



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# 'A Beautiful Mind' als hulpmiddel bij psycho-educatie voor psychotische patiënten

Marjolein van Wieringen en Dirk Kloosterman\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel gaat over het zien van de film A Beautiful Mind door opgenomen psychotische patiënten met beperkt ziekte-inzicht. Hoofdpersoon in deze film is een man die aan schizofrenie lijdt en die door inzicht in en acceptatie van zijn ziekte in staat is om hier op succesvolle wijze mee om te gaan. Gekeken werd wat de invloed van het zien van de film was op de werkrelatie van de psychotische patiënten met hun hulpverleners en op het ontwikkelen van hun ziekte-inzicht. Opvallend was dat de patiënten direct na het zien van de film veel overeenkomsten zagen tussen zichzelf en de hoofdpersoon. Ze waren opener in het praten over hun symptomen en meer geneigd deze symptomen toe te schrijven aan de psychose. Na een aantal dagen verdween dit effect voor een groot deel, maar niet totaal. Een ander effect, het overnemen van coping-strategieën uit de film, bleef wel bestaan. Het zien van deze film lijkt een goede aanvulling op de al bestaande psycho-educatieve middelen. Het lijkt ons zinnig als hiernaar meer onderzoek wordt gedaan.*

## Inleiding

Gebrek aan ziekte-inzicht komt bij vrijwel alle patiënten met schizofrenie op enig moment in de ziektegeschiedenis voor (Cernovsky, Landmark, Merskey, & Husni, 2004). Met inzicht wordt in dit artikel niet de psychoanalytische opvatting van inzicht – namelijk dat de patiënt de onbewuste drijfveren of conflicten kent achter zijn symptomen – bedoeld. In de meeste onderzoeken naar ziekte-inzicht wordt inzicht gemeten met de Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD; Amador et al., 1993). Inzicht wordt in deze schaal opgedeeld in verschillende aspecten:

- 1 bewustzijn van het hebben van een psychische stoornis;
- 2 het toeschrijven van symptomen aan deze stoornis;
- 3 bewustzijn van de effecten van medicatie;
- 4 bewustzijn van de sociale consequenties van de stoornis.

Over de aard van het gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofreniepatiënten zijn verschillende opvattingen. Enerzijds wordt het gezien als kenmerk van de ziekte (APA, 2000), anderzijds wordt het opgevat als zelfbescherming. Ontkennen van ziekte zou patiënten kunnen helpen om niet overspoeld te raken door de negatieve (emotionele) consequenties die het hebben van een ernstige en invaliderende ziekte als schizofrenie met zich meebrengt. In onderzoek werd gevonden dat psychotische patiënten die beginnen te accepteren dat ze ziek zijn, slechter functioneren en depressiever en meer suïcidaal zijn dan patiënten die ontkennen dat er iets met hen aan de hand is

---

\* DRS. M. VAN WIERINGEN is gz-psycholoog en werkzaam op de afdeling Klinisch Intensieve Zorg van de GGZ-Friesland. Borniastraat 34-B, 8901 BG Leeuwarden. E-mail: marjoleinvw@hotmail.com.  
D.

(Birchwood, Mason, MacMillan, & Healy, 1993; Pyne, Bean, & Sullivan, 2001; Schwartz, 2000; Trauer & Sacks, 2000).

Al blijkt uit onderzoek dat inzicht in de ziekte kan leiden tot klachten, uit veel ander onderzoek blijkt dat voor een goede prognose voor mensen met een psychotische stoornis ziekte-inzicht belangrijk is. Ontkenning is gerelateerd aan slechte therapietrouw, meer heropnames en een slechter symptomatisch beloop (Amador et al., 1993; Cernovsky et al., 2004; McEvoy et al., 1989; Nose, Barbui, & Tansella, 2003). Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofreniepatiënten hangt samen met slechter functioneren op het werk (Cernovsky et al., 2004; Lysaker, Bryson, & Bell, 2002). Onderzoek naar inzicht en interpersoonlijk functioneren laat zien dat gebrek aan inzicht in schizofrenie sterk correleert met slechter psychosociaal functioneren (Lysaker, Bell, Bryson, & Kaplan, 1998). Er is dus veel voor te zeggen om ziekte-inzicht te stimuleren.

