

PRIMJENA PSIHOTERAPIJE POKRETOM I PLESOM U OSOBA S DEPRESIJOM

RENATA MARTINEC^{1,2}, TONČICA ŠIŠKOV², RENATA PINJATELA¹ i DUBRAVKA STIJAČIĆ³

¹Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, ²Hrvatska udruga za psihoterapiju pokretom i plesom i
³Klinika za psihijatriju Vrapče, Odjel za psihosocijalne metode liječenja i radnu terapiju, Zagreb, Hrvatska

S obzirom da je depresija kompleksni psihofizički poremećaj može se pretpostaviti da terapijske intervencije treba usmjeriti na različita područja tjelesnog i psihosocijalnog iskustva. Psihoterapija pokretom i plesom definirana je kao pristup koji podržava povezanost duha i tijela i na taj način može predstavljati jednu od učinkovitih metoda u ublažavanju različitih simptoma depresivnog poremećaja. U tu je svrhu provedeno istraživanje koje se odnosilo na ispitivanje neposrednog utjecaja psihoterapije pokretom i plesom na tipične simptome odnosno najčešća psihofizička i socijalna problemska područja u osoba oboljelih od depresije. Terapijski je program uključivao neke specifične tehnike kao što su zrcaljenje, kinestetička imaginacija, istraživanje različitih elemenata dinamike pokreta, simbolizacija tijelom. Procjena utjecaja terapijskog programa provedena je primjenom vizualno analognih ljestvica samoprocjene za varijable Zadovoljstvo, Tjeskoba, Tjelesna uгода, Opuštenost, Umor, Doživljaj odnosa s članovima grupe, Doživljaj terapije, Doživljaj terapeuta. Na osnovi rezultata dobivenih kvantitativnom analizom, kao i na temelju narativnog opisa ispitanika može se zaključiti da je terapijski program imao pozitivan neposredan učinak u području poticanja pozitivnog raspoloženja, tjelesnog doživljaja, interpersonalne komunikacije i smanjenja psihofizičke napetosti. U tom bi se smislu psihoterapiju pokretom i plesom moglo razmatrati kao jednu od prikladnih metoda u procesu koncipiranja holističkih i interdisciplinarnih pristupa u terapiji osoba s depresivnim, ali i drugim mentalnim poremećajima.

Ključne riječi: depresivni poremećaj, psihoterapija pokretom i plesom, tjelesno iskustvo, psihosocijalne dimenzije

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. Renata Martinec
Odsjek za motoričke poremećaje, kronične bolesti i art-terapiju
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Borongajska cesta 83f
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: renata.martinec@zg.t-com.hr

UVOD

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije depresivni poremećaj je 1990. godine bio po značenju na 4. mjestu svih registriranih bolesti uopće, a procijenjeno je da će 2020. godine biti na drugome mjestu među javnozdravstvenim problemima (1). Prema klasifikacijskom modelu MKB-10 među tipične simptome depresivnog

poremećaja navode se: depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja te smanjenje energije, povećani umor i smanjenje aktivnosti (2). Uz druge uobičajene simptome (snižena razina koncentracije, pažnje, samopouzdanja i samopoštovanja; osjećaj krivnje i bezvrijednosti; pesimizam; ideje o samoozljeđivanju i suicidu; poremećaji hra-

njenja i spavanja, nedostatak motivacije za ostvarivanjem i održavanjem socijalnih odnosa) mogu se javiti i somatski simptomi poput psihomotorne usporenosti ili agitacije, odnosno specifičan rigidni stav i držanje tijela; promjene u mišićnom tonusu (hipotonija/hipertonija); te snižena razina snage, fleksibilnosti, okretnosti i koordinacije (2-4).

Ispitivanjem specifičnih psihomotornih reakcija osoba oboljelih od depresije došlo se do određenih zaključaka prema kojima i intenzitet psihomotornih manifestacija može biti jedan od dijagnostičkih kriterija depresivnog poremećaja. Tako, na primjer, Sobin i sur. (3) na temelju analize radova usmjerenih na psihomotorne simptome depresivnog poremećaja navode da se osobe s depresivnim poremećajem razlikuju od normalne populacije i osoba s ostalim mentalnim poremećajima u području grube motorike, diskretnih tjelesnih pokreta, kontakta očima, motoričke brzine, samododirivanja i smijanja. Također, autori Schrijvers i sur. (5) u svojoj preglednoj studiji rezultata istraživanja usmjerenih na psihomotorne simptome u pacijenata s depresivnim poremećajem naglašavaju da oni mogu biti korisno dijagnostičko i terapijsko sredstvo, ali isto tako upozoravaju na oprez u interpretaciji tih simptoma pri čemu treba uzeti u obzir vrstu i trajanje uzimanja farmakološke terapije koja također može izazvati slične reakcije.

Uzimajući u obzir brojnost simptoma može se zaključiti da je depresija kompleksni psihofizički poremećaj. Iz tog bi razloga terapijske intervencije trebale obuhvaćati različite aspekte egzistencijalnog iskustva, ali i elemente tjelesnog doživljaja. U tom smislu, u suvremenim pristupima usmjerenim na terapiju depresivnog poremećaja postoji tendencija da se uz uobičajene farmakološke i psihoterapijske intervencije, kao što su kognitivno-bihevioralna, gestalt, psihodinamska, realitetna, interpersonalna i dr., uvode i psihoterapije usmjerene na tjelesni doživljaj kao što su npr. *body*-psihoterapije ili psihoterapija pokretom i plesom. U svojoj osnovi one, uz standardne psihoterapijske tehnike, uključuju i prorađivanje različitih sadržaja somatoemocionalnog iskustva usmjeravajući pažnju na stav i držanje tijela, pokret, obrasce kretanja, dodir, disanje, fiziološke reakcije i sl. (6, 7). U tom bi kontekstu, takve terapije koje obuhvaćaju cjelovito somatoemocionalno iskustvo, te tijelo kao jedan od medija terapijskog procesa, mogle biti korisno sredstvo u području dijagnostike i terapije osoba s depresivnim, ali i ostalim mentalnim poremećajima.

