

Niek Ghekiere

Authentic Movement en depressiepreventie

Een kwantitatief onderzoek in de dans- en bewegings-therapie

De urgentie om interventies te ontwikkelen ten behoeve van preventieprogramma's in de geestelijke gezondheidszorg wordt niet alleen in Nederland onderkend, maar ook in België staat het hoog op de agenda. Dit onderzoeksartikel geeft een aanzet om de mogelijkheden van Authentic Movement (dans- en bewegingstherapie) te onderzoeken in het kader van depressiepreventie.

In dit artikel ...

- ... een beschrijving van de relevantie van interventies op het voorkomen en behandelen van depressie in preventieprogramma's;
- ... een kwantitatief praktijkonderzoek naar de kortetermijneffecten van Authentic Movement op depressieve, angst- en stressgevoelens bij volwassenen zonder psychiatrische aandoeningen;
- ... de bijdrage van dans- en bewegingstherapie aan depressiepreventie en geestelijke gezondheids-promotie.

Inleiding

Depressie in beeld

De Wereldgezondheidsorganisatie geeft aan dat België en Nederland momenteel de zevende en zesde plaats innemen met het hoogste aantal depressies. Dat voor de Belg depressie een belangrijke bron van psychisch lijden is, kan afgeleid worden uit de vaststelling dat inwoners van België, in vergelijking met enig ander land, het vaakst antidepressiva slikken (De Morgen, 2012). 15% van de Belgen krijgt vroeg of laat te maken met een zware depressie en België kent, vanuit Europees perspectief, het grootste aantal zelfdodingen per jaar (De Morgen, 2012). In België beschrijft meer dan 25% van de Belgische bevolking een minder goede mentale gezondheid en 14% van de totale Belgische bevolking kampt met ernstige psychische problemen (Gisle, 2010). Een depressie kenmerkt zich door psychische en biologische symptomen. Psychische symptomen zoals droefheid, wanhoop, lage zelfwaarde, lusteloosheid, schuldgevoelens, negatief denken en suïcidegedachten. Biologische symptomen van depressie drukken zich uit in slaapproblemen, eetproblemen, verminderde seksuele driften, vermoeidheid, minder energie en de onmogelijkheid om plezier te beleven (De Vlaamse Overheid, 2012). Het bestaan van depressie kunnen we verklaren uit de interactie van biologische, sociale, psychologische en

omgevingsfactoren. Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen, bestaande uit hormonale factoren en psychologische kenmerken, zouden het overwicht van depressie bij vrouwen verklaren. Werkloosheid en financiële moeilijkheden maken mensen kwetsbaarder voor depressie (Bayingana et al., 2012). Depressie en stress correleren sterk met elkaar, evenals depressie met zelfvertrouwen en zelfvertrouwen met angst (Custers & Engels, 2003). Ook relationele problemen en ingrijpende levensgebeurtenissen (zoals echtscheiding), culturele verschillen die in de multiculturalisatie steeds duidelijker worden en ernstige ziektes of gezondheidsproblemen zijn factoren die depressie in de hand kunnen werken (Bayingana et al., 2012).

Depressie voorkomen

Onderzoekers maken zich om verschillende redenen zorgen over de evolutie van depressie. De World Health Organization (WHO) voorspelt dat depressie in 2020 de belangrijkste oorzaak voor hulpbehoefendheid zal zijn (WHO, 2012), verwacht wordt dat depressie in 2030 op de eerste plaats zal staan in landen met hoge inkomens (Mathers & Loncar, 2006). De economische en maatschappelijke impact van depressie is enorm. Het ziekteverzuim van het werk is bijna vijf keer groter bij een depressief persoon dan bij een asymptomatisch persoon. De werknemer met depressie zal meer dagen afwezig zijn in vergelijking met de werknemer die kampt met diabetes, hypertensie, lumbale aandoeningen of hartziekten (Bayingana et al., 2012). We zien in België een stijging van 15.000 invaliden met psychische stoornissen tussen 2005 en 2009 (RIZIV, 2010) en we weten dat het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in 1998 reeds voor 124 miljoen euro terugbetaalde aan de consument voor enkel antidepressiva (Bayingana et al., 2012). Een andere reden tot ongerustheid vinden onderzoekers in de vaststelling dat de bestaande behandelingen de ziektelast van depressie slechts in beperkte mate ($\pm 16\%$) kunnen verminderen en dat evidence-based behandelingen depressie tot 23% zouden kunnen verhelpen (Cuijpers, 2010). Hierin vinden de beleidsmakers en de wetenschappers de motivatie om depressiepreventie nog meer te promoten.

Met het aanbieden van specifieke informatie en behandelprogramma's draagt de Vlaamse regering bij aan bevordering van de geestelijke gezondheid. Met deze programma's spreekt de Vlaamse regering niet alleen deze mensen aan die geestelijke stoornissen hebben, maar vooral deze mensen die geestelijke problemen hebben of problemen die betrekking hebben op een verminderd functioneren en die met de beschikbare diagnostische tools niet herkend worden (Stevens, 2011). In een recente meta-analyse gericht op het voorkomen van het ontstaan van depressieve stoornissen volgens DSM-criteria, werd gevonden dat mensen die aan

de preventieve interventie deelnamen 22% minder kans liepen om in de periode daarna een depressieve stoornis te ontwikkelen dan mensen in de controlegroep (Cuijpers, 2008). Alle gebruikte onderzoeken voor deze meta-analyse, includeerden enkel deze mensen waarbij geen depressieve stoornis voor aanvang van de therapie aanwezig was. De dominerende interventie was cognitieve gedragstherapie; ook werd probleemoplossend denken of interpersoonlijke therapie aangeboden.

