

Interdisciplinary approach to onychophagia

Katedra i Klinika Dermatologii
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
p.o. Kierownik: Dr n. med. Anna Wojas Pelc

Dodatkowe słowa kluczowe:

onychofagia
czynności nawykowe
zaburzenia psychiczne
psychodermatologia

Additional key words:

onychophagy
habitual function
psychiatric disorder
psychodermatology

Onychofagia jest chorobą należąca do grupy schorzeń paznokci wywołanych powtarzającymi się urazami. Obgryzanie paznokci – samouszkodzenie, które w najbardziej agresywnej formie przybiera postać onychofagii jest czynnością częstą zarówno wśród dzieci jak i u dorosłych. Obgryzanie paznokci u dzieci należy do grupy nawyków i czynności nawykowych, czyli zespołu zaburzeń służących rozładowaniu niepokoju, osamotnienia, bezczynności występujących u dzieci pozbawionych lub w niedostatecznym stopniu mających zapewnione poczucie bezpieczeństwa, miłości i więzi z najbliższą osobą. U większości osób dorosłych cierpiących na onychofagię nie stwierdzono schorzeń psychiatrycznych. W obrazie klinicznym onychofagii spostrzegane są różne objawy w zależności od stopnia i sposobu dokonywania uszkodzeń. Możliwe jest wystąpienie poważnych powikłań obgryzania paznokci. Autorzy starali się przedstawić najnowsze poglądy na patogenезę i terapię onychofagii. W artykule zwrócono uwagę na konieczność tzw. zespołowego podejścia do terapii nałogowego obgryzania paznokci.

*„Bramante ma nieprzyjemny zwyczaj obgryzania paznokci,
zwłaszcza kiedy zaczyna się denerwować”
Jerzy Cepik „Rafael”*

*Onychofagia jest ważnym wykładnikiem współczesnych
czasów pełnych niepokoju i burzliwych przeżyć.
Jan Hankiewicz*

Określenie onychofagia pochodzi z języka greckiego i oznacza obgryzanie i zjadanie paznokci (*onycho* – paznokieć, *phagos* – jeść). Proces dotyczy najczęściej paznokci rąk, rzadziej stóp. U niektórych pacjentów występuje nawyk obgryzania wszystkich paznokci wszystkich kończyn. Obgryzanie paznokci nie wynika z kosmetycznej potrzeby skrócenia nadmiernie długich paznokci, zębami w zastępstwie nożyczek, lecz z pozbawionego kontroli zachowania [6].

Onychofagia jest chorobą należąca do grupy schorzeń paznokci wywołanych powtarzającymi się urazami (tzw. *chronic repetitive trauma*) [4]. Obgryzanie paznokci (ang. *Nail-biting*, niem. *Negelbeissen*) – samouszkodzenie, które w najbardziej agresywnej formie przybiera postać onychofagii jest częstą czynnością. Harnack w 1958

Onychophagy is classified to the nail diseases caused by repeated injuries. Nail-biting as autodestruction and onychophagy in its most aggressive form, is common not only among children but adults as well. Nail-biting in children belongs to the group of habits and habitual function, which allowed for relieving the anxiety, loneliness, inactivity in children deprived of safety feeling, love and nearest relationship. In most adults suffered from onychophagy psychiatric diseases are not diagnosed. There are different clinical symptoms of onychophagy depended on the degree and the way of performed injuries. In this study we are promoting the multidisciplinary approach to the therapy of habitual nail-biting.

roku opublikował wyniki swoich badań przeprowadzonych w grupie 11-letnich uczniów szkół w Hamburgu, gdzie wykazał, że 29,2% chłopców i 24,7% dziewcząt obgryzało paznokcie [6,7]. Baran, Dewber i de Berker powołując się na prace Malone i wsp. szacują częstość obgryzania paznokci u dzieci na 60%, u nastolatków na 45%, u osób dorosłych na 10% [4,13].

Nawyk obgryzania paznokci rozpoczyna się zazwyczaj około pierwszego roku życia i trwa do ukończenia 12 roku życia [8]. Wg. innych autorów początek onychofagii występuje najczęściej w wieku 3 lat z największym nasileniem objawów w wieku lat 13 [21].