Psihoterapija pokretom i plesom

Obredna i simbolička primjena plesa korištena je već u prapočetku ljudske civilizacije, tijekom različitih povijesnih razdoblja, pa sve do današnjih dana u okviru vjerskih, iscjeliteljskih i socijalnih ceremonija. Također, tijekom 20. stoljeća određeni su psihološki pravci u razmatranje čovkovog ponašanja uključili i tjelesnu komponentu. Tako, na primjer radovi Freuda, Adlera, Reicha i Junga potiču osvjetavanje važnosti tjelesnog izražavanja i tjelesnih impulsa. U tom je smislu Jung razvio tehnike „aktivne imaginacije“

u kojima je koristio materijal iz snova i umjetnički proces, tzv. „plesanje jednog sna“ da bi posredovao i izrazio simboličke informacije iz nesvjesnog (8). Kao zasebni psihoterapijski pristup terapija pokretom i plesom razvijala se postupno, a njenim začetnicama se smatraju Marion Chace i Mary Starks Whitehouse, koje su 40-tih godina 20. stoljeća u SAD-u započele terapijsku primjenu pokreta i plesa u okviru psihijatrijskog liječenja. U suvremenoj terapijskoj praksi terapija pokretom i plesom primjenjuje se kao samostalna ili komplementarna metoda u prevenciji i liječenju različitih psihofizičkih i psihosocijalnih poremećaja. Prema osnovnim pretpostavkama psihoterapije pokretom i plesom tjelesni pokreti odražavaju emocionalno stanje pojedinca, a promjene obrazaca kretanja dovode do promjena u psihosocijalnom iskustvu (7).

Kako je u okviru ovog pristupa tijelo dominantni medij terapijskog procesa, njegova primjena može utjecati na osvješćivanje fizioloških senzacija, tjelesnu ekspresiju emocionalnih stanja, izražavanje nesvjesnih impulsa, kreiranje novih strategija ponašanja otkrivanjem novih obrazaca i kvalitetom kretanja, te integracijom fizičkih, kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih aspekata osobe (9,10).

Važan dio psihoterapije pokretom i plesom odnosi se na sustav opservacije i evaluacije. Jedan od najčešće korištenih modela je Labanova analiza pokreta (*Laban Movement Analysis*) koja je koncipirana u svrhu opservacije, bilježenja i analiziranja elemenata i kvalitete pokreta (11). U svojoj osnovi uključuje tri kategorije promatranja: a) *oblik* koje tijelo zauzima u prostoru, b) *prostor* – način na koji se tijelo kreće u prostoru u odnosu na strane, ravnine i dimenzije, i c) *effort* – skup faktora pokreta koji se odnose na *vrijeme* (brzo-sporo), *prostor* (direktno-indirektno), *tijek* (vezan-slobodan) i *snagu* (lagano-snažno).

U okviru terapijskog procesa opservacijski i intervensijski fokus je usmjeren na: faktore kinetičke energije; oblike koje tijelo zauzima u prostoru; držanje tijela (posturu); način korištenja prostora; tjelesne (neurovegetativne) senzacije; mišićni tonus; najčešće obrasce pokreta i kretanja (osobni profil pokreta i kretanja); disanje; geste; mimiku; kontakt očima; odnos s članovima grupe i dr.

Ovisno o definiranom specifičnom problemskom području, motivaciji klijenta i strukturi terapijske seanse, u okviru terapijskog procesa mogu se kombinirati sljedeće tehnike:

- *Imitacija* – simultana tjelesna imitacija (*refleksija*) oblika i elemenata *efforta* u cilju da se promatrač (terapeut), kroz kinestetičku empatiju, uskladi s osjećajima i obrascima pokreta osobe u kretanju (klijenta) (12)
- *Zrcaljenje* (*mirroring*) – u zrcaljenju, terapeut utjelovljuje oblike i kvalitetu pokreta, stvarajući zrcalnu sliku kretanja, te se na taj način povezuje s emocionalnom i motoričkom podlogom pokreta

klijenta. Na ekspresivnoj razini promatrač (terapeut) može mijenjati, preuveličati ili umanjiti neke osobine pokreta, ali opći osjećaj i stil kretanja i dalje ostaje prisutan (13)

- Simbolizacija tijelom – korištenje specifičnih položaja, gesti, mimike i pokreta karakterističnih za doživljavanje i izražavanje vlastitih emocionalnih stanja (14). Simbolizacija tijelom omogućuje osobi stjecanje uvida u fiziološke promjene, motoričke obrasce, stav i držanje tijela, te tjelesnu ekspresiju povezanu s određenim emocionalnim i traumatskim iskustvom
- Istraživanje pokretom – odnosi se na analizu kako je određeni pokret, ili niz pokreta, povezan s vlastitim osjećajima, asocijacijama i sjećanjima. Može se koristiti eksperimentiranje s jednim pokretom u mirovanju, ponavljanjem pokreta, ili poigravanjem s elementima *effort*-a koji se odnose na dinamiku, vrijeme, prostor, težinu i tijek (13)
- Izvorni pokret (*authentic movement*) – korištenje slobodnih spontanij pokreta. Impuls za korištenje izvornih pokreta proizlazi iz potreba određenih dijelova tijela, intrinzične motivacije i simboličkog sadržaja emocionalnog iskustva (15). Svrha je tih pokreta, temeljenih na mašti i improvizaciji, kreativno oslobođenje i samo-izražavanje.

S obzirom da psihoterapija pokretom i plesom obuhvaća analizu i prorađivanje različitih aspekata osobnog i interpersonalnog iskustva na perceptivnoj, tjelesnoj, kognitivnoj, emocionalnoj i simboličkoj razini, u suvremenoj terapijskoj praksi sve se više primjenjuje kao samostalna ili komplementarna metoda u prevenciji i tretmanu različitih psihoemocionalnih i socijalnih poremećaja.