Psycho-educatie is het meest gebruikte middel om inzicht in de eigen diagnose en daaraan gerelateerde zaken te vergroten. Volgens Cather, Penn, Otto en Goff (2004) heeft het de functie om patiënten op een andere manier over hun klachten te laten denken, inzicht te bevorderen en de ziekte te destigmatiseren. Het heeft een gunstig effect op therapietrouw, het beloop van de ziekte en het functioneren van psychotische patiënten (Merinder, 2000; Tak, Appelo, Van den Bosch, & Wiersma, 2000). Psycho-educatie wordt op allerlei manieren gegeven: incidenteel of binnen vastomlijnde kaders, individueel, in een groep patiënten of aan het sociale netwerk. Het is gericht op kennis, lotgenootschap en het omgaan met de ziekte (Appelo, 2002).

De meeste psycho-educatieve programma's worden mondeling of schriftelijk gegeven. Soms worden videobanden getoond, waarin bijvoorbeeld andere patiënten vertellen over hun ervaringen. In de praktijk blijkt niet alleen dat patiënten graag naar dergelijke video's kijken, de aldus opgedane confrontatie met ervaringen van lotgenoten lijkt ook vaak meer los te maken dan de verhalen van professionele buitenstaanders.

Een andere maar soortgelijke ervaring met een film deed een psychotische patiënt op, die door een van ons<sup>1</sup> werd behandeld. Zijn verhaal vertoonde overeenkomsten met dat van de hoofdpersoon in de film *A Beautiful Mind*. Toen dit ter sprake kwam, vertelde de patiënt de film niet te kennen. Het daarop volgende gesprek vertelde hij dat hij de film was gaan zien. Hierdoor was hij zich gaan afvragen of zijn (waanachtige) ideeën, waaraan hij tot op dat moment weinig had getwijfeld, wel klopten. De gesprekken kregen nadat hij de film had gezien een heel andere inhoud. Ineens was het mogelijk om, al pratend over de hoofdpersoon, allerlei aan schizofrenie gerelateerde onderwerpen met elkaar te bespreken zonder dat dit weerstand bij hem opriep.

Wellicht trad er bij deze patiënt terwijl hij de film zag een verschijnsel op dat diëgetisch effect wordt genoemd (Tan, 1991): de kijker heeft het gevoel in de fictieve wereld van de film aanwezig te zijn en raakt emotioneel betrokken bij de personages die worden beoordeeld alsof het werkelijk bestaande en verwante personen zijn. Deze betrokkenheid is nog groter als de kijker en het personage gedeelde belangen hebben (Frijda, 1986). Gebeurtenissen in de film worden door het personage en de kijker op overeenkomstige manier geïnterpreteerd. De inleving in het personage of de identificatie is natuurlijk nooit volledig: de kijker zal de situatie niet alleen vanuit de context van de film, maar

ook vanuit het eigen levensverhaal interpreteren. Zo is dus te verklaren waarom films ‘aangrijpend’ kunnen zijn en tot veel overpeinzingen en gespreksstof kunnen leiden.

Naar aanleiding van de ervaringen van deze patiënt vroegen wij ons af wat er zou gebeuren als wij het laten zien van deze film meer systematisch in onze als psycho-educatie bedoelde contacten zouden toepassen. We besloten aan een aantal patiënten te vragen of zij de film wilden zien, om zo een idee te krijgen van het effect van deze film op psychotische patiënten. Hierbij stelden we onszelf de volgende vragen:

- 1 Hoe vinden patiënten het om naar de film te kijken?
- 2 Heeft het zien van de film consequenties voor de werkrelatie?
- 3 Heeft de film op korte en langere termijn effect op de manier waarop patiënten over klachten of ziekte praten?
- 4 Heeft het zien van de film negatieve consequenties?

## **De film *A Beautiful Mind***

*A Beautiful Mind* is gemaakt door Ron Howard en kwam uit in 2002. Deze Hollywoodfilm werd bekroond met vier Oscars, waaronder die voor de beste film. Het verhaal is gebaseerd op de gelijknamige biografische roman van Sylvia Nasar (1998) en gaat over John Forbes Nash, een briljante wiskundige die, zo blijkt halverwege de film, aan schizofrenie lijdt. Na zijn studietijd worden zijn hallucinaties en paranoïde wanen zo heftig dat hij gedwongen wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis alwaar hij met antipsychotica en insuline-injecties wordt behandeld. De opname doet Nash goed en zijn psychose raakt in remissie. Wanneer hij, gemotiveerd door de bijwerkingen van de antipsychotica en het bagatelliseren van de noodzaak van het gebruik ervan, zijn medicatie laat staan, komt de psychose in alle hevigheid terug. Deze keer besluiten hij en zijn vrouw de ziekte op hun eigen manier aan te pakken. Het krijgen van ziekte-inzicht en het leren negeren van hallucinaties speelt hierbij een grote rol. De film kent een glorieus einde als Nash, die inmiddels op aangepast niveau weer op zijn oude faculteit werkt, de Nobelprijs ontvangt voor een wiskundige theorie die hij dertig jaar daarvoor heeft ontwikkeld.

