

AUTOREFERAT

I. Imię i nazwisko

Przemysław Pacan

II. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

1993 – Dyplom Lekarza – Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Lekarski, Dyplom nr 14246

2002 – Stopień Doktora Nauk Medycznych w Zakresie Medycyny – Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Dyplom nr 8/2002, Tytuł rozprawy doktorskiej: *Wpływ stresu na zaostrzenie łuszczycy i współwystępowanie depresji*, Promotor prof. dr hab. Andrzej Kiejna,

1996 – Pierwszy stopień specjalizacji w zakresie psychiatrii

2000 – Tytuł specjalisty w zakresie psychiatrii

III. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1994 – 2006 Asystent, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu (obecnie Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

2006 -2014 Adiunkt, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu (obecnie Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

od 01.03.2014 Adiunkt, Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

IV. Osiągnięcia naukowe

A) Tytuł osiągnięcia naukowego

Jednotematyczny ciąg publikacji pt. „Onychofagia i onychotillomania – rozpowszechnienie, obraz kliniczny, przebieg, współwystępowanie zaburzeń lękowych i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, leczenie, wpływ na jakość życia” przedłożony jako rozprawa habilitacyjna

1. **Pacan P**, Grzesiak M, Szepietowski J: Onychofagia i onychotillomania Dermatol Prakt 2009; 1(4): 9-11

(wkład własny: koncepcja pracy, przegląd piśmiennictwa, interpretacja danych, przygotowanie manuskryptu – 70%)

2. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC: Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. Acta Derm Venereol 2009; 89: 278-280

IF: 3.007 MNiSW/KBN: 32

(wkład własny: koncepcja pracy, współudział w przeprowadzeniu badania, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu – 70%)

3. Szepietowski J, **Pacan P**, Reich A, Grzesiak M: Onychofagia, onychotillomania i onychotemnomania. [w:] Psychodermatologia (red.) Szepietowski J, **Pacan P**, Reich A, Grzesiak M, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2012, 98-104

(wkład własny: koncepcja pracy, przegląd piśmiennictwa, interpretacja danych, przygotowanie manuskryptu – 70%)

4. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Kantorska-Janiec M, Szepietowski JC: Onychophagia and onychotillomania: prevalence, clinical picture and comorbidities. Acta Derm Venereol 2014: 94 no.1; s.67-71

IF: 3.487 MNiSW/KBN: 40

(wkład własny: zaplanowanie badania i sformułowanie hipotez badawczych, współudział w przeprowadzeniu badania, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu – 70%)

5. **Pacan P**, Reich A, Grzesiak M, Szepietowski JC: Onychophagia is associated with impairment of Quality of Life. Acta Derm Venereol [Epub ahead of print] 2014: doi: 10.2340/00015555-1817

IF: 3.487 MNiSW/KBN: 40

(wkład własny: zaplanowanie badania i sformułowanie hipotez badawczych, współudział w przeprowadzeniu badania, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu – 70%)

6. Grzesiak M, **Pacan P**, Reich A, Szepietowski JC: Onychotillomania in the course of depression: a case report. Acta Derm Venereol [Epub ahead of print] 2014: doi:10.2340/00015555-1805

IF: 3.487 MNiSW/KBN: 40

(wkład własny: współudział w opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu – 30%)

Łącznie:

IF: 13.468

MNiSW/KBN: 152

B) Omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Przedstawiony cykl publikacji obejmuje prace przeglądowe, wyniki prac badawczych nad onychofagią i onychotillomanią oraz opisy przypadków.

Onychofagia jest nawykiem obgryzania paznokci, któremu trudno jest się oprzeć. Ze względu na kompulsyjny charakter czynności obgryzania paznokci onychofagia zaliczana jest do spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Pomimo powszechności tego nawyku dotychczas nie było badań dotyczących współwystępowania onychofagii z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym i zaburzeniami lękowymi. Dotychczasowe badania nad rozpowszechnieniem onychofagii obejmują niewielkie liczebnie grupy, głównie dzieci i adolescentów. Niewiele jest doniesień opisujących obraz kliniczny onychofagii. Brak jest również badań oceniających wpływ onychofagii na jakość życia. Ze względu na brak badań

populacyjnych niejasna pozostaje pozycja nozologiczna onychofagii. Rozpoznanie onychofagii umieszczono w klasyfikacji ICD-10 w grupie innych określonych zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (F98.8) obok takich zachowań, jak nadmierne onanizowanie się, ssanie kciuka, dłubanie w nosie.

Onychotillomania oznacza każdy, poza obgryzaniem, przymus manipulowania przy paznokciach doprowadzający do widocznego uszkodzenia płytki paznokciowej. Również pozycja nozologiczna onychotillomanii pozostaje niejasna. Onychotillomania jako zaburzenie izolowane może być rozpoznawane według ICD-10 jako inne zaburzenie nawyków i popędów (F63.8)

Przed opublikowaniem wyników badań własnych (praca 4 i 6) wstępne wyniki zostały przedstawione w trakcie XXX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (**Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski J: Kto obgryza paznokcie? Co wiemy o onychofagii? Kraków 19-22 września 2012 r.) oraz podczas 15-tego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Dermatologii i Psychiatrii (15th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry) (**Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Kantorska-Janiec M, Szepietowski JC: Comorbidity of onychophagia and anxiety disorders and obsessive compulsive disorders; The prevalence and clinical picture of onychophagia and onychotillomania. Roskilde, Dania, 6-8 czerwca 2013 r.).

W pracach przeglądowych nr 1 i 3 dokonano przeglądu aktualnego piśmiennictwa dotyczącego zagadnień onychofagii i onychotillomanii.

Początek onychofagii zazwyczaj obserwowany jest w okresie dzieciństwa lub wczesnej dorosłości. Szacuje się, że 20-33% dzieci w wieku między 7. a 10. rokiem życia obgryza paznokcie oraz blisko 45% nastolatków. Rozpowszechnienie onychofagii u osób dorosłych stopniowo ulega zmniejszeniu, choć nadal dotyczy 4,5 do 10,7% w grupie 60 latków.