Dans- en bewegingstherapie in beeld

Dans- en bewegingstherapie wordt door Smeijsters (2008) gedefinieerd als een groepsgerichte therapie, waarin de cliënt de bewegingen zelf stuurt en waarin hij de gevoelsdimensie van de bewegingen in relatie met de therapeut doorwerkt. De European Association Dance Movement Therapy (EADMT) beschrijft deze therapievorm als: "The therapeutic use of movement aiming to further the emotional, cognitive, social, physical, spiritual and social integration of the individual. Dance as 'body movement', 'creative expression' and 'communication', is the core component of dance movement therapy" (EADMT, 2012).

Onderzoek binnen dans- en bewegingstherapie toont aan dat dans- en bewegingstherapie de levenskwaliteit van de cliënt verbetert, angst en depressie vermindert en zelfvertrouwen verhoogt (Koch & Bräuninger, 2005; Ritter & Low, 1996). Deze resultaten worden ook bevestigd door Jeong et al. (2005), die bewijskracht leverden dat dans- en bewegingstherapeutische interventies inwerken op de modulatie van serotonine- en dopamineproductie en op deze manier depressie reduceert. Op basis van deze vaststellingen benoemen Jeong et al. dat dans- en bewegingstherapie een ontspannend effect realiseert, het sympathisch zenuwstelsel stabiliseert en de symptomen van milde depressies doet afnemen. Erwin-Grabner et al. (1999) toonden in een kwantitatief onderzoek aan hoe dans- en bewegingstherapie faalangst reduceert. Stressreductie zal Pallaro (2007) onder meer toeschrijven aan de danstherapeutische methode Authentic Movement.

Authentic Movement

Authentic Movement (AM) werd ontwikkeld door Mary Whitehouse (Strömsted, 2001). Binnen AM vindt Jungs concept 'actieve verbeelding' in beweging plaats. Actieve verbeelding is gebaseerd op de natuurlijke en helende functie van verbeelding, die ons mee kan nemen naar de emotionele kern van onze complexen en eventueel erdoorheen (Pallaro, 2007). Binnen actieve verbeelding wordt de beweging uitgenodigd zijn aandacht te vestigen op lichaamssensaties, natuurlijke bewegingen, emoties en ervaringen in de verbeelding. Hij zal vanuit deze waargenomen impulsen de bewegings(expressie) laten ontstaan en zich laten

meenemen door de nieuwe impulsen die de bewegingen wakker maken. Naast de actieve verbeelding wordt in AM de beweger gekoppeld aan een getuige (de therapeut en/of een medeparticipant). De beweger, van wie verwacht wordt zich enkel te verbinden met zijn ervaringen, beweegt in een stille ruimte met gesloten ogen. Hij 'luistert' op een respectvolle en niet veroordelende manier naar de waargenomen innerlijke impulsen die de bron vormen van zijn bewegings-expressie. De getuige zal de beweger met dezelfde luisterhouding waarnemen. Na afloop van de bewegingssessie zal de beweger zijn ervaringen tekenen of beschrijven ('outcome'). Hij kan vervolgens getuigenis vragen aan de getuige, die – zo objectief mogelijk en betrokken – weergeeft wat hij heeft gezien en ervaren.

Case studies beschrijven dat AM succesvol ingezet kan worden bij verschillende doelgroepen en problematieken, zoals bij middelenmisbruik, residentiële psychiatrie, volwassenen zonder psychiatrische klachten (Musicant, 1994), dissociatie (Holifield, 2007) en seksueel trauma (Strömsted, 2007). Een kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar AM (Dibbel-Hope, 2000) geeft aan dat deze therapievorm bijdraagt aan de psychologische aanpassingen die borstkanker teweegbrengt: het aanpassen aan het veranderde lichaamsbeeld en het aanpassen aan de verscheidenheid aan emoties en belevingen, de spanningen en het verdriet dat kanker met zich meebrengt. De metingen in dit onderzoek richtten zich onder meer op de gebieden gemoedsbelevingen, lichaamsbeeld en zelfwaarde. De kwantitatieve resultaten van dit onderzoek beschrijven kleine verbeteringen in deze gebieden. De resultaten die voortvloeiden uit het kwalitatief onderzoek beschrijven een belangrijke verbetering in deze gebieden.

Probleemstelling

De ambitie van de onderzoeker was het verwerven van inzicht in de kortetermijneffecten van Authentic Movement op depressieve, angst- en stressklachten. Deze inzichten kunnen het mogelijk maken nieuwe producten en behandelvormen te beschrijven of uit te sluiten.

Verschillende aanbevelingen van eerder verrichte onderzoeken vormen de basis van de probleemstellingen voor het huidige onderzoek.

Bräuninger (2012) geeft aan dat nieuw onderzoek inzicht dient te geven in de duur en frequentie van danstherapie om de kwaliteit van het leven van een cliënt te verbeteren. Deze aanbevelingen dienen meer inzichten te geven in de manier waarop behandelplannen gestructureerd dienen te worden in tijd, om op deze manier ook de kosteneffectiviteit van dans- en bewegingstherapie meer in kaart te brengen. Er is in de literatuur geen beschrijving gevonden over de effectiviteit van één kortdurende interventie (van bijvoorbeeld twee dagen) en het effect van deze interventie gezien op een week.