De film is zo opgebouwd dat de kijker, zonder het door te hebben, wordt meegevoerd in een waanwereld. De kijker denkt aanvankelijk net als Nash dat hij voor de geheime dienst werkt en een belangrijke decoderingsopdracht moet uitvoeren. Gaandeweg ontstaat echter de indruk dat er ‘iets niet klopt’. Het wordt steeds duidelijker dat bepaalde personen en gebeurtenissen deel uitmaken van een niet-bestaande werkelijkheid en dat het gedrag van Nash daarmee te maken heeft. Nash blijkt uiteindelijk geen topspion te zijn, maar iemand die aan schizofrenie lijdt.

Het knappe van de film is dat de kijker de overgang van ‘zeker weten dat het waar is’ naar weten dat het een ziekte is, min of meer aan den lijve ervaart.

Dit komt mede doordat Nash wordt neergezet als een innemend persoon. De kijker voelt een sterke emotionele betrokkenheid bij de hoofdrolspeler, doordat hij bepaalde belangen met hem deelt in de zin dat gebeurtenissen in de film door het personage en de kijker op dezelfde manier worden geïnterpreteerd – er treedt een bepaalde identificatie op. De kijker wordt krachtig opgeschud, wanneer blijkt dat Nash ziek is. Voor de kijker is er nu geen weg meer terug; hij moet wel begrip voor de ziekte en

sympathie voor de zieke opbrengen. En omdat hij zich er op een bepaalde manier mee heeft verbonden, wordt het belang van een goede afloop ook groot.

Bij het uitkomen van de film reageerden de patiëntenvereniging Anoixsis en Ypsilon, de vereniging voor familieleden van mensen met een psychotische stoornis, verheugd. De film zou volgens hen een gunstig effect hebben op de beeldvorming rond schizofrenie en daarmee kunnen bijdragen aan destigmatisering en het doorbreken van vooroordelen.

Wij vroegen ons af hoe de film op patiënten met gebrekkig ziekte-inzicht zou uitwerken. Raken zij ook voor een deel geïdentificeerd met Nash en gaan ze zich daardoor anders opstellen ten opzichte van hun klachten, situatie en de behandeling, of versterkt het zien van de film de ontkenning omdat ze juist niet met Nash geïdentificeerd willen worden?

## Het zien van de film

### *Wie, waar, wanneer*

Voor het bekijken van de film werden patiënten uitgenodigd die zijn opgenomen op de afdeling Klinisch Intensieve Zorg van de GGz-Friesland. Het betreft hier een besloten opnameafdeling voor onder meer patiënten met een eerste psychose en patiënten die hun antipsychotische medicatie hebben gestaakt met terugval als gevolg. Binnen deze afdeling komt gebrekkig ziekte-inzicht en ontkenning veel voor. Het ontwikkelen van een goede werkrelatie, psycho-educatie en (her)starten van medicamenteuze behandeling behoren tot de standaardinterventies.

Vooraf overlegden de verpleegkundige en de psycholoog over geschikte kandidaten voor het zien van de film. Belangrijk was dat er bij de patiënt sprake was van een psychotische stoornis en dat er op z'n minst gebrekkig ziekte-inzicht was. Dit kan worden vastgesteld door de patiënten te beoordelen op de ziekte-inzicht-dimensies van de SUMD (Amador et al., 1993):

- 1 bewustzijn van het hebben van een psychische stoornis;
- 2 het toeschrijven van symptomen aan deze stoornis;
- 3 bewustzijn van de effecten van medicatie;
- 4 bewustzijn van de sociale consequenties van de stoornis.

Er werd alleen gevraagd om de film te bekijken, wanneer er tussen de verpleegkundige en psycholoog consensus was dat de patiënt op ten minste één van deze dimensies laag scoorde. Wanneer een patiënt op alle vier de dimensies laag scoorde, werd hij niet uitgenodigd. Verondersteld wordt namelijk dat bij deze patiënten de ontkenning te sterk zou zijn, waardoor het zien van de film een aversieve ervaring kan worden. Dat zou de werkrelatie juist kunnen schaden ('Dus jij gelooft me ook al niet').

