

Hortiterapia: składnik terapii psychospołecznej w Centrum Hassenfelda

Gwenn G. Fried, Matthew J. Wichrowski, MSW, HTR

Ocena potrzeb:

Wykazano, że interwencje psychospołeczne ukierunkowane na całościowo traktowane potrzeby jednostki przynoszą wyjątkowe korzyści zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie. Ma to szczególnie znaczenie i stanowi wyzwanie przy leczeniu dzieci ze specjalnymi potrzebami. Hortiterapia jest coraz częściej oferowana jak interwencja psychospołeczna odpowiadająca na zróżnicowane potrzeby wielu grup chorych.

Cele szkoleniowe:

- Poznanie historii i zastosowania hortiterapii.
- Uznanie hortiterapii za interwencję psychospołeczną.
- Docenienie znaczenia interwencji dostosowanych rozwojowo dla dzieci i nastolatków cierpiących na choroby hematologiczne i onkologiczne.

Streszczenie

Wysokiej jakości opieka psychospołeczna nad pacjentami leczonymi z powodu chorób hematologicznych/onkologicznych oraz ich rodzinami służy zmniejszeniu nieuniknionych zaburzeń doświadczanych podczas leczenia. Hortiterapia (ogrodolecznictwo), proces w którym zajęcia ogrodnicze są wykorzystywane jako nośniki profesjonalnych programów terapeutycznych, jest wyborem terapeutycznym który może zaspokajać potrzeby psychospołeczne pacjentów w wielu sytuacjach medycznych. Program hortiterapii w Centrum Hassenfelda (Stephen D. Hassenfeld Children's Center for Cancer and Blood Disorders przy Langone Medical Center New York University) zaprojektowano w taki sposób, aby pobudzał funkcje czuciowe, poznawcze i komunikacyjne oraz zwiększał wiedzę i świadomość przyrody, stanowiąc rozproszenie uwagi redukujące stres podczas leczenia. Program dostarcza szeregu korzyści uzupełniających inne wybory terapeutyczne i służy jako pomoc w zmniejszaniu możliwych zagrożeń dla jakości życia pacjentów i ich rodzin.

Wprowadzenie

Współczesne trendy w opiece nad pacjentami poddanymi leczeniu z powodu chorób hematologicznych/onkologicznych w coraz większym stopniu uwzględniają programy mające na celu zaspokojenie potrzeb psychospołecznych, stanowiące część reżimu terapeutycznego.¹⁻³ Wykazano, że różne interwencje psychospołeczne umożliwiają normalizację procesu leczenia,¹ zmniejszają zawiązaną z nim stygmatyzację⁴ i pomagają zmniejszyć ujemny wpływ choroby.³ Te problemy związane z leczeniem stają się szczególnie ważne, gdy pacjentem jest dziecko lub nastolatek. Etapy ich rozwoju i związane z nimi potrzeby stwarzają dodatkowe wyzwania w zapewnieniu korzystnych wyników leczenia.⁵ Dzięki dobrze określonym praktykom psychospołecznym dzieci i ich rodziny są lepiej przygotowane do radzenia sobie z chorobą nowotworową i stają się dobrze przystosowanymi osobami przeżywającymi chorobę.³ Hortiterapia w coraz częściej jest proponowana jako składowa programów dostarczająca zakresu korzyści psychospołecznych dla wielu grup pacjentów.

