

# Konsekwencje zdrowotne onychofagii

## Health consequences of onychophagia

AGNIESZKA GNIADK 1/, JUSTYNA CZOCHARA 2/

<sup>1/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM, Kraków

<sup>2/</sup> Studenckie Koło Naukowe „Medyk”, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Nawykowe obgryzanie paznokci (onychofagia) to psychodermatoza, której pierwotne objawy związane są z zaburzeniami psychicznymi. Problem onychofagii dotyczy znacznej grupy ludzi, szczególnie dzieci i młodzieży. Konsekwencje zdrowotne wynikające z onychofagii związane są z zakażeniami i uszkodzeniami płytki paznokciowej oraz patologicznymi zmianami w obrębie narządu żucia. Na drodze fekalno-oralnej, poprzez częste wkładanie rąk do ust, obgryzanie paznokci przyczynia się do przenoszenia, drogą zstępującą, zakażeń bakteryjnych czy pasożytniczych. Według dostępnego piśmiennictwa onychofagia powinna być leczona wielospecjalistycznie i musi obejmować leczenie farmakologiczne, jak i terapię behawioralną opartą o zmianę zachowań. Istotnym elementem ograniczenia onychofagii jest niedopuszczenie do stwarzania sytuacji sprzyjających rozwijania się nawyku.

**Słowa kluczowe:** onychofagia, konsekwencje zdrowotne

Habitual nail biting (onychophagia) is a psychodermatosis in which primary symptoms are connected with psychological disorders. The problem of onychophagia concerns a substantial group of people, particularly children and teenagers. The onychophagia consequences are connected with infections and damages to a nail plate as well as pathological changes within the chewing apparatus. On the faecal-oral path, nail biting contributes to bacterial and parasitic infections transferred on a descending path by putting one's hands into one's mouth. According to available literature, onychophagia requires multidisciplinary treatment and has to combine both pharmacological and behavioral therapy based on behavioral changes. In order to limit onychophagia it is important to avoid situations conducive to the habit development.

**Key words:** onychophagia, health consequences

© Hygeia Public Health 2010, 45(2): 109-114

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.11.2010

Zakwalifikowano do druku: 02.12.2010

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr n med. Agnieszka Gniadek

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ UJ-CM

ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

tel. 692428854, fax 12 632 4881, email: mxgniaade@cyf-kr.edu.pl

## Wstęp

Nawyki oraz przyzwyczajenia to działania, które często doprowadzają do niekorzystnych zmian w wielu sferach życia człowieka. Jeśli działania te są powiązane z czynnościami natrętnymi, to mogą uniemożliwiać człowiekowi osiągnięcie założonych celów, oraz mieć wyraźny wpływ na zdrowie [1]. Większość chorób skóry i jej przydatków rzadko zagraża bezpośrednio życiu człowieka. W związku z taką powszechną oceną istnieje tendencja do pomniejszania istoty tych schorzeń. Popularnie uważa się je za problem raczej kosmetyczny, czy mający niewielkie konsekwencje zdrowotne. Jeśli jednak działania nawykowe powiąże się ze schorzeniami dermatologicznymi, to skutki ich występowania mogą być niebezpieczne dla zdrowia.

Onychofagia – nawykowe obgryzanie paznokci zaliczane jest do psychodermatoz, to jest chorób der-

matologicznych, gdzie występujące zmiany skórne lub przeświadczenie o ich obecności są wynikiem pierwotnych objawów zaburzeń psychicznych [2]. Do schorzeń psychodermatologicznych zaliczamy wszelkie choroby, w których obecna jest zarówno komponenta psychologiczna, jak i dermatologiczna. W jednej z trzech głównych kategorii tych schorzeń swoje miejsce mają zaburzenia pierwotnie psychiatryczne, do których należą dermatozy sztucznie wywołane, między innymi samookaleczenia na podłożu nerwicowym, trądzik z zadrapania, trichotillomania (przewlekłe wrywanie włosów, prowadzące do zauważalnego wyłysienia) i onychofagia [2-5].

