

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# (Cognitieve) gedragstherapie bij psychose in de afgelopen 39 jaar

---

MARK VAN DER GAAG

## *Samenvatting*

---

Bijna vier decennia is de auteur betrokken geweest bij de behandeling van patiënten met een psychotisch toestandsbeeld. In het begin ging het om het introduceren van gedragstherapie bij patiënten met ernstige stoornissen. In de loop der jaren zijn de gedragstherapie en later de cognitieve gedragstherapie gevestigd geraakt in de Nederlandse psychiatrie. Rehabilitatie en behandeling trokken samen op, en recentelijk heeft de behandeling van (subklinische) psychose zich uitgebreid naar alle zorgprogramma's in de psychiatrie. Het zoeken naar groepen met een slechte prognose in een vroeg stadium, en het tijdig beïnvloeden en behandelen van risicofactoren zijn de ontwikkelingen van de komende jaren.

*Trefwoorden: gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, psychose*

Nadat ik op de universiteit had leren counselen, ging ik in 1977 stage lopen op de Brederodekliniek in Santpoort. Dat was toen de opnamekliniek van Amsterdam. Nog klassiek ingedeeld: twee units voor mannen en twee units voor vrouwen; twee waren open en twee gesloten. Het counselen lukte niet best. Ik had vier patiënten, allemaal psychotisch. Een oude man schreef pornografische gedichten, die hij mij liet lezen. Hij rookte zijn peukjes zo ver op, dat hij zijn vingers eraan brandde. Die waren helemaal zwart gecremeerd. Als hij bij mij op de kamer was, rook het naar barbecue. Hij had steeds dezelfde vraag: 'Mag ik weg?' Hij had echter een rechterlijke machtiging en mocht dus niet weg. Dan sprong deze Catweazle op, zwaaide wild met zijn armen en sprak met donderende stem zijn *mene tekel* over mij uit. Ik werd dan echt bang. Ik had hier op de universiteit niets over geleerd en wilde begrijpen wat een psychose was. Dat is vandaag nog steeds zo.

Ik studeerde af tijdens de vorige crisis. Na in een jaar tijd meer dan honderd sollicitatiebrieven te hebben geschreven, werd ik in 1979 gekozen uit 67 mededingers voor een psychologenfunctie op Heren E (voormalig Mannen Onrust) van het gesticht Endegeest te Oegstgeest. Mensen die konden praten over hun problemen gingen allemaal naar de sociotherapeutische gemeenschappen (één voor mannen en één voor vrouwen). Wie niet zo goed kon praten, en bovendien langer dan veertien dagen gek bleef, kwam naar Heren E. Ik kreeg de opdracht met deze groep gedragstherapie te ontwikkelen. In die tijd werd dat *token economy*. Een geheel operant afdelingsprogramma, waarbij iedereen systematisch gewenst gedrag bekrachtigde met complimenten, *tokens* en belangstellende aandacht. Straffen mocht niet meer, en wat dit betreft heb ik me misrekend. Het hele gesloten systeem was gebouwd op straffen, koeioneren, isoleren, enzovoort. De *biceps boys* van de verpleging peinsden er niet over om complimenten te geven.

Ik had er een geweldige baas. Het was psychiater Andy Lameijn, die me de gelegenheid gaf een jaar lang B-verpleegkundigen in opleiding te trainen in operante conditionering en token economy. In 1983 schreven Jenneke van der Plas en ik er het boekje *Gedragstherapeutische vaardigheden*. Datzelfde boekje is steeds weer heruitgegeven, nu onder de naam *Doelgericht begeleiden in de psychiatrie* (van der Gaag & van der Plas, 1983/2006). Daar ben ik erg trots op. Na 33 jaar ligt het nog steeds niet in de ramsj!