Biofilia jest opisywana jako nasza skłonność do pozytywnego reagowania na naturalne otoczenie, sugerujące bezpieczeństwo i schronienie, oferujące nadzieję na dostęp do pożywienia, leków i narzędzi oraz dostarczające pozytywnych wrażeń estetycznych.⁶ Przyroda była wykorzystywana jako pomoc terapeutyczna od tysięcy lat. Egipscy lekarze zalecali członkom rodów królewskich cierpiącym na zaburzenia psychiczne spacerować w ogrodach pałacowych. Doktor Benjamin Rush, MD, założyciel szpitala Friends Hospital, zaobserwował, że praca na farmie korzystnie wpływa na leczenie. Po I wojnie światowej stosowano zajęcia hortiterapeutyczne u weteranów poddanych sesjom terapii zajęciowej w Klinice Menningera.⁷

Obecnie hortiterapia jest procesem, w którym rośliny i ogrodnictwo są wykorzystywane jako nośniki profesjonalnie prowadzonych programów terapeutycznych.⁷ Hortiterapia jest stosowana u osób w każdym wieku, w szerokim zakresie zastosowań obejmujących pracę z chorymi psychicznie,⁸ osobami z zaburzeniami rozwojowymi,⁹ w zajęciach edukacyjnych^{9,10} oraz w różnych warunkach opieki zdrowotnej.¹¹⁻¹⁴

Gwenn G. Fried, horticultural therapist, Matthew J. Wichrowski, senior horticultural therapist, OT/PT Department, Glass Garden, Rusk Institute, New York University Langone Medical Center, New York City.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Matthew J. Wichrowski, MSW, HTR, Glass Garden, Rusk Institute, NYUMC, 400 E 34th St, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: matthew.wichrowski@nyumc.org.

Mimo ograniczonej liczby badań opisujących korzyści kliniczne związane z hortiterapią, coraz więcej pozycji piśmiennictwa wskazuje na korzyści z biernej i czynnej interakcji z przyrodą. Ulrich¹⁵ donosił o spadku zużycia narkotycznych leków przeciwbólowych w porównaniu z acetaminofenem oraz o nieco skróconym czasie hospitalizacji osób po cholecystektomii, widzącymi z okna krajobraz w porównaniu z pacjentami mającymi widok na sąsiedni budynek. W innych badaniach obserwowano zmiany wskaźników fizjologicznych korelujących z redukcją stresu, m.in. zmniejszenie częstości akcji serca.^{15,16} Udokumentowano również poprawę funkcji poznawczych u kobiet z właśnie rozpoznany rakiem piersi¹⁷ oraz poprawę nastroju u pacjentów w okresie rehabilitacji kardiologicznej.¹⁶

W praktyce hortiterapia dostarcza szerokiego zakresu korzyści w obszarach zdrowia fizycznego, emocji, zdolności poznawczych oraz umiejętności społecznych. Ogrodnictwo jest popularną aktywnością pozazawodową, kształtującą funkcje motoryczne, poprawiającą zakres ruchu, podtrzymującą siłę i wytrzymałość.¹⁸ Korzyści emocjonalne obejmują wzrost samooceny i poprawę nastroju.^{16,19} Zdobywanie wiedzy o roślinach dostarcza stymulacji kognitywnej, ponieważ ćwiczy pamięć sekwencyjną, a praca z roślinami pomaga zredukować stres.²⁰ Ponadto doświadczony terapeuta może osiągnąć szeroki zakres

korzyści społecznych, takich jak rozbudzenie nadziei oraz uniwersalność i przekazywanie informacji.²¹

Opis programu

Miejszem prowadzenia hortiterapii w Centrum Hassenfelda (Stephen D. Hassenfeld Children's Center for Cancer and Blood Disorders, SDHCC) jest Szklany Ogród (The Glass Garden) w Instytucie Ruska (Rusk Institute). Od założenia w 1959 roku Szklany Ogród zapewniał uspokojenie pacjentom, rodzinom, gościom i personelowi SDHCC.

Początkowo ogród był utrzymywany jako udogodnienie dla pacjentów, którzy mogli je odwiedzać i cieszyć się nim. Chorzy szukali jednak czegoś więcej niż tylko odwiedzin – chcieli pracować z roślinami, gdy przebywali w ogrodzie. To życzenie w połączeniu z rodzinami klinicznej hortiterapii na początku lat 70. zmieniło rolę Szklanego Ogrodu i jego personelu. Niegdyś miejsce pasywnej radości przyrodą, ogród – odtąd prowadzony przez wykwalifikowany personel hortiterapeutów – stał się miejscem pomocy, zdrowienia i umacniania (empowerment).