Voor veel dans- en bewegingstherapeuten zijn de verrichte onderzoeken ondersteunend en belangrijk, maar niet altijd is duidelijk welke danstherapeutische methode gebruikt werd. De onderzoekers beschrijven de resultaten vaker onder de algemene noemer van dans- en bewegingstherapie. Dit promoot weliswaar het beroep, maar maakt het voor de praktiserend therapeut niet altijd even gemakkelijk om te zien op welke manier deze resultaten vertaald kunnen worden naar de praktijk.

Tijdens dit onderzoek werd rekening gehouden met onder meer de aanbevelingen van Dibbel-Hope (2000). Zij onderzocht eerder de effectiviteit van Authentic Movement kwantitatief, maar raadt aan om andere meetinstrumenten te raadplegen dan de POMS (Profile of Mood States), de multidimensionale klachtenlijst SCL-90R en de BWB (Lichaamsbeeld-test). Dit advies formuleert ze nadat ze merkte dat deze meetinstrumenten onvoldoende de kwalitatieve resultaten bevestigen. Ze beveelt het vinden van accurate meetinstrumenten aan, die voldoende gevoelig zijn voor de nuances van een beleving.

Vraagstelling en deelvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Heeft Authentic Movement op korte termijn een positief effect op de beleving van depressieve klachten, angstklachten en stressklachten bij mensen die geen psychiatrische klachten kennen?

Deelvragen:

- Zal deelnemen aan een residentiële Authentic Movement tweedaagse depressieve, angst- en stressklachten significant reduceren, bij 'gezonde personen'?
- Zijn deze effecten na één week nog steeds aanwezig?
- Zijn de drie domeinen 'depressie', 'angst' en 'stress' even gevoelig voor Authentic Movement?
- In welke mate zijn de effecten van Authentic Movement sekse- en leeftijdsgebonden?

Methode

Onderzoekstype

Het opgezette onderzoek is een longitudinaal kwantitatief onderzoek met één voormeting (voor aanvang van de therapie) en twee nametingen, eenmaal na de afronding van de therapie en eenmaal één week later.

Opleiding dans- en bewegingstherapie in AgapeBelgium

AgapeBelgium (Koolskamp, België) is een therapie- en opleidingscentrum dat sinds 2004 ook de vierjarige deeltijdopleiding dans- en bewegingstherapie organiseert. Deze opleiding kenmerkt zich door gebruik te maken van het leertherapeutisch model in het aanleren van de verschillende dans- en bewegingstherapeutische methodes en het eigen maken van verschillende therapeutische vaardigheden. Elke

student ervaart op deze manier de eenvoud, diversiteit en effectiviteit van elke methode, vooraleer hij de theorieën ervan bestudeert. De opleiding werkt nauw samen met verschillende (inter)nationale beroepsorganisaties, hogescholen en universiteiten.

Deelnemers

De onderzoekspopulatie bestond uit volwassen studenten die een opleiding volgen in dans- en bewegingstherapie in het opleidingscentrum AgapeBelgium.

Voor dit onderzoek werden middelenmisbruik, psychoses, hallucinaties en psychische klachten die een psychiatrische behandeling behoeven gedefinieerd als exclusiecriteria. Inclusiecriteria bestonden uit het kunnen beschrijven van een stabiele levenssituatie die zich kenmerkt in een stabiel netwerk van familie, vrienden of andere steunfiguren, werk en inkomen.

Een 'informed consent', waarin de opzet van het onderzoek beschreven werd alsook hun privacy werd gewaarborgd, werd bij aanmelding van het opleidingsweekend aan de studenten gegeven. Tot de volgende ochtend kon iedere student 'intekenen' voor het onderzoek door het informed consent en de eerste voormeting ingevuld terug te bezorgen.

Interventie

Gedurende twee residentiële dagen kregen de studenten zeven groepsessies Authentic Movement. Tijdens de eerste vier sessies werd de techniek 'actieve verbeelding' helemaal uitgewerkt. Daarna stonden in de volgende (en laatste) drie sessies 'contact', 'afstemming' en 'de ander zien' centraal.

Na een groepsopwarming werden ook de bewegingssessies in de groep gegeven. Deze duurden elk tussen de 25 en 55 minuten en werden gevolgd door een individuele outcome. Na de outcome was er steeds een deelronde in groepsverband, gevolgd door een pauze, waarna een nieuwe sessie Authentic Movement werd opgezet. In de avond werden integratie-oefeningen gegeven die een ontspannend effect beoogden en de kenmerken van actieve verbeelding (in beweging) bevatten.

De Authentic Movementgroepen werden steeds door dezelfde therapeut begeleid. Hij werd hierin ondersteund door twee assistenten die beiden ook dans- en bewegingstherapeut zijn.