W uznanych opracowaniach z dziedziny psychiatrii obgryzanie paznokci u dzieci należy do grupy nawyków i czynności nawykowych, czyli zespołu zaburzeń służą-

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Anna Wojas Pelc
Katedra i Klinika Dermatologii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 19a
Tel.: (+12) 424 74 15

cych rozładowaniu niepokoju, osamotnienia, beczynności występujących u dzieci pozbawionych lub w niedostatecznym stopniu mających zapewnione poczucie bezpieczeństwa, miłości i więzi z najbliższą osobą [8,18]. Dzieci nie znajdując zaspokojenia tych podstawowych potrzeb emocjonalnych szukają pozaspołecznych źródeł spełnienia wymagania odczuwania przyjemności, zadowolenia, wyrażania odczuć, a w wykonywanych czynnościach manipulacyjnych wokół własnego ciała szukają rozładowania lęku, poczucia zagrożenia, napięcia, gniewu. Spośród teorii psychologicznych analizujących genezę czynności nawykowych szczególnie warte przybliżenia wydają się hipotezy *Olechnowicza* i *Lemmp*.

Olechnowicz ocenia czynności nawykowe jako wyraz regresji, z powstaniem prymitywnej ekspresji emocji, jaką jest typowa dla wieku wczesnodziecięcego. Dziecko w tym wieku reaguje ogólną ruchliwością na stan pobudzenia i uspokaja się przez akt ssania. Dlatego większość czynności nawykowych ma związek z drażnieniem sfery oralnej.

Teoria *Lemmp* zakłada, że występowanie czynności nawykowych ma ścisły związek z zaniedbywaniem potrzeb dziecka przez matkę. Przykładowo, pojawienie się następnego dziecka w rodzinie może być przyczyną takich niedostatków emocjonalnych u starszych dzieci, a lęk o utratę uczuć matki może się rozładowywać u dzieci poprzez różne zachowania z cechami regresu, w tym także poprzez czynności nawykowe [18].

Spitz zwrócił uwagę na postawy i zachowania matek dzieci przejawiających czynności nawykowe. Matki te były jego zdaniem niedojrzałe, niekonsekwentne, nie dające dziecku poczucia bezpieczeństwa. Ciągła burza pozytywnych i negatywnych bodźców dostarczanych dziecku przez taką matkę wywoływała dezorientację, niepokój i szukanie własnych źródeł przyjemności wyzwolanych za pomocą manipulacji wokół własnego ciała.

Zazwyczaj nawyki i czynności nawykowe wywołują żywe reakcje dezaprobaty u osób dorosłych. Sprowadzają się one do różnego typu kar stosowanych wobec dziecka, co pogłębia jeszcze istniejący już problem [18].

U większość osób cierpiących na onychofagię nie stwierdzono schorzeń psychiatrycznych [4].

Menninger przedstawił bardzo interesującą teorię tzw. samobójstwa ogniskowego („*focal suicide*”) – zakładając związek pomiędzy onychofagią, formą samookaleczenia, a samobójstwem [8]. Cykl prac *Lee* i *Weinlandera*, opublikowanych w latach siedemdziesiątych, w których autorzy starali się znaleźć związek pomiędzy występowaniem onychofagii w dzieciństwie a zachowaniami samobójczymi lub ich brakiem u dorosłych pacjentów szpitala psychiatrycznego odnosił się do teorii *Menningera*. Badaniu poddano 150 chorych z rozpoznaniem psychozy, 60 chorych z rozpoznaniem nerwicy oraz 70 chorych z rozpoznaniem zaburzeniami osobowości. W każdej grupie połowę stanowili chorzy prezentujący zachowania samobójcze, połowę chorzy bez zachowań



Rycina 1

samobójczych. W trakcie standardowego wywiadu psychiatrycznego szczególną uwagę zwrócono na fakt obgryzania paznokci w dzieciństwie [10,11,20]. Podsumowując wyniki badań autorzy nie stwierdzili zależności pomiędzy występowaniem onychofagii w dzieciństwie, a wystąpieniem lub nie wystąpieniem prób samobójczych u chorych w wieku dojrzałym. Jedynie w grupie chorych z zaburzeniami osobowości udało się wykazać zależność pomiędzy brakiem onychofagii w dzieciństwie i brakiem zachowań samobójczych w wieku dojrzałym [10].

Wśród przyczyn onychofagii wymienia no strach przed nieszczęściem, wypadkiem, wojną, zaburzenia poziomu żelaza, miedzi lub witamin w krwi, przeżywanie konfliktów społecznych, rodzinnych i osobistych. Istniały także hipotezy, że zjawisko obgryzania paznokci ma związek z niskim statusem ekonomicznym. Wszystkie powyższe teorie są kwestionowane [6]. W wielu pracach podkreślany jest wpływ przykładu pochodzącego od rodziców na występowanie nawyku obgryzania paznokci u dzieci [6].