Onychofagia jest nawykiem obgryzania paznokci, formą kompulsji która może prowadzić do widocznego uszkodzenia płytki paznokciowej. Niektóre osoby obgryzają paznokcie w sposób automatyczny (nieświadomie), nie zastanawiając się nad tą czynnością. Zazwyczaj robią to w trakcie wykonywania innych zajęć, takich

jak: oglądanie telewizji, praca przy komputerze, czy rozmowa przez telefon. Dla innych osób obgryzanie paznokci jest formą celowej aktywności w danej chwili i wiąże się z zaprzestaniem innych czynności. Niezależnie od postaci przymus obgryzania paznokci ma charakter kompulsji. Większość osób z onychofagią opisuje obgryzanie paznokcie jako trudny do zaniechania, niekontrolowany przymus. Obgryzaniu paznokci niekiedy towarzyszy uczucie przyjemności lub odprężenia. Wśród osób z onychofagią można wyróżnić grupę, u których czynność ta wynika z kompulsyjnego perfekcjonizmu, zmiernego do obgryzienia wszelkich nierówności i uszkodzeń paznokci, w dążeniu, aby krawędź paznokcia była gładka, a paznokieć wyglądał idealnie. Dla większości osób obgryzanie paznokci jeśli stanowi problemem, to tylko natury kosmetycznej. Niekiedy jednak konsekwencją onychofagii mogą być powikłania zdrowotne w postaci: zmian płytki paznokciowej o różnym nasileniu, zanokcicy, wtórnego zakażenia bakteryjnego zniszczonych okolic paznokcia, oddzielenia się paznokcia od łożyska oraz nieodwracalnego skrócenie paznokci. Opisywano także zapalenie szpiku kostnego paliczków spowodowane przewlekłym obgryzaniem paznokci, zakażenie pałeczką jelitową ran powstających w efekcie obgryzania paznokci i przeniesienia infekcji w inne części ciała (u osób nie dbających o higienę, szczególnie dzieci). Mogą pojawiać się powikłania stomatologiczne w postaci uszkodzenia i obrzęków dziąseł, starcia siecznych powierzchni zębów i dysfunkcji skroniowo-żuchwowej. Obgryzanie paznokci miewa również konsekwencje psychologiczne. Osoby te niekiedy unikają pokazywania dłoni w poczuciu zawstydzenia, co może prowadzić do ograniczania kontaktów społecznych.

Onychotillomanię również uważa się za formę kompulsji. Wiedza dotycząca onychotillomanii ograniczona jest wyłącznie do kilku doniesień kazuistycznych.

W publikacji nr 2 przedstawiono przypadki trzech pacjentek z objawami onychofagii. Ze względu na rzadką opisywaną tematykę, sposób przedstawienia przez autorów serii przypadków praca została opublikowana przez redakcję jako praca kliniczna [Clinical Report].

Przypadek pierwszy opisuje 28-letnią kobietę u której rozpoznawano zaburzenie lękowe z napadami lęku i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Ponadto

od 10 roku życia pacjentka obgryzała paznokcie. Objawy lęku napadowego po raz pierwszy pojawiły się 4 lata przed pierwszą wizytą u psychiatry. Pacjentka była uprzednio leczona przez lekarza rodzinnego lekami: amitryptyliną i doksepina oraz lorazepamem. Po 2 latach przerwała leczenie, a po roku ponownie nawróciły objawy lęku napadowego oraz objawy obsesyjno-kompulsyjne. Pacjentka rozpoczęła leczenie psychiatryczne, wprowadzono klomipraminę w dawce do 175 mg/d. Po 10 miesiącach terapii wszystkie objawy, zarówno zaburzenia lękowego i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jak i onychofagii ustąpiły.

Przypadek drugi opisuje 17-letnią kobietę, u której rozpoznawano tylko onychofagię. Objawy onychofagii pojawiły się przed 5 rokiem życia i utrzymywały się do chwili badania dermatologicznego i psychiatrycznego. U pacjentki obserwowano całkowite zniszczenie płytki paznokciowej obydwu kciuków. W wywiadzie nie stwierdzono współwystępowania innych zaburzeń psychicznych. W związku z nasilonymi objawami onychofagii rozpoczęto leczenie fluwoksaminą w dawce do 300 mg/d. W związku z brakiem poprawy po upływie 3 miesięcy zmieniono leczenie na sertralinę w dawce do 100 mg/d. Jednocześnie pacjentka w czasie leczenia zaczęła nosić tipy na paznokciach. Obserwowano całkowite odrośnięcie zmienionych chorobowo paznokci. Po roku leczenia u pacjentki nie obserwowano objawów onychofagii.

Przypadek trzeci opisuje 35-letnią kobietę, u której objawy onychofagii pojawiły się we wczesnym dzieciństwie, przed 5 rokiem życia. W wieku 9 lat rozpoznawano „nerwicę lękową” i przez kolejne 9 lat pacjentka była leczona okresowo diazepamem i propranololem. W wieku 17 lat został przez dermatologa rozpoznany trądzik młodzieńczy i pacjentka rozpoczęła leczenie miejscowe preparatami przeciwtrądzikowymi. Pomimo leczenia dermatologicznego rozwinęły się objawy trądzika z wydrapania (acne excoriée), które również obserwowano w trakcie konsultacji psychiatrycznej. Podczas badania psychiatrycznego rozpoznano zaburzenie lękowe z napadami lęku oraz onychofagię. Pacjentka odmówiła jakiegokolwiek leczenia dermatologicznego i psychiatrycznego. Nie była poddana dalszej obserwacji.