Primjena psihoterapije pokretom i plesom u osoba s depresijom

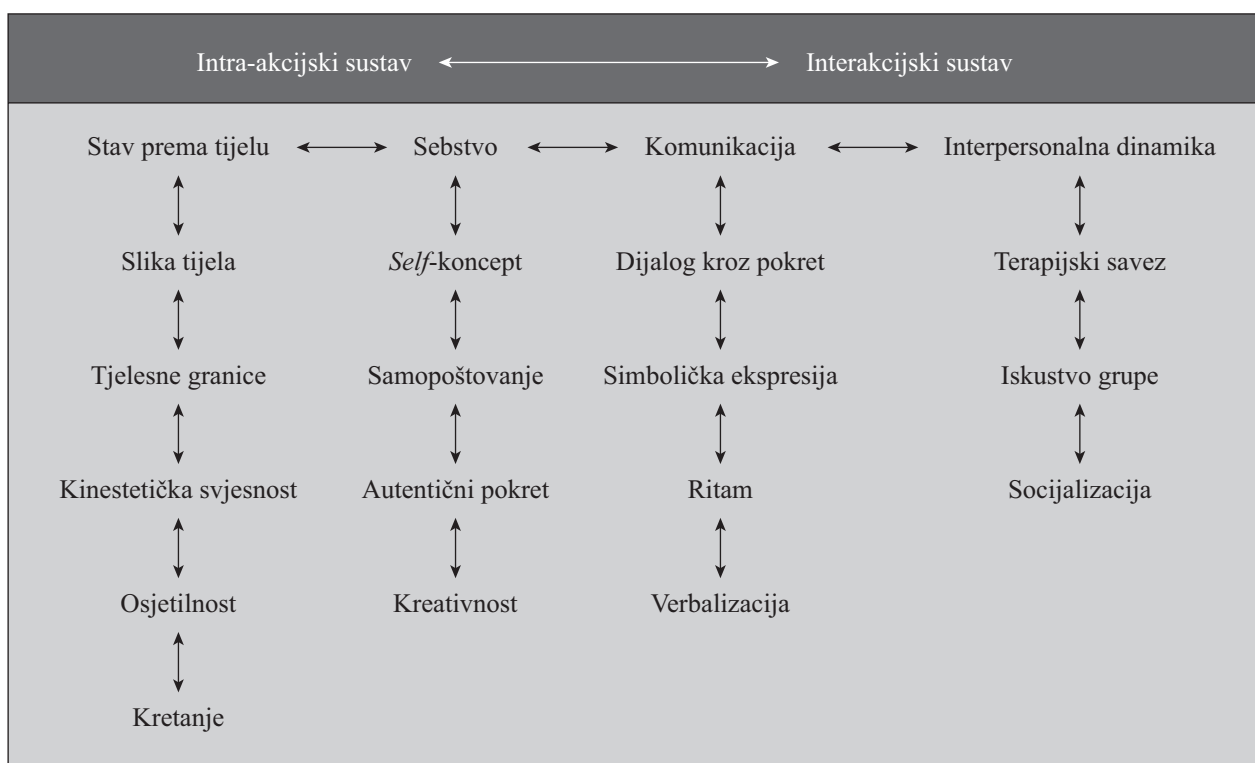
Na temelju pregleda literature može se uočiti porast broja istraživanja usmjerenih na koncipiranje različitih pristupa i modela intervencija u okviru psihoterapije pokretom i plesom kao i na ispitivanje njihovog utjecaja na različite razine funkcioniranja u osoba s depresivnim poremećajem (16,17). Jedna od temeljnih premisa ovog psihoterapijskog pristupa je da je tjelesno iskustvo (koje objedinjuje fiziološke senzacije, vizualni, taktilni i kinestetički doživljaj tijela, te tjelesne granice s pripadajućim simboličkim, vrijednosnim i emocionalnim sadržajima) osnova za razumijevanje i razvoj složenijih psihosocijalnih odgovora u pojedinca. U tom kontekstu osvještavanje *selfa* kroz tjelesni *self* podržava se primjenom i modulacijama specifičnih kvaliteta i obrazaca pokreta kao i držanja i kretanja u okviru aktivnosti koje obuhvaćaju zagrijavanje, definiranje tjelesnih granica, centriranje, uzemljenje i dr. (18). Kao korisna tehnika u ovom kontekstu može se koristiti i kontakt improvizacija koja je usmjerena na razvi-

janju svijesti o vlastitom tijelu i odnosu kretanja s drugom osobom. Može se koristiti u paru ili skupini a temelji se na davanju, primanju i dijeljenju težine te poigravanju s *gravitacijom* i *momentumom* – kotrljanju i zaustavljanju (19).

Također, tehnike psihoterapije pokretom i plesom mogu biti prikladan medij koji djelujući na specifične obrasce držanja, gesta i kretanja u osoba s depresijom mogu utjecati na promjenu obrazaca mišljenja i ponašanja. Tako, na primjer, pojedini autori u okviru analize tjelesnog kretanja i izražavanja u osoba s depresivnim poremećajem navode da je njihov hod često sporiji, a koraci kraći, dok je faza stajanja odnosno mirovanja produžena (20). Što se tiče drugih parametara uočeno je da je u ovoj populaciji reducirano korištenje sagitalne i posebice vertikalne osi u odnosu na glavu, ramena, prsni koš, kukove i koljena uz često prisutno zakretanje ruku i nogu u laterarnoj osi (21). Takav tjelesni stav rezultira konkavnim držanjem tijela pri čemu su glava i ramena nagnuti prema naprijed, a koljena su u ravnini nožnih prstiju. Takva postura može dovesti do istezanja stražnjih mišića vrata, uvlačenja prsnog koša i blokiranja pomicanja dijafragme u punom opsegu te povećane napetosti mišića natkoljenice (22). Zbog toga pokreti skakanja, hodanja u različitim ritmovima, protezanja i istezanja u vertikalnoj osi, te otvaranja i širenja gornjih dijelova tijela omogućuju usvajanje novih obrazaca i kvaliteta pokreta koji su simbolički povezani sa stanjima rasta, sigurnosti u sebe, samouvjerenosti i odlučnosti (16, 23).

Jedan od važnih elemenata u terapiji osoba s depresivnim poremećajem je induciranje stanja ugone i zadovoljstva koja se u okviru psihoterapije pokretom i plesom mogu stimulirati korištenjem ritualnih (jednostavnih i ponavljajućih) oblika ritmičkog, glazbenog i glasovnog izražavanja. Ideja za primjenu elemenata plesno-glazbenog izražavanja primitivnih naroda proizašla je iz antropoloških studija na osnovi kojih je autorica Schott-Billmann (24) uključivši etno-psihodinamske principe koncipirala i zasebnu tehniku korištenja primitivnih plesova u terapijskom procesu (25). Kako u ovoj tehnici, tako i u drugim pristupima psihoterapije pokretom i plesom, naglašena je važnost grupnog pristupa u terapiji osoba s depresivnim poremećajem, jer prema Kutash i Wolf (26): „Grupa je mikrokozmos vanjskog svijeta“. Izgradnja osjećaja sigurnosti, povjerenja i međusobne komunikacije može mobilizirati snage koje se postepeno mogu translirati u druga vanjska okruženja (12,15,18). Nadalje, poticanje grupne interakcije također ima za svrhu podržavanje promjena u osobnoj perspektivi u odnosu na doživljaj sebe i drugih, definiranje ciljeva i usvajanja novih strategija ponašanja (27).

