

**Další obsedantně-kompulzivní chování.** Některé chování může být nazváno „kompulzivním“, například sexuální chování (v případě parafilií), hráčství (tj. patologické hráčství), užívání látek (např. porucha užívání alkoholu). Avšak toto chování se liší od kompulzí u OCD tím, že jedinec obvykle cítí z aktivity potěšení a může chtít této aktivitě zabránit jen kvůli jejím následkům.

**Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti.** Přestože obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti a OCD mají stejné názvy, klinické příznaky těchto poruch jsou odlišné. Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti není charakterizována rušivými myšlenkami, představami, nutkáním nebo stereotypně se opakujícím chováním, které je prováděno jako reakce na toto narušení; namísto toho se vyznačuje vytrvalým nadměrným perfekcionismem a rigiditou. Pokud jedinec vykazuje příznaky OCD i obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti, měly by být stanoveny obě diagnózy.

### Komorbidita

U jedinců s OCD se často objevuje i další psychopatologie. Mnoho dospělých s touto poruchou má celoživotní diagnózu úzkostné poruchy (76 %; např. panická porucha, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, specifická fobie), nebo depresivní a bipolární poruchy (63 %; jakákoli depresivní a bipolární porucha, nejčastější je velká depresivní porucha [41 %]). Nástup OCD je obvykle pozdější, než je tomu u komorbidní úzkostné poruchy (s výjimkou u separační úzkostné poruchy) a PTSD (posttraumatické stresové poruchy), ale často předchází depresivní poruchy. Komorbidní obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti je také častá u jedinců s OCD (od 23 % do 32 %).

Až 30 % jedinců s OCD má také celoživotní tikovou poruchu. Komorbidní tiková porucha je nejčastější u mužů s nástupem OCD v dětství. Tito jedinci se liší od jedinců s anamnézou tikové poruchy strukturou příznaků OCD, komorbiditou, průběhem a způsobem přenosu v rodině. Triáda OCD, tikové poruchy a ADHD může být také pozorována u dětí.

Mezi poruchy, které se vyskytují častěji u jedinců s OCD než u jedinců bez OCD, patří obsedantně-kompulzivní a související poruchy, jako je dysmorfofobie, trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů) a ekzoriace (porucha narušování kůže). Také bylo zaznamenáno spojení mezi OCD a některými poruchami charakterizovanými impulzivitou, jako je porucha opozičního vzdroru.

OCD je také mnohem častější u jedinců s jinými poruchami, než by bylo možné odhadnout na základě jejich prevalence v běžné populaci; v případě, že je jedna z těchto dalších poruch diagnostikována, by měl být jedinec posouzen pro případné OCD. Například u jedinců se schizofrenií a schizoafektivní poruchou je výskyt OCD přibližně 12 %. Četnost OCD je také zvýšena u jedinců s bipolární poruchou; poruchou příjmu potravy, jako je mentální anorexie a bulimie; a u Tourettova syndromu.

## Dysmorfofobie 300.7 (F45.22)

### Diagnostická kritéria

- Zaujetí domnělými nedostatky či vadami tělesného vzhledu, které nejsou zjevné nebo které ostatní vnímají jako nepatrné.
- V určité fázi rozvoje poruchy jedinec provozoval repetitivní chování (například kontrolování se v zrcadle, nadměrná péče o vzhled, cílené narušování kůže či vyhledávání opakovaného ujišťování) nebo duševní aktivity (například porovnávání vlastního vzhledu s ostatními) jako reakci na obtíže spojené se vzhledem.
- Zaujetí způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.
- Přílišné zaujetí vzhledem nelze lépe vysvětlit obavami z tělesného tuku nebo nadváhy u jedince, u kterého příznaky splňují kritéria pro poruchu příjmu potravy.

*Specifikujte poruchu:*

**Se svalovou dysmorfofobií:** jedinec je zaujatý myšlenkou, že jeho stavba těla je příliš malá nebo má nedostatečný objem svalů. Tento specifikátor je použit i u jedince, zaujatého dalšími tělesnými oblastmi, což je velmi častý případ.

*Specifikujte poruchu:*

Uveďte stupeň náhledu na přesvědčení spojená s dysmorfofobií (např. „jsem ošklivá“ nebo „vypadám deformovaná“).