W dyskusji autorzy dowodzą, że onychofagia jest kompulsją mogącą powodować niekiedy ciężkie uszkodzenie paznokci i wydaje się być związana ze spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Zaburzenia będące w spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego mają wiele wspólnych cech z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Zaburzenia te wyróżnia ograniczenie treści kompulsji i obsesji do szczególnego problemu np. w trichotillomanii występuje wyłącznie kompulsja wrywania włosów, w dysmorfofobii obsesyjne zaabsorbowanie rzekomą nieprawidłowością w budowie ciała, w jadłowstręcie psychicznym wagą ciała, a w zaburzeniu hipochondrycznym obsesjami dotyczącymi zdrowia. Zaburzenia w spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego charakteryzuje pewne podobieństwo co do przebiegu, wieku początku zaburzeń, odpowiedzi na specyficzne leczenie farmakologiczne i terapię behawioralną. Ostatnio trichotillomanię, dysmorfofobię, trądzik z wydrapania, onychofagię i onychotillomanię określa się jako zogniskowane na ciele powtarzalne zachowania – „body focused repetitive behaviours” (BFRB). Autorzy wskazują na potrzebę badań szacujących współwystępowanie przewlekłej onychofagii z zaburzeniami lękowymi i zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. We wszystkich opisanych przypadkach początek onychofagii wystąpił w dzieciństwie, jak często ma to miejsce również w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Tak jak w przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, leki hamujące wychwyt zwrotny serotoniny (SRIs), takie jak klomipramina czy sertralina mogą być brane pod uwagę również w leczeniu onychofagii. O skuteczności SRIs w leczeniu onychofagii donoszą również inni cytowani w pracy autorzy. W niektórych przypadkach obgryzanie paznokci nie może być traktowane jedynie jako problem dermatologiczny czy kosmetyczny, pacjenci z nasiloną i przewlekłą onychofagią powinni korzystać z pomocy psychiatry.

Publikacja nr 4 jest pracą oryginalną, w której przedstawiono wyniki własne badania klinicznego dotyczące rozpowszechnienia, obrazu klinicznego, przebiegu, współwystępowania onychofagii i zaburzeń lękowych oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Badaniem objęto 339 studentów medycyny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w tym 208 (61,4%) kobiet i 131 (38,6%), (średnia wieku $23.9 \pm 1,1$).

Ze względu na brak dostępnych kwestionariuszy diagnostycznych lub skal oceniających problem onychofagii do celów badania przygotowano kwestionariusz własny. Kwestionariusz zawierał pytania obejmujące dane demograficzne respondenta oraz informacje dotyczące występowania onychofagii i/lub onychotillomanii – początek wystąpienia objawów i ich lokalizację, częstotliwość i nasilenie obgryzania paznokci; uczucia towarzyszące obgryzaniu paznokci (między innymi napięcia i przyjemności); zjadania obgryzionych paznokci; sposób obgryzania, automatyczny lub intencjonalny; czy obgryzanie ma miejsce w trakcie wykonywania innych czynności. Badaną grupę podzielono na dwie podgrupy, w zależności od wieku, w którym po raz pierwszy pojawiły się objawy onychofagii, na podgrupę z wczesnym początkiem (do 13 roku życia) i późnym początkiem (po 13 roku życia). Współwystępowanie zaburzeń lękowych i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oceniano według kryteriów ICD-10. Każda osoba została zbadana przez lekarza psychiatrę przy użyciu polskiej komputerowej wersji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego, wersji monachijskiej – Composite International Diagnostic Interview (CIDI). CIDI jest w pełni ustrukturyzowanym narzędziem diagnostycznym, przygotowanym przez Światową Organizację Zdrowia i przeznaczonym do oceny rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Jako narzędzie o sprawdzonej rzetelności i trafności jest szeroko stosowane w badaniach epidemiologicznych w populacji ogólnej, jak i w badaniach szacujących występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób z różnymi schorzeniami somatycznymi. Osoby prowadzące badanie (**Pacan P.**, Grzesiak M., Kantorska-Janiec M.) przeszły wymagane do stosowania narzędzia szkolenie w Instytucie Psychiatrii Maxa-Plancka w Monachium.

Wśród uczestników badania 160 (47,2%) osób potwierdziło, że obgryzało paznokcie, a 3 (0,9%) osoby potwierdziły występowanie onychotillomanii w trakcie życia. Onychofagię stwierdzono odpowiednio u 95 (59,4%) kobiet i 65 (40,6%) mężczyzn. Początek onychofagii przypadał średnio na $8 \pm 3,5$ rok życia i wahał się między 3 a 20 rokiem życia. Przeważająca większość osób z onychofagią (86,2%) zaczęła obgryzać paznokcie przed ukończeniem 13 roku życia. Z pośród osób z onychofagią występującą w ciągu życia, 93 (58,1%) osoby przestały obgryzać paznokcie przed wzięciem udziału w powyższym badaniu. Średni okres obgryzania

paznokci u tych osób wynosił $10 \pm 5,5$ lat. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznej w okresie trwania obgryzania paznokci pomiędzy kobietami a mężczyznami ($p=0,79$). Pozostałe 67 (41,9%) z grupy osób z onychofagią (34 kobiety, 33 mężczyzn) wykazywało objawy onychofagii w czasie badania. W grupie tej 32 (48,5%) osoby zgłaszało obgryzanie paznokci kilkakrotnie w ciągu miesiąca, a jedynie 6 (9,1%) osób obgryzało paznokcie wielokrotnie w ciągu dnia, pozostałe osoby kilkakrotnie w ciągu tygodnia. Więcej niż połowa uczestników badania z objawami onychofagii ($n=39$; 59,1%) próbowała zaprzestawać obgryzania paznokci. Średni czas zaprzestania obgryzania paznokci wynosił $3,8 \pm 2,6$ miesięcy.