Na een reorganisatie werden de afdelingen gemengd. Ik werd met 28 jaar afdelingshoofd behandeling van een token economy, met voornamelijk psychotische en anderszins onaangepaste patiënten. Alle gedrag werd met functieanalyses geanalyseerd. Wat waren de bekrachtigers van het gedrag? Die moesten gereduceerd, liefst weggenomen worden. Ander prosociaal incompatibel gedrag moest aangeleerd worden en versterkt. Ik werkte tien jaar samen met Rigo van Meer als afdelingspsychiater en die introduceerde als eerste in Nederland psycho-educatie. Dit werd hem door collega's niet in dank afgenomen. Sommige psychiaters weigerden hem nog de hand te schudden, omdat het anno 1983 onbeschaafd was om patiënten hun diagnose te vertellen! Ik raakte teleurgesteld in socialevaardigheidstraining en ging cognitieve revalidatietraining onderzoeken. Was het mogelijk sociale waarneming van emoties bij anderen te trainen met behulp van gedragstherapie? Ik ben er uiteindelijk in 1992 op gepromoveerd, maar werken doet het niet (van der Gaag, 1992). Toch komt die cognitieve remediatie steeds weer om de hoek kijken, tegenwoordig bijvoorbeeld in de vorm van mentalisatietraining uit de psychodynamische hoek. Leren van elkaar is moeilijk, ook voor professionals en onderzoekers.

Ik raakte betrokken bij meerdere ontwikkelingen: de beweging Rehabilitatie '92; de trainingen in *independent living skills* (in Nederland bekend geworden onder de naam Liberman-trainingen); de behandeling van hallucinaties met neuriën, oordoppen, systematische desensitisatie en attentietrainingen; en de behandeling van automutilatie door versterking van gedrag dat niet compatibel is met snijden.

In de winter van 1991 zaten we met de eerste lichter van Rehabilitatie '92 in een houten keet in de vrieskou op Kaageiland om een begin te maken met de vertaling van de modules. Jos Dröes bedacht er het nieuwe Nederlandse woord 'doelvaardigheidsbepaling'. De ideeën van de beweging waren sympathiek. Het doel was maatschappelijke participatie door het herwinnen of behouden van rollen als partner, vriend, werknemer, scholier, enzovoort. Patiënten die niet meer wisten wat er in de wereld te koop was (door te lang verblijf op een inrichtingsterrein buiten de stad) moesten eerst wereldwijd worden gemaakt, dat wil zeggen: doelvaardig. Daarvoor werden diashows en uitstapjes gepland. Om het doel te stellen was diepgaande kennis van wensen, motieven en voorkeuren nodig. Dat stellen van een doel kon maanden en soms wel een jaar in beslag nemen. In het gesticht was dat geen enkel probleem. Daar stond de klok al meer dan een eeuw stil. De zorgvuldig opgebouwde droom over zelfstandig wonen werd daarna door de realiteit weer vaak stukgeslagen. Beperkte middelen en beperkt beschikbare huisvesting leidden de meeste patiënten toch weer naar dat kamertje drie hoog achter bij een hospita. Mijn gebrek aan geduld, en het verbod uit Amerika om de procedures aan te passen en sneller te maken, leidden tot mijn voortijdige afscheid van de beweging, die daarna veel instellingen getraind heeft, maar slechts moeizaam tot implementatie met een levensduur van langer dan een paar jaar gekomen is. Gebrek aan onderzoek heeft ertoe geleid dat er nog steeds geen *evidence base* is voor een aanbeveling in een richtlijn.

Dat was anders met de trainingen in independent living skills, die waren ontwikkeld in Los Angeles. Ik ging daar een aantal keren met plezier op bezoek. We hebben wel acht trainingsmodules vertaald en geïmplementeerd in de Nederlandse ggz. Er was een wat betere *evidence base*, maar die was te zwak voor een aanbeveling in de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Maar ook hier bleek implementatie nog geen institutionalisering te zijn. Het gesticht met de paviljoenstructuur van bestuurlijke eilandjes, gekenmerkt door huisregels en discipline, en verwaarlozing van patiënten als vrije burgers, doodde bijna alle maatschappelijke ontwikkelingen.

Door mijn teleurstelling in socialevaardigheidstraining – omdat geen enkele generalisatie naar het leven van alledag optrad – besloot ik tot een andere aanpak. Niet de sociale vaardigheden ontbraken, maar de inschatting van welke vaardigheid voor welke context adequaat was. In 1986 begon ik aan een onderzoek naar de effecten van een sociaal waarnemingsleerprogramma, waar ik in 1992 op promoveerde. Wederom een programma met een hoge entertainmentswaarde en echte effecten op uitkomstmaten, maar geen generalisatie naar het leven van alledag.