De psycholoog vroeg aan de geselecteerde patiënten of zij de film al hadden gezien. Was dat niet het geval dan werd de film geïntroduceerd als een film waarin de patiënt mogelijk iets zal herkennen. Als de patiënt de film wilde zien, werd een passend tijdstip gekozen. Daarbij werd erop gelet dat de patiënt de film alleen en in alle rust op de afdeling kon zien en dat er een verpleegkundige aanwezig was om, indien nodig, een gesprek mee aan te gaan.

De verpleegkundige en de psycholoog kwamen tijdens de volgende afspraken met de patiënten terug op de film. Zij stelden zich in deze gesprekken afwachtend en vragend op en confronteerden de patiënt niet. Tijdens deze gesprekken werd speciaal aandacht besteed aan de vier vragen die aan het einde van de inleiding genoemd zijn. Ook werd goed gelet op de stemming van de patiënt, aangezien een toename van ziekte-inzicht, zoals beschreven in de inleiding, kan samengaan met depressieve gevoelens. Ten slotte bespraken de verpleegkundige en psycholoog met elkaar de reacties van de patiënten op de film.

## **Deelnemers**

Vier patiënten, één vrouw (41 jaar) en drie mannen (32, 27 en 23 jaar) zagen de film. Zij hadden alle vier de diagnose schizofrenie van het paranoïde type gekregen, en hadden in de periode waarin ze de film bekeken manifest psychotische symptomen. Bij alle vier was sprake van wanen, bij drie van hen ook van hallucinaties. Alle vier de patiënten waren behoorlijk overtuigd van hun waan en de 'echtheid' van hun hallucinaties. Geen van hen had de film eerder gezien.

## **Gevalsbeschrijvingen**

---

### **Mirjam**

*Mirjam is een vrouw van 41 die voor de eerste keer is opgenomen. Zij heeft een paranoïde psychose die waarschijnlijk al zes jaar bestaat en waarvoor zij nooit behandeld is. Al die jaren is zij ervan overtuigd dat ze onderdeel is van een experiment van de geheime dienst; een casus waar beginnende geheimagenten op oefenen. Zij denkt achtervolgd en gefilmd te worden. Ook denkt ze dat er in de krant over haar geschreven wordt, met name over een seksueel getinte film die ooit van haar gemaakt zou zijn. Ze is bang dat deze film bij veel mensen bekend is en durft mede daarom niet meer naar haar werk en vermijdt sociale contacten. Op zoek naar aanwijzingen is zij, net als Nash, hele dagen bezig om kranten te lezen en te ontcijferen. Zij wordt opgenomen als haar achterdocht en angst zo sterk worden dat zij suïcidaal wordt.*

*Mirjam is het niet eens met de diagnose schizofrenie. Ze is overtuigd van haar ideeën en bovendien roept het woord 'schizofrenie' bij haar nare associaties op. Ze wil wel antipsychotische medicatie gebruiken omdat het haar angst vermindert.*

*Na het zien van de film vertelt Mirjam veel te herkennen in de belevingen van Nash. Verder herkent ze zijn moeite met sociaal contact, zijn associatieve manier van denken en zijn creativiteit. Het vinden van boodschappen in de krant noemt Mirjam nu 'decoderen', net als in de film. Ook heeft de film invloed gehad op haar beeld van patiënten met schizofrenie. Zij dacht dat deze mensen agressief, onbeheerst en onaantrekkelijk waren, eigenschappen die Nash in de film volgens haar niet heeft. Ze blijft echter twijfels houden over haar diagnose, hoewel ze het minder erg vindt dat anderen denken dat zij deze diagnose heeft. Mirjam heeft haar zussen en een vriend gezegd dat als ze meer van haar willen snappen, zij de film moeten bekijken. Ook is zij van plan om in de toekomst voor de krant een artikel te schrijven, waarin ze haar eigen verhaal weergeeft. Ze wil dat de lezer de indruk krijgt dat de hoofdpersoon van haar verhaal een experiment is voor de geheime dienst, maar gaandeweg moet dan blijken dat zij psychotisch is.*