Niekontrolowana onychofagia może prowadzić do wielu powikłań zdrowotnych: znacznego uszkodzenia płytki paznokciowej, problemów stomatologicznych oraz miejscowych i ogólnoustrojowych infekcji.

## Etiologia onychofagii

Określenie onychofagia pochodzi z języka greckiego i oznacza obgryzanie oraz zjadanie paznokci (onycho – paznokieć, phagos – jeść). Proces dotyczy najczęściej paznokci rąk, rzadziej stóp. Onychofagia jest przeniesieniem nawyku ssania kciuka, który porzucany około trzeciego roku życia, często zastępowany jest zwyczajem obgryzania paznokci. Po okresie dojrzewania, onychofagia wypierana jest zwykle przez takie nawyki, jak: gryzienie warg, ołówków albo innych przedmiotów, drapanie nosa czy zawijanie włosów wokół palców [3-4].

Według Penzla osoby zmagające się z onychofagią odczuwają zawstydzenie w sytuacjach społecznych i starają się ukryć swój problem, np. poprzez trzymanie poranionych rąk w kieszeniach lub za plecami. To kompulsywne zachowanie objawia się na dwa sposoby: obgryzania paznokci automatycznie, bez zastanawiania się nad tą czynnością (na ogół dzieje się to w trakcie innych form aktywności, jak oglądanie telewizji, praca przy komputerze czy rozmowa przez telefon) oraz jako główne zajęcie i jest ono zwykle poprzedzone zaprzestaniem innych czynności celem obgryzania paznokci. Niezależnie od sytuacji, w większości przypadków, osoby zmagające się z tym nawykiem, opisują obgryzanie paznokci jako trudne do zaniechania, czy wręcz jako niekontrolowany przymus [2,5].

Onychofagię – prócz jadłowstrętu psychicznego, hazardu patologicznego, kleptomanii, zaburzeń hipochondrycznych oraz psychodermatoz: trichotillomanii i dysmorfofobii (zaburzonego obrazu własnego ciała) – można zaliczyć do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, czyli OCD (*Obsessive-Compulsive Disorder*). Niejasna pozostaje pozycja onychofagii w klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10. Jej rozpoznanie umieszczono w grupie nieokreślonych zaburzeń zachowania i emocji, rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym [4, 6-7].

Obgryzanie paznokci jest powszechnym nawykiem obserwowanym zarówno wśród dzieci jak i dorosłych. W wielu przypadkach, problem ten nie jest zauważalny przed osiągnięciem wieku 3-4 lat. Większa częstotliwość obgryzania paznokci dostrzegana jest pomiędzy 4. a 6. rokiem życia i wzrasta znacznie podczas okresu dojrzewania. Częstotliwość obgryzania paznokci u obu płci do 10. roku życia rośnie stosunkowo równomiernie, jednak z czasem znacznie mniej dziewcząt niż chłopców obgryza paznokcie. Ocenia się, że onychofagią dotkniętych jest 20-33% dzieci w wieku między 7. a 10. rokiem życia. Występowanie tego nawyku wśród młodych ludzi (nastolatków) szacuje się na blisko 45%. U większości z nich nerwowe obgryzanie zanika wraz z upływem czasu, jednak około 15% dorosłych nie potrafi zwalczyć tego nawyku.

W grupie 60-69-latków występowanie onychofagii szacuje się na 4,5-10,7% [2,3,8].

