

v úvahu možný zásah třetí strany (např. rodiče se mohou starat o to, aby byly jejich prostory použitelné, a tím zabránit narušení).

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Nerozhodnost je významným rysem jedinců se shromažďovací poruchou a jejich přímých příbuzných.

Environmentální. Jedinci se shromažďovací poruchou často zpětně zmíní stresující a traumatické životní události, které předcházely nástupu poruchy nebo způsobily její zhoršení.

Genetické a fyziologické. Shromažďovací chování je familiární, asi 50 % jedinců uvedlo, že mají příbuzného, který také hromadí. Studie dvojčat naznačují, že přibližně 50 % variability lze připsat aditivním genetickým faktorům.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Zatímco většina výzkumných studií byla provedena v západních industrializovaných zemích a městských komunitách, data z jiných než západních a z rozvojových zemí, která nám jsou k dispozici, naznačují, že shromažďovací porucha je celosvětový fenomén se shodnými klinickými znaky.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Klíčové znaky shromažďovací poruchy (problémy s odstraněním předmětů, nadměrný nepořádek) jsou srovnatelné u mužů i žen, ale ženy mají tendenci vykazovat větší nadměrné nabývání než muži, zejména nadměrné nakupování.

Funkční důsledky shromažďovací poruchy

Nepořádek zhoršuje výkon základních činností, jako je pohyb po bytě, vaření, uklízení, osobní hygiena, a dokonce i spánek. Spotřebiče mohou být rozbité a služby jako voda a elektřina mohou být odpojeny, jelikož je k nim velmi obtížný přístup. Kvalita života je většinou značně narušena. Ve vážných případech může shromažďování zvýšit riziko požárů, pádu (hlavně u starších osob), špatné hygieny a dalších zdravotních rizik. Shromažďovací porucha souvisí s problémy v práci, špatným fyzickým zdravím a velkým využíváním sociálních služeb. Vztahy v rodině jsou často pod velkým tlakem. Spory se sousedy a místními úřady jsou časté, značná část jedinců se shromažďovací poruchou byla také zapletena do právního řízení o vystěhování, a někteří dokonce mají v anamnéze vystěhování.

Diferenciální diagnóza

Jiná somatická onemocnění. Shromažďovací porucha není diagnostikována, pokud jsou příznaky posuzovány na základě přímého následku jiného somatického onemocnění (kritérium E), jako je poranění mozku způsobené traumatem, chirurgická resekce při léčbě tumoru či kvůli kontrole záchvatů, cerebrovaskulární nemoc, infekce centrálního nervového systému (např. encefalitida způsobená virem herpes simplex) či neurogenetická onemocnění, jako je Prader-Williho syndrom. Poškození předního ventromediálního a cingulárního kortexu je často přisuzována tendence hromadit předměty. U těchto jedinců není shromažďovací chování přítomné před poškozením mozku a objeví se krátce po poškození. Někteří z těchto jedinců vykazují pouze minimální zájem o nahromaděné předměty a jsou schopni se těchto předmětů bez problémů vzdát a nevdají jim, pokud se jich zbaví někdo jiný, zatímco jiní se předmětů vzdávají velmi neochotně.

Neurovývojové poruchy. Shromažďovací porucha se nediodagnostikuje, pokud lze o hromadění předmětů soudit, že je přímým důsledkem neurovývojové poruchy, jako je porucha autistického spektra nebo mentální retardace (vývojová porucha intelektu).

Poruchy schizofrenního spektra a další psychotické poruchy. Shromažďovací porucha se nediodagnostikuje, pokud lze hromadění předmětů přímo přisoudit bludům nebo negativním symptomům poruch schizofrenního spektra nebo jiným psychotickým poruchám.

Velká depresivní epizoda. Shromažďovací porucha se nediodagnostikuje, pokud lze hromadění předmětů přisoudit psychomotorickému zpomalení, únavě nebo ztrátě energie v průběhu velké depresivní epizody.