Pięć osób (7,6%) zawsze odczuwało napięcie przed rozpoczęciem lub przy próbach oparcia się obgryzaniu paznokci. U 36 (58,1%) osób takie odczucie występowało przynajmniej czasami. Większość osób ($n=59$; 92,2%) z onychofagią opisywało obgryzanie paznokci jako zachowanie automatyczne, towarzyszące innym czynnościom jak oglądanie telewizji, praca przy komputerze, czytanie, nauka. Tylko 5 (7,6%) osób nigdy nie obgryzało paznokci automatycznie. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w częstotliwości intencjonalnego ($p=0,02$) i automatycznego ($p=0,02$) obgryzania między kobietami i mężczyznami. Większość kobiet (82,3%) obgryzała paznokcie nie przerywając innych czynności, podczas gdy u większości mężczyzn (51,5%) obgryzanie paznokci poprzedzone było zaniechaniem innych czynności.

Pośród wszystkich uczestników badania u 87 (25,6%) osób rozpoznano zaburzenia lękowe lub zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Wśród 38 osób z objawami onychofagii w ciągu życia rozpoznano przynajmniej jedno zaburzenie lękowe lub zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne: 36 (22,5%) osób spełniało kryteria zaburzenia lękowego, a 5 (3,1%) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (u 3 osób występowały zarówno objawy zaburzenia lękowego i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego). W grupie osób, u których nie stwierdzono objawów onychofagii zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne występowały u 49 (27,4%) osób. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie w rozpowszechnieniu zaburzeń lękowych i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego między osobami z onychofagią i osobami nieobgryzającymi paznokcie ($p=0,44$ i $p=0,38$ odpowiednio). Pośród wszystkich diagnozowanych zaburzeń lękowych, zaburzenie lękowe uogólnione

występowało jedynie u osób z onychofagią ($p=0,033$). Osoby, u których rozpoznano zaburzenia lękowe lub zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne częściej odczuwały napięcie przed obgryzaniem lub przy próbie oparcia się obgryzaniu niż osoby bez tych zaburzeń. Różnica była istotna statystycznie ($p=0,006$). Osoby te też obgryzały paznokcie z większą częstotliwością ($p=0,026$).

Onychotillomania została rozpoznana u trójki uczestników badania (2 kobiet i 1 mężczyzny). Średni wiek pojawienia się zaburzenia wynosił $8,6\pm 2,3$, a średni czas trwania onychotillomanii $14\pm 2,5$ roku. Jedna z osób opisywała manipulowanie przy paznokciach każdego dnia, druga prawie każdego dnia, a trzecia kilka razy w tygodniu. Jedna z tych osób opisywała zawsze występujące uczucie napięcia poprzedzające manipulowanie przy paznokciach, podczas gdy pozostałe 2 osoby tylko czasami doświadczały tego uczucia. W przypadku obydwu kobiet rozpoznano współwystępowanie fobii specyficznej.

Według wiedzy autorów powyższego artykułu nie publikowano dotychczas badań dotyczących współwystępowania obgryzania paznokci i zaburzeń lękowych u młodych dorosłych. W piśmiennictwie onychofagia jest uważana za zaburzenie związane z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, chociaż dane dotyczące współwystępowania onychofagii i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego są ograniczone. Dotychczas publikowane badania opierały się na opisach przypadków osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym i nie obejmowały grupy kontrolnej. Badanie własne wykazało dużą różnorodność zachowań związanych z obgryzaniem paznokci. Nie stwierdzono jednego dominującego modelu obgryzania paznokci wspólnego dla całej badanej grupy.

Pracy nr 5 jest pracą oryginalną, w której przedstawiono ocenę jakości życia u osób z onychofagią. Ocenę jakości życia przeprowadzono w grupie badanej opisanej w publikacji nr 4.

Każdy z uczestników badania wypełnił kwestionariusz oceniający Jakość Życia (Nail Quality of Life - NailQoL) oraz 6 punktowy kwestionariusz stygmatyzacji Evers i wsp. w polskich wersjach językowych.

U 67 (19,8%) osób uczestniczących w badaniu (34 kobiety i 33 mężczyzn) wykazywało obecność objawów onychofagii. Dodatkowo 93 (27,4%) osoby

(60 kobiet i 33 mężczyzn) potwierdziło obgryzanie paznokci w przeszłości i zaprzestanie zanim zostali zrekrutowani do badania. Pośród osób, które potwierdzały aktualnie obgryzanie paznokci u 30 (44,8%) badanych nie stwierdzało się widocznych zmian na płytkach paznokciowych. Wśród pozostałych osób aktualnie obgryzających paznokcie 12 (17,9%) miało zmiany widoczne na 1-2 paznokciach palców dłoni, 4 (6,0%) osoby na 3-4 paznokciach, 1 (1,5%) osoba na 8 paznokciach, a 20 (29,8%) na wszystkich paznokciach palców dłoni. Najbardziej powszechną zmianą na paznokciach było skrócenie płytki paznokciowej, będące widoczne u 36 (53,7%) osób z onychofagią. Średnia powierzchnia redukcji płytek paznokciowych wynosiła $18,2 \pm 6,5\%$ pierwotnej powierzchni płytki paznokciowej. Dodatkowo u 5 (7,5%) osób stwierdzono poprzeczne bruzdy na paznokciach palców dłoni, a u 1 osoby podłużne bruzdy. Te ostatnie zmiany wydawały się pozostawać jednak bez związku z onychofagią.

Osoby obgryzające paznokcie prezentowały istotnie wyższą punktację w NailQoL w porównaniu z osobami nieobgryzającymi, we wszystkich trzech badanych obszarach (objawów, emocji, funkcjonowania). Nie było istotnej różnicy w jakości życia w zależności od płci i wieku wystąpienia onychofagii, lokalizacji (jedna czy dwie dłonie), częstotliwości obgryzania, czy wreszcie redukcji powierzchni płytki paznokciowej. Osoby, które nie były w przeszłości w stanie, przynajmniej na jakiś czas, zaprzestać obgryzania paznokci, osiągały wyższą punktację w QoL ($p < 0,01$) i miały bardziej widoczne zmiany płytek paznokciowych ($p = 0,03$) niż osoby które przerywały obgryzanie; spędzały też więcej czasu na obgryzaniu paznokci ($p = 0,02$), a obgryzanie obejmowało większą ilość palców. Na jakość życia wpływały też takie zmienne, jak: napięcie poprzedzające obgryzanie ($\beta = 12,5$; $p < 0,001$), cierpienie związane z obgryzaniem ($\beta = 12,6$; $p = 0,001$) oraz zjadanie obgryzionych paznokci ($\beta = -7,5$; $p < 0,01$).