Główna przyczyna onychofagii jest trudna to określenia. Etiologia onychofagii wskazuje na powiązanie ze stresem, lękiem, samotnością oraz biernością. Onychofagia może również być konsekwencją słabo zadbanych paznokci czy przeniesienia nawyku ssania kciuka. Rozróżnia się różne czynniki, wpływające na występowanie tego nawyku u dzieci i osób dorosłych. W wielu pracach podkreślany jest wpływ przykładu pochodzącego od rodziców, który sprzyja powstawaniu obgryzania paznokci u dzieci. Dziecko, obgryzając swoje paznokcie, okazuje ewolucyjne zaburzenia połączone z fazą oralną rozwoju psychologicznego. Obgryzanie paznokci u najmłodszych należy do grupy nawyków i czynności nawykowych, czyli zespołu zaburzeń służących rozładowaniu niepokoju, osamotnienia, beczynności. Dzieci pozbawione poczucia bezpieczeństwa, miłości i więzi z najbliższą osobą, nie znajdują zaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych. Z tego powodu często szukają pozaspołecznych źródeł odczuwania przyjemności, zadowolenia, a w wykonywanych czynnościach manipulacyjnych wokół własnego ciała znajdują sposób na rozładowanie lęku, napięcia, gniewu czy poczucia zagrożenia [8-10].

Spośród teorii psychologicznych analizujących genezę czynności nawykowych istotne wydają się hipotezy Olechnowicza i Lemmpa. Pierwszy z badaczy ocenia czynności nawykowe jako wyraz regresji, łączącej się z powstaniem prymitywnej ekspresji emocji, typowej dla wieku wczesnodziecięcego. Dziecko w tym okresie reaguje ogólną ruchliwością na stan pobudzenia i uspokaja się przez akt ssania. Dlatego też większość czynności nawykowych ma związek z drażnieniem sfery oralnej. Teoria Lemmpa zakłada z kolei, że występowanie czynności nawykowych ma ścisły związek z zaniedbywaniem potrzeb dziecka przez matkę. Przykładowo, pojawienie się kolejnego członka rodziny przyczynia się do powstawania niedostatków emocjonalnych u starszych dzieci, a lęk o utratę uczuć matki może być rozładowywany właśnie poprzez czynności nawykowe [2,11].

Wśród przyczyn onychofagii występującej u osób dorosłych wymienia się m.in. zaburzenia poziomu żelaza, miedzi lub witamin we krwi, przeżywanie konfliktów społecznych, rodzinnych i osobistych oraz strach przed nieszczęściem, wypadkiem czy wojną. Istnieją hipotezy twierdzące, że zjawisko obgryzania paznokci ma związek z niskim statusem ekonomicznym. Podłoże onychofagii powiązać można również z neurotyczną strukturą osobowości, na którą składają się: nadwrażliwość emocjonalna, niska samoocena i lękowość. Najczęściej paznokcie obgryzają osoby zmagające się z kompleksami, którym brakuje pewno-

ści siebie, jak również ludzie nadmiernie wrażliwi bądź pobudliwi. Według niektórych badań onychofagia może być spowodowana po prostu znudzeniem czy beczynnością. Mechaniczne obgryzanie paznokci pozwala więc chwilowo rozładować lęk, złość czy zakłopotanie oraz urozmaicić monotonię [6,7,12].