Obsedantně-kompulzivní porucha. Shromažďovací porucha se nediodagnostikuje, pokud lze o symptomech soudit, že jsou přímými důsledky typických obsesí nebo kompulzí, jako je strach z kontaminace, úrazu nebo pocitu neúplnosti u obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD). Pocity neúplnosti (např. ztráta identity nebo nutkání dokumentovat a zachovat všechny životní zkušenosti) jsou nejčastějšími symptomy OCD spojenými s touto podobou shromažďování. Hromadění předmětů může být rovněž výsledkem perzistentní snahy vyhnout se obtížným rituálům (např. neochota vyházovat předměty za účelem vyhnout se nekonečným rituálům mytí nebo počítání).

U OCD je chování obecně nechtěné a přináší značnou nepohodu a jedinec díky němu nezakouší žádnou rozkoš či odměnu. Excesivní nabývání obvykle nebývá přítomno. Pokud je přítomno excesivní nabývání, předměty se získávají kvůli určité obsesi (například nutkání kupovat zboží, kterého se člověk náhodou dotknul, aby tak byli ostatní lidé uchráněni před nákazou), ne kvůli skutečné potřebě věci vlastnit. Jedinci, kteří shromažďují v kontextu OCD, rovněž častěji hromadí bizarní věci jako odpad, výkaly, moč, nehty, vlasy, použité plenky nebo zkažené jídlo. Hromadění takových věcí je u shromažďovací poruchy velice neobvyklé.

Pokud se těžké shromažďování objevuje společně s dalšími typickými symptomy OCD, ale zdá se být na těchto symptomech nezávislé, je možné diagnostikovat jak shromažďovací poruchu, tak OCD.

Neurokognitivní poruchy. Shromažďovací porucha se nediodagnostikuje, pokud lze hromadění předmětů přisoudit následkům degenerativní poruchy, jako je neurokognitivní porucha spojená s frontotemporální lobární degenerací nebo Alzheimerovou nemocí. Typicky je nástup shromažďovacího chování postupný a následuje po nástupu neurokognitivní poruchy. Hromadící chování může být provázeno sebezanebáváním a velkou domácí špínou společně s neuropsychiatrickými symptomy, jako je desinhibice, hraní, rituály/stereotypy, tiky a sebezpoškozování.

Komorbidita

Přibližně 75 % jedinců se shromažďovací poruchou má komorbidní poruchu nálady nebo úzkostnou poruchu. Nejobvyklejšími komorbidními onemocněními jsou velká depresivní porucha (až 50 % případů), sociální úzkostná porucha (sociální fobie) a generalizovaná úzkostná porucha. Přibližně 20 % jedinců se shromažďovací poruchou má také symptomy splňující diagnostická kritéria OCD. Tyto komorbidity mohou být často hlavním důvodem konzultace, protože jedinci obvykle o symptomech shromažďování nereferují a na tyto symptomy se v běžných klinických pohovorech obvykle nikdo neptá.

Trichotilománie (Porucha vytrhávání vlasů) 312.39 (F63.3)

Diagnostická kritéria

- Opakované vytrhávání vlasů, které ústí v jejich viditelnou ztrátu.
- Opakovaná snaha omezit či zastavit vytrhávání vlasů.
- Vytrhávání vlasů způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech.
- Vytrhávání vlasů nebo jejich ztráta nejsou způsobeny jiným somatickým onemocněním (např. kožním).
- Vytrhávání vlasů nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. pokus o vylepšení domnělé vady vzhledu, dysmorfofobie)