Współczesny Szklany Ogród jest czymś daleko więcej niż szklarnią. Gdy obecna dyrektorka, Nancy Chambers, obejmowała funkcję w 1986 roku, podjęła się misji rozwinięcia ogrodu i związanych z nim programów w stopniu wykraczającym poza cztery szkla-

ne ściany oryginalnego budynku. Jej wizja obejmowała także dodanie w pełni dostępnego całorocznego ogrodu oraz miejsca zabaw dla dzieci (PlayGarden) – wielokrotnie nagradzanego, nowoczesnego, postrzeganego jako model wart powielania przy projektowaniu ogrodów leczniczych.

Tworzenie programów w Szklanym Ogrodzie również zyskało nowy wymiar. Poza czterema godzinnymi grupami integracyjnymi dziennie dla pacjentów hospitalizowanych w Rusk Institute, personel prowadzi programy hortiterapii dla chorych z innych placówek (Rusk Pre-school, Tisch Hospital Pediatric Child-Life Program oraz oddziały: psychiatryczny, rehabilitacji krążeniowej i padaczkowej). W ogrodzie są prowadzone programy dla szkół, domów seniora, grup społecznościowych dla pacjentów z afazją, grup wsparcia dla pacjentów z chorobą Alzheimera i otępieniem, psychiatrycznych oddziałów dziennych, dziennych oddziałów opieki dla dorosłych i domów opieki.

Jednym z najbardziej poszukiwanych świadczeń udzielanych przez personel Szklanego Ogrodu jest prowadzenie regularnych grup hortiterapeutycznych w terenie. Przykładem takiego programu są zajęcia prowadzone od ponad sześciu lat w jednym z domów seniora.

Jest to rodzaj programu obecnie prowadzonego w SDHCC – w roku 2006 zespół prowadzący hortiterapię w Szklanym Ogrodzie zaczął pilotażowy program w nowojorskim centrum. Zespół SDHCC był zaangażowany w dodanie tego komponentu do innowacyjnego środowiska terapeutycznego, zmagając się z ograniczoną przestrzenią i innymi wyzwaniami logistycznymi, aby wpasować grupy w tygodniowy program. Nowa, lepsza lokalizacja naprawdę pomogła rozwinąć bogaty program.

Procedura

Każdego tygodnia hortiterapeuta przynosi do ogrodu rośliny lub grupę tematycznie podobnych roślin. Uczestnicy grup sadzą je, używając naczyni, sterylnych pojemników na sadzonki, etykiet z oznaczeniami roślin, taczek i wszelkich innych sprzętów potrzebnych do projektu. Personel związany z projektem Child-Life rekrutuje pacjentów spełniających kryteria medyczne oraz ich rodziny, rodzeństwo, osoby udzielające świadczeń oraz innych członków personelu zainteresowanych uczestnictwem. Zajęcia rozpoczynają przedstawienie się uczestników, po którym następuje prezentacja roślin lub przegląd projektu. Mogą być omawiane zagadnienia związane z krajem pochodzenia, kulturą, folklorem oraz zastosowaniami kulinarnymi i medycznymi. Temat grupy może skupiać się na świętach, porach roku, pogodzie, geogra-

RYCINA 1
Zajęcia międzypokoleniowe



Babcia naucza swoją entuzjastycznie nastawioną wnuczkę opieki nad rośliną, jednocześnie ucząc się, że gleba, jeśli obchodzić się z nią właściwie, jest bezpiecznym materiałem do prowadzenia projektów w domu.

Przedrukowano za zgodą New York University Medical Center.