---

## Herman

Herman is 27 jaar en in de afgelopen twee jaar vier keer opgenomen met een paranoïde psychose, die steeds volgt op gebruik van amfetaminen. Tijdens een psychose hoort hij stemmen en voetstappen rond en op zijn huis. Herman denkt dat zijn broer een grote drugsdealer is met veel vijanden. Deze hebben het ook op hem gemunt, omdat hij te veel zou weten. Herman heeft af luisterapparatuur gekocht en geïnstalleerd, maar het is hem niet gelukt te horen wat zijn belagers precies zeggen. Aan de huidige opname ging een periode van relatieve rust vooraf. Hij hield zijn broer goed in de gaten en hoorde geen mensen rond en op zijn huis. Nadat hij een aantal keer speed had gebruikt, nam de achterdocht weer toe. Hij werd opgenomen, nadat hij zijn broer onder bedreiging van een mes had gedwongen om nu eindelijk eens 'de waarheid' te vertellen.

De ideeën over zijn broer en diens vijanden maken Herman erg angstig en boos. Soms twijfelt hij of het wel klopt, zeker als hij langere tijd geen drugs heeft gebruikt. Dan vraagt hij zichzelf ook af of hij wellicht psychotisch is.

Het zien van de film maakt veel los bij Herman. Direct erna vertelt hij aan de verpleegkundige dat het jammer is voor Nash dat die toch aan schizofrenie lijdt. Het was voor Herman erg confronterend om te zien dat iemand zo overtuigd is van zichzelf en dan toch ongelijk heeft. Hij betreft de situatie van Nash ook op zichzelf, herkent de angst, het verdriet en de weerstand tegen opname. Tijdens de gesprekken in de dagen daarna vertelt Herman dat hij door het zien van de film meer aan zijn eigen opvattingen is gaan twijfelen. 'Als zo'n slim iemand als Nash zoiets kan krijgen, dan kan het bij mij ook,' zo is zijn redenering. Bovendien heeft de film hem op een idee gebracht. In de film controleert Nash namelijk of hij visueel hallucineert door aan anderen te vragen of zij de personen die hij waarneemt ook zien. Herman vraagt zich af of hij iets dergelijks ook bij zijn broer kan proberen. 'Een strikvraag bedenken waarmee ik erachter kom of hij nou wel of geen dealer is.' De psycholoog en Herman spreken af om over een dergelijke vraag na te denken. Een week later valt echter op dat Herman er niet meer over begint. Hij praat met veel meer afstand over de film, benadrukt vooral de verschillen tussen hem en Nash en voor het 'strikvraagexperiment' ziet hij te veel bezwaren.

---

## Nanne

Nanne is een 32-jarige man, die vanaf zijn 23ste verschillende psychotische episodes heeft doorgemaakt. Hij is vier keer opgenomen geweest op een crisisafdeling en woonde drie jaar in een beschermde woonvorm. Hij heeft continu last van min of meer heftig psychotische klachten, vooral van het horen van stemmen. De antipsychotische medicatie die hij incidenteel gebruikt, helpt daar niet echt tegen. Nanne gelooft niet dat hij schizofrenie heeft. Hij is er wel van overtuigd dat de stemmen een straf van God zijn voor de drugs die hij gebruikte voordat hij voor het eerst psychotisch werd.

Aanleiding voor de huidige opname is dat de stemmen zeer heftig en bedreigend werden ('Je gaat eraan'), en samengingen met akelige beelden van onder meer doodshoofden. Nanne heeft toen een suïcidepoging gedaan. Hij ziet de opname als een manier om de stemmen met behulp van medicatie op de achtergrond te krijgen. Daarbij geeft hij duidelijk aan niet open te staan voor de mening van zijn behandelaren: 'Ik weet dat jullie mij psychotisch vinden, maar ik zie het anders.'

Nanne vindt het een goed idee om naar A Beautiful Mind te kijken. Tijdens het gesprek direct na de film zegt hij te zijn gaan twijfelen aan het idee dat zijn stemmen een straf van God

*zijn. Enigszins geschrokken zegt hij: 'Ik denk dat ik hetzelfde heb als Nash.' Een paar dagen later is dit idee echter weer verdwenen: 'Eerst dacht ik hetzelfde te hebben als Nash, maar dat geloof ik nu niet meer.' Toch blijft de film hem bezighouden. Vooral het feit dat Nash zijn 'psychotische metgezellen' weg kan sturen. Nanne vertelt dat hij nu ook probeert om zijn stemmen te negeren of te verjagen. Hierin is hij naar eigen zeggen redelijk succesvol. Bovendien vernemen de teamleden van een andere patiënt dat Nanne gevraagd heeft de film voor hem te kopiëren. Hij wil deze nog een keer gaan bekijken samen met zijn broer.*

