typické pro OCD (např. obavy z neúplnosti či ublížení) a tyto obsese vedou ke kompulzivnímu hromadění (např. nabývání předmětů v sadě, aby bylo dosaženo pocitu úplnosti, nebo nevyhazování starých novin, protože mohou obsahovat informace, jež by mohly zabránit škodě), diagnóza OCD by měla být stanovena namísto shromažďovací poruchy.

Poruchy příjmu potravy. OCD lze odlišit od mentální anorexie tím, že obsese a kompulze nejsou zaměřené pouze na obavy spojené s váhou a potravou.

Tiky (v tikové poruše) a stereotypní pohyby. Tik je náhlý, rychlý, opakovaný, nerytmický pohyb či vokalizace (např. mrkání, odkašlávání). Stereotypní pohyby jsou opakované, zdánlivě řízené, nefunkční pohyby (např. narážení hlavou, kývání těla, nebo kousání sama sebe). Tiky a stereotypní pohyby jsou obvykle méně komplexní než kompulze a nejsou cílené na neutralizování obsesí. Avšak rozlišování mezi komplexními tiky a kompulzemi může být složité. Stejně jako jsou kompulze předcházeny obsesemi, tiky jsou často předcházeny smyslovým nutkáním. Někteří jedinci mají příznaky jak OCD, tak tikové poruchy, v tomto případě by měli být stanoveny obě diagnózy.

Psychotické poruchy. Někteřím jedincům s OCD chybí náhled, či dokonce mají bludné myšlenky. Objevují se u nich obsese a kompulze (čímž odlišíme jejich diagnózu od poruchy s bludy), nikoli však další příznaky schizofrenie nebo schizofrenní poruchy (např. halucinace a formální porucha myšlení).