W obrazie klinicznym onychofagii spotrzegane są różne objawy w zależności od stopnia i sposobu dokonywania uszkodzeń [9]. Obgryzanie paznokci może przybrać formę mechanicznego niszczenia zębami wyłącznie wolnego brzegu płytki paznokciowej, który staje się postrzępiony i nieregularny.

W krańcowych przypadkach tworzy się tzw. wiszący paznokieć, jako wynik oderwania płytki od wałów bocznych [4,9]. Często obgryzane są także wały paznokciowe (*perionychium*) (rycina 1), skórka (*eponychium*) oraz łożysko paznokcia (*hyponychium*). Proces może dotyczyć pojedynczych lub wszystkich paznokci. Onychofagia może występować okresowo lub stale [14].

Do najczęstszych powikłań onychofagii należą: wtórne stany zapalne wałów paznokciowych, zniekształcenie płytek paznokciowych, wysiewy brodawek okołopaznokciowych (czasami to wysiew brodawek na wałach paznokciowych prowokuje nawykowe obgryzanie paznokci), wylewy krwawe podpaznokciowe.

Wieloletnie, uporczywe obgryzanie pa-

znokci może spowodować ich całkowity zanik, uformowanie się tzw. *pterygium unguum* (tzw. paznokieć skrzydłowaty), a nawet zaniku dystalnych paliczek palców [1,2,6].

W piśmiennictwie notowano także poważne zaburzenia stomatologiczne spowodowane nawykowym, długoletnim obgryzaniem paznokci [15].

Często pacjenci z onychofagią są „zmuśzani” do wizyty u lekarza przez najbliższych np. rodziców.

Powstaje problemem, kto powinien zajmować się terapią tego schorzenia?

Wydaje się, że psychiatrzy nie przywiązują wystarczającej uwagi do fenomenu obgryzania paznokci przez pacjentów. Pediatrzy, którzy z racji specjalizacji najczęściej spotykają się z pacjentami z onychofagią nie są przygotowani do leczenia tej dolegliwości. W zasadzie terapią onychofagii powinni zajmować się dermatolodzy zainteresowani psychodermatologią we współpracy z psychiatrami i psychologami [2,6,16].

Psychodermatologia zajmuje się współwystępowaniem objawów psychopatologicznych lub dysfunkcji psychologicznych z określonymi objawami skórnymi lub też chorobami dermatologicznymi [17,22]. W ostatnich latach ta część dermatologii przeżywa intensywny rozwój i schorzenia z tego kręgu są przedmiotem wielu badań naukowych [22].

Problem onychofagii wykracza poza przedmiot troski rodziców i dziecka karcenego przez nich za obgryzanie paznokci oraz wstydu dorosłych pacjentów wielokrotnie ukrywających dłonie. Metody zakładania rękawiczek, wiązanie rąk, smarowanie palców mazidłami o nieprzyjemnym smaku i zapachu nie odnoszą rezultatu. Przeciwnie, częstokroć mogą pogłębiać i utrwalać nawyki pacjentów [6,18]. Najbardziej polecaną metodą w przypadku niepełnoletnich pacjentów jest omówienie z rodzicami przyczyn niepokoju dziecka. Konieczne jest uspokojenie rodziców, że nawyk obgryzania paznokci jest raczej sygnałem, że powinni zmodyfikować stosunek do dziecka. Lekarz powinien nakłaniać rodziców pacjenta do konieczności poprawy kontaktu, okazywania akceptacji i aprobaty [6]. W przy-

padku dorosłych dążyć należy do zmniejszenia napięcia i ograniczenia pobudliwości. Stosowane były metody behawioralne polegające na nagradzaniu lub karaniu pacjentów w zależności od stanu paznokci. Niestety, leczenie awersyjne za pomocą świadomego powtarzania nic nie znaczących określeń w momencie występowania chęci obgryzania paznokci oraz lekkich wstrząsów elektrycznych nie spełniły pokładanych nadziei [6]. Terapia grupowa onychofagii wprowadzona została przez *Christmann* i *Sommer*. Polega ona na zajęciach w kiluosobowych grupach, podczas których kładzie się szczególny nacisk na samokontrolę pacjenta.