Midden jaren tachtig ben ik begonnen met een stemmenpoli. Alle ambulante patiënten met persisterende hallucinaties werden naar mij doorgestuurd. Ik deed *multiple baseline studies*, met als interventievolgorde: geen interventie – oordoppen – geen interventie – neurieën. Dit was de meest effectieve interventievolgorde volgens de patiënten, waarbij de oordoppen of

het neuriën gewisseld werden als eerst of tweede interventie. De interventie neuriën was simpel gedragsmatig. Bijna alle hallucinerende patiënten subvocaliseren, en het gebruik van de stembanden als incompatibel gedrag leidt dan tot onmiddellijke interruptie van de hallucinaties. De oordop moest contralateraal de dominante hemisfeer geplaatst worden. Het werkmodel was een disbalans in de *arousal*-niveaus van beide hersenhelften. De input in de overprikkelde non-dominante hersenhelft moest beperkt worden om de balans te herstellen. Dat bepaalde ik vooraf met de dichotische luistertaak, waarbij dezelfde vrouwenstem in het linkeroor andere cijfers insprak dan in het rechteroor. Patiënten noemden dit al snel de ‘psychotische luistertaak’. Ik kreeg bezoek van de gestichtsapotheker, want die dacht dat ik een winkel-tje in oordoppen was begonnen. Er waren resultaten bij een paar patiënten, maar die deden zich ook voor als zij de oordop in het verkeerde oor droegen, of soms in beide oren tegelijk (overigens zijn oordoppen een probaat middel tegen gezinnen met een hoge *expressed emotion*). Dit onderzoek is nooit gepubliceerd in een tijdschrift. Dat talent had ik toen nog niet ontdekt.

Mijn *cognitive shift* volgde eind jaren tachtig. Een uit Nieuw-Zeeland teruggekeerde schapsherder, die al decennialang stemmen hoorde, werd naar mij verwezen. Terwijl ik aan hem de procedure uitlegde over de oordoppen, het registratieboekje, enzovoort, onderbrak hij me. Hij zei me dat we dat niet gingen doen. Toen de stemmen begonnen waren, had hij zich eerst boos tegen ze verzet. Dat was geëindigd in een buiklanding in de isoleercel van Endegeest. Daarna had hij zijn strategie gewijzigd in gehoorzamen van de stemmen. Ook dat was steeds geëindigd in de isoleercel. Op een dag nam hij het besluit om de stemmen te negeren. Hij zei me letterlijk: ‘Ik heb mij toen geëmancipeerd.’ Op dagen met veel nare stemmen hield hij voortaan het bed. Op andere dagen ging hij naar zijn oude moeder en deed boodschappen voor haar. Hij was nooit meer in het ziekenhuis opgenomen. Het werd mij duidelijk dat psychologische behandeling niet gericht moet zijn op het terugdringen van de stemmen, maar op een andere interpretatie van de herkomst, macht en bedoeling van de stemmen.

Vervolgens komen we bij het begin van CGT bij psychose. Dat moest stiekem, want het spreken met patiënten over hun wanen en hallucinaties was een algemeen geldend taboe. Gelukkig had ik medestanders in de personen van David Fowler, Max Birchwood, Philippa Garety en Elisabeth Kuipers in Groot-Britannië. We hebben allemaal veel onderzoek geproduceerd. Vanaf eind jaren negentig werd CGT aanbevolen in de Engelse richtlijnen (NICE, 2009) en de Nederlandse *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. In het begin was die CGT sterk gericht op rationaliteit als tegengif tegen wanen. Later keerde ik meer terug naar mijn behavioristische wortels. Gedragsexperimenten waren de krachtigste veranderaars van gedrag, cognities en emoties. Alleen de ervaren werkelijkheid corrigeert! De protocollen breidden zich uit naar negatieve symptomen, en de hallucinatieprotocollen maakten on-

derscheid in bevelshallucinaties, sombere stemmenhoorders, stemmen met schaamte als dominante emotie, enzovoort.