Podobnie jak w przypadku jakości życia, osoby z onychofagią prezentowały wyższy poziom stygmatyzacji w porównaniu z osobami nieobgryzającymi paznokcie (średnia punktacja stygmatyzacji: $0,6 \pm 1,2$ vs. $0,2 \pm 0,6$ punktów, $p < 0,001$). Jednakże poziom stygmatyzacji zarówno w grupie osób z onychofagią, jak i osób nie obgryzających paznokcie nie był wysoki. Tylko 21 (31,3%) osób demonstrowało

pewien poziom stygmatyzacji, który był niezależny od płci, wieku wystąpienia onychofagii, częstości obgryzania paznokci, obecności widocznych nieprawidłowości płytek paznokciowych. Stwierdzono, że wyższy poziom stygmatyzacji korelował z długością epizodów obgryzania paznokci ($\rho=0,35$, $p<0,01$).

Według wiedzy autorów powyższej publikacji, brakuje w dostępnym piśmiennictwie danych dotyczących wpływu onychofagii na jakość życia i codzienne funkcjonowanie. Onychofagia w porównaniu z grzybicą paznokci dłoni i łuszczycą paznokci w mniejszym stopniu wpływa na pogorszenie jakości życia. Chorzy z grzybicą i łuszczycą paznokci dłoni uzyskują dwukrotnie wyższą punktację w NailQoL niż osoby z onychofagią. Jednakże, niektóre osoby z onychofagią uzyskały porównywalnie wysoką punktację, co wskazuje że w takich przypadkach ten problem powinien być traktowany poważnie. Osoby z onychofagią prezentowały również wyższy poziom stygmatyzacji w porównaniu z osobami nieobgryzającymi paznokcie. Jednak poziom stygmatyzacji w grupie osób z onychofagią, jak i w grupie bez onychofagii nie był wysoki.

Publikacja nr 6 jest pracą kazusityczną, przedstawiającą przypadek pacjenta z onychotillomanią w przebiegu depresji. Wiedza na temat onychotillomanii oparta jest na kilku doniesieniach kazuistycznych opisujących ten problem w przebiegu depresji lub zaburzenia urojeniowego. W tych doniesieniach onychotillomania przedstawiana była jako kompulsja bądź zachowanie motywowane urojeniowo. Jest także kilka doniesień (w tym jedno własne, publikacja nr 4) mówiące o onychotillomanii, jako jedynym problemie psychiatrycznym.

W pracy przedstawiono opis 60- letniego mężczyzny, u którego rozpoznawano zaburzenie depresyjne nawracające. W przeciągu ostatnich 6 lat pacjent doświadczył 6 epizodów depresji. Epizody depresji występowały co roku, a objawy zazwyczaj utrzymywały się 4 do 6 miesięcy. Pacjent został przyjęty do oddziału psychiatrycznego z powodu epizodu depresji. Przy przyjęciu do oddziału w 17 punktowej skali depresji Hamiltona uzyskał 25 pkt. Pacjent potwierdzał samouszkodzenia paznokci dłoni. Uszkodzeń tych dokonywał poprzez skubanie paznokci używając kciuków i palców wskazujących. Ponieważ pacjent był

praworęczny, poważniejsze uszkodzenia obserwowano na lewej dłoni, w szczególności najpoważniejsze uszkodzenia widoczne były na paznokciach palców czwartego i piątego. Jednocześnie paznokcie obydwu kciuki pozostawały prawie nietknięte. W trakcie hospitalizacji pacjenta leczono sertraliną w dawce do 150 mg/d. Po 6 tygodniach leczenia objawy depresji ustąpiły, a wraz nimi objawy onychotillomanii. Pacjent twierdził, że uszkadzał sobie paznokcie w trakcie każdego przebytego epizodu depresji. Opisywał też, że im bardziej nasilone były objawy depresji, tym bardziej intensywnie uszkadzał paznokcie palców dłoni. W okresach bez objawów depresji nie uszkadzał paznokci.

Podsumowanie i wnioski

Prace stanowiące rozprawę habilitacyjną poświęcone są onychofagii i onychotillomanii, wnoszą istotny wkład w poznanie tych zaburzeń: ich rozpowszechnienia, obrazu klinicznego, przebiegu, współwystępowanie zaburzeń lękowych i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, leczenia i wpływu na jakość życia.

Badania potwierdziły rozpowszechnienie onychofagii u 47.2% młodych dorosłych w trakcie życia, co pozostaje zgodne z dotychczasowymi doniesieniami. Według wiedzy autorów, badanie własne (publikacja nr 4) jest pierwszym dostępnym w piśmiennictwie doniesieniem dotyczącym rozpowszechnienia onychotillomanii, które szacujemy na 0,9% wśród młodych dorosłych w trakcie życia. Rozpowszechnienie onychotillomanii porównywalne jest zatem z rozpowszechnieniem trichotillomanii, która jest zaburzeniem lepiej poznanym i opisanym. Opis przypadku (praca nr 6) potwierdziły możliwość występowania onychotillomanii w przebiegu zaburzeń depresyjnych. Z drugiej strony onychotillomania może występować bez współtowarzyszącej psychopatologii (publikacja nr 4).

Według wiedzy autorów publikacja nr 4 jest pierwszym doniesieniem dotyczącym współwystępowania obgryzania paznokci i zaburzeń lękowych u osób dorosłych. W piśmiennictwie onychofagia jest uważane za zaburzenie związane z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, chociaż dane dotyczące współwystępowania onychofagii i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego są ograniczone. Jednakże wcześniejsze badania opierały się na opisach przypadków

osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym i były przeprowadzone bez grupy kontrolnej. Badanie własne nie potwierdziło różnic w częstotliwości występowania zaburzeń lękowych oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego między osobami z onychofagią, a osobami nieobgryzającymi paznokcie. Jedynie z pośród wszystkich diagnozowanych zaburzeń lękowych, zaburzenie lękowe uogólnione występowało tylko u osób z onychofagią.