Diagnostické znaky

Základním znakem trichotilománie je opakované vytrhávání vlasů (kritérium A). Vytrhávání se může projevit na jakémkoli místě na těle, kde se vyskytují vlasy či jiné ochlupení; nejčastějšími místy jsou skalp, obočí a víčka, zatímco méně časté je vytrhávání podpažního, pubického a perirektálního ochlupení. Místa vytrhávání se mohou časem měnit. Vytrhávání se může vyskytovat v krátkých častějších atakách v průběhu dne nebo v méně častých, ale delších periodách, které mohou trvat i hodiny; takové vytrhávání může trvat měsíce či roky. Kritérium A udává, že vytrhávání musí vést ke ztrátě vlasů (chlupů), přestože jedinci s touto poruchou mohou vytrhávat na mnoha navzájem vzdálených místech a taková ztráta vlasů nemusí být zřetelně vidět. Popřípadě se jedinci mohou pokusit skrýt ztrátu vlasů (např. použitím líčidel, šál či paruk). Jedinci s trichotilománií projevují opakovanou snahu snížit či úplně zastavit vytrhávání (kritérium B). Kritérium C naznačuje, že vytrhávání vlasů způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech. Termín *nepohoda* znamená negativní pocity, jako je ztráta kontroly, rozpaky a stud, které může jedinec prožívat současně s vytrháváním vlasů. Významné funkční narušení se může objevit v různých oblastech (např. sociální, pracovní, studijní a ve volném čase), zčásti je způsobeno vyhýbáním se práci, škole a dalším společenským událostem.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Vytrhávání vlasů může být doprovázeno škálou chování a rituálů týkajících se vlasů. Jedinci mohou vyhledávat specifický druh vlasů k vytržení (např. se specifickou strukturou nebo barvou), mohou se snažit vytrhávat je specifickým způsobem (např. aby byl vytržen i neporušený kořínek), mohou vlasy vizuálně zkoumat nebo s nimi hmatem či ústy manipulovat po jejich vytržení (např. pohrávat si s nimi mezi prsty, vkládat jednotlivé vlasy mezi zuby, rozkousávat je na kousky či polykat).

Vytrhávání vlasů mohou předcházet nebo po něm následovat různé emoční stavy; může být vyvoláno pocity úzkosti nebo nudy, může být předcházeno zvyšujícím se pocitem napětí (buď těsně před vytrhnutím, nebo během snahy odolávat nutkání vytrhávat) nebo může vést k uspokojení, pocitu libosti nebo pocitu úlevy, když je vlas vytrhnut. Vytrhávání vlasů může být v různé míře uvědomováno; u některých jedinců je pozornost zaměřena spíše na vytrhávání (s předcházejícím napětím a následnou úlevou), u jiných se silněji objevuje automatické chování (během kterého se vytrhávání vyskytuje bez plného uvědomění). Mnoho jedinců vykazuje kombinaci obou těchto stylů chování. Některí jedinci prožívají „svědivý“ pocit nebo pocit brnění ve skalpu, který je zmírněn vytrháváním.

Jednotlivé obrazy ztráty vlasů se významně liší. Často se objevují oblasti úplné alopecie (ztráty vlasů) a oblasti zvýšené řídkosti vlasů. Pokud se jedná o oblasti skalpu, objevuje se preference oblastí vrchní části hlavy či temene. Mohou se objevovat případy téměř úplné plešatosti kromě oblastí obvodových hranic skalpu, zejména v oblasti šíje (tzv. „tonzurová trichotilománie“). Obočí a řasy mohou úplně chybět.

Vytrhávání vlasů se obvykle neděje v přítomnosti dalších osob kromě nejbližších rodinných příslušníků. Některí jedinci mají nutkání vytrhávat vlasy jiným jedincům a mohou se snažit najít příležitost, jak to provést v tajnosti. Některí jedinci mohou vytrhávat zvířecí chlupy, vlasy z panenek a další vláknité materiály (např. koberce a svetry). Některí jedinci mohou vytrhávání před ostatními popírat. U většiny jedinců s trichotilománií se může objevovat jeden nebo více druhů repetitivního chování zaměřeného na jiné části těla, například exkoriace, okusování nehtů a kousání rtu.