---

## **Bram**

*Bram is 23 jaar en voor het eerst opgenomen. Hij hoort al stemmen vanaf de pubertijd. Eerst waren ze onschuldig en kon hij ze negeren, maar het laatste jaar nemen de stemmen in intensiteit toe en worden ze steeds negatiever. Ze klinken als de stemmen van bekenden. Zo hoort hij op zijn werk dat collega's gemene dingen tegen hem zeggen. Naast de stemmen krijgt hij toenemend last van betrekkingsideeën. Hij denkt dat mensen het over hem hebben en dat programma's op televisie over hem gaan.*

*In de maanden voor zijn opname nemen de klachten van Bram toe. Niet alleen krijgt hij vaker last van de stemmen, hij wordt ook angstiger, gespannen, somber, krijgt problemen met slapen, eet slecht en wordt achterdochtiger. Dat reageert hij regelmatig agressief af op zijn omgeving. Een week voor de opname wordt het hem allemaal te veel en krijgt hij suïcidegedachten. Hij brengt zichzelf lichamelijk letsel toe en wordt opgenomen met een psychotisch toestandsbeeld, waarschijnlijk in het kader van schizofrenie. Tenminste, dat vinden zijn behandelaren. Zelf gaat hij ervan uit dat hij in elk geval overspannen is en aan chronische onzekerheid lijdt. Hij twijfelt sterk of er sprake is van een psychose. De stemmen die hij hoort zijn immers van bekenden. 'Ik kan me gewoon niet voorstellen dat die niet bij hen vandaan komen,' zo vertelt hij.*

*Direct na het zien van de film vertelt Bram in een gesprek met een verpleegkundige dat de film veel indruk op hem heeft gemaakt en dat hij er erg veel in herkent. Hij vergelijkt zijn stemmen horen met het zien van beelden door Nash. Net als Nash wordt Bram hier soms boos en bang van. Hij heeft wel eens met zijn hoofd tegen de muur gebonkt om de stemmen weg te krijgen. Zijn omgeving heeft ook geprobeerd tegen hem te zeggen dat de stemmen niet echt zijn. Bram zegt zich door het zien van de film te realiseren dat het belangrijk is om steun te krijgen uit zijn omgeving. Hij verwacht dit eerder van zijn vrienden dan van zijn ouders, omdat die hem niet begrijpen.*

*Een paar dagen later, tijdens het gesprek met de psycholoog, zegt hij dat hij het een mooie film vond. Herkenning had hij echter niet: 'Het was een mooie film, maar het ging niet over mij.' Als de verpleegkundige later nog eens op de film terugkomt, zegt Bram iets soortgelijks. Wel vertelt hij een aantal weken later dat hij erover denkt zijn ouders de film te laten zien: 'Mijn ouders zeggen dat ik gewoon aan leuke dingen moet denken. Ik hoop dat zij als ze de film zien, snappen dat dat niet zo gemakkelijk is.'*

## **Bevindingen**

Aan vier patiënten werd gevraagd de film te zien. Alle vier de patiënten gingen hiermee akkoord en bekeken de film ook daadwerkelijk.



### ***Hoe vonden patiënten het om naar de film te kijken?***

Alle vier de patiënten waren positief over de film. Ze vonden het een mooie, boeiende film. Ook vonden ze Nash allemaal een sympathieke man met wie ze gedurende het kijken hebben meegeleefd. Drie van de vier patiënten meenden dat ook hun familieleden de film eens zouden moeten zien.

### ***Consequenties voor de werkrelatie***

Naar het oordeel van de betrokken verpleegkundige en psycholoog kwam het filmexperiment de werkrelatie ten goede. Het leverde veel gespreksstof op. Ook hielp het zien van de film om het gesprek op de ervaringen van de patiënt te richten: 'Hoe is dat bij of voor jou?'