Fried GG, Wichrowski MJ. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 7. 2008.

fii lub innych tematach naukowych. Każde zajęcia mogą być inne, zależnie od doświadczeń, zainteresowań i potrzeb uczestników. Lider przedstawia projekt. Następnie każdy uczestnik pracuje nad swoją rośliną lub projektem w ramach pracy domowej.

Podczas realizacji programu kładzie się nacisk na zapewnienie licznych okazji do podejmowania decyzji. Uczestnicy mogą na przykład decydować, jaką wybrać roślinę, ile chcą wziąć sadzonek i jakiej wielkości donica będzie im potrzebna. Ukończony projekt jest oznaczany przez uczestników ich imieniem, nazwą rośliny i datą. Na zakończenie zajęć uczestnicy dzielą się swoimi planami dotyczącymi miejsca, w którym umieszczą roślinę po powrocie do domu, i omawiają zasady jej pielęgnacji. Prowadzący często pyta, jak uczestnicy oceniają zajęcia, jednak w tym czasie mogą oni być już zajęci swobodną rozmową dotyczącą domu, zainteresowań i innych codziennych czynności.

Cele programu

Zasadniczym celem programu jest zapewnienie wytchnienia dzieciom i ich rodzinom podczas leczenia w centrum SDHCC. Spora grupa pacjentów centrum pochodzi spoza Stanów Zjednoczonych. Ponieważ wiele stanowisk roślinnych pochodzi z krajów tropikalnych lub subtropikalnych, rośliny są często rozpoznawane jako coś związanego z ojczystym krajem. Często prowadzi to do dzielenia się nostalgicznymi opowieściami o domu, rodzinie i przyjaciółach. Dziecko lub rodzic może nawet wchodzić w rolę nauczyciela, opowiadając innym członkom grupy o tym, jak dana roślina jest wykorzystywana w ojczystym kraju. Przytłoczony rodzic przemienia się w nauczyciela, dzieląc się wiedzą i informacjami, mając poczucie umocnienia (empowerment) znacznie sięgającego poza miejsce, w którym się znalazł.

Drugim celem programu jest oferowanie bezpośredniego doświadczenia związanego z obcowaniem z przyrodą dla pobudzenia funkcji czuciowych, poznawczych i komunikacyjnych. Po przyjęciu do oddziału szpitalnego wiele rodzin uczestniczy w leczeniu ambulatoryjnym. Przychodząc ze środowiska białych fartuchów i sterylnych rękawic często obawiają się oni dotknięcia czegokolwiek z świata zewnętrznego. W bezpiecznym otoczeniu centrum pacjenci są ponownie wprowadzani w takie namacalne doświadczenia i odczucia podczas edukacji dotyczącej bezpiecznych sposobów obchodzenia się z glebą i materiałem roślinnym w domu (ryc. 1). W miarę kontynuowania edukacyjnych rozmów i pielęgnacji roślin uczestnicy rozluźniają się. Zaczyna zwyciężać przyroda z jej kolorami, zapachami i strukturą. Doświadczenie staje się tak przenikającym

RYCINA 2 Zajęcia odwracające uwagę od choroby



Pacjenci biorący udział w programach bezpośrednio związanych z przyrodą bywają tak zaabsorbowani, że zapominają, z jakiego powodu się tutaj znaleźli.

Przedrukowano za zgodą New York University Medical Center.

Fried GG, Wichrowski MJ. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 7. 2008.

TABELA 1 Cele programów hortiterapii

Emocjonalne

- Zmniejszenie stresu i zmęczenia umysłowego
- Poprawa nastroju
- Zwiększenie dumy z własnych osiągnięć
- Zaszczepianie nadziei
- Zachęta do reminiscencji
- Podejmowanie decyzji

Fizyczne/czuciowe

- Wzmacnianie umiejętności wzrokowych/postrzeżeńowych
- Wzrost wytrwałości
- Odwrócenie uwagi od bólu
- Poprawa koordynacji wzrokowo-ruchowej i zdolności motorycznych
- Stymulacja wszystkich zmysłów