Meetinstrument

Er werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van de Depressie-, Angst-, Stress-schaal (of DASS-vragenlijst). De DASS is een gevalideerd instrument, waarin drie schalen respectievelijk depressie, angst en stress meten. De DASS-vragenlijst bestaat uit 42 items die de mate van deze gevoelens gedurende de laatste week bevroegt. 14 stellingen bevragen depressie,

14 stellingen brengen de mate van angst in kaart en 14 stellingen scoren stressgevoelens. De items zijn geschaald volgens een Likert-schaal die loopt van 0 (helemaal niet of nooit van toepassing) tot 3 (zeer zeker of meestal van toepassing). De som van de scores werd per persoon voor elk domein berekend. De afname duurde ongeveer 15 minuten. De Cronbach's alfa, die tussen de 0.84 en 0.86 ligt, bevestigt de validiteit van dit instrument (De Beurs et al, 2001). De convergente validiteit was goed (Nieuwenhuijsen et al., 2003; De Beurs et al., 2001). De interne consistentie van de subschalen was uitstekend en de item-restcorrelaties gaven ook aan dat de items van iedere subschaal een homogene set vormden. De DASS voorziet normscores voor 'psychiatrische patiënten' en 'normalen' (ISW, 2008). Arbeidspsychologen maken van deze vragenlijst gebruik om angststoornissen en depressie te kunnen uitsluiten bij werknemers (De Croon et al., 2005; Nieuwenhuijsen et al., 2003). Zowel Nieuwenhuijsen et al. (2003) als De Croon et al. (2005) beschrijven de toepassingen van deze vragenlijst bij studenten. Van elke student werd middels de DASS-vragenlijst demografische gegevens verzameld zoals leeftijd en geslacht.

Statistische analyse

Demografische variabelen (leeftijd en geslacht) werden weergegeven met percentages (categorische variabelen) en gemiddelde en standaarddeviatie (continue variabelen). De Kolmogorov-Smirnov test toonde aan dat alle variabelen van de depressie, angst, stress en leeftijd normaal verdeeld zijn (alle p-waarden > 0.26) en bijgevolg parametrische testen uitgevoerd konden worden.

Om na te gaan of er verschillen waren tussen de drie metingen (voor, na en na één week) en de scores van de DASS, werd een Repeated Measures variantie analyses (RM ANOVA) verricht. De drie scores op de verschillende klachten (depressie, angst en stress) werden als afhankelijke variabelen beschouwd ('within subject variables').

Tijd (momenten van meting: voor, na en na één week) was de 'within subject factor' (kwalitatieve onafhankelijke variabele) en werd als een 'between subject' variabele beschouwd. Leeftijd werd in het model gestoken als een covariatie (de factor die naar verwachting invloed heeft op de relatie tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabele) om te zien of er een verband was tussen leeftijd en de scores. Op die manier kon worden nagegaan of de scores tussen de drie klachten van elkaar verschillen en of deze verschillen consistent afhankelijk zijn van het geslacht en de leeftijd. Het geslacht werd als een 'between subject' variabele beschouwd. Op die manier kon worden nagegaan of de scores tussen de drie klachten verschillen van elkaar en of deze verschillen consistent zijn tussen de geslachten. De statistische testwaarde bij een 'repeated measure ANOVA', wordt in de schema's aangekondigd met 'Wilks' lambda'.

Tabel 1: De geslachtsverdeling van de respondenten in numerieken en percentages, de gemiddelde leeftijd (\pm standaarddeviatie).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	%
Leeftijd	23	25	65	38.26	9.555	
Vrouwen	15					65%
Mannen	8					35%

De scores die de respondenten hebben gegeven op de drie afgenomen DASS-testen, werden ingevoerd in het statistisch programma SPSS20. Gemiddelden worden steeds weergegeven met de standaarddeviatie (\pm sd). De resultaten worden als significant beschouwd als de p-waarde < 0.05 . We spreken in dit onderzoek van een tendens als de p-waarde < 0.1 . Een lichte tendens heeft p-waarde < 0.15 .

Resultaten van de statistische analyse

Demografische gegevens

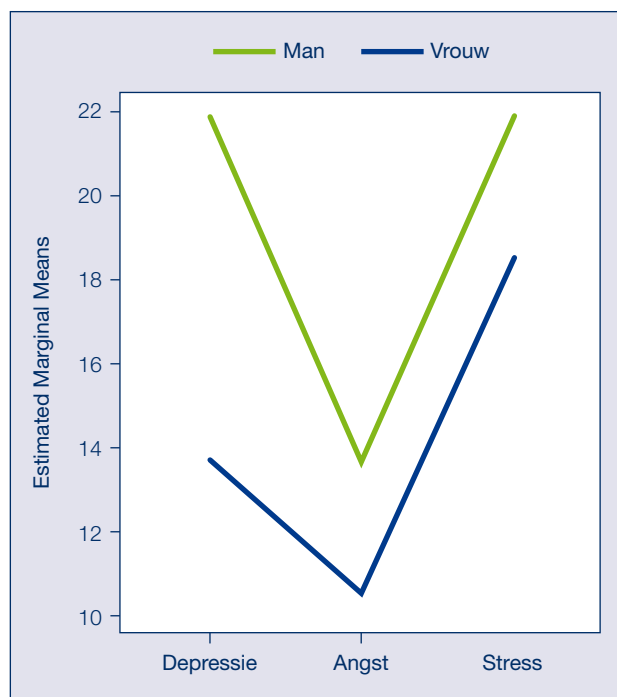
23 studenten hebben zich opgegeven voor dit onderzoek. Niemand is uit het onderzoek gestapt. De gemiddelde leeftijd bedraagt 38,26 jaar, SD 9.5 jaar (variatie: 25 tot 65 jaar). De testpopulatie bestaat uit 15 vrouwen (65%) en 8 mannen (35%).