**S dobrým či přiměřeným náhledem:** Jedinec připouští, že přesvědčení spojená s dysmorfofobií jsou určitě či pravděpodobně nepravdivá, nebo že pravdivá být mohou, ale nemusejí.

**Se slabým náhledem:** Jedinec je z velké části přesvědčen, že přesvědčení, spojená s dysmorfofobií, jsou pravdivá.

**S chybějícím náhledem / bludnými myšlenkami:** Jedinec je přesvědčen, že jsou přesvědčení spojená s dysmorfofobií pravdivá.

### Diagnostické znaky

Jedinci trpící dysmorfofobií jsou zaujati jedním nebo více domnělými nedostatky či vadami v tělesném vzhledu, o kterém věří, že je odpuzivý, neatraktivní, abnormální či deformovaný (kritérium A). Domnělé nedostatky ostatní jedinci nevnímají nebo vnímají jako nepatrné. Jedinec se například obává, že je „neatraktivní“, „nenormální“, „ohavný“ nebo si připadá jako „monstrum“. Zaujetí se může zaměřovat na mnoho tělesných oblastí, nejčastěji pleť (např. domnělé akné, jizvy, vrásky či bledost), vlasy a chlupy (např. řídnutí vlasů nebo „nadměrné“ ochlupení) či nos (např. velikost nebo tvar). Nicméně jakákoli část těla může být zdrojem obav. Zaujetí je nepříjemné, nechtěné a časově náročné (objevuje se v průměru 3–8 hodin denně), a je obvykle obtížné mu zabránit či ho kontrolovat.

Nadměrně stereotypně se opakující chování a myšlenkové procesy (např. porovnávání) se objevují jako reakce na zaujetí (kritérium B). Jedinec se cítí nucen provádět toto chování, které je nepříjemné a může zvyšovat úzkost a dysforii. Je obvykle časově náročné a je obtížné ho ovládat či mu zabránit. Časté chování je například porovnávání vlastního vzhledu s ostatními; opakovaná kontrola domnělých nedostatků v zrcadle či jiných reflexních plochách nebo jejich přímé zkoumání; nadměrná péče o vzhled (např. česání vlasů, holení, vytrhávání chloupků nebo vlasů); maskování (např. opakovaná aplikace líčidel či zakrývání cílené oblasti čepicí, obléčením, líčidly či vlasy); vyhledávání ujištění o tom, jak domnělé nedostatky

vypadají; dotýkání se a kontrolování míst s domnělými nedostatky; nadměrné cvičení či posilování; vyhledávání kosmetických procedur. Někteří jedinci se nadměrně opalují (např. aby jejich „příliš světlá“ pleť ztmavla či aby opálení zakrylo domnělé akné), opakovaně mění oblečení (např. aby zakryli domnělé nedostatky) nebo kompulzivně nakupují (např. kosmetické výrobky). Kompulzivní narušování pleti za účelem vylepšení domnělých nedostatků pleti je velmi časté a může způsobovat poškození kůže, infekce či narušení cév. Zaujetí musí způsobovat klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech (kritérium C); obvykle se vyskytují společně. Dysmorfofobie musí být odlišena od poruchy příjmu potravy.

Svalová dysmorfofobie je forma dysmorfofobie, která se vyskytuje téměř výhradně u mužů a spočívá v zaujetí myšlenkou, že stavba jedincova těla je příliš malá, není dostatečně štíhlý či má nedostatečný objem svalů. Jedinci s touto formou poruchy mají „normálně vypadající“ tělo, nebo jsou dokonce velmi svalnatí. Mohou být také zaujatí jinými částmi těla, jako je například kůže či vlasy. Většina (ne všichni) drží dietu, cvičí, a/nebo nadměrně posilují, což v některých případech způsobuje poškození těla. Někteří jedinci používají anabolické-androgenní steroidy a další látky ve snaze mít větší, svalnatější tělo. Zástupná dysmorfofobie („by proxy“) je forma dysmorfofobie, při které je jedinec zaujatý domnělými nedostatky vzhledu jiné osoby.