Prevalence

V běžné populaci se dvanáctiměsíční prevalence odhaduje u dospělých a adolescentů na 1–2 %. Ženy postihuje častěji než muže, a to v poměru 10:1. Tento odhad může odrážet skutečný poměr pohlaví v případě této poruchy, ale může také poukazovat na rozdíl ve vyhledávání léčby dané genderovými nebo kulturními postoji ke vzhledu jako takovému (např. přijatelnost normální ztráty vlasů u mužů). Mezi dětmi s trichotilománií se vyskytují stejnou měrou chlapani i dívky.

Vývoj a průběh

Vytrhávání vlasů můžeme vidět u malých dětí a toto chování většinou vymizí během raného vývoje. Začátek vytrhávání vlasů u trichotilománie nejčastěji koinciduje s počátkem puberty, nebo po něm následuje. Oblasti vytrhávání vlasů se mohou časem změnit. Obvyklý průběh trichotilománie je chronický, pokud není léčena, má často tendence přicházet a odcházet ve vlnách. Příznaky se mohou zhoršit, pokud žena prochází hormonálními změnami (např. menstruace, perimenopauza). U některých jedinců může porucha časem přicházet a odcházet během týdnů, měsíců i let. U některých jedinců se projevy zmírňují bez jakékoli recidivy během prvních pár let od nástupu poruchy.

Rizikové a prognostické faktory

Genetické a fyziologické. Existují důkazy svědčící o genetickém původu trichotilománie. Tato porucha se vyskytuje častěji u jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich přímých příbuzných než u běžné populace.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Trichotilománie se projevuje podobnou měrou v různých kulturách, ale data z jiných než západních zemí jsou omezená.

Diagnostické markery

Většina jedinců se přiznává k vytrhávání vlasů; proto je kožní diagnóza jen zřídka zapotřebí. Kožní biopsie a dermoskopie jsou schopny odlišit trichotilománii od jiných příčin alopecie (vypadávání vlasů). U trichotilománie dermoskopie ukazuje mnoho charakteristických rysů, jako jsou například snížená hustota vlasů, krátké tělesné ochlupení a zlámané vlasy různé délky.

Funkční důsledky trichotilománie

Trichotilománie je spojována s nepohodou stejně jako s narušením v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech. Může se vyskytovat nenávratné poškození růstu vlasů a jejich kvality. Mezi méně časté zdravotní následky trichoti-

lomání patří purpura, poranění pohybového systému (např. syndrom karpálního tunelu; zad, ramen a bolest krku), zánět očního víčka (blefaritida), poškození zubů (např. vinou okusování vlasů opotřebované či zlomené zuby). Polykání vlasů (trichofágie) může vést k trichobezoarům s následnou bolestí břicha, objevuje se zvracení krve (hemateméza), nevolnosti, zvracení, zablokování či perforace střeva.

Diferenciální diagnóza

Normální odstranění vlasů či manipulace s nimi. Trichotilománie by neměla být diagnostikována, pokud se jedná o odstranění ochlupení za kosmetickými účely (např. aby si jedinec vylepšil svůj vzhled). Mnoho jedinců si hraje se svými vlasy, ale toto chování nestačí pro diagnózu trichotilománie. Někteří jedinci mohou vlasy kousat, ale nikoli vytrhávat; ani to nespadá pod diagnózu trichotilománie.

Jiné obsedantně-kompulzivní a související poruchy. Jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou s obavami týkajícími se symetrie mohou vlasy vytrhávat během svých rituálů zaměřených na symetrii a jedinci s dysmorfofobií mohou odstraňovat vlasy, které jim připadají ošklivé, asymetrické nebo abnormální; v takových případech se diagnóza trichotilománie nestanovuje. Klasifikace opakujícího se chování zaměřeného na tělo v jinak specifikovaných diagnózách obsedantně-kompulzivní a související poruchy vylučuje jedince, kteří jsou diagnostikováni trichotilománií.

Neurovývojové poruchy. V neurovývojových poruchách se může vytrhávání vlasů blížit definici stereotypií („stereotypie“ neboli stereotypní motorická porucha). Tiky velmi zřídka vedou k vytrhávání vlasů.