U cilju definiranja teorijskog i praktičnog koncepta primjene psihoterapije pokretom i plesom u osoba s mentalnim poremećajima Capello (15) je na temelju sustavne analize kliničkog rada i primijenjenih istraživanja predložila *Intra/interakcijski model* (sl. 1) u kojem su navedene kategorije na koje bi trebao biti usmjeren sadržaj terapijskog programa. U tom je kontekstu pažnja usmjerena na



Sl. 1. Intra/interakcijski model primjene psihoterapije pokretom i plesom u osoba s mentalnim poremećajima

dva osnovna područja - doživljaj sebe i interpersonalnu komunikaciju - koja, uključujući brojne dimenzije u recipročnom i dinamičnom odnosu, doprinose cjelovitom iskustvu.

Važno je također napomenuti da dimenzije navedene u ovom modelu ne pomaže samo u kreiranju elemenata terapijskog programa već omogućuju i sustavnu evaluaciju na način da mogu predstavljati moguće varijable procjene terapijskog procesa.

Rezultati dosadašnjih istraživanja u ovom području obuhvaćajući neke od ovih varijabli kao i one koje se odnose na pojedine specifične simptome depresivnog poremećaja ukazuju da, generalno gledajući, psihoterapija pokretom i plesom može pozitivno utjecati na doživljaj slike tijela, vitalnost, pozitivno raspoloženje, ublažavanje osjećaja potištenosti, kao i na promjene u mehanizmima suočavanja (16,28-30). Iz navedenog proizlazi potreba daljnjeg koncipiranja različitih modela intervencija i istraživanja uzimajući u obzir različite psihomotorne, emocionalne i socijalne potrebe osoba s depresivnim poremećajem, kao i različiti spektar varijabli i kriterija procjene.

CILJ RADA

S obzirom da je depresija istodobno fiziološki i psihosocijalni poremećaj može se pretpostaviti da terapijske intervencije treba usmjeriti na različita područja osobnog

iskustva, kao što je fizičko, emocionalno, socijalno, estetsko, simboličko i dr. Terapija pokretom i plesom definirana je kao pristup koji podržava povezanost duha i tijela i na taj način može biti jedna od korisnih metoda u ublažavanju simptoma depresivnog poremećaja.

U tom smislu postavljen je cilj istraživanja koji se odnosio na ispitivanje neposrednog utjecaja psihoterapije pokretom i plesom na specifične simptome, odnosno najčešća psihofizička i socijalna problemska područja u osoba s depresivnim poremećajem.

METODE

Uzorak ispitanika

Istraživanje je provedeno na uzorku od 30 ispitanika hospitaliziranih u Zavodu za liječenje i rehabilitaciju Klinike za psihijatriju Vrapče zbog kroničnog ili akutnog depresivnog poremećaja. Ponuđeni modalitet otvorene grupe omogućavao je pacijentima dobrovoljno prisustvovanje seansama. Grupe su bile heterogene po kronološkoj dobi (od 20 do 65 godina) i spolu, a u svakoj terapijskoj seansi varirao je i broj članova grupe (od 5 do 15 pacijenata). Broj i redosljed dolazaka pacijenata na terapijske seanse bio je varijabilan i ovisio je o njihovoj motivaciji, psihofizičkom stanju, mogućnosti usklađivanja s terapijskim programima na drugim odjelima, trajanju hospitalizacije i dr.

Varijable i instrumenti procjene

Provedeno istraživanje bilo je usmjereno na procjenu utjecaja psihoterapije pokretom i plesom na specifične simptome, odnosno najčešća psihofizička i socijalna problemska područja u osoba s depresijom, koja su u svrhu istraživanja grupirana u kategorije prema kojima su definirane sljedeće varijable: Zadovoljstvo, Tjeskoba, Tjelesna ugoda, Opuštenost, Umor, Doživljaj odnosa s članovima grupe. Procjena za navedene varijable provodila se prije i poslije terapijske seansi. U cilju procjene sadržaja, strukture i realizacije terapijskog programa također su definirane varijable Doživljaj terapije i Doživljaj terapeuta koje su procjenjivane nakon provedene terapijske seanse.

Broj točaka procjene u pojedinim pacijenata varirao je ovisno o broju dolazaka na terapiju, kao i nemogućnosti (odnosno neprikladnosti) da se procjena provede u okviru svake terapijske seanse – kao na primjer u situaciji kada je postojala potreba prorade neposrednog, izrazito negativnog sadržaja među članovima grupe (npr. nedavni suicid jednog člana grupe, strah od odlaska iz bolnice i dr.). Iz navedenih razloga proveden je različit broj točaka procjene u svakog pojedinog ispitanika (od 1 do 5 točaka procjene). S obzirom na nedovoljno veliki uzorak ispitanika koji bi omogućio grupiranje pacijenata po broju točaka procjene i ispitivanje utjecaja terapije u odnosu na broj dolazaka i trajanje terapije, u svrhu statističke obrade podataka obuhvaćeni su samo rezultati 1. točke procjene s namjerom procjene neposrednog utjecaja terapije na sadržaj definiranih varijabli. Slični problemi selektiranja uzorka prikladnog za statističku obradu iz ukupnog broja osoba obuhvaćenih terapijskim programom normalno se javljaju u terapijskim grupama otvorenog tipa zbog specifičnih okolnosti koje definiraju broj i kontinuitet dolazaka na terapiju, kako navode i autori sličnih istraživanja (16).

Izvorni rezultati za definirane varijable dobiveni su primjenom vizualno analognih ljestvica samoprocjene (VAS)¹ pri čemu su pacijenti na vodoravnoj crti duljine od 0 do 150 mm, na razini subjektivne procjene i projekcije osobnog iskustva, označavali stupanj/intenzitet doživljaja određenog stanja ili dimenzije procjene. Vizualno analognu ljestvicu samoprocjene korištene su za procjenu svake pojedine varijable prije i poslije terapijske seanse, odnosno za varijable *doživljaj terapije* i *doživljaj terapeuta* samo poslije terapijske seanse. Zbrajanjem vrijednosti dobivene su prosječne vrijednosti koje su za potrebe analize promjena interpretirane na grupnoj razini procjene.