Verskil tussen geslachten op de test scores vóór aanvang van therapie

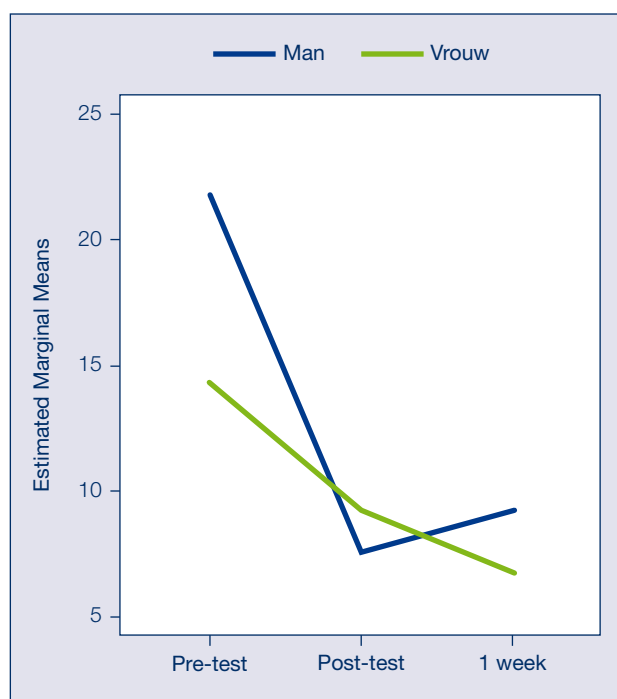
De leeftijd vertoonde geen enkel verband met de test scores (ANOVA $F_{1,20} = 0.012$, $P = 0.91$) en dit was het geval voor alle drie de klachten (RM ANOVA leeftijd x klacht Wilks' Lambda $F_{2,19} = 1.45$, $P = 0.26$). Leeftijd kan dus in de volgende analyses buiten beschouwing worden gelaten. De scores voor de drie verschillende klachten verschilden significant van elkaar (RM ANOVA Wilks' Lambda $F_{2,20} = 18.68$, $P < 0.001$, figuur 1), maar vertoonden een gelijkwaardig verloop bij beide geslachten (RM ANOVA geslacht x klacht Wilks' Lambda $F_{2,19} = 0.78$, $P = 0.47$) en verschilden ook niet significant tussen beide geslachten (ANOVA $F_{1,21} = 1.98$, $P = 0.17$). Zowel mannen als vrouwen hadden de laagste score voor angstklachten en de hoogste score voor stressklachten (figuur 1). Voor aanvang van de therapie vertoonden mannen een hogere 'depressieklachtenscore' dan vrouwen.

Behandeleffecten op depressie

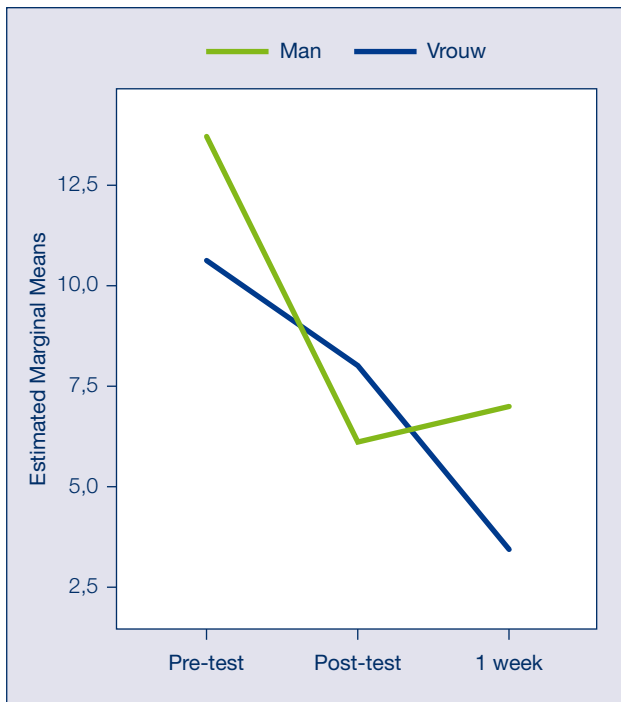
Algemeen zien we dat twee dagen Authentic Movement significante verschuivingen realiseert in de depressiescore (RM ANOVA Wilks' Lambda $F_{2,20} = 12.41$, $P < 0.001$, Figuur 2). Paarsgewijze vergelijkingen toonden aan dat de scores significant daalden na de therapie ($P < 0.001$) en dat één week na de therapie deze scores nog steeds significant lager waren dan voor de therapie ($P < 0.001$). De scores vlak na de therapie en één week na de therapie verschilden niet significant van elkaar ($P = 0.84$).



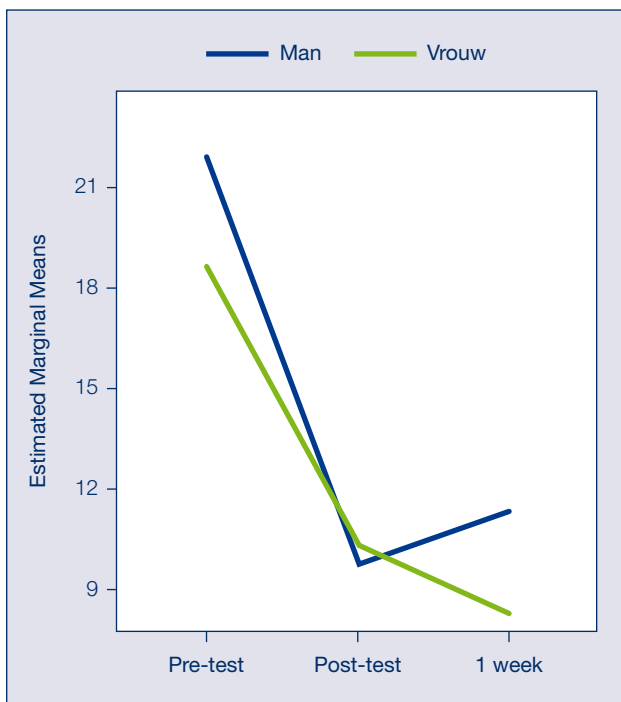
Figuur 1: Gemiddelde scores voor de drie klachten bij mannen en vrouwen voor de aanvang van de therapie.