Psychotické poruchy. U jedinců s psychotickými poruchami může být vytrhávání vlasů reakcí na bludy či halucinace. V takových případech trichotilománie není diagnostikována.

Jiná somatická onemocnění. Trichotilománie se diagnostikuje, pokud lze vytrhávání či ztrátu vlasů připsat jinému somatickému onemocnění (např. zánětu kůže a dalším kožním problémům). Další příčiny jizvící alopecie (např. alopecie areata, androgenní alopecie, telogenní efluvium) nebo nejizvící alopecie (např. chronický diskoidní lupus erythematosus, centrální centrifugální jizevnatá alopecie, pseudopelade, folikulitida, preparační folikulitida, keloidní akné nuchae) by měly být zváženy u jedinců, kteří popírají vytrhávání vlasů. Biopsie nebo dermoskopie pleti může být použita, aby odlišila jedince s trichotilománií od těch s kožním onemocněním.

Poruchy spojené s užíváním látek. Příznaky vytrhávání vlasů mohou být zhoršeny některými látkami, například stimulacii, že by však byly tyto látky hlavní příčinou perzistentního vytrhávání, je méně pravděpodobné.

Komorbidity

Trichotilománie je často doprovázena dalšími psychickými poruchami, nejčastěji velkou depresivní poruchou a exkoriací. Opakované příznaky zaměřené na tělo jiné než vytrhávání vlasů nebo exkoriace (např. kousání nehtů) se vyskytují u většiny jedinců s trichotilománií a mohou být zvlášť diagnostikovány jako další z obsedantně-kompulzivních a přidružených poruch (např. porucha s opakujícím se chováním zaměřeným na tělo).

Exkoriace (Porucha narušování kůže) 698.4 (L98.1)

Diagnostická kritéria

- Opakované narušování kůže ústící v kožní léze.
- Opakované pokusy o omezení či zastavení narušování kůže.
- Narušování kůže způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.
- Narušování kůže nemůže být připsáno fyziologickým účinkům látek (např. kokainu) nebo jinému somatickému onemocnění (např. svrabu).
- Narušování kůže není možné lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. bludů, hmatových halucinací v psychotické poruše, pokusům o vylepšení domnělých nedostatků nebo vad ve vzhledu u dysmorfofobie, stereotypiím u poruchy se stereotypními pohyby nebo úmyslu zranit se v rámci nesebevražedného sebepoškozování).

Diagnostické znaky

Základním znakem exkoriace (poruchy narušování kůže) je opakované narušování vlastní kůže (kritérium A). Nejčastěji narušované oblasti jsou obličej, paže, ruce, ale mnoho jedinců narušuje kůži na několika částech těla. Jedinci mohou narušovat zdravou kůži, menší nerovnosti kůže, léze, jako jsou pupínky nebo mozoly, nebo strupy z předchozího narušování. Většina jedinců využívá k narušování nehty, ale mnoho používá i pinzety, špendlíky a další předměty. Kromě narušování kůže tímto způsobem může jedinec kůži třít, mačkat, bodat či kousat. Jedinci trpící exkoriací často tráví významnou dobu svým narušovacími chováními, někdy i několik hodin denně; takové narušování může trvat měsíce i roky. Kritérium A vyžaduje, aby narušování kůže vedlo k lézím, i když jedinci s touto poruchou se často pokoušejí skrytí či zamaskovat takovéto léze (např. použitím líčidel či oblečení). Jedinci s exkoriací podstoupili opakované pokusy omezení či zastavení narušování kůže (kritérium B).