Spoleczne

- Wzrost zaangażowania grupowego
- Poprawa umiejętności werbalnych i niewerbalnych

Poznawcze i edukacyjne

- Poszerzenie słownictwa i umiejętności językowych
- Zwiększenie rozeznania zmysłowego
- Wzrost zdolności do skupienia i zaangażowania
- Poprawa pamięci
- Ekspresja kreatywności
- Umiejętność postępowania zgodnie z wytycznymi
- Wzrost wiedzy ogrodniczej integrowanej z historią, geografią, folklorem i sztuką
- Kultura związana z florą

Odkrywanie/Zadziwienie/Duchowość

- Wzrost poczucia więzi z naturą
- Poczucie fascynacji
- Więź ze zmianami sezonowymi

Fried GG, Wichrowski MJ. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 7. 2008.

RYCINA 3
Myśląc o przyszłości



Zapisywanie daty zasadzenia rośliny na etykiecie może stanowić moment wyjściowy kształtowania oczekiwań pacjenta związanych z przyszłością.

Przedrukowano za zgodą New York University Medical Center.

Fried GG, Wichrowski MJ. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 7. 2008.

zanurzeniem w świat zmysłów, że uczestnikom zdarza się zapomnieć na chwilę, gdzie są i dla czego się zebrali (ryc. 2).

Trzecim celem jest wprowadzanie programów hortiterapii, które powiększą wiedzę o przyrodzie, nauce, odżywianiu i koncepcjach dotyczących środowiska. Każdy program jest zaprojektowany tak, by stanowił pełną, bogatą w treści całość. Jedne z zajęć dotyczące uprawy imbiru rozpoczęto od sprawdzenia wiedzy uczestników na temat pokazanych im korzeni. Podpowiedzią było piwo imbirowe i herbatniki imbirowe. W tym momencie uczestnicy mogą omawiać indyjskie pochodzenie imbiru, sposób uprawy i jego zastosowanie w przepisach lub znane z historii zastosowania medyczne. Zwykle ktoś przypomina sobie rodzica lub dziadka podającego mu imbir jako remedium na nudności. Jeśli pacjenci poruszają ten temat, są zachęceni do zapytania swojego lekarza, czy mogą używać herbatki imbirowej lub piwa imbirowego do łagodzenia działań niepożądanych leczenia (tabela).

Pozytywne tematy rozwijane w grupach hortiterapii

Jedną z ulubionych grup dzieci i dorosłych są zajęcia z keczupem. Pomidory i inne składniki miesza się razem, produkując keczup. Produkt smakuje dokładnie tak, jak sos, który znają i lubią. Wielu uczestników jest zaskoczonych tym, co jest w keczupie – mogą oni łatwo zrobić świeży keczup w do-

mu, bez jakichkolwiek dodatków chemicznych. Co więcej, mogą dyskutować nad zmianami receptury tak, aby tworzyć bardziej złożone wersje odpowiadające ich własnym upodobaniom smakowym.

Inny pozytywny temat pojawia się podczas oczekiwania na zmianę i wzrost nasion, korzonka lub sadzonki. Daje to nadzieję na przyszłość. Po zasadzeniu uczestnicy omawiają, czego oczekiwać po wyrośnięciu rośliny. Komentarze, takie jak „kiedy to się ukorzeni, skończymy już to leczenie” lub „ta roślinka będzie miała 6 cali, kiedy będziesz miał urodziny”, budzą nadzieję i pozwalają pacjentowi rozpoznawać nadzieję w wypowiedziach opiekunów, rodziców lub dzieci. Nadzieja może być potężnym czynnikiem psychologicznym w terapiach nowotworów, wpływającym na rokowanie i na jakość życia (ryc. 3).²¹

Jedną z korzyści związanych z programem nie była początkowo zamierzona. Zakres programów w Szklanym Ogrodzie obejmuje wszystkie obszary szpitala, co często oznacza, że terapeuci spotykają pacjentów lub ich rodziny na oddziale intensywnej opieki, rehabilitacji lub przychodni. Dla pacjentów zobaczenie znajomej twarzy, gdy wkraczają w kolejną fazę leczenia, jest bardzo pocieszającym doświadczeniem. Komentarze, takie jak „sądzę, że stworzycie jedną wielką rodzinę”, mówią o tym, jak kojąca dla pacjentów i ich rodzin jest możliwość spotkania znajomych podczas ich podróży przez miejsca związane z leczeniem.