Figuur 2: Gemiddelde scores bij mannen en vrouwen voor de test op depressieklachten tijdens de pre-test, post-test en één week na de therapie.



Figuur 3: Gemiddelde scores bij mannen en bij vrouwen voor de test op angstklachten tijdens de pre-test, post-test en één week na de therapie.



Figuur 4: Gemiddelde scores bij mannen en bij vrouwen voor de test op stressklachten tijdens de pre-test, post-test en één week na de therapie.

Zowel de mannen als de vrouwen die deelnamen aan dit onderzoek waren gevoelig voor Authentic Movement. Het effect van de therapie op de depressiescore was echter verschillend voor mannen en vrouwen (RM ANOVA, geslacht x therapie: Wilks' Lambda $F_{2,20} = 4.04$, $P = 0.034$). We zien

dat mannen initieel een hogere depressiescore hadden dan vrouwen. Vlak na de therapie daalde de score veel sterker bij mannen dan bij vrouwen en werden de scores bij beide geslachten ongeveer gelijk. Na één week waren de scores bij beide geslachten nog steeds veel lager dan voor de therapie, maar bij mannen was er een lichte stijging waar te nemen, terwijl de score bij vrouwen verder daalde (figuur 2).

Behandeleffecten op angst

Authentic Movement zorgde na twee dagen voor een significante verbetering op de angstbelevingen van de cliënten (RM ANOVA Wilks' Lambda $F_{2,20} = 7.76$, $P = 0.003$, figuur 3). Paarsgewijze vergelijkingen toonden ook hier aan dat de scores significant daalden vlak na de therapie ($P = 0.006$). De scores één week later verschilden niet significant van deze vlak na de therapie ($P = 0.11$) maar waren nog steeds significant lager dan voor de therapie ($P = 0.001$). Er is een indicatie dat het effect van de therapie op de angstbeleving niet helemaal gelijklopend was tussen mannen en vrouwen (RM ANOVA, geslacht x therapie, Wilks' Lambda $F_{2,20} = 2.72$, $P = 0.09$). Mannen vertoonden, net zoals bij de depressiescores, een hogere startscore en een sterkere daling vlak na de therapie dan vrouwen. Na één week behielden mannen hun score en daalde de score bij vrouwen verder.

Behandeleffecten op stress

De effecten van de behandeling op de stress-scores waren hoog significant (RM ANOVA Wilks' Lambda $F_{2,20} = 33.73$, $P < 0.001$, figuur 4). De paarsgewijze vergelijkingen toonden een hoog significante daling van de scores vlak na de therapie en ook één week na therapie in vergelijking met de scores voor de therapie (beide P -waarden < 0.001). Het effect van de therapie op de stressbeleving was gelijklopend bij mannen en vrouwen (RM ANOVA, geslacht x therapie, Wilks' Lambda $F_{2,20} = 1.57$, $P = 0.23$). Beide geslachten vertoonden een sterke daling in de stressbeleving vlak na de therapie, die behouden werd één week later. Toch kunnen we terug opmerken dat de effecten bij mannen na één week lichtjes afnamen, terwijl de scores bij vrouwen verder bleven dalen.

Discussie en conclusie

Dit onderzoek had als doel de effectiviteit van één kortdurende interventie, Authentic Movement, te meten op depressieve, angst- en stressgevoelens, bij mensen die geen psychiatrische problematiek kenden. Authentic Movement werd gekozen als enige interventie om op deze manier nog genuanceerder de effectiviteit van deze methode te kunnen beschrijven. Deze werd in kaart gebracht met behulp van de DASS-vragenlijst.

Dit onderzoek toont aan dat een tweedaags therapieblok in Authentic Movement depressieve, angst- en stressgevoe-

lens significant reduceert bij cliënten die geen psychiatrisch ziektebeeld dragen. Deze effecten zijn niet leeftijdsgebonden. De mate en de duur van de effectiviteit is geslachtsgebonden. Mannen vertonen weliswaar een grote gevoeligheid voor de doeltreffendheid van Authentic Movement, maar de effectiviteit neemt sneller af dan bij vrouwen. Bij hen zien we dat deze effecten nog toenemen één week na het beëindigen van het therapieblok.