Náhled v dysmorfofobii je v rozsahu od dobrého po chybějící náhled/bludné myšlenky (např. bludné přesvědčení, že domnělé nedostatky jsou reálné, nezkrácené nedostatky). V průměru je náhled velmi slabý; více než třetina jedinců trpí současně dysmorfofobními bludy. Jedinci s bludovou dysmorfofobní poruchou mají tendenci k vyšší morbiditě v určitých oblastech (např. sebevražda), ale to se jeví jako následek jejich tendence mít vážnější dysmorfofobní příznaky.

### Přidružené znaky podporující diagnózu

Mnoho jedinců s dysmorfofobií trpí vztahovačnými myšlenkami či bludy, věří, že si jich lidé všímají více než ostatních nebo je zesměšňují kvůli jejich vzhledu. Dysmorfofobie souvisí s vysokým stupněm úzkosti, sociální úzkostí, vyhýbáním se společenskému kontaktu, depresivní náladou, neuroticismem a perfekcionismem, také s nízkou extroverzí a nízkým sebevědomím. Mnoho jedinců se stydí za svůj vzhled a nadměrný zájem o svůj vzhled a zdráhají se svěřit své problémy okolí. Většina jedinců podstoupí kosmetické ošetření za účelem vylepšení domnělých nedostatků. Dermatologická ošetření a operace jsou nejčastější, ale může docházet i k jakýmkoli jiným (např. dentálnímu či elektrolytickým) ošetřením. Příležitostně jedinci mohou provádět operace sami na sobě. Dysmorfofobie reaguje na podobné procedury špatně a někdy se její stav zhorší. Někteří jedinci podají žalobu či jsou násilní k lékařům, jelikož jsou nespokojeni s výsledky kosmetických úprav.

Dysmorfofobie je spojována s exekutivními dysfunkcemi a abnormalitami ve vizuálních procesech, s tendencí k analyzování a zaznamenávání detailů namísto celistvých nebo konfigurálních aspektů zrakových podnětů. Jedinci s touto poruchou mají tendence interpretovat nejasné situace a výrazy tváří jako negativní a nebezpečné.

### Prevalence

Výskyt u dospělých v USA je 2,4 % (2,5 % u žen a 2,2 % u mužů). Mimo USA (např. v Německu) je současný výskyt přibližně 1,7–1,8 % s poměrem mezi pohlavími stejným jako v USA. Současný výskyt u dermatologických pacientů je 9–15 %, 7–8 % u amerických pacientů kosmetických operací, 3–16 % pacientů kosmetických operací mezinárodně (většina studií), 8 % mezi dospělými pacienty s ortodontickými zákroky a 10 % mezi pacienty, kteří podstoupili orální a maxillofaciální operaci.

### Vývoj a průběh

Průměrný věk nástupu této poruchy je 16–17 let, medián věku je 15 let a nejčastější je 12–13 let. U dvou třetin jedinců začne tato porucha před dovršením 18 let. Příznaky subklinické dysmorfofobie průměrně začnou během 12. až 13. roku. Subklinické obavy se většinou postupně rozvinou v plně existující poruchu, ačkoli někteří jedinci mohou prožít velmi náhlý nástup této poruchy. Ve většině případů se tato porucha jeví jako chronická, třebaže může dojít ke zlepšení při adekvátní doporučené léčbě. Klinické charakteristiky této poruchy se jeví stejně u malých dětí, mladistvých a dospělých. Dysmorfofobie se vyskytuje i u starších jedinců, ale o dysmorfofobii v této věkové skupině víme jen velice málo. U jedinců, u kterých došlo k nástupu poruchy před 18. rokem, je větší pravděpodobnost pokusu o sebevraždu, vyšší komorbidita, a častěji se u nich objevuje pozvolný (spíše než akutní) nástup poruchy než u jedinců s nástupem dysmorfofobie v dospělosti.

### Rizikové a prognostické faktory

**Environmentální.** Dysmorfofobie je spojována s vysokou mírou nedostatku péče a zneužíváním v dětství.

**Genetické a fyziologické.** Výskyt dysmorfofobie je zvýšený i u přímých příbuzných jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou.

### Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Dysmorfofobie se vyskytuje mezinárodně. Zdá se, že tato porucha má více podobností než rozdílů mezi kulturami, ale kulturní hodnoty a preference mohou do jisté míry ovlivnit symptomatologii. *Taijin kyofusho*, zahrnuté v tradičním japonském diagnostickém systému, obsahuje podtyp podobný dysmorfofobii: *shubo-kyofu* („fobie z deformovaného těla“).

### Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Muži a ženy mají více podobností než rozdílů u většiny klinických aspektů – například oblasti těla, které jsou neoblíbené, druhy opakovaného chování, závažnost příznaků, četnost pokusů o sebevraždu, komorbiditu, průběh poruchy a výčet kosmetických procedur kvůli dysmorfofobii. Avšak muži jsou častěji zaujati oblastí genitálií a ženy mají častou komorbiditu s poruchami příjmu potravy. Svalová dysmorfofobie se vyskytuje téměř výhradně u mužů.

### Riziko sebevraždy

Míra suicidálních myšlenek a pokusů je vyšší u dospělých i dětí/mladistvých s dysmorfofobií. Také sledujeme vysoké riziko sebevraždy hlavně u mladistvých. Výrazná část jedinců připisuje myšlenky na sebevraždu převážně svým obavám, týkajícím se vzhledu. Jedinci s dysmorfofobií mají mnoho rizikových faktorů pro dokonanou sebevraždu, jako je zvýšená míra suicidálních myšlenek a pokusů, demografické charakteristiky spojené se sebevraždou a vysokou komorbiditu s velkou depresivní poruchou.

### Funkční důsledky dysmorfofobie

Téměř všichni jedinci s dysmorfofobií sdílí funkční narušení v psychosociální oblasti z důvodu svých obav spojených se vzhledem. Narušení může být různé, od mírného (např. vyhýbání se některým společenským událostem) až po extrémně ochromující (např. být nucený setrvat doma). V průměru jsou kvalita života i psychosociální oblasti výrazně zhoršené. Závažnější příznaky dysmorfofobie jsou spojené s výraznějším zhoršením funkčnosti i kvality života. Většina jedinců prožívá narušení v pracovní i vzdělávací oblasti a ve vykonávání rolí (např. jako rodič či

pečovatel), toto narušení často bývá velmi závažné (např. velmi špatný výkon práce, absence ve škole či v práci). Přibližně 20 % mládeže s dysmorfofobií nahlásilo odchod ze školy primárně kvůli symptomům dysmorfofobie. Narušení v sociální oblasti (např. společenské aktivity, vztahy, intimita) i vyhýbání se těmto situacím je časté. Jedinci mohou být nuceni setrvávat doma z důvodů spojených s příznaky dysmorfofobie, někdy i celé roky. Velká část jedinců, dospělých i mladistvých, byla psychiatricky hospitalizována.

### Diferenciální diagnóza

**Normální obtíže se vzhledem a jasně patrné tělesné vady.** Dysmorfofobie se liší od normálních obtíží se vzhledem tím, že jsou obtíže charakterizované jako nadměrně zaujaté a opakující se chování časové náročné, je jim těžké odolat či je ovládat a způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení. Tělesné vady, které jsou jasně patrné (tedy ne jen nepatrné), nejsou diagnostikovány jako dysmorfofobie. Cílené narušování kůže jako příznak dysmorfofobie však může způsobovat viditelné kožní léze a zjizvení; v tom případě by měla být dysmorfofobie diagnostikována.

**Porucha příjmu potravy.** U jedince s poruchou příjmu potravy jsou obavy spojené s tloušťkou součástí poruchy příjmu potravy spíše než dysmorfofobie. Avšak obavy o tělesnou váhu se mohou objevovat i u jedinců s dysmorfofobií. Poruchy příjmu potravy a dysmorfofobie mohou být komorbidní. V tom případě mají být diagnostikovány obě poruchy.

**Obsedantně-kompulzivní a související poruchy.** Zaujetí a opakované chování u dysmorfofobie se liší od obsesí a kompulzí i obsedantně-kompulzivní poruchy tím, že dysmorfofobie se soustřeďuje pouze na vzhled. Existují i další rozdíly mezi těmito poruchami, jako je například horší náhled u lidí s dysmorfofobií. Pokud je záměrem cíleného narušování kůže zlepšení jejího domnělého vzhledu, měla by být namísto exkoriace diagnostikována dysmorfofobie. Pokud je odstraňování ochlupení (vytrhávání a další způsoby odstranění) prováděno za účelem vylepšení domnělých vad ve vzhledu obličeje či těla, dysmorfofobie je diagnostikována namísto trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů).