Rond 2005 werden een aantal zaken veel scherper en duidelijker: de jaarlijkse incidentie van psychotische symptomen is honderd maal hoger dan de incidentie schizofrenie (Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh, & van Os, 2005). De prevalentie van psychose is twaalf maal hoger dan schizofrenie (Linscott & van Os, 2013). Slechts een klein deel van mensen met psychose eindigt als langverblijvende schizofreniepatiënt in een asiel. Het horen van stemmen is hoogprevalent bij posttraumatische-stressstoornis (David, Kutcher, Jackson, & Mellman, 1999), borderline-persoonlijkheidsstoornis (Yee, Korner, McSwiggan, Mearns, & Stevenson, 2005), obsessieve-compulsieve stoornis (Eisen & Rasmussen, 1993) en ernstige depressie (Ohayon & Schatzberg, 2002). De behandeling van eerste-episodepatiënten met een korte onbehandelde duur valt tegen. Zij komen goed in remissie, maar ongeveer tachtig procent heeft toch weer een terugval (Wiersma, Nienhuis, Slooff, & Giel, 1998). Het werd tijd voor geïndiceerde preventie, en wel door te screenen op subklinische psychotische klachten bij mensen met een niet-psychotische as-1- of as-2-stoornis, en een verval in het sociaal functioneren. En dit werd voor de verandering eens een groot succes. Het lukte ons de transitie naar een eerste psychotische episode met ongeveer 50% te verminderen (van der Gaag et al., 2012). Er zijn meta-analyses, met studies uit Groot-Brittannië, Canada, Duitsland en Australië, die dat beeld bevestigden (van der Gaag et al., 2013). Bovendien is de interventie kostenbesparend bij achttien maanden (Ising et al., 2015) en dat blijft deze bij 48 maanden nog steeds (Ising et al., 2016). Er zijn inmiddels Europese richtlijnen verschenen over de detectie van patiënten met een ultrahoog risico (Schultze-Lutter et al., 2015) en de vroege behandeling ervan (Schmidt et al., 2015). De Nederlandse *Zorgstandaard psychose* zal deze preventieve aanpak ook aanbevelen en komt dit najaar uit.

Inmiddels behoort het behandelen van psychoses bij alle zorgprogramma's van PsyQ Haaglanden tot de gevestigde routinezorg. We bereiden het trainen voor van therapeuten bij angst, depressie, eetstoornissen, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen, zodat psychosebehandeling verankerd wordt in alle zorgprogramma's door het hele land, en gericht is op het verminderen van lijdensdruk en op het voorkomen van een transitie naar een eerste psychotische episode.

Tegelijkertijd werd de psychosesector zich steeds meer bewust van multimorbiditeit bij psychotische stoornissen. We gingen er paniek, angst, depressie, OCD en nog veel meer aandoeningen behandelen. Het huzarenstukje werd de behandeling van posttraumatische stoornis bij mensen met een chronische schizofreniespectrumstoornis. Psychose was altijd een exclusiecriteria bij PTSS-studies, een exclusie die gebaseerd was op vooroordeel. Het lukte ons om met zowel *exposure* als EMDR de traumasymptomen te verminderen. Twee derde van de patiënten verloor de classificatie binnen acht zittingen (van den Berg et al., 2015). Schizofreniepatiënten zijn gewone mensen. Je kunt

bij hen elke comorbiditeit behandelen met vergelijkbare effectgrootten als bij mensen zonder een psychotische stoornis. Er treedt geen symptoomverergering op (van den Berg et al., 2016). Het gaat beter met de behandelde patiënten vanaf de tweede zitting. In de follow-up bleek ook het aantal mensen dat opnieuw slachtoffer werd van traumatisering bij de behandelde groep geringer dan bij de wachtlijstconditie (van den Berg et al., 2016).

Op dit moment komen de uitkomsten van een andere exposure-behandeling binnen, namelijk de exposure-behandeling van vermijding van openbaar vervoer, winkels, straten, restaurants, enzovoort, met behulp van virtuele exposure bij mensen met paranoïde schizofrenie. Het grote voordeel is dat de angst beleefd wordt zoals in het echt, maar dat die beleving plaatsvindt in de veilige kamer bij de therapeut. Op die manier kan de therapeut vrijwel meteen beginnen met de exposure-oefeningen. De voorlopige resultaten zien er goed uit. Met behulp van moderne technieken kunnen bestaande effectieve behandelingen versneld worden.

Ook kunnen met behulp van smartphones *coping tools* meegegeven worden, bijvoorbeeld Temstem. Deze tool maakt gebruik van incompatibele talige informatieverwerking tijdens het hallucineren. Het proces komt neer op een EMDR-achtige combinatie van enerzijds talige activiteit tijdens het oproepen van de herinnering aan de stem en anderzijds op de persoon toegepaste sociale bekrachtiging om de zelfwaardering te versterken. Het onderzoek naar de effecten is zojuist van start gegaan.