Također, u svrhu kvalitativne analize doživljaja sebe tijekom ili nakon terapijskih seansi korištena je literarna

i/ili likovna ekspresija od korisnika terapijskog programa koje su obrađene deskriptivnom analizom.

Terapijski program

Terapijske seanse su se održavale jednom tjedno, u trajanju od 80 do 90 minuta, u poslijepodnevnom terminu u razdoblju od sedam mjeseci. Program se provodio u dvorani veličine cca. 80 m², koja je zadovoljavala sve uvjete za provođenje terapijskih seansi u sigurnom okruženju.

Struktura svake terapijske seanse sastojala se od sljedećih dijelova:

1. Inicijalna provjera - 5-10 min. → predstavljanje novih članova grupe, verbalna procjena osobnog psihofizičkog stanja, definiranje teme seanse, i dr.
2. Zagrijavanje – 10 min. → razgibavanje, istezanje, induciranje kontakta s vlastitim tijelom, usmjerenje pažnje na osobno iskustvo, prostor i grupnu dinamiku.
3. Fokusiranje na cilj (temu) seanse – 25-30 min. → faza inkubacije i iluminacije primjenom tehnika psihoterapije pokretom i plesom.
4. Evaluacija – 15 min. → obrada elemenata tjelesnog iskustva, te emocionalnih i kognitivnih refleksija *uz korištenje verbalnog i neverbalnog izraza – crtež, pokret, ritam, glas...* u cilju osvještavanja, izražavanja i podržavanja osobnog uvida.
5. Ritual zatvaranja – 5-10 min. → opuštanje i slobodni ples – poticanje spontanosti, osobnog izražavanja i kreativnosti.

Terapijski program je obuhvaćao sljedeće elemente: vježbe disanja, razgibavanje, vođenu imaginaciju, pasivnu manipulaciju dijelovima tijela, primjenu principa kontakt improvizacije, igru uloga i ritmičko-glazbene stimulacije uz primjenu specifičnih tehnika psihoterapije terapije pokretom i plesom. Struktura svake terapijske seanse bila je definirana u skladu sa specifičnim ciljevima koji su se odnosili na: prepoznavanje i kontrolu psihosomatskih reakcija; poticanje tjelesne agilnosti, snage i fleksibilnosti; usvajanje novih obrazaca i kvaliteta pokreta; osvještavanje tjelesnih granica; podržavanje komunikacije na osobnoj i interpersonalnoj razini; pronalaženje novih načina izražavanja i strategija ponašanja.

Uz cilju poticanja osjetilnosti, tjelesnog doživljaja i poticanja proigravanja različitih uloga u psihodramatskom kontekstu, koristili su se i posredni mediji kao što su elastični tekstilni materijali, marame, materijali različite kvalitete i teksture, ritmički instrumenti, kostimi, maske, itd.).

¹ VAS se najčešće koristi u području evaluacije percepcije boli kao i različitih psihosocijalnih dimenzija definiranih potrebama i sadržajem istraživanja. Rezultati na tim ljestvicama dobivaju se mjerenjem vrijednosti u milimetrima, i praćenjem njihovih promjena u različitim točkama procjene. Na taj način dobiveni rezultati prezentiraju intervalne/omjerne podatke koji se za potrebe analiza promjena mogu interpretirati na individualnoj ili grupnoj razini procjena (31).

Metode obrade podataka

Statistička je obrada provedena korištenjem programskog paketa SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, SAD). Normalnost distribucije ocijenjena je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Wilcoxonov test rangiranih znakova korišten je za utvrđivanje razlika na definiranim varijablama prije i poslije terapijske seanse.

REZULTATI

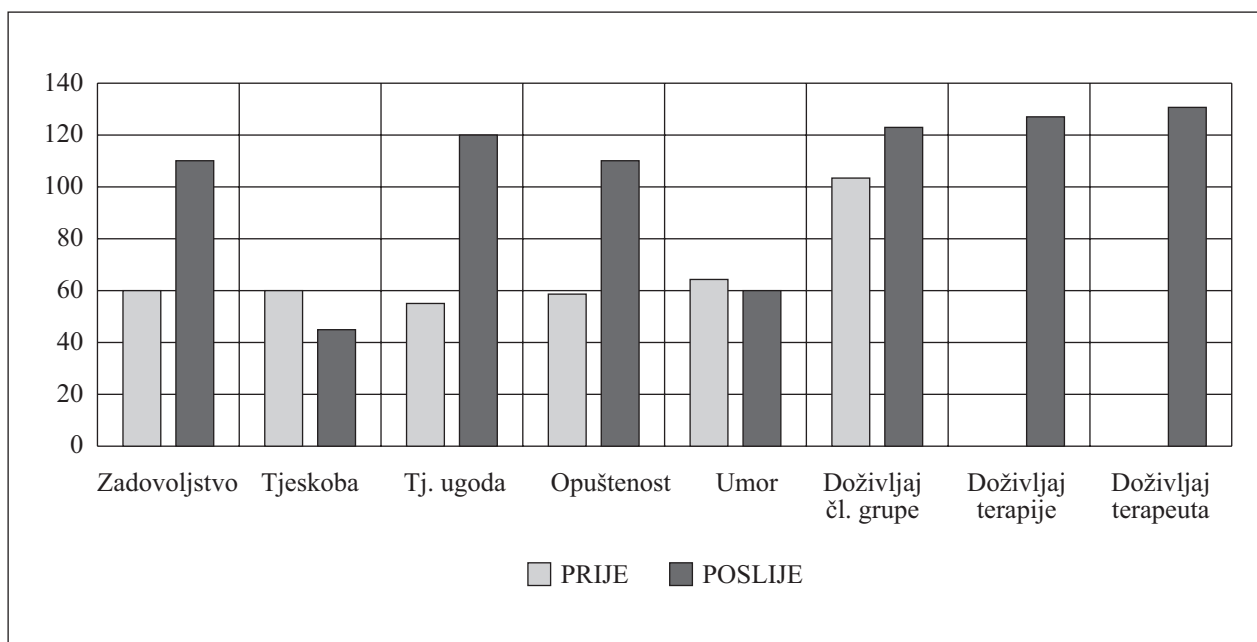
Na temelju rezultata deskriptivne analize prikazanih u tablici 1 i vrijednosti aritmetičkih sredina za definirane varijable prikazanih na sl. 2, može se zaključiti da su ispitanici nakon terapijske seanse izrazili veće zadovoljstvo, manju tjeskobu, veću tjelesnu ugodu, veću opuštenost, manji umor i bolji doživljaj odnosa s članovima grupe.