Kritérium C naznačuje, že narušování kůže způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech. Termín nepohoda obsahuje negativní pocity, které mohou jedinci s poruchou narušování kůže prožívat, jako je například pocit ztráty kontroly, rozpaky a stud. Významné narušení se může projevit v několika oblastech života (např. sociální, pracovní, studijní či ve volném čase), zčásti kvůli vyhýbání se sociálním situacím.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Narušování kůže může být doprovázeno škálou chování a rituálů týkajících se kůže či strupů. Jedinci tedy mohou vyhledávat specifický druh strupu k odtržení, mohou ho zkoumat, hrát si s ním, vkládat jej do úst či kůži po odtržení polykat. Narušování kůže může být předcházeno různými emocionálními stavy. Narušování kůže může být vyvoláno pocitu úzkosti či nudy, může být předcházeno zvyšujícím se pocitem napětí (buď těsně před narušováním kůže, nebo během pokusu odolat nutkání narušovat kůži) a může vést k pocitu uspokojení, úlevy nebo uvolnění, když dojde k odstranění kůže či strupu. Někteří jedinci uvádějí, že provádějí exkoriaci jako reakci na malé nerovnosti na kůži nebo aby ulevili nepříjemným tělesným pocitům. Bolest není vždy uvedena jako doprovodný jev narušování kůže. Někteří jedinci narušují kůži s větším uvědoměním (s předcházejícím napětím a následnou úlevou), zatímco jiní narušují kůži více automaticky (když se narušování objeví bez předcházejícího napětí a bez plného uvědomění), u mnoha jedinců je způsob narušování smíšený.

Narušování kůže obvykle neprobíhá v přítomnosti dalších jedinců kromě blízkých rodinných příslušníků. Někteří jedinci uvádějí, že narušovali kůži ostatních lidí.

Prevalence

V běžné populaci je celoživotní prevalence exkoriace u dospělých 1,4 % či trochu vyšší. Tři čtvrtiny či více jedinců s exkoriací jsou ženy. To s vysokou pravděpodobností odráží pravý poměr pohlaví, i když to může také poukazovat na rozdílné vyhledávání léčby dané genderovými a kulturními postoji k zevnějšku.

Vývoj a průběh

Jedinci s exkoriací mohou být různého věku, avšak narušování kůže často začíná během dospívání, mnohdy se vyskytuje souběžně s nástupem puberty nebo po něm následuje. Porucha často začíná současně s kožním onemocněním, jako je například akné. Oblasti narušování kůže se mohou časem měnit. Obvyklý průběh je chronický, pokud není léčena, má často tendence přicházet a odcházet ve vlnách. U některých jedinců může porucha přicházet a odcházet týdny, měsíce i roky.

Rizikové a prognostické faktory

Genetické a fyziologické. Exkoriace je častější u jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich přímých rodinných příslušníků než u běžné populace.

Diagnostické markery

Mnoho jedinců s exkoriací se přiznává k narušování kůže; a proto je dermatologická diagnostika zapotřebí velmi zřídka. Ovšem tato porucha může mít charakteristické rysy na histopatologii.

Funkční důsledky exkoriace (poruchy narušování kůže)

Exkoriace je spojována jak s nepohodou, tak s narušením v sociální a pracovní oblasti. Většina jedinců s tímto onemocněním tráví minimálně hodinu denně narušováním, myšlením na narušování a bráněním se nutkání narušovat. Mnoho jedinců uvádí, že se vyhýbají společenským událostem či zábavě, stejně jako se vyhýbají vycházení na veřejnost. Většina jedinců s touto poruchou též uvádí, že jim exkoriace narušuje pracovní režim přinejmenším v rozmezí dnů či týdnů. Významná část studentů s exkoriací uvádí, že zameškala školu, měla problémy s plněním školních povinností či problémy s učením způsobené narušováním kůže. Zdravotní komplikace spojené s exkoriací zahrnují poškození tkáně, zjizvení a infekce; tyto komplikace mohou být i životu nebezpečné. Ve výjimečných případech se vyskytuje i synovitida zápěstí způsobená chronickým narušováním kůže. Narušování kůže často ústí ve významné poškození tkáně a zjizvení. Často vyžaduje léčbu antibiotiky kvůli infekci, případně může vyžadovat i operaci.