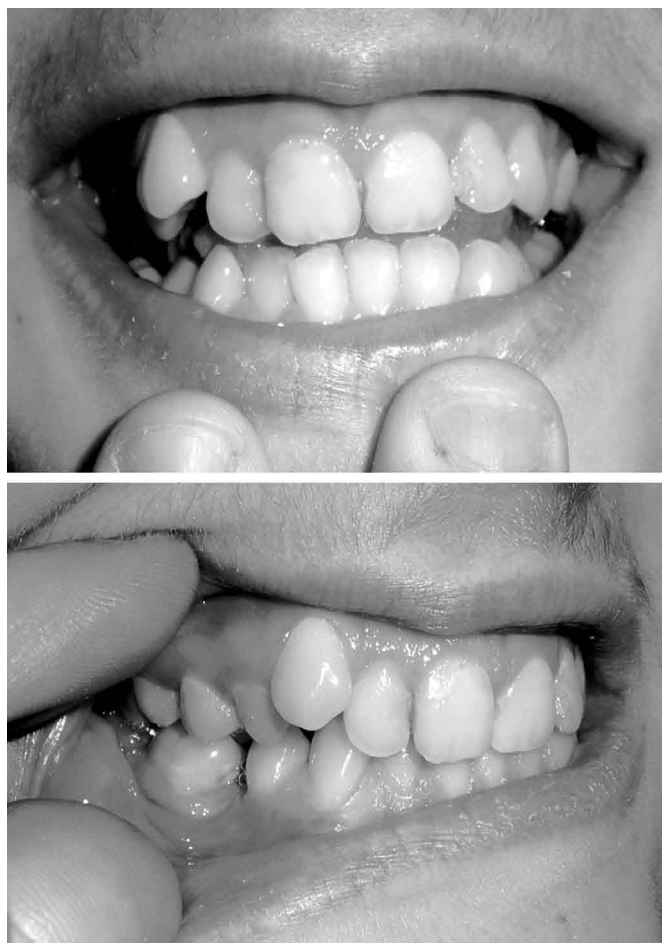
### Onychofagia i jej wpływ na zdrowie

Obgryzanie paznokci, które jest prawdopodobnie jednym z najczęściej występujących nawyków nerwowych, wydaje się zwykle na tyle niegroźne, że nie wpływa znacząco na tryb życia człowieka i traktowane jest po prostu jako zły nawyk. Jednakże jak wynika z badań oraz obserwacji pacjentów cierpiących na onychofagię schorzenie to może doprowadzać do wielu zaburzeń zdrowotnych. Jednym z nich są zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia. Zaburzenia te oraz choroby stawu skroniowo-żuchwowego stanowią – jak wynika z raportów Światowej Organizacji Zdrowia – trzecie, najczęstsze schorzenie układu stomatognatycznego po próchnicy i chorobach przyzębia. Przyczyną tych zaburzeń mogą być szkodliwe nawyki

ruchowe narządu żucia, tzw. parafunkcje. Parafunkcje, pełniąc rolę obronną, uwalniają organizm od negatywnych emocji, jednakże długotrwałe ich występowanie przy wzmożonym napięciu mięśni, zwłaszcza żwaczy i skroniowych, w efekcie prowadzi do niekorzystnych dysfunkcji ruchowych i bólowych oraz do przeciążenia narządu żucia. Wśród parafunkcji narządu żucia wyróżnia się: parafunkcje zwarciowe, wykonywane z kontaktem zębów przeciwstawnych – zaciskanie, zgrzytanie, stukanie zębami, oraz parafunkcje niezwarciowe, w których nie dochodzi do kontaktu zębów – nagryzanie błony śluzowej warg i policzków, żucie gumy oraz obgryzanie paznokci [13-14].

Nawyk obgryzania, jest uważany przez niektórych, za najbardziej szkodliwą parafunkcję niezwarciową, prowadzącą do wielu dysfunkcji w obrębie narządu żucia. U dzieci w wyniku obgryzania paznokci często dochodzi do zniekształcenia szczęk. Z badań wynika, że prawie każdy pacjent ortodonta to były lub aktualny „obgryzacz”. Testy kliniczne wykonywane u osób z onychofagią wskazują na występowanie niepożądanych skutków tego nawyku. Można do nich zaliczyć niewielkie pęknięcia i starcie siecznych powierzchni zębów oraz wysunięcie się bądź rotację górnych siekaczy. Wymienione wady zgryzu są wywoływane przez nacisk powodowany obgryzaniem paznokci. Onychofagia może doprowadzić także do innego powikłania stomatologicznego, jakim jest uszkodzenie dziąseł wokół zębów. Powstaje ono, gdy fragment paznokcia przypadkowo utkwi w dziąśle, powodując jego zapalenie, obrzęk bądź pojawienie się ropnia [15]. Na rycinie 1 przedstawiono wadę zgryzu studenta kierunku pielęgniarstwo, który od dzieciństwa przewlekłe obgryza paznokcie (źródło własne).