**Nozofobie.** Jedinci s dysmorfofobií nejsou zaujati možností, že již mají či mohou mít vážnou nemoc, a nemají výrazně zvýšenou úroveň somatizace.

**Velká depresivní porucha.** Výrazné zaujetí vzhledem a nadměrně opakující se chování u dysmorfofobie se liší od velké depresivní poruchy. Jakkoli jsou depresivní poruchy a depresivní příznaky u jedinců s dysmorfofobií časté, obvykle se jeví podružně v porovnání s obtížemi způsobenými dysmorfofobií. Dysmorfofobie by měla být diagnostikována u jedinců, kteří splňují kritéria pro její diagnózu.

**Úzkostné poruchy.** Sociální úzkost a vyhýbání se jsou u dysmorfofobie velmi časté. Na rozdíl od sociální fobie, agorafobie a vyhýbavé poruchy osobnosti, dysmorfofobie obsahuje zaujetí zaměřené na vzhled, které může být bludné. Repetitivní chování, sociální úzkost a vyhýbání jsou způsobeny obavami z domnělých vad zevnějšku a přesvědčením či strachem, že ostatní lidé budou jedince vnímat jako nevzhledného, posmívat se mu či jej odmítat kvůli jeho fyzickým rysům. Na rozdíl od generalizované úzkostné poruchy se úzkost a obavy u dysmorfofobie zaměřují na domnělé vzhledové nedostatky.

**Psychotické poruchy.** Mnoho jedinců s dysmorfofobií trpí bludnými přesvědčeními o svém vzhledu (jsou zcela přesvědčeni, že jsou jejich domnělé vady sku-

tečné), což je diagnostikováno jako dysmorfofobie s chybějícím náhledem/bludnými myšlenkami, nikoli jako porucha s bludy. Představy či bludy spojené s vzhledem jsou u dysmorfofobie časté; avšak na rozdíl od schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy dysmorfofobie obsahuje výrazné zaujetí vzhledem a přidružené opakující se chování; zmatené chování a další psychotické příznaky nejsou přítomné (kromě přesvědčení o vzhledu, která mohou být bludná).

**Další poruchy a příznaky.** Dysmorfofobie by neměla být diagnostikována v případě, že se zaujetí omezuje na obtíže či touhu se zbavit primárních a/nebo sekundárních pohlavních znaků u jedince s genderovou dysforií, nebo pokud se zaujetí zaměřuje na vylučování nepříjemného či odpuzivého tělesného zápachu jako v syndromu vlastního zápachu (olfactory reference syndrome; ten se však neřadí mezi poruchy DSM-5). Porucha tělesné identity a integrity (identity integrity disorder, apotemnofilie, která se neřadí mezi poruchy DSM-5) obsahuje touhu po amputaci končetiny za účelem napravení nesouladu mezi vnímanou identitou těla a jeho skutečnou anatomii. Tyto obavy se ale nezaměřují na vzhled končetiny, jak by tomu bylo u dysmorfofobie. *Koro*, kulturně příbuzná porucha, která se vyskytuje epidemicky v Jihovýchodní Asii, se zaměřuje na smrt spíše než na domnělou ošklivost. *Dysmorfické obavy* (které se neřadí mezi poruchy DSM-5) jsou mnohem širším pojmem než dysmorfofobie a nejsou s ní totožné. Obsahují příznaky odrážející přehnané obavy s mírnými či domnělými nedostatky ve vzhledu.

### Komorbidita

Nejčastěji doprovází dysmorfofobii velká depresivní porucha, která se obvykle projeví až po dysmorfofobii. Sociálně úzkostná porucha (sociální fobie), obsedantně-kompulzivní porucha a poruchy spojené s užíváním látek jsou rovněž časté.

## Shromažďovací porucha 300.3 (F42)

### Diagnostická kritéria

- Přetrvávající potíže s vyřazením či rozloučením se s majetkem nezávisle na jeho skutečné hodnotě.
- Tyto potíže se projevují kvůli domnělé potřebě tyto předměty zachovat a potíží spojeným s jejich vyřazením.
- Potíže se zbavováním se majetku ústí v nahromaděné předměty, které zabírají prostory potřebné k žití a výrazně zabraňují jejich využívání. Pokud jsou tyto prostory relativně vyklizené, je to jen díky zásahu třetí strany (např. rodinných příslušníků, uklízečky a úřadů).
- Shromažďování způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech (jako je udržování bezpečného prostředí pro sebe i ostatní).
- Shromažďování není možno přisoudit jinému somatickému onemocnění (např. poranění mozku, cerebrovaskulární onemocnění či Prader-Williho syndrom).
- Shromažďování nelze lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. ruminacemi u obsedantně-kompulzivní poruchy, sníženou energií u velké depresivní poruchy, bludy u schizofrenie a dalších psychotických poruchách, kognitivním deficitem v závažné neurokognitivní poruše či specifickými zájmy v poruše autistického spektra).