Diferenciální diagnóza

Psychotické poruchy. Narušování kůže se může objevit jako reakce na bludy (tj. parazitóza) nebo hmatové halucinace (tj. pocit svědění) u psychotické poruchy. V takových případech by exkoriace neměla být diagnostikována.

Jiné obsedantně-kompulzivní poruchy a související poruchy. Přehnané mytí jako reakce na obsese zaměřené na kontaminaci u jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou může vést ke kožním lézím a narušování kůže se může vyskytnout u jedinců s dysmorfofobií, kteří narušují svou kůži pouze kvůli obavám o vzhled; v takových případech by exkoriace neměla být diagnostikována. Popis poruch zaměřených na opakující se chování zaměřené na tělo u jiných obsedantně-kompulzivních a souvisejících poruch vylučuje jedince, jehož příznaky odpovídají kritériím pro exkoriaci.

Neurovývojové poruchy. Porucha se stereotypními pohyby se může vyznačovat repetitivním sebepoškozujícím chováním; k jejímu nástupu však dochází v raném vývojovém období. Například jedinci s neurogenetickým onemocněním Prader-Williho syndrom mohou mít raný nástup narušování kůže a jejich příznaky mohou splňovat kritéria pro stereotypní motorickou poruchu. Zatímco tiky u jedinců s Tourettovým syndromem mohou vést k sebezraňování, chování u exkoriace není tikové.

Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy. Exkoriace není diagnostikována v případě, že je kožní léze možné primárně přiřadit ke klamavému chování u faktitivní (předstírané) poruchy.

Jiné poruchy. Exkoriace není diagnostikována v případě, že je narušování kůže možné přiřadit k záměru poranit sebe sama, který je charakteristický pro nesebevražedné sebepoškozování.

Jiné somatická onemocnění. Exkoriace není diagnostikována v případě, že je narušování kůže možné připsat jinému somatickému onemocnění. Například svrab je kožní onemocnění spojené se závažným svěděním a škrábáním. Avšak exkoriace může být urychlena či zhoršena kožním onemocněním v jejím pozadí. Například akné může vést ke škrábání a narušování, které může být spojeno s komorbidní exkoriací. Odlišení mezi těmito dvěma klinickými situacemi (akné se škrábáním a narušováním vs. akné s komorbidní exkoriací) vyžaduje posouzení, do jaké míry se jedincovo narušování stalo nezávislým na přidruženém stavu kůže.

Poruchy vyvolané užíváním látek/léků. Příznaky narušování kůže mohou být vyvolány látkami (např. kokain), v tomto případě by exkoriace neměla být diagnostikována. Pokud je takové narušování kůže klinicky významné, měla by být zvážena diagnóza obsedantně-kompulzivní poruchy vyvolané užíváním látek/léků.

Komorbidita

Exkoriace je často doprovázena dalšími duševními poruchami. Mezi tyto poruchy patří obsedantně-kompulzivní porucha a trichotilománie (porucha vytrhávání vlasů), stejně jako velká depresivní porucha. Jiné repetitivní chování zaměřené na tělo než narušování kůže a vytrhávání vlasů (např. okusování nehtů) se objevuje u mnoha jedinců s exkoriací a může si vyžádat další diagnózu jiné specifické obsedantně-kompulzivní a související poruchy (tj. porucha opakujícího se chování zaměřeného na tělo).

Obsedantně-kompulzivní poruchy vyvolané užíváním látek/léků a související poruchy

Diagnostická kritéria

- V klinickém obraze převládají obsese, kompulze, narušování kůže, vytrhávání vlasů, další opakující se chování zaměřené na tělo nebo další příznaky charakteristické pro obsedantně-kompulzivní a související poruchy.
- Existují důkazy z anamnézy, vyšetření nebo laboratorní nálezy (1) i (2):
 - Příznaky v kritériu A se vyvinuly během intoxikace nebo brzy po ní, při odvykacím stavu či po expozici lékům.
 - Tato látka/lék je schopna vytvořit příznaky z kritéria A.