Obgryzanie paznokci może prowadzić także do rozwoju różnego rodzaju zakażeń. Onychofagia może być przyczyną wtórnych zakażeń przenoszonych drogą zstępującą przez ręce. Wkładanie rąk do ust zwiększa ryzyko zarażenia się pasożytami, doprowadza do wzrostu schorzeń bakteryjnych czy zakażeń wirusowych. U osób z nieodpowiednią i niedostateczną higieną onychofagia może prowadzić do zakażenia pałeczkami Gram (-) np. *Escherichia coli*. Bakteria ta, fizjologicznie bytująca w przewodzie pokarmowym, może na drodze endogennej wywołać zakażenie oportunistyczne. Do zakażeń pałeczkami z rodziny *Enterobacteriaceae* może dojść w wyniku nie przestrzegania należytej higieny i nadkażania ran powstających w jamie ustnej w wyniku uszkodzeń spowodowanych onychofagią oraz innych zakażeń w obrębie poszczególnych układów. Innym problemem, który szczególnie może dotyczyć dzieci jest owsica, której drogi zakażenia związane są faktem obgryzania paznokci. Drapanie się w celu złagodzenia świądu, powoduje okołoodbytnicze podrażnienie oraz zatrzymywanie się pod paznokciami



Ryc. 1. Wada zgryzu studenta kierunku pielęgniarstwo, które od wielu lat obgryza paznokcie (źródło własne)

Fig. 1. Malocclusion in a student of nursing, biting nails for many years (own source)

jaj owsików. Z tego właśnie względu nawyk wkładania rąk do ust u dzieci, które są obgryzacami paznokci z niedostateczną higieną rąk, prowadzi do wielu chorób i infekcji przenoszonych drogą fekalno-oralną. Ma to związek z higienicznym aspektem paznokci, które rzadko są czyste [16].

Do częstszych powikłań onychofagii należą także: wtórne stany zapalne wałów paznokciowych, zniekształcenie płytek paznokciowych, wysiewy brodawek okołopaznokciowych oraz wylewy krwawe podpaznokciowe. Do niepożądanych skutków onychofagii zaliczamy także uszkodzenie naskórka, wtórne zakażenia bakteryjne zniszczonych okolic paznokci oraz problemy dermatologiczne palców, m.in. zanokcica (zapalenie związane z zakażeniem wałów paznokciowych). W wyniku onychofagii łożysko paznokcia jest anormalnie wystawione na działanie powietrza, dlatego może ulec zrogowaceniu, a nawet zaniknąć. Osoby z nawykiem chronicznego obgryzania wymagają wczesnej terapii, aby zapobiec utracie łożyska, które oderwane od płytki paznokcia przez długi okres, może doprowadzić do nieodwracalnego skrócenia paznokci. Wieloletnie, uporczywe obgryzanie paznokci może spowodować ich całkowity zanik, uformowanie się tzw. pterygium unguium (tzw. paznokciec skrzydłowaty), a nawet utratę dystalnych paliczków palców. W piśmiennictwie opisywane były także przypadki zapalenia szpiku kostnego paliczków powodowane przewlekłą onychofagią [17-20]. Na rycinie 2 przedstawiono zdjęcie płytek paznokciowych



Ryc. 2. Wygląd obgryzionych paznokci studenta kierunku pielęgniarstwo (zdjęcie ze zbioru własnego)

Fig. 2. Bitten nails in a student of nursing (own source)

studenta kierunku pielęgniarstwo, który od wielu lat obgryza paznokcie (źródło własne).

### Leczenie i profilaktyka onychofagii

Specjaliści uważają, iż leczenie onychofagii, podobnie jak w przypadku innych zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, powinno łączyć farmakoterapię z terapią behawioralną. Farmakoterapia w tym wypadku polega na stosowaniu leków antydepresyjnych. Próby leczenia onychofagii za pomocą środków psychofarmakologicznych podejmowane były z użyciem inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SRI), takich jak klomipramina i sertralina. U około 60-70% osób zmagających się z onychofagią stosowanie farmakoterapii uznaje się za skuteczne [20].