Podsumowanie

Chociaż cele hortiterapii dobrze współgrają z założeniami SDHCC dotyczącymi zaspokajania potrzeb pacjentów i ich rodzin, empiryczne poparcie dla tego stosunkowo nowego podejścia do leczenia jest ograniczone. Potrzeba więcej badań udokumentowania korzyści hortiterapii. Badanie interwencji psychospołecznych wiąże się z gamą wyzwań metodologicznych, szczególnie przy zastosowaniu terapii zespołowej. Ocena wpływu hortiterapii na nastrój, stres i odwrócenie uwagi od niewygód związanych z leczeniem oraz na jakość życia i całkowite zadowolenie z leczenia byłaby pomocna do określenia zakresu korzyści związanych z hortiterapią oraz założeń w jakich może ona być najbardziej skuteczna.

Można powiedzieć, że hortiterapia jest opcją terapeutyczną zaspokajającą wiele potrzeb pacjentów SDHCC i ich rodzin. Oferując szeroki zakres interwencji psychospołecznych jako część strategii leczenia, zespół Centrum szanuje indywidualne preferencje i proponuje wybór oraz do pewnego stopnia kontrolę podczas zmagania się z ciężką chorobą. Optymalna opieka onkologiczna równoważy potrzeby wiedzy naukowej, analizy statystycznej i racjonalnego wnioskowania z potrzebami mądrości, łagodności, współczucia i miłości.² Zintegrowane leczenie dostarczające różnorodnych opcji ukierunkowanych na maksymalizację efektywności leczenia i minimalizowanie możliwych powikłań, a jednocześnie promujące jakość życia, pomaga pokonać chorobę i promuje dobrostan we wszystkich wymiarach osoby. Podejście terapeutyczne oparte na uszanowaniu złożoności ludzkiej natury jest kluczową cechą w rozwijaniu optymalnego środowiska zdrowotnego w opiece onkologicznej.

Piśmiennictwo

1. Kusch M, Labouvie H, Fleisback G, Bode U. Structuring psychosocial care in pediatric oncology. *Patient Educ Couns*. 2000;40(3):231-245.
2. Geffen JR. Creating optimal healing environments for cancer patients and their families: insights, challenges, and lessons learned from a decade of experience. *J Altern Complement Med*. 2004;10(suppl 1):S93-S102.
3. Zeitzer L. Cancer in adolescents and young adults: psychosocial aspects. *Cancer Suppl*. 1993;71(10):3863-3868.
4. Ritchie MA. Sources of emotional support for adolescents with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 1993;18(3):105-110.
5. Redd WH. Advances in psychosocial oncology in pediatrics. *Cancer Suppl*. 1993;74(4):1496-1502.
6. Kellert SR, Wilson EO. *The Biophilia Hypothesis*. Washington, DC: Island Press; 1993.
7. Davis S. Development of the profession of horticultural therapy. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:3-18.
8. Shapiro BA, Kaplan MJ. Mental illness and horticultural therapy practice. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:157-197.