Badanie wykazało dużą różnorodność zachowań związanych z obgryzaniem paznokci. Nie stwierdzono jednego dominującego modelu obgryzania paznokci wspólnego dla całej badanej grupy.

W dostępnym piśmiennictwie brak jest danych dotyczących wpływu onychofagii na jakość życia i codzienne funkcjonowanie. Badanie własne wydaje się być zatem pierwszym doniesieniem oceniającym jakość życia i stygmatyzację u osób obgryzających paznokcie. Onychofagia w porównaniu z grzybicą paznokci dłoni i łuszczycą paznokci w mniejszym stopniu wpływa na pogorszenie jakości życia. Jednakże u niektórych osób z onychofagią pogorszenie jakości życia było porównywalne z jakością życia u osób z grzybicą i łuszczycą paznokci.

Mogą być podejmowane skuteczne próby leczenia osób z ciężkimi objawami onychofagii (publikacja nr 3).

Podsumowując, onychofagia jak i onychotillomania nie powinny być traktowane jako mało znaczący problem o charakterze estetycznym. Onychofagia w niektórych przypadkach jest istotnym problemem medycznym, wymagającym leczenia.

V. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych nie wchodzących w skład rozprawy habilitacyjnej

Pracę w Katedrze i Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu (obecnie Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu) rozpocząłem z dniem 01.11.1994 r.

Główna tematyka moich prac, zarówno przed i po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych, związana była z psychiatrią konsultacyjną, zagadnieniami z zakresu psychodermatologii.

Psychodermatologia jest stosunkowo młodą dyscypliną medyczną z pogranicza psychiatrii i dermatologii, opisującą związki psychopatologii oraz problemów

psychologicznych z problematyką dermatologiczną. Rozwój moich zainteresowań naukowych odbywał się we współpracy z Kolegami z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenereologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, współpracy która jest nadal kontynuowana. Istotny wpływ na wybór zainteresowań naukowych miała również znikoma ilość doniesień w polskiej prasie fachowej, zarówno o charakterze prac badawczych, kazuistycznych, jak i przeglądowych.

Pierwsze własne publikacje były opisami przypadków oraz pracami przeglądowymi dotyczącymi trichotillomanii, obłędu pasożytniczego oraz dysmorfofobii i zaczęły się ukazywać od 1997 r. Wybór tematu pracy doktorskiej, obronionej w 2001 r. również dotyczył zagadnień z pogranicza psychiatrii i dermatologii („Wpływ stresu na zaostrzenie łuszczycy i współwystępowanie depresji”).

Od 2003 r. pozostaję członkiem europejskiego towarzystwa European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). Co dwa lata Towarzystwo organizuje kongresy ESDaP, w których brałem nieprzerwanie udział od 10 kongresu ESDaP w Brukseli w 2003 r. W każdym z kongresów ESDaP, począwszy od 10 kongresu w Brukseli, poprzez kolejne: 11 w Giessen w 2005 r., 12 we Wrocławiu w 2007 r., 13 w Wenecji w 2009 r., 14 w Saragossie w 2011 r. i 15 w Roskilde w 2013 r. uczestniczyłem aktywnie prezentując wyniki własnych prac badawczych oraz doniesienia kazuistyczne.

W 2007 r. we Wrocławiu zorganizowano 12 kongres ESDaP, którego prezydentem był prof. dr hab. Jacek Szepietowski. Pełniłem wówczas funkcję wiceprezydenta Kongresu.

Począwszy od 2003 r. ukazało się 7 prac oryginalnych oraz 1 list do redakcji (badanie kliniczne) z zakresu psychodermatologii (nieujętych w jednotematycznym cyklu publikacji do habilitacji), w których jestem współautorem. Prace te dotyczyły wpływu stresu na zaostrzenie łuszczycy i świądu w łuszczycy oraz współwystępowanie depresji; rozpowszechnienia diagnozowanych przez polskich dermatologów obłędu pasożytniczego, dysmorfofobii i trichotillomanii; jakości życia chorych z grzybicą paznokci; występowania świądu w depresji.

Wszystkie prace oryginalne, w których jestem współautorem publikowane były w dermatologicznych czasopismach zagranicznych, głównie „Dermatology &

Psychosomatics” wydawanym przez ESDaP, a obecnie w „Acta Dermato-Venereologica”, w dziale psychodermatologia, będącym aktualnie organem ESDaP.

1. **Pacan P**, Szepietowski JC, Kiejna A: Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 142-145

Celem badania była ocena wpływu stresu na zaostrzenie łuszczycy oraz współwystępowanie depresji i jej nasilenia w przebiegu łuszczycy. Spośród badanych 61% potwierdziło obecność stresu w miesiącu poprzedzającym zaostrzenie łuszczycy. Nasilenie łuszczycy było istotnie wyższe niż u osób bez poprzedzającego stresu. U 16,9% badanych występowały objawy depresji. Nie stwierdzano zależności między obecnością i nasileniem depresji a nasileniem łuszczycy.

2. Reich A, Szepietowski JC, Wiśnicka B, **Pacan P**: Does stress influence itching in psoriatic patients? *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 151-155

Celem badania była ocena wpływu stresu na nasilenia świądu w łuszczycy. U 89,9% badanych występował świąd. Pacjenci z poprzedzającymi zaostrzenie łuszczycy stresującymi zdarzeniami istotnie częściej doświadczali świądu. Stwierdzono również istotną korelację między nasileniem stresu a intensywnością świądu.