De inclusie- en exclusiecriteria in dit onderzoek plaatsen dans- en bewegingstherapie onder de paraplu van de depressiepreventie en promotie van geestelijke gezondheid. De pre-testresultaten tonen aan dat de psychische lasten reëel zijn voor de onderzochte populatie. Hoewel er geen sprake is van een klinisch beeld, onderstrepen verschillende onderzoekers (Nauta & Loo, 2010; Levrau, 2009; Fledderus, 2008) en ook beleidsprogramma's (Stevens, 2011) het belang van behandeling als depressiepreventie en promotie van geestelijke gezondheid. De preventie van depressie richt zich namelijk niet alleen op mensen met een verhoogd risico of met al enkele psychische klachten, maar ook op de algemene populatie (Levrau, 2009). Dit onderzoek toont aan dat met name Authentic Movement effectief is voor de behandeling van volwassenen zonder psychiatrische klachten. Authentic Movement levert voor deze populatie een positieve bijdrage op depressieve, angst- en stressgevoelens. De effecten van de therapie bij mannen verminderden na één week lichtjes, in tegenstelling tot de effecten bij vrouwen. Verder onderzoek kan uitwijzen welke aspecten van de therapie door mannen op een andere manier ervaren worden dan door vrouwen, of op welke manier mannen de therapie integreren in vergelijking met vrouwen. Inzichten hierin verwerven dient ertoe te leiden dat de aangeboden therapie ook een sekse-specifieke afstemming krijgt die de gezondheid en geestelijke stabiliteit dient te promoten. In verder onderzoek dienen de demografische gegevens uitgebreid te worden om op deze manier nog meer inzicht te krijgen in de relatie tussen bijvoorbeeld opleidingsgraad, werk, sociale status en de effectiviteit van de therapie. Een andere uitdaging is om de duurzaamheid van de therapie nog meer in kaart te brengen. Meerdere nametingen verspreid in tijd in combinatie met face-to-face interviews kunnen ons inzicht geven wanneer klachten afnemen en waarom.

Het gegeven dat de respondenten gedurende twee volle dagen Authentic Movement als enige therapievorm hebben gekregen, is een format dat in de reguliere gezondheidszorg uitzonderlijk is. Verder onderzoek kan dit format – in het kader van de preventieve geestelijke gezondheidszorg – bestuderen: welke heilzame factoren en dynamieken spelen zich af in een residentieel kortdurend therapieprogramma, in welke mate dragen zij bij tot de effectiviteit van de therapie en in welke mate zijn deze factoren overdraagbaar naar

andere behandelprogramma's binnen de preventieve geestelijke gezondheidszorg?

Voor deze studie zijn een aantal sterke punten te noemen. Ten eerste heeft dit onderzoek één dans- en bewegings-therapeutische methode centraal gezet en de effectiviteit hiervan gemeten. Ten tweede komen de participanten uit verschillende regio's van Vlaanderen. Ook is er voldoende diversiteit te vinden in de demografische factor 'leeftijd' en 'geslacht'.

Beperkingen aan dit onderzoek bevatten de kleine testpopulatie (N=23) en de éénmalige interventie die onderzocht werd. Doordat de onderzoeker en de dans- en bewegingstherapeut één en dezelfde persoon was, kunnen we niet uitsluiten dat de respondenten naar verwachting hun vragenlijst hebben beantwoord. Het gebruikmaken van een controlegroep en/of meerdere soortgelijke testen, had de resultaten nog meer bewijskracht gegeven. Het verdient aanbeveling om met deze factoren rekening te houden voor een vervolgonderzoek naar de effectiviteit van Authentic Movement als depressiepreventie bij bijvoorbeeld een werkende populatie.

We kunnen op basis van dit onderzoek stellen dat Authentic Movement zich leent als een interventie voor de preventie van depressie, angstklachten en stress en een belangrijke bijdrage kan leveren aan depressiepreventie en programma's gericht op de bevordering van de geestelijke gezondheid. Dit nieuwe domein in de gezondheidszorg biedt voor dans- en bewegingstherapie nieuwe perspectieven, uitdagingen en mogelijkheden om zich nog meer te profileren. Vooraleer wij ons de vraag gaan stellen hoe dit voor dans- en bewegingstherapie en de cliënten gefinancierd kan worden, is meer wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk om onze bijdrage voor en in de gezondheidsbevordering te consolideren. Opleidingen dienen voor dit nieuwe domein verantwoordelijkheden op te nemen, door hun referentiekaders uit te breiden, meer ruimte te geven aan de positieve psychologie en de psychologie van de 'gezonde mens' een centrale plaats te geven in het opleidingscurriculum. Het is de tegenwoordige overtuiging van de onderzoeker dat dans- en bewegingstherapie over de visie, de methodes en de technieken beschikt waardoor zij een waardige partner kan zijn in het bevorderen van de geestelijke gezondheid.

Literatuur

- Bayingana, K., Drieskens, S. & Tafforeau, J. (2012). *Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid*. Opgeroepen op juli 11, 2012, van ISP-WIV: https://www.wiv-isp.be/EPIDEMIO/EPINL/crospln/depressie_nl.pdf.
- Bräuninger, I. (2012). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 296-303.
- Beurs, E. de, Van Dyck, R., Marquenie, L.A., Lange, A. & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 35-53.