9. Catlin P. Developmental disabilities and horticultural therapy practice. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:131-156.
10. Morris JL, Zidenberg-Cherr S. Garden-enhanced nutrition curriculum improves fourth-grade school children's knowledge of nutrition and preferences for some vegetables. *J Am Diet Assoc*. 2002;102:91-93.
11. Frazel M. Botanical gardening: design, techniques, and tools. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:355-375.
12. Wichrowski M, Chambers NK, Ciccantelli L. Stroke, spinal cord, and physical disabilities and horticultural therapy practice. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:71-104.
13. Strauss D, Gabaldo M. Traumatic brain injury and horticultural therapy practice. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:105-130.
14. Haas K, Simpson SP, Stevenson, NC. Older persons and horticultural therapy practice. In: Simpson SP, Strauss MC, eds. *Horticulture as Therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1998:231-256.
15. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224(4647):420-421.
16. Wichrowski M, Whiteson J, Haas F, Mola A, Rey MJ. Effects of horticultural therapy on mood and heart rate in patients participating in an inpatient cardiopulmonary rehabilitation program. *J Cardiopulm Rehabil*. 2005;25(5):270-274.
17. Cimprich B. Development of an intervention to restore attention to cancer patients. *Cancer Nurs*. 1993;16(2):83-92.
18. Lantz B. Therapeutic gardening with physical rehabilitation patients. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 2006;17:35-38.
19. Szofram J, Meyer S. Horticultural therapy in a mental health day program. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 2004;15:32-35.
20. Taft S. Therapeutic horticulture for people living with cancer: the healing gardens program at cancer lifeline in Seattle. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 2004;15:16-23.
21. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books; 1995.
22. Spiegel B. *Love Medicine and Miracles*. New York, NY: Harper Row; 1988.

Piśmiennictwo:

1. Leucht S, et al. Amisulpride, an Unusual „Atypical“ Antipsychotic: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 180-190.
2. Linden M., et al. Improvement of patient compliance after switching from conventional neuroleptics to the atypical neuroleptic amisulpride. *Journal of Psychopharmacology* 2006; 20(6): 815-823.

Informacja o leku Solian® (Amisulpridum) – 200 mg, tabletki; 400 mg, tabletki powlekane.