Specifikujte poruchu:

**S nadměrným nabýváním:** Pokud obtíže se zbavováním se majetku jsou doprovázeny nadměrným nabýváním předmětů, které nejsou zapotřebí nebo pro které není žádné volné místo.

Specifikujte poruchu:

**S dobrým či přiměřeným náhledem.** Jedinec připouští, že myšlenky spojené se shromažďováním (týkající se odstranění předmětů, nepořádku či nadměrného nabýváním) jsou problematické.

**Se slabým náhledem.** Jedinec je z velké části přesvědčen, že myšlenky spojené se shromažďováním (přetrvávající potíže s odstraněním předmětů, nepořádek či nadměrné nabýváním) nejsou problematické i po předložení důkazu o opaku.

**S chybějícím náhledem/bludnými myšlenkami.** Jedinec je přesvědčen, že myšlenky a chování spojené se shromažďováním (přetrvávající potíže s odstraněním předmětů, nepořádek či nadměrné nabýváním) nejsou problematické i po předložení důkazu o opaku.

### Specifikátory

**S nadměrným nabýváním.** Přibližně 80–90 % jedinců se shromažďovací poruchou vykazuje známky nadměrného nabýváním. Nejčastější formou nabýváním je nakupování, následované hromaděním předmětů, které jsou zdarma (např. letáky, předměty, kterých se někdo zbavil). Krádež je méně častá. Někteří jedinci mohou nadměrné nabýváním popírat při první návštěvě, avšak nadměrné nabýváním může vyjít najevo v průběhu léčby. Jedinci se shromažďovací poruchou obvykle pocítují obtíže, pokud jim je zabráněno nabývat nové věci.

### Diagnostické znaky

Hlavním znakem shromažďovací poruchy jsou perzistentní obtíže se zbavováním se či rozloučením se s majetkem nezávisle na jeho skutečné hodnotě (kritérium A). Termín *perzistentní* naznačuje dlouhotrvající potíže spíše než přechodné životní okolnosti, které mohou způsobit nepořádek či přeplněný prostor, jako je například dědictví majetku. Potíže se zbavováním se majetku zmíněné v kritériu A se týkají jakékoli formy vyřazení, jako je vyhození, prodej, darování nebo recyklování. Hlavním důvodem těchto potíží je domnělá užitková či estetická hodnota předmětů nebo silná sentimentální vazba k tomuto majetku. Někteří jedinci se cítí být zodpovědní za osud svého majetku a mnohdy jsou ochotni zajít velice daleko, aby zabránili pocitu plýtvání. Častý je rovněž strach se ztráty důležitých informací. Nejčastěji shromažďovanými předměty jsou noviny, časopisy, staré oblečení, tašky, knihy, pošta, dokumenty, shromažďovat však lze téměř cokoli. Nejde jen o předměty, které by ostatní lidé považovali za zbytečné, neužitečné či bezcenné. Mnoho jedinců schraňuje mimo jiné velké množství cenných předmětů, které jsou často nalezeny navržené mezi dalšími, méně hodnotnými předměty.

Jedinci se shromažďovací poruchou cíleně schraňují vlastnictví a prožívají obtíže, pokud musí čelit jeho odstranění (kritérium B). Toto kritérium naznačuje, že schraňování předmětů je úmyslné, což odlišuje shromažďovací poruchu od ostatních forem psychopatologie, které jsou charakterizovány pasivním nabýváním předmětů nebo absencí nepohody, pokud jsou předměty odstraněny.