Efektywną metodą leczenia onychofagii jest terapia behawioralna. Azrin i Nunn opracowali w latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku technikę określaną mianem procedury zmieniania nawyków HRP (*Habit Reversal Procedures*). Technika ta była z powodzeniem wykorzystywana do leczenia tików, jąkania się i innych nawyków nerwowych, w tym obgryzania paznokci. Procedura ta jest efektywnym środkiem zwalczania nawyków, ponieważ są to czynności wyuczone, mające niemal automatyczny charakter. Aby zmienić takie zachowanie, należy zidentyfikować myśli poprzedzające jego wystąpienie. Z definicji przyzwyczajęń wynika bowiem, iż nabywa się je na drodze powtórzeń [1, 6]

Penzel twierdzi, że najbardziej skuteczne w leczeniu zarówno onychofagii, jak i innych zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych jest połączenie farmakoterapii z terapią behawioralną. W skład terapii wchodzi dwa etapy. Pierwszy to trening zmiany nawyków, tzw. HRT (*Habit Reversal Training*) – czterostopniowy proces uświadamiania sobie własnych zwyczajów, składający się z: nauki relaksacji, prawidłowego oddychania, koncentracji na własnych odczuciach oraz kontroli przeciwnych reakcji napięcia mięśni ciała. Drugi etap to nauka techniki kontroli bodźców – SC (*Stimulus Control*) – która pomaga rozpoznawać, a potem eliminować lub zmieniać poszczególne działania, stany emocjonalne i inne czynniki powiązane z okaleczającymi zachowaniami. Celem takiego leczenia jest świadome kontrolowanie bodźców, które prowadzą do autoagresji. Terapia pacjentów autoagresywnych powinna obejmować nie tylko osobę z tym problemem, ale całą rodzinę, ponieważ obecność tego zaburzenia świadczy zwykle o nieprawidłowościach wewnątrz niej. Wiele osób obgryzających paznokcie zerwało z nałogiem za pomocą hipnoterapii [2,5,6,21].

Pomimo, że sposobów na zerwanie z onychofagią jest wiele, nie wszystkie jednak wydają się skuteczne. Niektórzy pacjenci zrywają z onychofagią sponta-

nicznie z powodu strachu przed rozwijającymi się infekcjami. Inni natomiast porzucają swój nawyk, ponieważ wstydzą się efektów widocznych na paznokciach. Aby być zdolnym do porzucenia nawyku, osoba obgryzająca paznokcie musi być przede wszystkim zmotywowana. Metodą ograniczającą fakt obgryzania paznokci jest uświadomienie przez chorego faktu potrzeby obgryzania paznokci i próba zajęcia ust czymś innym, np. zjedanie ziarna, suszonych owoców albo żucie gumy. Dobrze jest również mieć coś zawsze w rękach – długopis, ołówek, kulkę, miękką piłeczkę, bądź inny przedmiot, który zatrzyma dłonie daleko od ust [22-23].

W próbie radzenia sobie z obgryzaniem paznokci u młodych ludzi jest nie tylko i wyłącznie ograniczanie nawyku. Czynności nawykowe u dzieci wywołują u osób dorosłych reakcje dezaprobaty, poprzez wyznaczania różnego typu kar, co pogłębia istniejący już problem. Młode osoby uzmysławiając sobie, że rodzice zauważyli ich nawyk, będą na ogół upierać się przy nim, by w ten sposób skupić na sobie uwagę. Istotnym czynnikiem w próbie radzenia sobie z nawykiem będzie pozytywne wzmocnienie. Takie metody jak karanie, ośmieszanie, dokuczanie, grożenie czy nakładanie na paznokcie preparatów o nieprzyjemnym smaku, będą niepotrzebne, a czasem nawet szkodliwe. Użytecznym działaniem do zaprzestania obgryzania paznokci będzie ich należyte obcinanie. Dla dziewcząt, pozytywne i zaskakujące efekty może przynieść manicure zrobiony w salonie piękności lub roztaczanie opieki nad kolejnym paznokciem z osobną. Chłopcy natomiast, mogą nakładać bandaże na palce, pozwalając wierzyć swoim przyjaciółom, że leczą jakieś rany, a nie walczą z onychofagią. W przypadku niepełnoletnich osób zmagających się z onychofagią, polecaną metodą jest omówienie z rodzicami przyczyn niepokoju ich dziecka, konieczności zmodyfikowania swojego stosunku względem dziecka – poprawy kontaktu, okazywania akceptacji i aprobaty [19-23].