- Cuijpers, P. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Cuijpers, P. (2010). Preventie van depressie: een overzicht. *Psychologie en gezondheid*, 38, 1, 28-35.
- Custers, K.E.P.T. & Engels, R.C.M.E. (2003). Delinquentie van adolescenten: de rol van delinquente vrienden en emotionele problemen. *Pedagogiek*, 137-155.
- Croon, E.M. de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R. & Dijk, F.J.H. van (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13, 4, 114-119.
- De Morgen, (2012, mei 6). Eén op zeven Belgen wordt depressief. Opgeroepen op mei 16, 2012, van De Morgen: <http://www.demorgen.be/dm/nl/993/Gezondheid/article/detail/1297998/2011/07/28/Een-Belg-op-zeven-wordt-depressief.dhtml>
- De Vlaamse Overheid (2012). Depressie. Opgeroepen op juli 11, 2012, van Fit in je hoofd, goed in je vel: <http://www.fitinjehoofd.be/defaultSubsite.aspx?id=13628#1>
- Dibbel-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 1, 51-68.
- EADMT (2012). What is dance movement therapy? Opgeroepen op juli 11, 2012, van European Association Dance Movement Therapy: <http://www.eadmt.com/Default.aspx?pageld=378213>
- Erwin-Grabner, T., Goodill, S.W., Schelly Hill, E. & Von Neida, K. (1999). Effectiveness of Dance/Movement Therapy on reducing test anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 21, 1, 19-34.
- Fledderus, M. (2008). Acceptance and commitment therapy voor preventie van psychische stoornissen en voor het versterken van psychologische flexibiliteit: een randomized controlled trial. *University of Twente, Enschede*, 1-28.
- Gisle, L. (2010). Gezondheidsenquête, België 2008. Opgeroepen op mei 8, 2012, van Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epini/CROSPNL/HISNL/his08nl/7.mentale%20gezondheid.pdf>
- Holfield, B. (2007). Against the wall, her beating heart: working with the somatic aspects of transference, countertransference and dissociation. In P. Patricia (ed.) *Authentic Movement, Vol. II*, 137-153. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Institute for stress and work & Limits (ISW) (2008). *Validiteit en betrouwbaarheid van de zelfbeoordelingstest*. Leuven: ISW Limits.
- Jeong, Y.J., Hong, S.C., Lee, M.S., Park, M.C., Kim, Y.K. & Suh, C.M. (2005). Dance Movement Therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal Neuroscience*, 115, 12, 1711-1720.
- Koch, S.C. & Bräuninger, I. (2005). International Dance/Movement Therapy Research: Theory, Methods and Empirical Findings. *American Journal of Dance Therapy*, 27, 1, 37-46.
- Levrau, F. (2009). Preventie van depressie en bevordering van geestelijke gezondheid: over de positieve consequenties van het biopsychosociale model. *Tijdschrift klinische psychologie*, 39, 105-117.
- Mathers, C.D. & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2013. *PLOS Medicine*, 3, 11, 2001-2013.
- Musicant, S. (1994). Authentic Movement and dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 16, 2, 91-106.
- Nauta, N. & Loo, M. (2010). Preventie van depressie door de bedrijfsarts, deel 1. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 18-26.
- Nieuwenhuijsen, K., Boer, A.G. de, Verbeek, J.H., Blonk, R.W. & Dijk, F.J. van (2003). The depression anxiety stress scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60, 77-82.
- Pallaro, P. (2007). *Authentic Movement Vol. II*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ritter, M. & Low K.G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 249-260.
- RIZIV (2010). *Statistieken van de uitkeringen 2010*. Brussel: RIZIV.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Stevens, V.A. (2011). *Visie van VIGeZ en de Vlaamse Logo's op Geestelijke Gezondheidsbevordering*. Brussel: VIGeZ.
- Strömsted, T. (2001). Re-inhabiting the female body: Authentic Movement as a gateway to transformation. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 39-55.
- Strömsted, T. (2007). The dancing body in psychotherapy. In P. Pallaro (Ed.) *Authentic Movement Vol. II*, 202-220. London: Jessica Kingsley Publishers.
- WHO. (2012, mei 17). *World Health Organization*. Opgeroepen op mei 17, 2012, van <http://www.who.int>: http://www.who.int/mental_health/management/depression/daly/en/

Over de auteur

Niek Ghekiere (1976) is creatief therapeut dans & beweging (BA), lichaamsgericht psychotherapeut (Neo-Reichiaans) en draagt een Master in Dance Therapy. Hij werkte als dans- en bewegingstherapeut met drugsverslaafden van 2001 tot 2005. Sinds 2005 heeft hij zijn eigen privépraktijk. Hij is directeur van het opleidings- en therapiecentrum AgapeBelgium en is er hoofddocent in de opleiding Dans- en bewegingstherapie. Als gastdocent is hij verbonden aan andere (inter)nationale opleidingen voor dans- en bewegingstherapie en hij is regelmatig spreker op congressen en symposia. Hij zetelt in het dagelijks bestuur van de Belgische Vereniging voor Creatieve Therapie (BVCT-ABAT) en is er voorzitter van de Belgische Vakgroep Dans- & Bewegingstherapie. Hij specialiseerde zich als dans- en bewegingstherapeut in Authentic Movement.

I: www.agapebelgium.be

E: info@agapebelgium.be

Samenvatting

23 volwassen studenten kregen gedurende twee residentiële dagen Authentic Movement aangeboden. Deze studenten waren bereid mee te werken aan een onderzoek waarin de kortetermijneffecten van Authentic Movement op depressieve, angst- en stressklachten werden gemeten. Deze metingen werden op drie verschillende momenten afgenomen bij de studenten: voor aanvang van de therapie, na het beëindigen van de therapie en één week later. De resultaten toonden aan dat Authentic Movement, bij vrouwen en mannen, op korte termijn een betekenisvol effect heeft op de drie bevraagde items. Deze resultaten suggereren dat dans- en bewegingstherapie veelbetekend is als depressiepreventie en geestelijke gezondheidspromotie. ■