Podjęmowane były próby leczenia onychofagii za pomocą środków psychofarmakologicznych z zastosowaniem clomipraminy i pimozydu [3,5,12]. Niestety skuteczność stosowanych metod leczenia onychofagii nie wydaje się wystarczająca [3]. Dodatkowym problemem jest fakt, że zdecydowanie zbyt wielu pacjentów, a nierzadko lekarzy bagatelizuje problem obgryzania paznokci. Konieczne jest holistyczne podejście do każdego chorego. Przykładowo, najbardziej charakterystyczne dla dzieci cierpiących na zespół *Lesch-Nyhana* jest agresja i tendencja do samookaleczeń (w tym do dramatycznie nasilonej onychofagii) [19].

Zainteresowanie problemem obgryzania paznokci wynika z faktu coraz częstszych

pytań ze strony lekarzy rodzinnych i pediatrów o sposoby terapii tego schorzenia. Onychofagia jest dokuczliwym problemem i wymaga pomocy lekarskiej. Autorzy artykułu są przekonani, że pomoc taką mogą zaofiarować jedynie zespoły złożone ze specjalistów dermatologów i psychiatrów, które w sposób najbardziej optymalny pomogą przezwyciężyć nawyk chorego.

Piśmiennictwo

1. Baran R., Dawber R.P.R.: Diseases of the nail and their management. Blackwell-Science Oxford, London, 1994, 384.
2. Bertolino R.A., Nanni G.: Trattamento della onicofagia. Min. Med. 1980, 71, 1269.
3. Cotterill J.A., Millard L.G.: Psychocutaneous disorders. [W:] Rook A., Willkinson D.S., Ebling F.J.G. (red.): Textbook of dermatology. Blackwell Science Oxford, London, 1998, 2785-2813.
4. Dawber R.P.R., Baran R., de Berker D.: Disorders of nail. [W:] Rook A., Willkinson D.S., Ebling F.J.G. (red.): Textbook of dermatology. Blackwell Science Oxford, London, 1998, 2815-2868.
5. Hamman K.: Onychotilomania treated with pimozone. Acta Derm. Venerol. (Stockh.) 1982, 62, 346.
6. Hankiewicz J.: Onychofagia. Wiad. Lek. 1965, 38, 461.
7. Harnack G.A.: Nervöse Verhaltungsstörungen beim Schulkind, Stuttgart 1958, 92.
8. Kaplan H.J., Sadock B.J.: Synopsis of psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1998, 1242.
9. Kowarz-Sokolowska H., Komasa E.: Symetryczne zmiany dystroficzne paznokci wywołane nawykowym łikiem. Przegl. Dermatol. 1974, 61, 283.
10. Lee S.H., Weinlander M.M.: Suicidal behaviour and childhood onychophagia in hospitalised psychiatric

11. Lee S.H., Weinlander M.M.: Suicidal age and childhood onychophagia among psychotic veterans. J. Clin. Psychol. 1976, 32, 843.
12. Leonard H.L., Lenane M.C., Swedo S.E. et al.: Double blind comparison of clomipramine and desipramine in severe onychophagia. Arch. Gen. Psychiatry 1991, 48, 821.
13. Malone A.J., Massler M.: Index of nail biting in children. J. Abnorm. Social. Psychol. 1952, 47, 193.
14. Odom R.B., James W.D., Berger T.G.: Andrews Diseases of the skin. W.B Saunders Company, Philadelphia, 2000, 985.
15. Rozenzweig D.: Lonychophagie: un danger pour les dents et le parodont. Rev. D Odontol-Stomatologie. 1975, 4, 335.
16. Stein D.J., Hollander E.: Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J. Am. Acad. Dermatol. 1992, 26, 237.
17. Steuden S., Janowski K.: Schorzenia psychodermatologiczne. Przegl. Dermatol. 2002, 89, 175.
18. Suffczyńska-Kotowska M.: Reakcje adaptacyjne u dzieci. [W:] Popielarska A., Popielarska M. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa, 2000, 96-100.
19. Wąsik F., Miklaszewska M. (red.): Dermatologia pediatryczna t.II. Volumed, Wrocław, 2000, 242.
20. Weinlander M.M., Lee S.H.: Suicidal age and childhood onychophagia among veterans with personality disorders. J. Psychol. 1976, 32, 77.
21. Weinlander M.M., Lee S.H.: Suicidal age and childhood onychophagia among neurotic veterans. J. Clin. Psychol. 1978, 34, 31.
22. Wojaś-Pelc A., Jaworek A.K.: Psychodermatologia – istotny element dermatologii estetycznej. Dermatol. Estet. 2003, 26, 145.