Tablica 1.

Deskriptivna statistika rezultata na definiranim varijablama

Varijable	N	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	MIN.	MAKS.
Zadovoljstvo 1	30	58,93	37,614	6	131
Zadovoljstvo 2	30	109,83	33,493	4	157
Tjeskoba 1	30	59,83	39,944	10	148
Tjeskoba 2	30	45,87	44,074	0	140
Tjelesna uroda 1	30	54,43	32,620	5	135
Tjelesna uroda 2	30	118,83	21,294	71	150
Opuštenost 1	30	58,60	38,021	5	135
Opuštenost 2	30	109,27	33,108	4	150
Umor 1	30	63,93	44,967	0	146
Umor 2	30	59,73	46,518	0	140
Grupa 1	30	103,47	38,916	0	150
Grupa 2	30	122,30	21,483	71	150

1 - prije terapijske seanse, 2 - poslije terapijske seanse



Sl. 2. Aritmetičke sredine rezultata na definiranim varijablama procijenjenim prije i poslije terapijske seanse

U tablici 2 prikazani su rangovi definiranih varijabli prije i nakon terapijske seanse.

U tablici 3 prikazani su rezultati testa statističke značajnosti na definiranim varijablama prije i poslije terapijske seanse.

Rezultati dobiveni primjenom Wilcoxonovog testa ukazuju da je statistički značajna razlika dobivena na vari-

jablana Zadovoljstvo ($Z=-4,320$, $p=0,000$), Tjelesna ugo-
da ($Z=-4,638$, $p=0,000$), Opuštenost ($Z=-4,163$, $p=0,000$)
i Grupa ($Z=-2,661$, $p=0,000$). Iako se pregledom izvornih
rezultata može uočiti pad vrijednosti na varijablama Tje-
skoba i Umor (sl. 2.) njihova razlika prije i poslije terapij-
ske seanse nije statistički značajna.

Tablica 2.

Rangovi definiranih varijabli prije i poslije terapijske seanse

		N	Prosječni rang	Suma rangova
Zadovoljstvo	Negativni rangovi	3	7,50	22,50
	Pozitivni rangovi	27	16,39	442,50
	Vezani	0		
	Ukupno	30		
Tjeskoba	Negativni rangovi	19	15,82	300,50
	Pozitivni rangovi	11	14,95	164,50
	Vezani	0		
	Ukupno	30		
Tjelesna ugo- da	Negativni rangovi	2	1,50	3,00
	Pozitivni rangovi	27	16,00	432,00
	Vezani	1		
	Ukupno	30		
Opuštenost	Negativni rangovi	5	5,00	25,00
	Pozitivni rangovi	24	17,08	410,00
	Vezani	1		
	Ukupno	30		
Umor	Negativni rangovi	17	13,97	237,50
	Pozitivni rangovi	12	16,46	197,50
	Vezani	1		
	Ukupno	30		
Grupa	Negativni rangovi	9	10,50	94,50
	Pozitivni rangovi	20	17,03	340,50
	Vezani	1		
	Ukupno	30		

Tablica 3.

Rezultati testa statističke značajnosti na definiranim varijablama prije i poslije terapijske seanse

	Zadovoljstvo	Tjeskoba	Tjelesna ugo- da	Opuštenost	Umor	Grupa
Z	-4,320	-1,399	-4,638	-4,163	-,433	-2,661
P	,000	,162	,000	,000	,665	,008
Wilcoxonov test, p=statistička značajnost						

RASPRAVA

Tjeskoba je relativno trajna i stabilna kategorija u osoba s depresivnim poremećajem zbog čega utjecaj na njezin intenzitet zahtijeva dugotrajniji terapijski pristup koji traži dublji uvid u složeni sustav uzroka, reakcija i potrebnih promjena u pojedinca. Također, za interpretaciju osjećaja umora trebala bi preciznija procjena koja bi diferencirala radi li se o umoru kao tipičnoj posljedici depresivnog poremećaja ili o umoru kao reakciji na povećanu fizičku aktivnost tijekom terapijskog programa. U tom smislu, definiranje vrste i kvalitete umora pod utjecajem terapijskog programa može biti sadržaj nekih budućih istraživanja.

S obzirom da je procjena za varijable Doživljaj terapije i Doživljaj terapeuta provedena samo poslije terapijske seanse dobiveni rezultati mogu biti interpretirani samo na razini aritmetičkih sredina vrijednosti označenih na vizualnim ljestvicama samoprocjene na kontinuumu od 0 do 150 mm. Kako je vidljivo iz grafikona (sl. 2), aritmetička sredina rezultata na varijabli Doživljaj terapije iznosi 127,30 mm, dok za varijablu Doživljaj terapeuta iznosi 130,43 mm. Relativno visoki rezultati mogu navesti na pretpostavku da su sadržaj i struktura terapijskog programa utjecali na stvaranje pozitivnog transfera i prihvaćanje terapijskog procesa.

Dobiveni rezultati ukazuju da primjena psihoterapije pokretom i plesom može imati pozitivan neposredan učinak na pojedine specifične simptome koji definiraju depresivni poremećaj. Pozitivne promjene mogu se također potkrijepiti i narativnim iskazima ispitanika u kojima je opisan doživljaj sebe pod utjecajem terapijskog programa. Tako na primjer, neki od ispitanika opisali su sljedeća iskustva: „*Terapija plesom me je vratila u mladost, pomogla mi da osjetim opet svoje tijelo - živo, lagano, koje osjeća muziku i ritam, a ne samo bol i težinu i umor.*“, „*Po prvi puta nakon puno mjeseci zaspala sam prirodno, bez tableta, čvrstim, okrepljujućim snom.*“, „*Kada stojimo u krugu, jedni s drugima, držeći se za ruke, osjećam se jačom i snažnijom.*“

Bolji doživljaj članova grupe može biti rezultat iniciranog grupnog procesa - potaknutog primjenom imitacije, zrcaljenja, kinestetičke empatije i kontakt improvizacije - u sigurnom i poznatom grupnom okruženju. Na taj način doživljeno iskustvo empatije, povjerenja i zajedništva može biti osnova za uključivanje u širi socijalni kontekst. U okviru psihoterapije pokretom i plesom inicijacija promjena na iskustvenoj i bihevioralnoj razini započinje osobnim razotkrivanjem dominantnih emocionalnih i tjelesnih stanja uz neverbalnu ekspresiju koja zaobilazi usvojene negativističke obrasce mišljenja i izražavanja. S obzirom da se glavnina neverbalne ekspresije događa na nesvjesnoj razini, u okviru grupnog procesa važno je, kako ističu Rutan i Stone (32) biti usmjeren na suptilno balansiranje različitih reakcija članova grupe u svrhu poticanja pozitivnog interpersonalnog iskustva. Također, određeni autori ističu važnost grupa otvorenog tipa u kojima se nalaze bolesnici

u različitim fazama oporavka budući da bolesnici koji su u fazi poboljšanja mogu djelovati ohrabrujuće i stimulativno na ostale (33).