### ***Effecten op korte en lange termijn***

Direct na het zien van de film vergeleken alle patiënten hun eigen situatie met die van Nash. Ze spraken openlijk over overeenkomsten en punten van herkenning. Er leek dus sprake van meer inzicht in termen van het bewustzijn van het hebben van een psychische stoornis en het toeschrijven van symptomen aan deze stoornis. Bij drie van de vier nam dit inzicht echter ook snel weer af. Het zien en bespreken van de film resulteerde er bij geen van de patiënten in dat ze zichzelf als patiënt of als ziek gingen zien. Wel waren er twee patiënten die op langere termijn zeker iets aan de film hebben gehad. Mirjam heeft een minder negatief idee gekregen over mensen met schizofrenie, heeft een nieuwe term voor haar gedrag gevonden ('decoderen') en is op het idee gebracht om haar verhaal op papier te zetten. Ook Nanne is door de film geïnspireerd om op een andere, en voor hem effectieve, manier met zijn stemmen om te gaan. Overigens bracht de film ook Herman op het idee van een gedachte-experiment (zijn broer een 'strikvraag' stellen om zodoende het waarheidsgehalte van zijn overtuiging te toetsen), maar met het afstand nemen van de film verwierp hij ook dit idee.

### ***Negatieve consequenties***

Voor zover wij konden beoordelen had het zien van de film geen negatieve consequenties voor de patiënten. De ontkenning nam voor zover wij dat konden beoordelen niet toe. Het lijkt dus niet het geval te zijn dat patiënten door het zien van de film meer overtuigd worden van hun eigen, alternatieve, verklaring voor hun klachten. Er werd ook geen toename van depressieve klachten geobserveerd.

### ***Discussie***

Het laten zien van de film *A Beautiful Mind* aan psychotische patiënten kwam de werkrelatie ten goede. De film gaf patiënten zinvolle ( *coping*-)suggesties, maar bracht geen grote blijvende veranderingen in ziekte-inzicht teweeg. De film werd door patiënten positief gewaardeerd, het was een goed middel om met hen in gesprek te komen over hun ziekte en kan mogelijk zelfs als aanzet dienen voor cognitieve

gedragstherapie, omdat patiënten er *coping*-strategieën uit overnemen. Opvallend is dat patiënten het een goed idee vonden om deze film aan leden van hun sociale netwerk te laten zien. Het zou volgens hen het begrip voor hun situatie vergroten.

Van de vier aspecten van inzicht (Amador et al., 1993) waren er in ons onderzoek twee die door het zien van de film beïnvloed werden. Tijdens en direct na het zien van de film waren patiënten zich er meer van bewust zelf aan een psychische stoornis te lijden. Ook waren zij (direct) na het zien van de film meer dan daarvoor geneigd om symptomen en klachten aan deze stoornis toe te schrijven. Het bewustzijn van de effecten van medicatie veranderde niet. Waarschijnlijk speelt hierbij een rol dat de patiënten al medicatie gebruikten of bekend waren met de positieve effecten ervan. Ook noemden de patiënten geen zaken die wijzen op een veranderd bewustzijn van de sociale consequenties van de stoornis. Het zou kunnen dat er meer tijd voor nodig is om dit te realiseren.

Opvallend was het verschil in inzicht op de korte en lange termijn. Wellicht door een sterk diëgetisch effect lijkt het alsof de ontkenning van de patiënten wel even moet verdwijnen: ze kunnen er eenvoudigweg niet omheen dat er overeenkomsten zijn met de hoofdpersoon. Maar zodra de eerste indrukken van de film zijn uitgewerkt, lijkt de ontkenning terug te keren. Dit roept de vraag op of het vertonen van deze film beter getimed moet worden. Bijvoorbeeld iets later in de behandeling, vaker dan eenmalig, of zodra de patiënt stelliger begint toe te geven dat er iets met hem aan de hand is.

Het confronteren van ontkennende psychotische patiënten met de hypothese ziek te zijn heeft vaak tot gevolg dat zij nog steviger gaan ontkennen. Zij zullen immers argumenten gaan zoeken die hun eigen opvatting ondersteunen, waardoor de geloofwaardigheid voor de tegengestelde opvatting kleiner wordt. Op een indirecte manier kan de film mensen ook confronteren met de opvatting 'je bent ziek', wat dan als gevolg kan hebben dat hun ontkenning toeneemt. Omdat wij gezien de gunstiger prognose voor mensen met ziekte-inzicht juist willen dat de ontkenning afneemt, hebben we ons afgevraagd of we de film dan wel moeten laten zien.

Wij besloten alleen mensen te vragen de film te zien die al enigszins twijfelden aan hun waanachtige opvattingen. Dus mensen die totaal ontkennend zijn, vroegen wij niet de film te bekijken, omdat we verwachtten dat de kans dan groot is dat zij nog meer gaan volharden in hun ontkenning. Ook spraken we af op geen enkele manier aan te dringen als patiënten de film niet wilden zien. Verder stelden we ons bij het praten over de film afwachtend en vragend en vooral niet confronterend op.