Osoby borykające się z onychofagią często „zmuślane” są przez najbliższych do wizyt u lekarza. Powstaje jednak dylemat, kto powinien zajmować się terapią tego schorzenia. Wydaje się, że psychiatrzy nie przywiązują wystarczającej uwagi do faktu obgryzania paznokci przez pacjentów. Pediatrzy, którzy z racji swej specjalizacji najczęściej spotykają się z osobami z onychofagią, nie są z kolei przygotowani do leczenia tej dolegliwości. Dlatego też coraz częściej pojawiają się pytania ze strony specjalistów różnych dziedzin medycyny o sposoby terapii tego schorzenia. W zasadzie terapią tego nawyku powinni zajmować się dermatolodzy zainteresowani psychodermatologią we współpracy z psychiatrami i psychologami. Zespoły złożone z takich specjalistów mogą w sposób

optymalny pomagać przezwycięzać nawyk, jakim jest obgryzanie paznokci.

W Holandii w miejscowości Venlo powstał ośrodek leczenia nawykowego obgryzania paznokci – Instytut Patologicznej Onychofagii. Jest on pierwszą placówką na świecie, która zajmuje się tym nałogiem. Holenderscy lekarze opracowali metodę uniemożliwiającą obgryzanie paznokci. Pacjenci zgłaszający się do ośrodka mogą się spodziewać całkowitego wyleczenia w ciągu zaledwie miesiąca. Leczenie w Instytucie zaczyna się od ochrony zębów i obejmuje kosmetyczną poprawę paznokci oraz rozmowy z doradcą. Terapia trwa cztery tygodnie. W jej ramach na palce osób obgryzających paznokcie nakłada się specjalne urządzenie, które pozwala normalnie poruszać dłońmi, ale uniemożliwia sięgnięcie zębami do paznokci. W tym czasie pacjenci przechodzą również intensywne sesje z psychologami oraz terapie grupowe. Według dyrektora placówki próbne terapie wykazały 98-procentową skuteczność.

## Podsumowanie

Wygląd zewnętrzny, zwłaszcza takich części ciała jak twarz, piersi u kobiet czy dłonie, wpływa na to, jak postrzegamy siebie i jak oceniają nas inni ludzie. Nieprawidłowa pielęgnacja i nieestetyczny wygląd paznokci może mieć znaczący wpływ na problem samoakceptacji oraz poczucia własnej wartości. Każda bowiem choroba dermatologiczna, która w widoczny sposób zmienia wygląd skóry i jej przydatków, wywołuje u człowieka reakcję psychologiczną, która ma znaczący wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Konsekwencje zdrowotne wynikające z faktu obgryzania paznokci to zawstydzenie, lęk, złość, depresję, ale także uszkodzenia płytki paznokciowej, zakażenia wałów około paznokciowych czy jamy ustnej. Ręce u osoby z onychofagią poprzez drogę fekalno-oralną stają się drogą pośrednią w przenoszeniu zakażeń bakteryjnych, wirusowych czy pasożytniczych. Jest to szczególnie niebezpieczne u dzieci, zwłaszcza tych z obniżoną odpornością. Profilaktyka onychofagii powinna więc obejmować szerokie spektrum działań zapobiegawczych ukierunkowanych na współpracę lekarza, psychologa, rodziny i samego pacjenta. Bagatelizowanie przez profesjonalistów, ale również rodziców, nawyku obgryzania paznokci, utwierdza pacjenta w przekonaniu, że jest to problem z którym w każdej chwili jest on w stanie samodzielnie sobie poradzić. Jest to jednak problem złożony, przy silnej komponentce psychologicznej, wywodzący się ze wszystkich sfer życia człowieka, Dlatego też upowszechnianie wiedzy i profilaktyki w zakresie onychofagii powinno być domeną nauczycieli i pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