Jedinci shromažďují velké množství předmětů, které zaplní a zaneřádí aktivně obývané prostory do takové míry, že jejich zamýšlené využívání již není možné (kritérium C). Jedinec může například přestat být schopen vařit v kuchyni, spát v posteli či sedět na židli. Pokud daný prostor může být využíván, děje se tak pouze s velkými obtížemi. Změň věcí je v tomto případě definována jako velká skupina obvykle spolu nesouvisejících nebo okrajově souvisejících předmětů chaoticky

vrstvených na sobě v místech, která mají sloužit pro jiné účely (např. stůl, podlaha či chodba). Kritérium C zdůrazňuje „aktivní“ obytné prostory domova spíše než okrajové prostory, jako je garáž, půda nebo sklep, které jsou často zaneřáděné i v obydlích u jedinců bez shromažďovací poruchy. Nicméně jedinci se shromažďovací poruchou mají často tolik předmětů, že mnohdy jen aktivní prostory nestačí a mohou obsadit i další prostory, jako jsou dopravní vozidla, zahrady, pracoviště a domy rodiny či přátel. V některých případech mohou být aktivní prostory vyklizené díky zásahu třetí strany. Shromažďovací porucha kontrastuje s normativním sběratelským chováním, které je organizované a systematické, i když v některých případech může být množství předmětů podobné tomu nahromaděnému jedincem se shromažďovací poruchou. Normální sběratelství nevytváří změň věcí a nepůsobuje potíže nebo zhoršený stav, jako je tomu u shromažďovací poruchy.

Příznaky (např. potíže se zbavováním se věcí a/nebo změň věcí) musí způsobovat klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech, jako je udržování bezpečného prostředí pro sebe i ostatní (kritérium D). V některých případech, zvláště v případě slabého náhledu, se může stát, že jedinec neoznámí nepohodu a narušení může být patrné jen jeho blízkému okolí. Nicméně jakýkoli pokus o odstranění majetku třetí stranou ústí ve zhoršení nepohody.

### Přidružené znaky podporující diagnózu

Další časté znaky shromažďovací poruchy jsou nerozhodnost, perfekcionismus, vyhýbavost, prokrastinace, problémy s plánováním a organizováním a roztěkanost. Někteří jedinci se shromažďovací poruchou žijí v nehygienických podmínkách, které mohou být logickými následky nepořádku a/nebo jsou způsobeny problémy s organizací a plánováním. Hromadění zvířat může být definováno jako nabýváním velkého množství zvířat a neschopnost jim poskytnout minimální úroveň výživy, hygieny a veterinární péče, čímž dochází ke zhoršování podmínek života zvířat (nemoci, vyhladovění a smrt) i prostředí (např. závažné přeplnění, extrémně nehygienické podmínky). Hromadění zvířat může být speciálním projevem shromažďovací poruchy. Většina jedinců hromadících zvířata také hromadí neživé předměty. Nejvýznačnějším rozdílem mezi hromaděním zvířat a hromaděním předmětů jsou nehygienické podmínky a horší náhled v případě hromadění zvířat.

### Prevalence

Studie, které by reprezentovaly národní rozšíření shromažďovací poruchy, nejsou k dispozici. Podle veřejných anket by mohla být prevalence klinicky významného shromažďování 2–6 %. Shromažďovací porucha postihuje muže i ženy, ale některé epidemiologické studie naznačují větší výskyt u mužů. To kontrastuje s klinickými vzorky, kterými jsou z větší části ženy. Příznaky hromadění se vyskytují třikrát častěji u starších dospělých jedinců (věk 55–94 let) v porovnání s mladými dospělými (věk 33–44 let).

### Vývoj a průběh

Zdá se, že shromažďování začíná brzy a postupuje dále do pozdějších stadií života. Příznaky hromadění se mohou poprvé objevit v období 11–15 let věku, začnou způsobovat funkční narušení okolo poloviny třetí dekády a způsobují klinicky významnou nepohodu okolo poloviny čtvrté dekády. Účastníci výzkumu jsou většinou v šesté dekádě života. To naznačuje, že se závažnost hromadění zvyšuje s přibývajícím věkem. Jakmile příznaky začnou, postup hromadění je často chronický, někteří jedinci však vykazují průběh obsahující stadia zlepšení a zhoršení.

Zdá se, že patologické hromadění u dětí lze snadno odlišit od vývojově adaptivního shromažďování a schraňování. Jelikož děti a mladiství většinou nekontrolují své prostředí a odstraňovací chování, měl by být při stanovování diagnózy brán