3. Szepietowski JC, Salomon J, Hrehorów E, **Pacan P**, Zalewska A, Sysa-Jedrzejowska A: Delusional parasitosis in dermatological practice. *Dermatol J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 462-465

Celem pracy była analiza częstości występowania obłędu pasożytniczego wśród pacjentów leczonych przez dermatologów oraz ocena prowadzonego leczenia. Wyniki pokazały, że większość dermatologów (84,7%), w trakcie swojej praktyki zawodowej miała przynajmniej raz kontakt z pacjentem, u którego rozpoznawano obłęd pasożytniczy. Większość dermatologów przynajmniej czasami korzysta z konsultacji psychiatry przed rozpoczęciem leczenia. Tylko nieliczna grupa dermatologów samodzielnie prowadzi leczenie, najczęściej stosując leki przeciwlękowe.

4. Szepietowski J, Pólgrabio-Szwedo K, Reich A, **Pacan P**, Baran E: Polska Wersja Międzynarodowego Kwestionariusza Jakości życia Specyficznego dla Grzybicy Paznokci. *Mikol Lek* 2007; 14: 59-62

Celem badania było opracowanie polskiej wersji specyficznego dla grzybicy paznokci kwestionariusza jakości życia. Proces walidacji kwestionariusza poprzedzony był dokładnym, wieloetapowym tłumaczeniem oryginalnej anglojęzycznej wersji skali. Walidację przeprowadzono zgodnie z międzynarodowymi standardami dla tego typu procedur. Opracowany kwestionariusz może być obecnie wykorzystywany do oceny jakości życia polskojęzycznych pacjentów z grzybicą paznokci stóp.

5. Szepietowski JC, Reich A, **Pacan P**, Garlowska E, Baran E: Evaluation of quality of life in patients with toenail onychomycosis by Polish version of an international onychomycosis-specific questionnaire. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 491-496

Celem badania była ocena jakości życia u osób z grzybicą paznokci stóp w polskiej populacji. Większość pacjentów prezentowało istotnie zredukowaną jakość życia. Kobiety prezentowały gorszą jakość życia zarówno w obszarze społecznym, jak i emocjonalnym w porównaniu z mężczyznami, niezależnie od nasilenia objawów grzybicy. Chorzy lepiej wykształceni, zamieszkujący małe i duże miasta prezentowali również gorszą jakość życia w porównaniu z osobami słabo wykształconymi i zamieszkującymi wieś.

6. Szepietowski JC, Salomon J, **Pacan P**, Hrehorów E, Zalewska A: Body dysmorphic disorder and dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 795-799

Celem pracy była analiza częstości występowania dysmorficznego zaburzenia ciała (dysmorfofobii) wśród pacjentów leczonych przez dermatologów oraz ocena prowadzonego leczenia. Wyniki pokazały, że 64% dermatologów, w trakcie swojej całej praktyki zawodowej, miała przynajmniej raz kontakt z pacjentem, u którego

rozpoznawano dysmorfofobię. Większość dermatologów przynajmniej czasami korzysta z konsultacji psychiatrycznej. Tylko niewielka grupa dermatologów podejmuje się samodzielnego leczenia chorych z dysmorfofobią, stosując najczęściej po leki przeciwłękowe lub placebo.

7. Szepietowski JC, Salomon J, **Pacan P**, Hrehorów E, Zalewska A: Frequency and treatment of trichotillomania in Poland Acta Derm Venereol 2009; 89: 267-70.

Celem pracy była analiza częstości występowania trichotillomanii wśród pacjentów leczonych przez dermatologów oraz ocena prowadzonego przez nich leczenia. Wyniki pokazały, że 68% dermatologów, w trakcie swojej całej praktyki zawodowej miała przynajmniej raz kontakt z pacjentem, u którego rozpoznawali trichotillomanię. Większość z dermatologów korzystała z konsultacji psychiatry. Tylko niewielka grupa dermatologów podejmowała samodzielnie leczenie pacjentów z trichotillomanią stosując głównie leki przeciwłękowe i uspokajające.

8. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC: Is pruritus in depression a rare phenomenon? Acta Derm Venereol 2009; 89: 109-110 [letter]

W pracy przedstawiono wstępne wyniki badania, w którym oceniano występowanie świądu w przebiegu depresji. W badanej grupie z rozpoznaniem epizodu depresji, u 17,5% chorych stwierdzono obecność świądu powodującego przymus drapania. U wszystkich chorych w trakcie leczenia lekami przeciwdepresyjnymi przy postępującej poprawie stanu psychicznego obserwowano ustąpienie świądu i drapania.

VI. Analiza bibliometryczna dorobku

Mój dorobek naukowy obejmuje

- 12 prac oryginalnych
- 5 prac kazuistycznych
- 8 prac przeglądowych
- 5 publikacji pełnotekstowych w suplementach czasopism

- 3 listy do redakcji
- 1 pełnotekstowy referat w materiałach zjazdowych
- 1 współautorstwo monografii
- autorstwo i współautorstwo 8 rozdziałów w 8 książkach (podręcznikach, monografiach)
- 4 prace popularnonaukowe/komentarze
- 29 streszczeń ze zjazdów międzynarodowych
- 17 streszczeń ze zjazdów krajowych

Punktacja za 3 pierwsze pozycje: IF = 21,625 MNiSW/KBN = 318

Sumaryczna punktacja opublikowanych prac: IF = 29,738 MNiSW/KBN = 461

Liczba cytowani: 78 (bez autocytowań)

h-index = 5 (Web of Science 24.04.2014)

VII. Międzynarodowe nagrody za działalność naukową

Nagroda zespołowa za plakat „The prevalence and clinical picture of onychophagia and onychotillomania”. 15th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry (Roskilde, Dania 6-8 czerwca 2013), **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Kantorska-Janiec M, Szepietowski JC

VIII. Referaty na międzynarodowych lub krajowych konferencjach tematycznych

Referaty ustne na konferencjach międzynarodowych

1. **Pacan P**, Szepietowski JC: Delusional parasitosis successfully controlled with risperidone. 10th International Congress of the European Society of Dermatology and Psychiatry, Bruksela, 8-10.05.2003
2. **Pacan P**, Szepietowski JC, Kiejna A: Depression in patients with psoriasis. 10th International Congress of the European Dermatology and Psychiatry, Bruksela, 8-10.05.2003