Er is veel veranderd gedurende mijn loopbaan. Ik begon in het oude gesticht met opgegeven mensen, zonder protocollen en zonder supervisors. Alles moest zelf bedacht worden, met als enig gereedschap de klassieke en operante conditionering, en de functieanalyses. Vandaag de dag zijn er tientallen protocollen. Minstens tientallen collega's hebben mij in de loop der jaren vergezeld bij de ontwikkeling van de behandeling van psychose. Schizofrenie bestaat niet meer, net als alle andere stoornissen. Het gaat tegenwoordig om *fuzzy sets* van symptomen met een grote overlap (Borsboom & Cramer, 2013). Er is geen hoop meer op strikt medische diagnoses, gebaseerd op bloedwaarden, op kenmerken van urine en feces, op de samenstelling van het ruggenmergvocht of op beeldvormende technieken als eeg en MRI. Psychopathologie verschilt vooral in ernst, en naarmate zij ernstiger wordt, ontstaat comorbiditeit en ten slotte psychose (Caspi et al., 2014). De hoop is gevestigd op vroege interventie, waarmee we een hoop ellende en kosten kunnen besparen. De tijd staat niet meer stil, maar verloopt snel. De ontwikkelingen binnen de (cognitieve) gedragstherapie gaan even snel als de ontwikkelingen daarbuiten. Er wacht ons een mooie toekomst.

**Mark van der Gaag** is hoogleraar klinische psychologie bij de Vrije Universiteit in Amsterdam en hoofd psychose onderzoek van Parnassia in Den Haag: Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag. E-mail: [m.vander.gaag@vu.nl](mailto:m.vander.gaag@vu.nl)/[m.van.der.gaag@parnassia.nl](mailto:m.van.der.gaag@parnassia.nl)

**Summary** Almost four decades the author has been involved in the treatment of patients with psychosis. In the beginning his work was about the first attempts to introduce behaviour therapy in patients with severe mental illness. Later on, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy became part of the routine care in Dutch psychiatry. Rehabilitation and treatment gained ground. More recently, the treatment of (subclinical) psychosis has spread to all disorder care programmes in psychiatry. In the years to come, we will see the development of ways to detect groups at risk for long-term psychiatric careers, and of the timely intervention and treatment of risk factors.

**Keywords:** *behavioral therapy, cognitive behaviour therapy, psychosis*

### Literatuur

- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2, 119-137. doi:10.1177/2167702613497473
- David, D., Kutcher, G. S., Jackson, E. I., & Mellman, T. A. (1999). Psychotic symptoms in combat-related post-traumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 29-32.
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 373-379. Retrieved from PubMed.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *The British Journal of Psychological Society*, 44(Pt 2), 181-191. doi:10.1348/014466505X29611
- Ising, H. K., Lokkerbol, J., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M., Kraan, T., ... van der Gaag, M. (2016). Four-Year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first-episode psychosis: The dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial. *Schizophrenia Bulletin*, in press. doi:10.1093/schbul/sbw084
- Ising, H. K., Smit, F., Veling, W., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M., ... van der Gaag, M. (2015). Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: Multi-centre randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 1435-1446. doi:10.1017/S0033291714002530
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149. doi:10.1017/S0033291712001626
- NICE (2009). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London, UK: National Institute of Clinical Excellence.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the



- general population. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1855-1861. Retrieved from PubMed.
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30, 388-404. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., ... Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30, 405-416. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.010
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2637
- van den Berg, D. P. G., de Bont, A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, in press. doi:10.1039/schbul/sbv172
- van der Gaag, M. (1992). *The results of cognitive training in schizophrenic patients*. Delft: Eburon.
- van der Gaag, M., Nieman, H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M. C., ... Linszen, D. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultra high risk for developing psychosis: A randomized controlled clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1180-1188. doi:10.1093/schbul/sbs105
- van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., ... Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149, 56-62. doi:10.1016/j.schres.2013.07.004
- van der Gaag, M., & van der Plas, J. (2006). *Doelgericht begeleiden in de psychiatrie* (vierde herziene ed.). Houten: Springer Media (Original work published 1983).
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 147-154. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.032