Uz kinestetičku i emocionalnu empatiju naglašava se i primjena dodira kao jednog od pristupa koji također može djelovati na osnaživanje pozitivnog interpersonalnog iskustva. Dodir osim što sugerira doživljaj prihvaćanja, nježnosti i zaštite prema istraživanjima Fielda (34) inducira pojačanu električnu moždanu aktivnost u lijevoj frontalnoj regiji što je inače reakcija koja je povezana sa stanjima ugođe i zadovoljstva.

Interes pojedinih autora istraživanja bio je usmjeren i na ispitivanje povezanosti osjećaja zadovoljstva i promjena u neuro-hormonalnom statusu pod utjecajem psihoterapije pokretom i plesom. Tako na primjer, Jeong i sur. (35) navode rezultate istraživanja u kojem je nakon 12-tjedne primjene terapijskog programa ustanovljeno statistički značajno povećanje koncentracije serotonina u plazmi i smanjenje koncentracije dopamina u plazmi adolescenata s blagim depresivnim poremećajem. Razmatrajući rezultate navedenog istraživanja autori zaključuju da ta vrsta psihoterapije može utjecati na stabiliziranje simpatičkog nervnog sustava i ublažavanje nepovoljnih psihofizičkih odgovora u osoba s depresivnim poremećajem.

Prema Ritteru i Lowu (28) utjecaj psihoterapije pokretom i plesom na psihosocijalne i tjelesne reakcije može se razmatrati kao rezultat: 1) resocijalizacije i integracije u okviru grupnog procesa, 2) neverbalne kreativne ekspresije u cilju poticanja emocionalne ekspresije, 3) osvještavanja i uvažavanja psihofizičkog iskustva, 4) prepoznavanja i iskorištavanja tjelesnog kapaciteta i 5) zadovoljstva inducirano proigravanjem i opuštanjem. U kontekstu ostvarivanja terapijskog učinka, Pallaro i Fischlein-Rupp (18) navode neka ciljana polazišta za definiranje strukture i sadržaja terapijskog programa a odnose se na: a) usvajanje realistične slike tijela što uključuje prepoznavanje i osvještavanje tjelesnih reakcija, tjelesnih granica i tjelesnu integraciju, b) jačanje interpersonalnog funkcioniranja što se odnosi na razvijanje socijalne empatije ali i na osnaživanje za samozastupanja i c) eksternalizaciju ideofektivnih sadržaja kinestetičkom imaginacijom i kinetičkim istraživanjem simboličkih sadržaja u povezanosti s verbalnom interpretacijom.

Osvještavanje tjelesnog aspekta vlastite osobnosti, osnaživanje motoričkih sposobnosti, iniciranje spontane ekspresije, prorada emocionalnog iskustva te anticipacija budućih događaja na imaginarnoj razini može u okviru psihoterapije pokretom i plesom neposredno utjecati na stvaranje prihvatljive slike o sebi. Krajnji cilj stvaranja novih predodžbi je usmjeren na podržavanje osjećaja zadovoljstva, opuštenosti i psihofizičke ugođe. Također, fokusiranje na tjelesne sadržaje, koje je inducirano unutarnjim impulsima i potrebama, može potaknuti proces dosizanja psihosomatske homeostaze pri čemu se različiti aspekti

osobnosti iz periferne perspektive postavljaju centralno što je, kako navodi Merlau-Ponty (36), osnova da bi se sadržaji svijesti razumjeli, definirali, usvojili ili nadogradili. Prisutnost različitih nepovoljnih psihofizičkih simptoma, koji se javljaju u osoba s depresijom, zahtijevaju dodatni napor u cilju pronalaženja novih strategija ponašanja i sadržaja koji definiraju pozitivniji doživljaj sebe. U tom kontekstu važno je poticanje procesa kreativnosti, koji se u okviru psihoterapije pokretom i plesom podržava otkrivanjem novih obrazaca držanja, kretanja, verbalnog i neverbalnog izražavanja. Na taj se način također stvaraju preduvjeti za usvajanje novih obrazaca u području psihičkog i socijalnog funkcioniranja. Takav pristup predstavlja prilog konceptu o jedinstvu duha i tijela koji, prema suvremenim tendencijama u liječenju i rehabilitaciji, postaje nezaobilazan u razumijevanju ljudske egzistencije.

ZAKLJUČAK

Na osnovi rezultata dobivenih kvantitativnom analizom, kao i na temelju narativnog opisa od strane ispitanika, može se zaključiti da je psihoterapija pokretom i plesom imala pozitivan neposredan učinak u području poticanja pozitivnog raspoloženja, tjelesnog doživljaja, interpersonalne komunikacije i smanjenja psihofizičke napetosti. U tom bi se smislu psihoterapiju pokretom i plesom moglo razmatrati kao jednu od prikladnih metoda u procesu koncipiranja holističkih i interdisciplinarnih pristupa u terapiji osoba s depresivnim, ali i drugim mentalnim poremećajima. Također, rezultati ovog kao i drugih istraživanja u ovom području ukazuju na potrebu provedbe daljnjih istraživanja koja bi obuhvatila veći broj ispitanika, ispitivanje dugotrajnijih učinaka u grupama zatvorenog tipa, te definiranje ciljeva, sadržaja i strukture terapijskog programa ovisno o specifičnim potrebama ispitanika.