Opis działania: Preparat Solian® zawiera substancję czynną amisulpryd. Jest lekiem neuroleptycznym, który wiąże się wybiórczo z receptorami dopaminergicznymi podtypu D₁ i D₂. W przeciwieństwie zarówno do klasycznych, jak i atypowych neuroleptyków amisulpryd nie wykazuje powinowactwa do receptorów serotoniny, alfa-adrenergicznych, histaminergicznych H₁ ani cholinergicznych. Amisulpryd w dużych dawkach silnie blokuje postsynaptyczne receptory D₂ w strukturach układu limbicznego niż w prządkowi. Lek stosowany w małych dawkach preferencyjnie blokuje presynaptyczne receptory D₁/D₂, czego skutkiem jest uwalnianie dopaminy i zjawisko „odhamowania”. **Wskazania do stosowania:** Amisulpryd stosowany jest w leczeniu ostrej i przewlekłej schizofrenii z objawami pozytywnymi (takimi jak: urojenia, omamy, zaburzenia myślenia) i (lub) objawami negatywnymi (takimi jak: stopienie uczuć, wycofanie emocjonalne i socjalne), w tym także chorych z przewagą objawów negatywnych. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub którykolwiek ze składników preparatu, stosowanie u pacjentów z nowotworami, których wzrost jest zależny od poziomu prolaktyny, np. gruczolakami przysadki typu prolaktinoma, rakiem piersi; guz chromochłonny; stosowanie u dzieci poniżej 15 lat, okres karmienia piersią, ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny <10 ml/min), stosowanie jednocześnie z sultoprydem, agonistami dopaminergicznymi oprócz lewodopy w wyjątkiem pacjentów z chorobą Parkinsona. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności:** Podobnie jak w przypadku stosowania innych neuroleptyków możliwe jest wystąpienie złośliwego zespołu neuroleptycznego. W przypadku wystąpienia objawów zespołu należy przerwać podawanie amisulprydu. Amisulpryd powoduje bardzo rzadko zależne od dawki wydłużenie odstępu QT w zapisie EKG. Działanie to może zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkich komorowych zaburzeń rytmu serca, takich jak torsades de pointes. Amisulpryd jest wydalany z organizmu przez nerki. W przypadkach niewydolności nerek dawkę należy zmniejszyć. Amisulpryd może obniżyć próg drgawkowy, zatem pacjenci z padaczką w wywiadzie powinni być uważnie obserwowani w czasie leczenia tym lekiem. **Ciąża i laktacja:** Nie określono bezpieczeństwa stosowania amisulprydu u kobiet w ciąży. Ze względu na środki ostrożności nie zaleca się podawania leku podczas ciąży. **Dawkowanie:** W ostrych zaburzeniach psychiatrycznych zaleca się dawki doustne wynoszące od 400 do 800 mg na dobę. W indywidualnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 1200 mg na dobę. Nie zbadano w wystarczającym stopniu bezpieczeństwa stosowania dawek ponad 1200 mg na dobę, zaleca się zatem, aby nie podawać dawki leku większej niż 1200 mg na dobę. U chorych, u których występują jednocześnie objawy pozytywne i negatywne, dawki leku należy ustalić tak, żeby uzyskać optymalną kontrolę objawów pozytywnych (400 do 800 mg na dobę). Leczenie podtrzymujące należy prowadzić najmniejszą skuteczną dawką preparatu. W zaburzeniach z przewagą objawów negatywnych zaleca się podawanie leku drogą doustną w dawkach wynoszących od 50 do 300 mg na dobę. W każdym przypadku dawkę leku ustala lekarz indywidualnie. W przypadku dawek powyżej 400 mg na dobę zaleca się podawanie leku w dwóch dawkach podzielonych. U osób w podeszłym wieku amisulpryd należy stosować z zachowaniem szczególnej ostrożności z uwagi na możliwość wystąpienia spadków ciśnienia tętniczego krwi lub nadmiernej sedacji. W przypadku niewydolności nerek dawkę leku należy zmniejszyć do połowy u pacjentów, u których klirens kreatyniny (CR_{cl}) mieści się w zakresie 30-60 ml/min, oraz do jednej trzeciej dawki u pacjentów, u których klirens kreatyniny (CR_{cl}) mieści się w zakresie 10-30 ml/min. Stosowanie w niewydolności wątroby: nie ma konieczności modyfikowania dawki w przypadku zaburzeń czynności wątroby. **Działania niepożądane:** Często występują: bezsenność, niepokój, pobudzenie; mogą wystąpić objawy pozapiramidowe (drżenie i wzmożone napięcie mięśniowe, zwiększenie wydzielania śliny, akatyzja, hipokineza); zwiększenie stężenia prolaktyny w surowicy krwi (jest to zjawisko przemijające, ustępujące po zaprzestaniu stosowania preparatu. Hiperprolaktynemia może powodować mlekotok, zatrzymanie miesiączki, ginekomastię, obrzmienie piersi, zmniejszenie libido, impotencję, osłabłość płciową); zwiększenie masy ciała. Szczegółowe informacje o leku zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pozwolenie MZ Nr: 8409, 8410. **Podmiot odpowiedzialny:** Sanofi-Aventis France, 1-13 boulevard Romain Rolland, 75 014 Paryż, Francja. Informacji o produkcie udziela Sanofi-Aventis Sp. z o.o., ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa, tel. 022 280 00 00, fax 022 280 00 01. Charakterystyka Produktu Leczniczego dostępna na stronie: www.sanofi-aventis.com.pl. Lek wydawany z przepisu lekarza na receptę. Solian® 200 mg: cena urzędowa 125 zł, maksymalna dopłata dla pacjenta 3,20 zł; Solian® 400 mg: cena urzędowa 250 zł, maksymalna dopłata dla pacjenta 3,20 zł.

PL.AMI.08.08.06