3. **Pacan P**, Szebietowski JC: Delusional parasitosis folie a deux. 11th International Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Giessen, 5-7.05.2005
4. **Pacan P**, Szebietowski JC, Reich A: Delusional parasitosis treated with risperidone: long-term evaluation. 11th International Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Giessen, 5-7.05.2005
5. **Pacan P**, Szebietowski JC, Reich A: Onychotillomania and onychophagia: spectrum of obsessive-compulsive disorders. 11th International Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Giessen, 5-7.05.2005
6. **Pacan P**, Szebietowski JC, Baran E, Reich A: Comorbidity of alopecia areata and trichotillomania. 12th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Wrocław, 14-17.06.2007
7. **Pacan P**: Psychodermatoses in spectrum of obsessive-compulsive disorders. 12th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Wrocław, 14-17.06.2007
8. **Pacan**, Szebietowski J: Psychopharmacology in dermatologic disorders. 5th European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Spring Symposium. Istanbuł, 22-25.05.2008.
9. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Szebietowski JC: Onychophagia and onychotillomania, 13th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Wenecja, 17-22.09.2009
10. **Pacan P**: Spectrum obsessive-compulsive disorder in dermatology. 14th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Saragossa, 17-19.03.2011
11. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Kantorska-Janiec M, Szebietowski JC: Comorbidity of onychophagia and anxiety disorders and obsessive-compulsive disorders. 15th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Roskilde, 6-8.06.2013

Referaty na konferencjach krajowych

1. **Pacan P**, Kantorska M, Kiejna A: Zucloperithiol w leczeniu pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii - analiza danych Kliniki Psychiatrii AM

- we Wrocławiu z lat 1993-1994. XXXVIII Zjazd Psychiatrów Polskich "Przemiany w psychiatrii", Wrocław, 4-7.05.1995
2. **Pacan P:** Dysmorfofobia - psychotyczne i niepsychotyczne zaburzenia somatoformiczne. XIII Ogólnopolskie Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskie, Kołobrzeg, 15-17.05.1997
 3. **Pacan P**, Szepietowski J: Psychodermatozy - zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne? Seminarium Naukowe "Psychiatria konsultacyjna - zagadnienia diagnostyczne i terapeutyczne", Wrocław, 21.04.2001
 4. **Pacan P**, Szepietowski J: Wpływ stresu na zaostrzenie łuszczycy. XXVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Wrocław, 21-24.06.2001
 5. **Pacan P**, Szepietowski J: Obłęd pasożytniczy. IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Kazuistyka w Psychiatrii, Szczyrk, 6-8.11.2003
 6. **Pacan P**, Trypka E, Kiejna A: Standardy leczenia w psychogeriatric. V Kongres Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego (PTPG) "Leczyć czy nie leczyć zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym – od kliniki do standardów", Wrocław, 4-5.12.2008
 7. **Pacan P**, Szepietowski J: Obłęd pasożytniczy. VI Kongres Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego (PTPG) "Psychotyzm i zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym", Wrocław, 3-4.12.2009
 8. **Pacan P:** Leki psychotropowe w dermatologii. IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej oraz I Sympozjum Psychodermatologii, Piechowice k. Szklarskiej Poręby, 18-20.02.2010
 9. **Pacan P:** Podstawy psychopatologii i ocena stanu psychicznego w praktyce dermatologicznej. IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej oraz I Sympozjum Psychodermatologii, Piechowice k. Szklarskiej Poręby, 18-20.02.2010
 10. **Pacan P:** Samouszkodzenia: spojrzenie psychiatry. IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej oraz I Sympozjum Psychodermatologii, Piechowice k. Szklarskiej Poręby, 18-20.02.2010

11. **Pacan P**, Grzesiak M, Reich A, Szepietowski J: Kto obgryza paznokcie? Co wiemy o onychofagii? XXX Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Kraków, 19-22.09.2012

Podsumowanie dorobku naukowo-badawczego

- Mój dotychczasowy dorobek naukowy obejmuje łącznie 34 publikacje, w tym 12 prac oryginalnych, 7 opisów przypadków, 11 prac przeglądowych, 3 listy do redakcji, 1 pełnotekstowy referat w materiałach zjazdowych. W 17 pracach jestem pierwszym autorem, a w 8 pracach drugim autorem.
- Po uzyskaniu stopnia dr n. med. jestem autorem lub współautorem 26 publikacji, w tym 11 prac oryginalnych, 6 opisów przypadków, 6 prac przeglądowych i 3 listów do redakcji.
- Jestem współautorem 1 podręcznika.
- Jestem autorem lub współautorem 8 rozdziałów w 8 podręcznikach lub monografiach.
- Podstawowa punktacja za prace oryginalne, przeglądowe i opisy przypadków wynosi 21,625 IF (318 MNiSW/KBN), po doktoracie 21,625 IF (289 MNiSW/KBN).
- Rozszerzona punktacja obejmująca wszystkie opublikowane prace, z uwzględnieniem publikacji pełnotekstowych w suplementach czasopism, listów do redakcji, podręcznika oraz rozdziałów w książkach wynosi 29,738 IF (461 MNiSW/KBN), po doktoracie 29,738 IF (432 MNiSW/KBN).
- Aktualna liczba cytowani moich prac (bez autocytoowań) wynosi 78, indeks Hirsha –5 (Web of Science).
- Punktacja jednotematycznego cyklu publikacji przedłożona jako rozprawa habilitacyjna, który obejmuje 3 prace oryginalne, 1 opis przypadku i 2 prace przeglądowe wynosi 13.468 IF (152 MNiSW/KBN).
- Brałem aktywny udział w 10 konferencjach międzynarodowych (11 referatów, 4 prezentacje plakatowe) oraz w 10 konferencjach krajowych (11 referatów, 1 prezentacja plakatowa).

Przemysław Pacan