LITERATURA

1. Folnegović-Šmalc V. Uvodnik. *Medicus* 2004; 13: 1-5.
2. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus* 2004; 13: 19-29.
3. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor Symptoms of Depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 4-17.
4. Bennabi D, Vandel P, Charalambos P, Pozzo T, Haffen E. Psychomotor Retardation in Depression: A Systematic Review of Diagnostic, Pathophysiologic, and Therapeutic Implications. *BioMed Research International* 2013; Article ID 158746: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/158746>
5. Schrijvers D, Hulstijn W, Sabbe BGC. Psychomotor symptoms in depression: A diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *J Affect Disord* 2008; 109: 1-20.
6. Steckler L, Young C. Depression and Body Psychotherapy. *Int J Psychother* 2009; 13: 32-43
7. Martinec R. Dance Movement Therapy in the Concept of Expressive Arts-therapy. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2013; 49(Suppl.): 143-53.
8. Bernstein P. *Theoretical Approaches in Dance/Movement Therapy*. Iowa: Kendall/Hunt, 1984.
9. Levy FJ. *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Reston, VA: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance, 1998.
10. Payne H. *Dance movement therapy: theory, research, and practice*. Hove, East of Sussex: Routledge, 2006.
11. Newlove J, Dalby J. *Laban for All*. London: Nick Hern Books, 2005.
12. Fischman D. Therapeutic relationship and kinaesthetic empathy. U: Chaiklin S, Wengrower H, ed. *The art and science of dance movement therapy*. New York - London: Routledge, 2009: 33-53.
13. Tortora S. Dance movement therapy in early childhood treatment. U: Chaiklin S, Wengrower H, eds. *The art and science of dance movement therapy*. New York - London: Routledge, 2009: 159-80.
14. Martinec R. Evaluacija nekih aspekata doživljaja sebe nakon mastektomije. *Defektologija* 1995; 32: 65-73.
15. Capello PP. BASCICS – An intra/interactional Model of DMT with adult Psychiatric Patient. U: Chaiklin S, Wengrower H, eds. *The art and science of dance movement therapy*. New York - London: Routledge, 2009, 77-102.
16. Koch SC, Morlinghaus K., Fuchs T. The Joy Dance: Specific Effects of a Single Dance Intervention On Psychiatric Patients With Depression. *The Arts in Psychotherapy* 2007; 34: 340-9.
17. Mala A, Karkou Y, Meekums B. Dance movement therapy (D/MT) for depression: A scoping review. *The Arts in Psychotherapy* 2012; 39: 287-95.
18. Pallaro P, Fischlein-Rupp A. Dance/Movement Therapy in a Psychiatric Rehabilitative Day Treatment Setting. *The USA Body Psychotherapy J* 2002; 1: 29-51.
19. Brook A. *Contact improvisation & Body-Mind Centering*. Body-Mind.net, 2000.
20. Wendorff T, Linnemann M, Lemke MR. Locomotion and depression clinical and physiological aspects of gait alterations in Parkinson's disease and major depression. *Fortschrit Neurol Psychiatrie* 2002; 70: 289-96.
21. Michalak J, Troj N, Schulte D, Heidenreich T. Mindful walking. The associations between depression, mindfulness, and gait patterns. Paper presented at the Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Paris, 2006.
22. Rutonić T. *Poruke tijela: Što nam govori naše tijelo*. Zagreb: Planetopija, 2007.
23. Meekums B. *Dance Movement Therapy*. London: SAGE Publications Inc., 2002.
24. Schott-Billmann F. *Le Primitivisme en Danse*. Paris: Chiron, 1989.
25. Margariti A, Ktonas P, Hondraki P i sur. An application of the Primitive Expression form of dance therapy in a psychiatric population. *The Arts in Psychotherapy*, 2012; 39: 95-101.

26. Kutash IL, Wolf A. Psychoanalysis in groups. U: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive group psychotherapy. Baltimore MD: Williams and Wilkins, 1993, 126-38.
27. Wittig J, Davis J. Circles outside the circle: Expanding the group frame through dance/movement therapy and art therapy. *The Arts in Psychotherapy* 2012; 39: 168-72.
28. Ritter M, Low KG. Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy* 1996; 23: 249-60.
29. Goodill SW. An introduction to medical dance/movement therapy health care in motion. Philadelphia: Jessica Kingsley, 2006.
30. Kiepe M-S, Stöckigt B, Kell T. Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy* 2012; 39: 404-11.
31. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health* 1990; 13: 227-36.
32. Rutan JS, Stone W. Psychodynamic group psychotherapy. New York, NY: Guilford Press, 2001.
33. Gregurek R. Psihoterapija depresija. *Medicus* 2004; 13: 95-100.
34. Field, T. Touch. Harvard: MIT Press, 2003.
35. Jeong YJ, Hong SC, Lee M, Park M C, Kim YK, Suh CM. Dance/movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *Int J Neurosci* 2005; 115: 1711-20.
36. Merleau-Ponty M. Fenomenologija percepcije. Sarajevo: Veselin Masleša, 1990.

SUMMARY

DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH DEPRESSION

R. MARTINEC^{1,2}, T. ŠIŠKOV², R. PINJATELA¹ and D. STIJAČIĆ³

¹Faculty of Education and Rehabilitation, University of Zagreb, Department of Motor Disorders, Chronic Diseases and Art Therapy, ²Croatian Society of Dance Movement Psychotherapy, and ³Vrapče University Psychiatric Hospital, Department of Psychosocial Therapy and Occupational Therapy, Zagreb, Croatia

Since depression is defined as a complex psychophysiological disorder, it could be assumed that therapy interventions should be focused on different areas of the body- and psychosocial experience. Dance Movement Psychotherapy (DMP) could be considered as a method that supports body-mind connection, and so it could be one of the valuable therapy approaches in decreasing different symptoms of depression. In this way, an investigation of immediate influence of DMP on the most common psychophysiological and social problems in persons with depression was carried out. Therapy program included some specific techniques such as mirroring, kinesthetic imagery, exploring different effort qualities, body-symbolization, etc. The influence of therapy program was assessed by visual analog self-assessment scales for the variables Satisfaction, Anxiety, Body comfort, Relaxation, Tiredness, Experience of the group, Experience of the therapy, and Experience of therapists. According to the results obtained by quantitative analysis and narrative expression of patients, it is concluded that therapy program had positive immediate influence on inducing positive mood, body-experience, interpersonal communication, and decreasing anxiety. Therefore, DMP could be considered as one of the appropriate methods in the frame of holistic and interdisciplinary therapy approaches in persons with depression or some other mental disorders.

Key words: depression, dance movement psychotherapy, body-experience, psychosocial dimension