Als zou blijken dat er na het zien van de film een sterkere ontkenning aanwezig is bij de patiënt, dan moeten we ons vanzelfsprekend afvragen of het wel goed is deze film te gebruiken of nagaan of er een differentiatie kan worden aangebracht in welke patiënten wel en welke geen baat hebben bij een dergelijk filmexperiment.

Voor zover wij dat kunnen beoordelen, is door het zien van en praten over de film echter in geen van de gevallen de ontkenning ziek te zijn versterkt. Het lijkt er, integendeel, af en toe op dat de patiënten wel openlijk blijven ontkennen, maar in stilte toch meer toegeven dat er in ieder geval 'iets' met hen aan de hand is. Dit kan worden afgeleid uit de wens om de film aan netwerkleden te laten zien en uit het feit

dat verschillende patiënten er effectieve strategieën uithaalden om anders met zichzelf of hun psychotische symptomen om te gaan.

Al met al hebben onze observaties onze indruk versterkt dat het vertonen en bespreken van een film als deze een goed psycho-educatief middel zou kunnen zijn. In een experiment zou kunnen worden onderzocht of dit inderdaad het geval is. Mooi zou zijn als dan ook wordt onderzocht op welk moment in de behandeling de film het meeste effect heeft. Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken wat de invloed van het zien van de film is op patiënten die hun ziekte totaal ontkennen. Ten slotte leek het onze patiënten, zoals gezegd, nuttig om de film ook aan netwerkleden te laten zien. Ook dit zou onderzocht kunnen worden. Krijgen netwerkleden inderdaad, zoals onze patiënten hoopten, meer begrip voor de patiënt als ze de film hebben gezien?

---

### **Abstract**

*This article describes the effect on psychotic inpatients of watching the movie A Beautiful Mind. The lead character in this film is a man with schizophrenia who by recognizing and accepting his disease is able to cope successfully with it. The aim was to see whether watching this film has an influence on relationships with staff and/or on patients' insight into their own illness. It was found that directly after watching the film patients see many similarities between themselves and the lead character. They are more open about their own symptoms and are more inclined to see these symptoms as part of a disorder. After a few days this effect disappears to a large degree but not entirely. Another effect, the adoption of coping strategies observed in the film, was observed and persisted longer. It is suggested that watching this film may be a useful addition to existing psycho-educational methods. Research on this would be welcome.*

### **Noot**

- 1 Namelijk Marjolein van Wieringen.

### **Referenties**

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition text rev (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A. Flaum, M.M., Endicott, J. & Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Appelo, M.T. (2002). Psycho-educatieve Psychotherapie voor 'ontkennende' psychotische patiënten. In: C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (2002). *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten*. Nijmegen: Cure & Care Publishers. pp. 21-60.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M., & Goff, C. (2004). Cognitive Therapy for Delusions in Schizophrenia: Models, Benefits, and New Approaches. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 18(3), 207-221.
- Cernovsky, Z.Z., Landmark, J.A., Merskey, H., & Husni, M. (2004). Clinical correlates of insight in schizophrenia. *Psychological Reports*, 95(3), 821-827.
- Frijda, N.H. (1986). *De emoties*. Amsterdam: Bert Bakker.

- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Bryson, G.J., & Kaplan, E. (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(7), 432-436.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(3), 142-146.
- McEvoy, J.P., Freter, S., Everett, G., Geller, J.L., Appelbaum, P., Apperson, L.J., & Roth, L. (1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*(1), 48-51.
- Merinder, L.B. (2000). Patient education in schizophrenia: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 98-106.
- Nasar, S. (1998). *A Beautiful Mind*. New York: Touchstone.
- Nose, M., Barbui, C., & Tansella, M. (2003). How often patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 1149-1158.
- Pyne, J.M., Bean, D., & Sullivan, G. (2001). Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(3), 146-153.
- Schwartz, R.C. (2000). Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(4), 235-237.
- Tak, C., Appelo, M.T., Bosch, R.J. van den, & Wiersma, D. (2000). Dertig jaar psychosociale interventies bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 42*(2), 95-110.
- Tan, E. (1991). *Film als emotiemachine: De affectstructuur van de traditionele speelfilm: een psychologische studie*. Amsterdam: UVA. Proefschrift.
- Trauer, T., & Sacks, T. (2000). The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(3), 211-216.