## Piśmiennictwo / References

1. Claiborn JM, Pedrick C. Jak pozbyć się złych nawyków? Trening. Helion, Gliwice 2007.
2. Penzel F. Skin picking and nail biting: related habits. Articles by Western Suffolk Psychological Service. <http://westsuffolkpsych.homestead.com/SkinPicking.html> (11.05.2008).
3. Pacan P, Grzesiak M. Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta Dermato-Venereologica* 2009, 89: 278-280.
4. Wojas-Pelc A, Jaworek AK. Onychofagia jako problem interdyscyplinarny. *Prz Lek* 2003, 60: 737-739.
5. Tanaka O, Vitral R. Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008, 134(2): 305-308.
6. Williams TI, Rose R, Chisholm S. What is the function of nail biting: an analog assessment study. *Behav Res Ther* 2006, 45: 989-995.
7. Pacan P, Grzesiak M, Szepietowski J. Onychofagia i Onychotillomania. *Dermatol Prakt* 2009, 4: 9-11.
8. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A. Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Prz Lek* 2008, 65: 244-248.
9. Pacan P, Szepietowski J. Psychodermatozy – zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne? *Adv Clin Exp Med* 2001, 10, 29-33.
10. Farsi NM. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. *J Oral Rehabil* 2003, 30(12): 1200-1208.
11. Suffczyńska-Kotowska M. Reakcje adaptacyjne u dzieci. [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*. Popielarska A, Popielarska M (red). PZWL Warszawa 2000.
12. Wilson DC, Scher RK. Paznokcie – przypadki o znaczeniu nie tylko kosmetycznym. *Dermatol Estet* 2000, 1(6).
13. Wasilewska A, Słotwińska S. Patogeny wpływ stresu na narząd żucia. *Nowa Stomatol* 2002, 4: 204-206.
14. Rusiniak-Kubik K, Nawrocka-Furmanek J. Ocena częstości występowania zaburzeń czynnościowych narządu żucia w grupie studentów stomatologii – w badaniach porównawczych. *Nowa Stomatol* 2003, 1: 21-26.
15. Nawrocka-Furmanek J, Rusiniak-Kubik K. Występowanie parafunkcji narządu żucia w zależności od zaburzeń okluzji i wad zgryzu wśród młodych dorosłych. *Nowa Stomatol* 2007, 4: 114-119.
16. Baydas B, Uslu H, Yavuz I, Ceylan I, Dagsuyu IM. Effect of a chronic nail-biting habit on the oral carriage of Enterobacteriaceae. *Oral Microbiol Immunol* 2007, 22: 1-4.
17. Krejci CB. Self-Inflicted Gingival Injury Due To Habitual Fingernail Biting. *J Periodontol* 2000, 71(6): 1029-1031.
18. Szepietowski J, Pacan P. Psychodermatozy. [w:] *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek*. Krajewska-Kułak E (red). Czelej, Lublin 2006: 199-201.
19. Wojas-Pelc A, Jaworek AK. Psychodermatologia – istotny element dermatologii estetycznej. *Dermatol Estet* 2003, 26(3): 145.
20. Szepietowski J, Pacan P. Dermatozy wymagające pomocy psychiatryczno-psychologicznej. *Adv Clin Exp Med* 2001, 10: 25-28.
21. Steuden S, Janowski K. Schorzenia psychodermatologiczne. *Prz Dermatol* 2002, 89: 175.
22. Eckhardt A. Autoagresja. WAB, Warszawa 1998.
23. Żelazny I, Nowicki R. Jakość życia w chorobach skóry. *Przew Lek* 2004, 9: 60-65.